



**FUNDACION MF**  
para el Desarrollo de la Medicina Familiar  
y la Atención Primaria de la Salud

**MINISTERIO DE SALUD – BECA OÑATIVIA**

**INFORME**

**IMPACTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN  
LA REGULACIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y LOS  
PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO  
COMPARATIVO EN SEIS JURISDICCIONES ARGENTINAS**

*Fundación MF  
J D Perón 4272. CP 1199 (C.A.B.A.)  
Teléfono 0054-11-4959-0381  
Fax 0054-11-4959- 0381  
adolfo.rubinstein@hospitalitaliano.org.ar  
nanci.giraud@hospitalitaliano.org.ar*

**AUTORES: Adolfo Rubinstein**  
**Nanci Giraud**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Ministerio de Salud –BECA OÑATIVIA– por confiar en nosotros y permitirnos realizar el presente trabajo de investigación.

A los contactos que nos permitieron identificar a los informantes clave en cada jurisdicción, a todos y a cada uno de los informantes que nos facilitaron las entrevistas haciendo posible este trabajo.

A la Srta. Evangelina de la Calle por la excelente tarea administrativa desarrollada.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>1. PLANTEO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	<b>11</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>14</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>41</b>
<b>6. CONCLUSIÓN</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>50</b>

## Resumen

En los '90, la reforma del Estado en Argentina implicó entre otras cosas la profundización del proceso de descentralización, iniciado a mediados de los años '70. En salud la descentralización significó la transferencia de su estructura prestacional y de financiamiento hacia las Provincias y Municipios, perdiendo el Estado Nacional su capacidad normativa, regulatoria y de orientación en cuanto a políticas nacionales de salud. Este proceso de reforma fue alentado y sustentado por organismos multilaterales de crédito. Muchas de ellas, fueron impulsadas por el Estado Nacional y quedaron a mitad de camino, tales como: a) la desregulación de obras sociales y la libre elección por parte del beneficiario con el objeto de mejorar la eficiencia y reducir la corrupción estructural, que sólo alcanzó al sector de las Obras Sociales Nacionales, b) el desarrollo de Hospitales Públicos de Autogestión con el propósito de descentralizar su gestión y parte de su financiamiento, articulándolo con los demás subsectores, que no se pudo lograr, excepto en casos muy puntuales y c) el diseño del PMO, que se constituyó como un paquete de servicios casi ideal, muy lejos de lo que la Seguridad Social puede realmente financiar, particularmente con una economía en crisis y un profundo debilitamiento de las estructuras del Estado para garantizar y fiscalizar su cumplimiento. Otras reformas, que intentaron fortalecer el desarrollo de la Atención Primaria, como el Plan Nacional de Médicos de Cabecera y el PROAPS, también fueron discontinuadas o reformuladas a razón de la explosión de la crisis de fines del 2001 y 2002. Todos estos cambios también afectaron profundamente el sector asegurador y prestacional privado, tanto a los médicos como a los hospitales, clínicas y sanatorios. **Objetivo:** analizar de qué manera los cambios regulatorios, diferentes mecanismos de pago y contratación de profesionales y las nuevas estrategias gerenciales, han afectado la práctica profesional en los diferentes subsectores: Público, Seguridad Social y Privado. Asimismo, explorar los factores facilitadores y las barreras para el desarrollo de sistemas orientados a la Atención Primaria en cada uno de los distritos seleccionados. **Tipo de estudio:** descriptivo con utilización de técnicas cualitativas –entrevistas semiestructuradas e individuales– y recolección de datos secundarios. **Ámbito:** Neuquén, Rosario, Salta, Mendoza, Córdoba y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Población:** 1) Subsecretaría de Salud y Dirección APS, 2) Facultad de Medicina, 3) Superintendencia de Servicios de Salud y Obras Sociales (nacionales, provinciales y sindicales), 4) PAMI central y delegaciones, 5) Asociación de Clínicas y Sanatorios, 6) Círculo y Federación Médica, 7) Colegio y Consejo Médico, 8) Sociedades Científicas y 9) Médicos que trabajan en atención primaria. Considerando todas las jurisdicciones se realizaron 40 entrevistas. **Plan de análisis:** a) transcripción a texto del material de audio obtenido de los grupos focales y entrevistas y b) análisis temático de los textos, utilizando el Nud-ist. **Resultados y conclusiones:** ausencia del Estado y un crecimiento sin límites de un mercado liberal, que afectó de alguna u otra manera a los tres subsectores de la salud. La línea de acción seguida en la década del '90 por el Gobierno Nacional, como la federalización y descentralización del sistema público de salud, fue más bien una renuncia a compromisos esenciales, con la ausencia de instrumentos concretos de coordinación de políticas de salud, falta de control y regulación a lo largo y a lo ancho de todo el territorio. En consecuencia, la ausencia de coordinación desde el nivel central dio lugar a una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal como lo observado en este trabajo, derivando en la existencia de al menos 6 sistemas de salud con significativas diferencias, donde se combinan distintos grados de autonomía provincial, municipal, hospitalaria, atención primaria y diferentes niveles de integración de sus redes de atención. Finalmente, otras de las cosas que ocurrió en la década del '90 con la ola de reformas, fue la precarización laboral de la profesión médica, en los tres subsectores de salud. Es interesante resaltar que la mayoría de los entrevistados en las diferentes jurisdicciones hicieron mención de la desvalorización del acto médico, refiriéndose a los diferentes tipos de contratos como “contratos basuras”.

## **Introducción**

Los países de América Latina están introduciendo reformas que pueden influenciar profundamente, tanto la forma de financiar como de entregar y recibir servicios de salud. Estas reformas se han implementado con la intención de reducir inequidades, mejorar la calidad de atención y corregir ineficiencias de los sistemas de salud <sup>(1, 2, 3, 4, 5, 6)</sup>.

En este proceso de reforma que se está llevando a cabo en Argentina y Latinoamérica, participan diversos actores, teniendo especial protagonismo las agencias financieras internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y otros) y en menor medida otras organizaciones internacionales y agencias donantes, además de la propia profesión médica y el Estado. Los resultados del proceso de transformación en cada país se fueron ajustando a las condiciones demarcadas por la reforma, implicando en la mayoría de los casos un cambio profundo de los modelos preexistentes <sup>(7, 8, 9)</sup>. En Argentina, la práctica médica representa hoy día un ejercicio complejo, cuyos parámetros se encuentran inmersos en un proceso de profunda redefinición.

Al hablar de reformas en el sector salud, no podemos dejar de hacer una breve reseña acerca de cómo transcurrieron los cambios en Argentina. Hasta los años '40, el sistema de salud era relativamente simple y se estratificaba por subsistemas de acuerdo a la población que atendiese. Así las clases medias y altas recurrían a la medicina privada que financiaban directamente de su bolsillo, mientras que, los trabajadores inmigrantes y sus familias acudían a las mutuales y a las asociaciones de socorros mutuos de acuerdo al país de origen. Los hospitales financiados y administrados por el Estado o las Sociedades de Beneficencia, atendían a la población de escasos recursos.

En la década del '40 con el advenimiento del peronismo, se iniciaron importantes transformaciones; el sistema público de salud privilegió al hospital como articulador de los servicios de salud, transformándolo en unidad prestadora de alta complejidad organizacional. La salud pública, al seguir un modelo "hospitalocéntrico", destinó sus recursos casi exclusivamente al nivel secundario (patologías que requerían cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este modelo de asignación de recursos y provisión de servicios se hizo en desmedro del desarrollo de programas en Atención Primaria, puerta de entrada natural y más costo-efectiva al sistema de atención médica <sup>(10)</sup>. Paralelamente y como consecuencias de las reformas laborales en ese período, se fortalecieron las organizaciones sindicales, quienes crearon a su vez estructuras encargadas de

atender la salud de sus afiliados y sus familias<sup>\*</sup>. A lo largo de las siguientes décadas, este modelo de desarrollo de las Obras Sociales por rama de actividad, ligadas a los sindicatos y con un funcionamiento autónomo y poco articulado con el resto del Sistema de Seguridad Social, no sólo cristalizaría las diferencias de financiamiento entre las distintas Obras Sociales sino que también consolidaría la heterogeneidad prestacional entre ellas.

A principios de la década del '70 el modelo de atención médica cambió dramáticamente, con la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Esto dio origen a la cobertura médica obligatoria tanto para los trabajadores en relación de dependencia, como para los jubilados, pensionados y discapacitados (que englobaban conjuntamente a alrededor del 70% de la población). A su vez, se estableció un Fondo Solidario de Redistribución manejado por el INOS, antecesor de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), destinado a equiparar las Obras Sociales (OS) de menores ingresos con las mayores. Desde sus orígenes las OS dependieron más de los cambios políticos que de la propia regulación del sistema, de allí sus grandes problemas crónicos: inequidad, heterogeneidad prestacional y diferenciación de las coberturas médicas entre los beneficiarios. A este esquema de Seguro Social cerrado y de carácter gremial, le siguieron los seguros de salud estatales a cargo de los gobiernos provinciales que brindan cobertura a los empleados públicos de las diferentes jurisdicciones.

Si bien la reforma se produjo en el sector de la seguridad social, afectó globalmente a todo el sistema de prestación de servicios de atención médica. Este cambio significó una enorme transferencia de financiamiento público al sector prestacional privado generalizándose el sistema de tercer pagador por parte de las Obras Sociales. Hacia mediados de la década del '70 también comenzaron a desarrollarse los seguros privados, brindando cobertura a los sectores medios y altos, con mayor penetración en Capital Federal y grandes centros urbanos. Las empresas de medicina prepaga, como se las conoce desde entonces, se desarrollaron en algunos casos a partir de las viejas mutuales, apoyándose en instituciones sin fines de lucro, pero en su mayoría constituyeron seguros comerciales, especialmente a partir de los '80 y '90. Este mercado de seguros privados de carácter prepago y con cartilla cerrada, hasta el día de hoy funciona sin un marco regulatorio específico.

<sup>\*</sup> Este fue el origen de las Obras Sociales que nacieron de los sindicatos en nuestro país, totalmente desvinculadas de la Salud Pública e incentivadas por el propio gobierno. Desde esa fecha el sistema estuvo envuelto en conflictos políticos

La consolidación en los '80 del sistema de tercer pagador en la seguridad social y los seguros privados, indujo la aparición de los Colegios de Profesionales y de las Cámaras de Clínicas y Sanatorios; como fijadores de precios y determinantes de las condiciones de acreditación por el lado de la oferta de los servicios (oligopolio).

Paralelamente, se creó el Nomenclador Nacional que fijó las tarifas de las prestaciones de los distintos tipos de servicios médicos a través del pago por prestación. Este instrumento privilegió las prestaciones y procedimientos tecnológicos y servicios especializados, a través de tarifas más altas, en detrimento de los cognitivos (consultas médicas), a las que se les asignó tarifas muy inferiores. Más aún, los servicios preventivos no fueron ni siquiera considerados en dicho Nomenclador. Las consecuencias de este sistema de remuneración sobre las características del desarrollo de los servicios de atención médica fueron coherentes con el sistema de incentivos establecidos. Se consolidó un modelo de atención fragmentada, hegemónico por la medicina especializada y orientada a los procedimientos tecnológicos (11).

Es ilustrativo conocer de que manera las reglas del mercado de la salud, especialmente en lo que respecta a la regulación de la práctica profesional y a los distintos incentivos financieros, incidieron en la definición del modelo de atención médica que hoy tenemos, que paradójicamente, siguió estrechamente los cambios ocurridos en Estados Unidos en las últimas décadas. En la década del '40 y los '50 en Argentina, la amplia mayoría de los médicos podían ser definidos como “generalistas”. Los especialistas eran pocos y se concentraban en los hospitales académicos o en el sector de alto poder adquisitivo. Respecto a la formación de distintas especialidades médicas, en la década del '60 comenzaron a diferenciarse la pediatría y la clínica médica y siguieron desarrollándose algunas como la cirugía general, la ginecología, la ortopedia, etc. Aún así, en esa época la mayoría de los médicos seguían considerándose generalistas. En este contexto, el Estado, tanto en nuestro país como en otros países de la Región, otorgó de manera directa o delegada a los profesionales de la salud, la capacidad de regular su propia práctica.

Los resultados de este proceso fueron distintos en cada país y distintos estilos de regulación profesional fueron desarrollados. Hasta hace unos años, en un extremo se encontraban aquellos países en los que el Estado mantenía el control a través de sus agencias, sobre las modalidades de la producción de médicos, su entrada al mercado, su participación en las instituciones de salud, su distribución geográfica y la forma en la que éstos eran remunerados (Cuba, Costa Rica y Chile) (5, 12, 13). En el otro extremo, se encontraban aquellos

en donde la profesión era altamente independiente y con una amplia capacidad para determinar todos o la mayoría de estos aspectos (Argentina y Brasil) <sup>(14, 15, 16, 17)</sup>.

Un modelo, que sólo compensa por los servicios que se brindan, como el cristalizado en el Nomenclador Nacional de Tarifas, obviamente no ofrece ningún incentivo para el desarrollo de la Atención Primaria como base para la integración y la coordinación de los mismos <sup>(18, 19)</sup>. Esto sumado a la ausencia de regulación de la matrícula y de adecuados procesos de certificación profesional, determinó que el porcentaje de médicos Generalistas se redujera drásticamente respecto de los especialistas. Se estima en la Argentina una relación de 2 a 3 especialistas por cada médico generalista y no llega un enfermero (licenciados, profesionales, auxiliares y empíricos) por médico, cuando los países con mayor grado de equidad, universalidad y eficiencia en sus servicios de salud, tienen alrededor del 50% de sus profesionales practicando exclusivamente Atención Primaria <sup>(20)</sup>.

El pago por prestación en el mercado asegurador, si bien utilizado en muchos lugares del mundo (aunque con algunos problemas últimamente, por ejemplo Canadá), en un contexto de sobreoferta de servicios médicos, falta de regulación profesional, ausencia de control de prestaciones y pobre fiscalización del Estado, tiende a generar inflación de costos y anomalías en la provisión de servicios. Las consecuencias de la implantación de este modelo prestacional instaurado a principios de los '70, están hoy a la vista –sobreoferta de proveedores de servicios de salud–. La Argentina posee un número muy alto de médicos, en especial de especialistas y un bajo número de enfermeros calificados, exceso de equipamiento caro sub-utilizado y exceso de camas hospitalarias y sanatoriales <sup>(21)</sup>.

En los años '80 y '90, la reforma del Estado en Argentina implicó, entre otras cosas, la profundización del proceso de descentralización que se había iniciado a mediados de los '70 y sobretodo en la década pasada, el retiro del Estado del proceso de producción de bienes económicos, de servicios sociales y de salud. En el caso de algunos sectores sociales como Educación y Salud, significó también la transferencia de su estructura prestacional y del financiamiento hacia las Provincias, esto sumado a el no ejercicio de la capacidad normativa el Estado Nacional perdió su papel de regulación y de orientación en cuanto a políticas nacionales <sup>(7)</sup>.

Los '90 trajeron a nuestro país una nueva oleada de reformas alentadas y sustentadas por los organismos de crédito multilaterales. Muchas de ellas fueron impulsadas por el Estado Nacional y quedaron a mitad de camino: a) la desregulación de obras sociales y la libre elección por parte del beneficiario con el objeto de mejorar la eficiencia y reducir la



corrupción estructural, que sólo alcanzó al sector de las Obras Sociales Nacionales, b) el desarrollo de Hospitales Públicos de Autogestión\* con el propósito de descentralizar su gestión y parte de su financiamiento, articulándolo con los demás subsectores, que excepto en casos muy puntuales, no se pudo lograr y, c) el diseño del PMO, que se constituyó casi como un paquete de servicios ideal, muy lejos de lo que la Seguridad Social puede realmente financiar, particularmente con una economía en crisis y un profundo debilitamiento de las estructuras del Estado para garantizar y fiscalizar su cumplimiento.

Otras reformas orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria (PROAPS y Plan Nacional de Médicos de Cabecera), si bien con serios déficits y sesgos en su diseño e implementación, fueron discontinuadas o reformuladas en razón de la explosión de la crisis en la Argentina a principios del año 2002<sup>(10, 18)</sup>. Sin embargo, más allá de la influencia del proceso de reforma del Estado, los cambios también afectaron profundamente el sector asegurador y prestacional privado, tanto a los médicos como a los hospitales, clínicas y sanatorios. Estos cambios impactaron de lleno sobre la práctica clínica a través de nuevas estrategias de gestión y micro-management y sobre las formas de pago y de contratación de los profesionales e instituciones prestadoras de servicios. Si las reformas anteriores buscaban aproximar el sistema de salud argentino a un modelo universal y de seguro único, la reforma actual lo orienta más hacia un mercado de seguros privados con modelos de atención gerenciada.

Argentina no escapó al fenómeno de aumento del gasto en salud; sin embargo, por las características altamente no redistributivas, éste no se expresa en cifras de cobertura de salud consistentes con la magnitud de dicho gasto. En efecto, alrededor del 40% de la población carece de seguro y depende de la cobertura que brinda la salud pública, diferente en cada provincia o distrito tanto en el acceso como en la extensión de los servicios<sup>(22)</sup>. Por otro lado, las diferencias de recursos de los distintos tipos de seguros de salud (obras sociales y prepagos) determinan el grado de inequidad en cuanto a calidad y alcance de sus respectivos servicios\*\*.

\* El gobierno impulsó a partir del '91 la transformación de los hospitales públicos en hospitales de autogestión con el objeto de darles autonomía y autarquía para mejorar la eficiencia y la productividad. El estado sólo se haría cargo de la renovación de bienes de capital y tecnología, mientras que el presupuesto del hospital dependería de los convenios para las prestaciones que realizara, especialmente a Obras Sociales y prepagos para terminar con el subsidio fiscal a las mismas.

\*\* En el otro extremo, el 8% de la población cuenta con doble cobertura, ya sea por doble afiliación al sistema de obras sociales o bien una afiliación conjunta a una obra social y a una empresa de medicina pre-paga. El restante 47% de la población cuenta con un seguro de salud, ya sea PAMI, una obra social nacional o provincial o una empresa de medicina prepaga. Sin embargo, dentro de esta proporción también encontramos personas que no acceden a un nivel mínimo aceptable de servicios de salud, y que recurren al hospital público generando un subsidio fiscal del estado a algunas obras sociales.

En síntesis, llegamos al siglo XXI con un sistema de salud no integrado, heterogéneo y fragmentado, conformado por tres subsectores: público, obras sociales y privado, que interactúan con distinta intensidad y cuyos servicios se hallan distribuidos heterogéneamente en 23 provincias, la Ciudad Autónoma y cientos de municipios que gozan de gran autonomía para organizar y ejecutar acciones en salud.

Sobre la base de este esquema general, cada provincia en Argentina ha seguido derroteros particulares y, los aspectos que han hecho a cada provincia seguir sus propios procesos obedecen a la especificidad de su desarrollo económico, político y social. Los resultados de la estrategia general de la reforma del Estado y la redefinición de su papel en la provisión de servicios de salud han sido distintos. Por lo tanto, resulta de gran interés conocer en cada provincia como se ha visto afectada la regulación de la práctica médica y en particular los mecanismos de retribución y de contratación de los profesionales. Mucha de la literatura publicada sobre este tema, no solo en cuanto al análisis de las modificaciones de la conducta de los profesionales provocadas por la aplicación de incentivos vinculados al modo de pago, sino también en cuanto a la aplicación práctica de los mismos en diferentes escenarios, proviene principalmente de países desarrollados <sup>(18, 23)</sup>. No obstante, la necesidad de conocer que impacto tuvo y está teniendo la Reforma en Argentina, donde el sistema de salud se caracteriza por contar con una mayor fragmentación en el financiamiento y provisión de servicios, es fundamental para planificar e implementar políticas futuras para el desarrollo y producción de los recursos en salud.

### **1. Planteo del problema**

El proceso de cambios en el sistema de salud en la Argentina ocurrido en la última década, así como también la crisis económica y financiera estructural que está viviendo el país, han modificado las características del financiamiento, compra y provisión de servicios de salud. Estos cambios probablemente impactaron sobre la práctica profesional adoptando sesgos que es necesario conocer para explorar escenarios futuros. En nuestro conocimiento, no hemos podido identificar publicaciones que estudiaran este tema en particular en la Argentina. Por lo tanto, creemos que el aporte de este trabajo al conocimiento del tema, es de importancia fundamental para conducir de manera informada el proceso de Reforma en relación al desarrollo de políticas de recursos humanos, especialmente en lo concerniente a los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la Atención Médica Primaria.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

El objetivo del trabajo es analizar de qué manera los cambios regulatorios, los diferentes mecanismos de pago y contratación de profesionales y las nuevas estrategias gerenciales, han afectado la práctica profesional en los diferentes subsectores: Público, Seguridad Social y Privado. Asimismo, explorar los factores facilitadores y las barreras para el desarrollo de sistemas orientados a la Atención Primaria en cada uno de los distritos seleccionados.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Comparar las diferencias y similitudes de los cambios experimentados en el sector salud en cada provincia.
2. Describir y comparar el mix profesional (médicos, enfermeros y otros profesionales) en cada provincia o distrito seleccionado.
3. Explorar la normatividad jurídica que regula la práctica profesional en cada distrito.
4. Identificar los mecanismos de pago y de contratación de los médicos.
5. Identificar las formas gerenciales aplicadas para coordinar el trabajo de los médicos en las instituciones de salud de los tres subsistemas: público, seguridad social y privado.
6. Describir las características de la práctica profesional de los médicos de atención primaria en los distritos seleccionados.

## **3. Material y método**

- **Tipo de estudio:** descriptivo con utilización de técnicas de investigación cualitativas.
- **Ámbito:** Neuquén, Rosario, Salta, Mendoza, Córdoba y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). La selección de las jurisdicciones se hizo por conveniencia y tratando de incluir lugares que pertenezcan a las distintas regiones del país. Si bien, se tuvo en cuenta que en Argentina, ninguna provincia es representativa de otra, más allá de pertenecer a una región. Dentro de las mismas, se consideraron aquellas con mejores indicadores de desarrollo socioeconómico.
- **Recolección de datos e información**
  - a) **Fuentes de información primaria:** entrevistas semiestructuradas personales e individuales a informantes clave (técnica de investigación cualitativa).

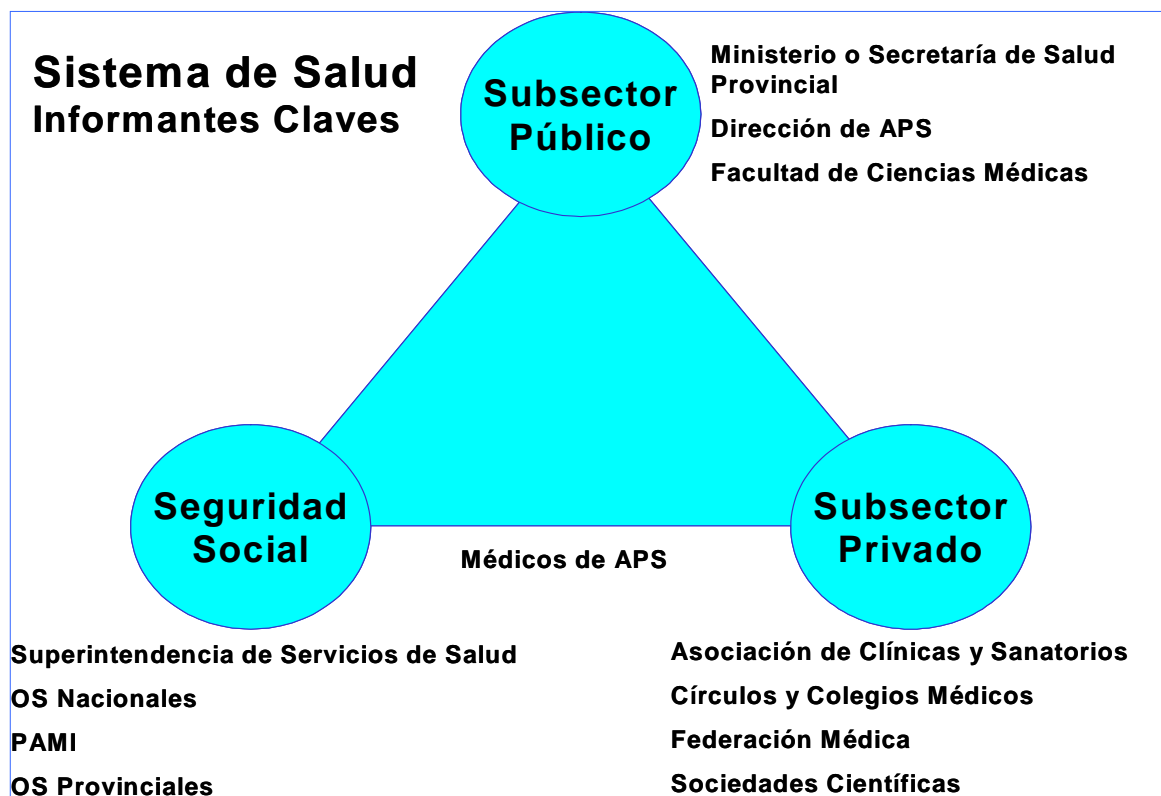
Se recurrió a la llamada “metodología y técnicas cualitativas”, por su carácter abierto y flexible en el diseño, en donde éste cumple un papel orientador que puede ser redefinido en el

curso del estudio teniendo en cuenta los resultados preliminares del análisis <sup>(24)</sup>. La particularidad de la perspectiva cualitativa estriba en dar cuenta más de las diferencias y de las heterogeneidades (esbozando tipificaciones o tipologías) que de las homogeneidades; de este modo se puede captar los puntos fuertes y débiles del proceso de implementación de una política, de un programa o de una situación. En este sentido, la estrategia que aquí se propuso –“entrevistas semiestructuradas personales e individuales”– permite comprender los procesos que subyacen en el marco de la reforma del sistema (procedimientos, marcos normativos y dispositivos legales) y que va más allá del análisis de fuentes de información secundaria y documental. En un marco de acciones muy poco coordinadas y conocidas, este tipo de estudio permite detectar dentro de los límites de su alcance, algunos de los principales problemas a enfrentar en el caso de proponerse estrategias de cambios efectivas.

### **Selección de los informantes**

Con la finalidad de identificar las instituciones de salud en cada provincia se recurrió a las Secretarías de Salud (localizadas a través de Internet) de las jurisdicciones seleccionadas. Esto permitió confeccionar una lista de aquellas instituciones que fueron visitadas y entrevistadas (ver Figura 1).

**Figura 1: Instituciones seleccionadas en los subsectores de salud**



Fuente: elaboración propia.

La recopilación de la información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas e individuales a informantes clave. El número de informantes involucrados en el estudio se definió en cada lugar de acuerdo a las necesidades específicas y dependiendo de la complejidad del actor se seleccionó dentro de él uno o más informantes. Para este trabajo se consideraron como informantes calificados a aquellas personas que ocuparan un cargo directivo o gerencial dentro de las instituciones seleccionadas de los tres subsectores de salud y médicos que trabajaran en Atención Primaria. En total se realizaron 42 entrevistas.

### **Recopilación de la información**

La guía de las entrevistas estuvo centrada en la siguiente premisa: **¿cómo las reformas en el sistema salud en la década del '90, impulsadas desde el gobierno central incidieron en los tres subsectores: público, seguridad social y privado?** Las dimensiones exploradas fueron las siguientes:

1. Financiamiento y organización del sistema de salud
  2. Compra y entrega de servicios de salud
  3. Modelos de contratación y pago a los médicos
  4. Regulación de la profesión médica
    - ⇒ Acreditación: matrícula
    - ⇒ Certificación y recertificación: especialidad
  5. Influencia de la reforma en el desarrollo de la Atención Primaria como estrategia
- b) **Datos secundarios:** indicadores demográficos y socioeconómicos, indicadores de recursos e indicadores de acceso y cobertura en salud, a partir de: 1) Ministerio de Salud de la Nación, 2) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 3) Secretarías de Salud Provinciales. 4) Colegios Médicos, 5) Obras Sociales y otros.

### **– Análisis de los datos e información**

**Primera etapa:** a) elaboración de la guía de entrevistas, b) reclutamiento de los participantes, c) realización de las entrevistas y d) recolección de datos secundarios referidos a cada jurisdicción: indicadores demográficos, socioeconómicos, de recursos, de acceso y cobertura en salud.

**Segunda etapa:** a) transcripción a texto de la información (audio) obtenida de las entrevistas semiestructuradas y b) análisis temático de los textos, utilizando el Nud-ist (QSR N6 For Windows 98, NT4, 2000, ME & XP) <sup>(25)</sup>. Programa que facilita organizar la

información, según las áreas temáticas definidas (categorización o codificación). Durante el análisis y para incrementar la confiabilidad, cada investigador hizo independientemente el siguiente trabajo: 1) pre-análisis del contenido de las entrevistas, para lograr compenetración en el curso del diálogo y evitar interpretaciones descontextualizadas, 2) categorización de las entrevistas, 3) comparación de las respuestas y tipificación del contenido y 4) comparación entre las informaciones provistas por los informantes claves y calificados con relación al tema de investigación <sup>(26)</sup>.

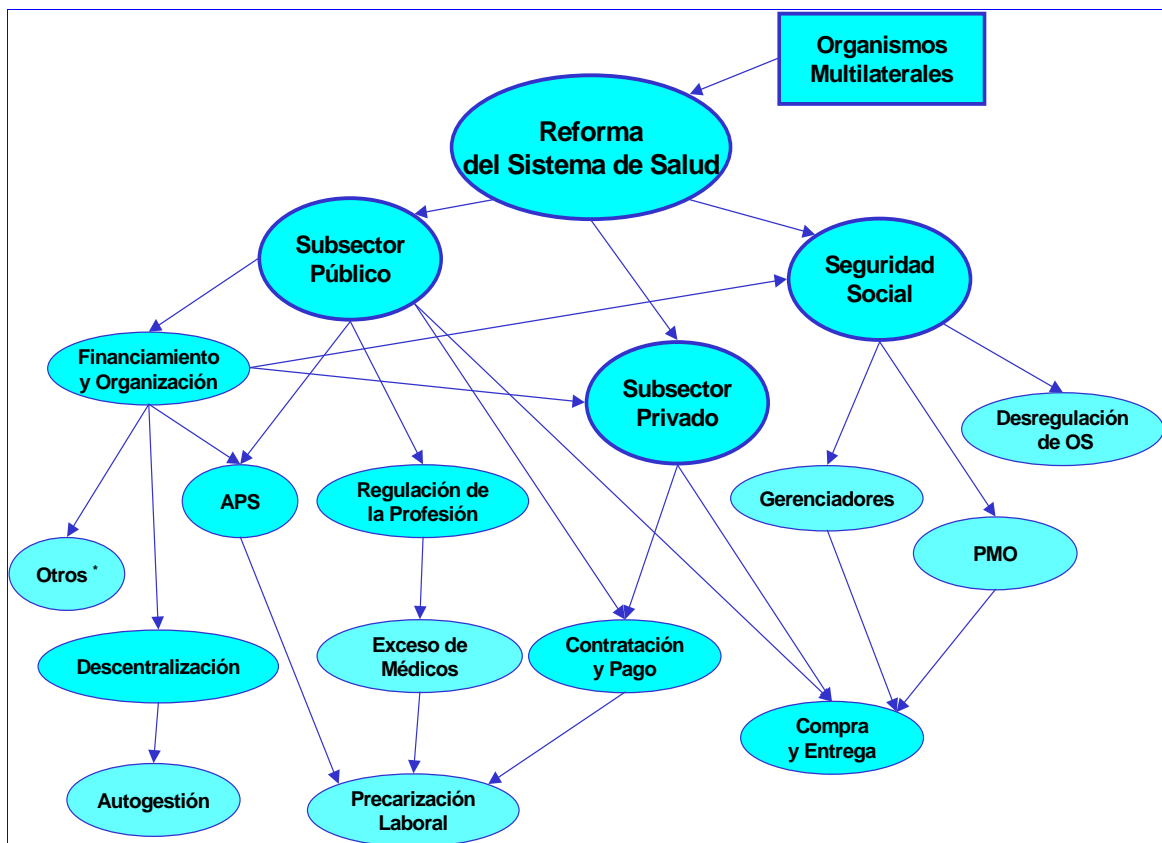
**Tercera etapa:** a) análisis de los datos secundarios y presentación de gráficos, b) interpretación de los textos por áreas definidas y triangulación entre los investigadores para asegurar la confiabilidad de las categorizaciones e interpretaciones <sup>(27)</sup>, c) conclusiones y d) elaboración del informe final.

#### **4. Resultados**

La interpretación de la información obtenida de las entrevistas realizadas en cada jurisdicción se realizó a partir de las dimensiones exploradas en los tres subsectores de salud: público, seguridad social y privado (ver Figura 2). Cabe destacar que para este trabajo se consideró como REFORMA a todo cambio e innovación en los tres subsectores de salud, propuestos por el gobierno central vinculado a:

- ⇒ Financiamiento y organización del sistema de salud.
- ⇒ Compra y entrega de servicios de salud
- ⇒ Modelos de contratación y pago a los médicos
- ⇒ Regulación de la profesión médica
  - Acreditación: matrícula
  - Certificación y recertificación: especialidad
- ⇒ Influencia de la reforma en el desarrollo de la Atención Primaria como estrategia
- ⇒ Formación del recurso médico

**Figura 2: Reformas del sistema de salud**



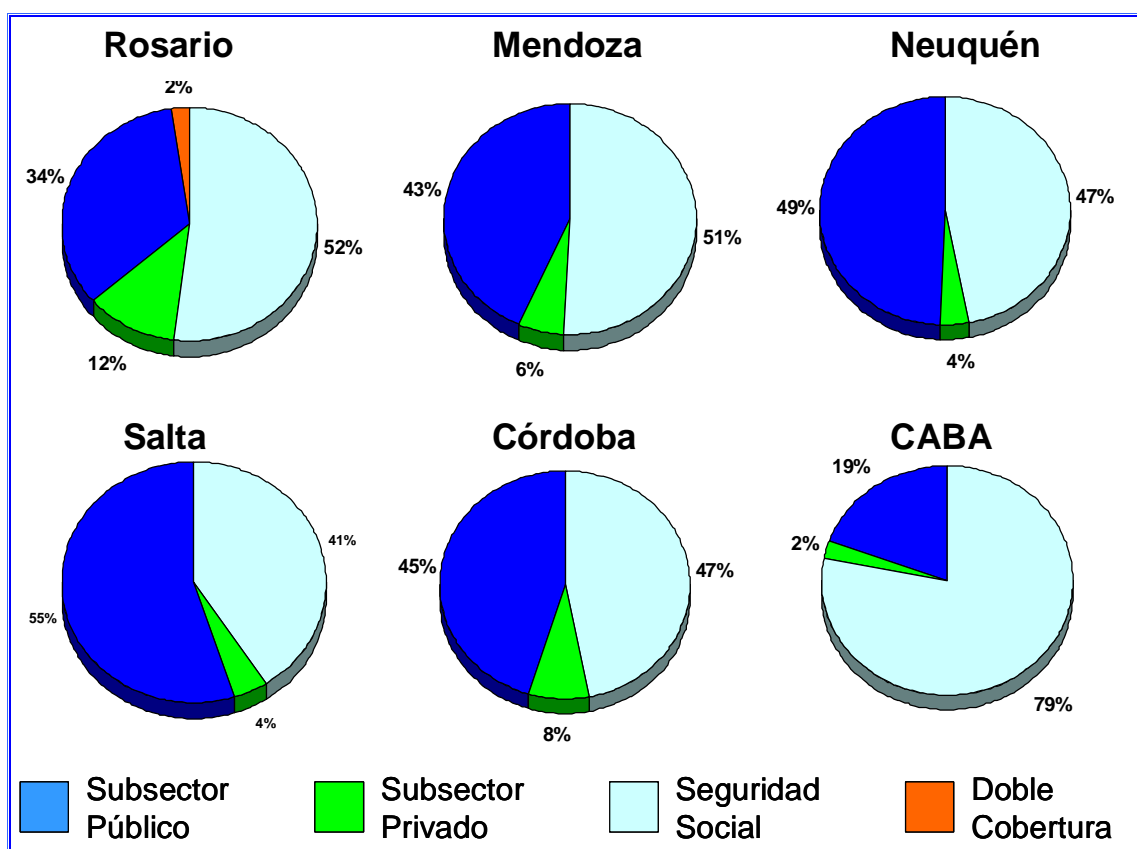
\* PROFE, PROMIN, PROAPS, Plan Médicos de Cabecera, Remediar, etc..

### ⇒ **Financiamiento y organización**

Las jurisdicciones incluidas en el presente trabajo, comparten las reglas generales del país, tienen un sistema de salud fragmentado y heterogéneo: Subsector Público (en algunos casos provincial y municipal), Seguridad Social y Subsector Privado. Estos subsectores carecen en general de puntos de contactos, articulación y acuerdos mínimos para planear, programar y ejecutar acciones integradas con el objeto de mejorar la eficiencia, equidad y calidad de los servicios entregados.

Según los datos del último Censo Nacional (año 2001), la cobertura de salud en las jurisdicciones por parte de los tres subsectores es bastante similar (ver Figura 3). Con predominio de la seguridad social en la mayoría, mientras que el sector privado dónde menos desarrollo o inserción tiene es en la provincia de Neuquén.

**Figura 3: Cobertura de salud según jurisdicción**



Fuente: elaboración propia en base a datos del último Censo (INDEC).

Por otro lado, si bien el sector privado ha logrado una mayor penetración en Rosario, al contrario de lo que sucede en otras jurisdicciones, las prepagas nacionales registran poca injerencia en el lugar, estando el mismo en manos de empresas de medicina prepagas locales.

*[..] ...la población de Rosario, se caracteriza por que las grandes prepagas nacionales tienen poca incidencia, es totalmente inverso a capital. Swis Medical, Medicus, son prepagas de bajo nivel en la ciudad de Rosario. Tienen mucho desarrollo las prepagas de los propios sanatorios. Hay prepagas sanatoriales y nacionales, hay algunas prepagas privadas no sanatoriales, pero el sector más importante lejos es el de la Seguridad Social. ...[Rosario - ASCLISAN]*

En la década del '90 con la ola de reformas del Estado, llamadas de "segunda generación" se aceleró la transferencia de los servicios de salud pública de nación a provincia, en un modelo de descentralización tipo devolución que había comenzado a mediados de los '70. Este proceso se replicó al interior de algunos distritos con una descentralización de las provincias a los municipios, siendo este proceso más evidente en la Ciudad de Rosario y la Provincia de Córdoba.



*[..] ... el sistema de salud municipal tiene la particularidad de ser un sistema en red; donde hay 50 centros de atención primaria, 1 centro de especialidades médicas ambulatorias, donde solo se deriva lo ambulatorio desde el 1° nivel, 6 hospitales (3 de mediana complejidad, 1 maternidad, 1 hospital de emergencias y 1 hospital de niños), que son de referencia de todo el sur de la provincia y un centro de rehabilitación. [Rosario - Secretaría de Salud]*

La descentralización no solo implicó que tanto la nación y en algunos caso las provincias dejaran de prestar los servicios de salud de la población “devolviéndolo” a los niveles subnacionales (devolución), sino que también se perdiera la capacidad del Estado Nacional de articular políticas desde los niveles centrales. Esto en muchos casos se tradujo en falta de coordinación e integración entre los sistemas con la consecuente duplicación y superposición de servicios y recursos.

*[..]...la Ley Provincial de Loterías plantea que lo recaudado solo vaya a hospitales provinciales, es decir que el municipio de Rosario no recibe ninguna diferencia por tener este sistema de salud, a diferencia de la ciudad de Santa Fe que no tiene un peso invertido en salud. [Rosario - Secretaría de Salud]*

*[..]...la integración de los tres subsectores público, seguridad social y privado, no ocurre y tampoco hay integración entre el nivel provincial y municipal a pesar de estar en la misma provincia , se superponen recursos. Esto sucede cuando no se trabaja con un enfoque sistémico, condición básica para que un sistema funcione. [Córdoba - Ex secretario de salud]*

Por ejemplo, en Rosario cabalgan dos subsectores públicos: el municipal y el provincial. Según los entrevistados, el sistema de salud municipal cubre aproximadamente al 50% de la población, correspondiendo la misma a grupos sociales de bajos ingresos.

*[..] ...Rosario tenemos coexistiendo 2 sistemas públicos, el provincial y el municipal, además de los sectores de las obras sociales y privadas; la fragmentación del sistema es como en todo el país. Dentro de lo público, con la provincia tenemos un muy bajo grado de articulación a pesar de que ellos cumplen funciones tanto de supervisión, como de dirección política. ...[Rosario - Secretaría de Salud]*

Dentro del marco de la reforma, la provincia de Córdoba en la década del '90 también intensificó el proceso de descentralización, pero solo del 1° nivel de atención. En consecuencia, la APS está actualmente bajo responsabilidad municipal. Los centros de atención en el subsector público de salud se dividen en categorías: 1) centros de atención primaria de la municipalidad de la Ciudad de Córdoba y 2) los hospitales públicos de nación, provincia y municipalidad. Por otro lado, también se encuentran el sector de obras sociales y

en menor proporción el sistema de seguros privados. A comienzos del año 2000, siguiendo con los cambios Córdoba adhirió al Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud –PROAPS– del Ministerio de Salud de la Nación, subvencionado por el BID.

*[..]...El sistema público de salud está descentralizado, el 1° nivel (APS) lo manejan los municipios, mientras que la Provincia quedó a cargo del 2° y el 3° nivel de complejidad. ...[Córdoba - Médica generalista 2]*

*[..]...con crédito del BID y del Banco Mundial se estuvo trabajando en el tema de reforzar la atención primaria y por otro lado, la integración de los municipios con la Pcia, para lo cual se hizo un relevamiento de todos los recursos disponibles en la provincia. ...[Córdoba - Ex secretario de salud]*

El proceso de reforma del Estado en la década de los años noventa y ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector salud fueron escasas y focalizadas. Las principales medidas implantadas fueron en el ámbito administrativo-financiero. Entre ellas se encuentra el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales –hospitales de autogestión– y la profundización de la descentralización hospitalaria –transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales–, así como también la aparición de nuevos programas financiados externamente por organismos internacionales, por ejemplo el PROMIN (Programa Materno Infantil), PROAPS (Programa de Atención Primaria de la Salud), Programa Nacional de Médicos de Cabecera, PROFE (Programa Federal de Salud), etc..

El Hospital de Autogestión, es un modelo de delegación que comenzó a instrumentarse a partir de los '90, al cual fueron ingresando los principales hospitales provinciales\*. Desde el punto de vista de la equidad, la idea central consiste en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos. La experiencia, ciertamente no muy extensa –ya que los principales hospitales ingresaron al

\* El gobierno impulsó a partir del '91 la transformación de los hospitales públicos en hospitales de Autogestión con el objeto de darles autonomía y autarquía para mejorar la eficiencia y la productividad. El estado sólo se haría cargo de la renovación de bienes de capital y tecnología mientras que el presupuesto del hospital dependería de los convenios para las prestaciones que realizara, especialmente a las Obras Sociales y prepagas para terminar con el subsidio fiscal a las mismas. Sin embargo, esta iniciativa no se acompañó de los recursos necesarios para la capacitación del personal, el management y los sistemas de información para la facturación y cobro de las prestaciones. El actual sistema “incompleto” puede redundar en incentivos contraproducentes: los fondos públicos que reciben los hospitales son independientes de la cantidad de población a cargo y por lo tanto, los hospitales podrían privilegiar atender a los beneficiarios de alguna obra social (en detrimento de la población no cubierta) ya que por ello reciben fondos extra-presupuestarios.

sistema después de 1992—, no han logrado aún alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales debido fundamentalmente a profundas limitaciones gerenciales sumado a la falta de adecuados sistemas de registro y procesamiento de la información, específicamente en lo concerniente a identificación de los usuarios, facturación y cobranza. Es así que la experiencia fue muy disímil, donde provincias como Neuquén o municipios en este caso Rosario, no adhirieron a tal iniciativa. Una de las principales críticas a este proceso de reforma fue la falta de un soporte técnico adecuado en los aspectos recién mencionados para que la propuesta de hospital de autogestión, brindara algún beneficio a la población. Otra crítica mencionada fue la falta de consideración desde los niveles centrales de la idiosincrasia de cada provincia y de las necesidades de cada lugar.

*[.] ...Cuando se habla de autogestión en esta Provincia es sinónimo de hospital privatizado. Esta construcción que se fue haciendo a través del tiempo, tiene una base ideológica, por supuesto y de alguna manera tiene un arraigo en el sistema. Esta es la única Provincia creo junto con Santa Cruz, que no ha firmado y tampoco adhirió al de hospital de autogestión. Nunca se firmó el proyecto, sí el de asesoramiento técnico en el año 96', en ese momento yo estaba como jefe de zona 3 y fue muy conflictivo, lo único que se pudo hacer con nación fue una consultora, para trabajar sobre marcos legales de la Provincia y sobre informatización del Hospital Neuquén y procesos de gestión, que realmente hacían falta. Tampoco adherimos al proyecto de hospital de gestión descentralizada. [Neuquén - Sociedad de Medicina Rural]*

*[.] La autogestión, tema interesante, llega a principios de los 90' en la nación y la provincia lo asume como ley y resuelve sumar todos los sectores hospitalarios al sistema de autogestión a los hospitales de un determinado nivel de complejidad en adelante. Solo los hospitales provinciales en toda la provincia fueron autogestionados. El resto es todo sistema SAMCO. [Rosario - Dirección de APS]*

El Plan Médicos de Cabecera, fue otra de las tantas iniciativas impulsadas desde el gobierno central hacia las provincias y municipios sin un diagnóstico previo de necesidad y sin una clara noción de sustentabilidad a mediano y largo plazo. Es así que en Neuquén y en Rosario no fue una experiencia exitosa y en los demás distritos, los cargos terminaron siendo absorbidos y diluidos en muchos casos directamente por las provincias.

*[.] ...Hubo resistencia a la implementación del plan médico de cabecera que propició Nación, era un sistema de médicos de 4 hs. con un salario muy bajo para las necesidades de sustento en esta Provincia, donde además el sistema provincial cuyo principal recurso requiere que tenga dedicación exclusiva. [Neuquén - Subsecretaría de Salud]*

La implementación de todos los programas que se mencionaran más arriba: PROMIN PROFE, PROAPS, REMEDIAR y otros, contribuyeron a profundizar la fragmentación vertical dentro del sector público, esta vez motorizada por el nivel central, más allá de la ya existente a nivel subnacional (provincias y municipios) a la que cabe sumar la falta de integración con los demás subsectores (Seguridad Social y Privado). Cabe resaltar que estos programas implican una mayor superposición de recursos humanos y en algunos casos de infraestructura. Hubo y hay una falta absoluta de diagnóstico de necesidad local.

*[..] ...sí, la provincia se adhirió al PROMIN, se invirtió en ese momento a nivel municipal 18 millones de pesos en infraestructura, en hacer centros nuevos, arreglar los viejos, etc.. Trabajamos con el PROMIN en forma individual el programa, siguiendo las normativas que nos establecían. Te digo que en aquellos años, convivíamos con los recursos humanos que nos nombraba el PROMIN. En realidad fue el paso más de un programa que tiene fallas en el ámbito normativo y respecto al nivel de atención. ...En el municipio se venía trabajando desde hace mucho una lógica distinta y obviamente que se charló con ellos. La inversión en dinero fue importante, esa la contraparte positiva. [Rosario - Dirección de APS]*

*[..]El REMEDIAR se incorporó en casi todos los centros de salud provinciales y lo que uno recibe son 2 cajas de medicamentos. En realidad si nos afectó, yo no estoy muy de acuerdo. Si bien uno hace sugerencias de cambio, nunca vienen los cambios. Los coordinadores de REMEDIAR están muy atrasados con la lectura de las boletas, siguen enviando remedios que no se usan en el centro y no aceptan que se los devuelva. Cero planificación, cero diagnóstico de necesidades. ... No hay una evaluación por zona, ...El tema formulario es muy engorroso y lo peor es que luego ni los leen, te lleva 10 minutos hacerlo y le quita tiempo a la consulta, hay mucha resistencia del personal en hacer recetas, a veces la hace un administrativo y uno la firma. [Mendoza - Médica generalista 1]*

## ⇒ **Compra y entrega de servicios**

En este tema hay que realizar una separación en cuanto a los tres subsistemas: público, seguridad social y seguros privados.

### **1) Subsistema público**

Es importante señalar las diferencias en la estructura prestacional entre el nivel municipal y el provincial. El sistema municipal, si bien puede contar con estructuras de segundo y tercer nivel en los grandes municipios, tiene como eje central de acción la atención primaria entregada en los Centros de Salud. En contraste, el sistema público provincial brinda sus servicios de atención primaria a la población indistintamente a través de los centros de salud y hospitales provinciales. Esto significa que la puerta de entrada al sistema no necesariamente

es el centro de salud. Cabe destacar que tal como se planteó en la sección anterior, la profusión de programas y servicios orientados a la atención primaria desde el Ministerio de Salud de la Nación, con financiamiento de organismos multilaterales de créditos, en muchos casos pasando por encima de los niveles provincial y municipal, profundiza la ineficiencia en la compra y entrega de servicios y no reconoce las necesidades específicas en cada distrito.

*[..] ...los afiliados al PROFE son aquellos que no tienen ningún tipo de obra social y ningún tipo de aporte jubilatorio, es la misma gente que hoy atendemos en el sector público es decir los sin cobertura. ...[Rosario - Médico generalista]*

*[..] En Provincia no se trabaja con población a cargo y la realidad es que la gente, un poco por necesidad de recursos y otro poco por avivadas, asiste a 2 o 3 centros de salud, para obtener por ejemplo la leche, entonces obtienen 2 cajas de leche por cada centro. ...[Rosario - Médica generalista]*

En Rosario, la particularidad es que cabalgan dos sistemas de salud el provincial y el municipal, cada uno con sus propios efectores de salud en todos los niveles de atención. Pero hay algo que claramente los hace muy distinto, esto es que en el subsector municipal la puerta de entrada al sistema es siempre el centro de salud, mientras que en el subsector provincial los usuarios pueden ir tanto al centro de salud como al hospital.

*[..] ...El sistema de Salud que hemos desarrollado en Rosario, es conceptualmente diferente al desarrollado en la provincia de Sta. Fe, ellos todavía están con las áreas programáticas. Esto nos genera dificultad, pero estamos tratando de trabajar en conjunto. Con el Ministerio estamos relevando lo que ambos tenemos en el 1º nivel para poder interactuar. Nosotros lo que planteamos y estamos convencidos de que el 1º nivel debe ser municipal. Es decir que los centros de salud deben ser de jurisdicción local. El 30% de alta complejidad que atendemos es de afuera de Rosario y lo soportamos con el presupuesto de Rosario. Estamos viendo la posibilidad de gerenciar nuestro sistema de alta complejidad. El gobernador Obeid, antes de asumir dijo estar trabajando para ver si podemos unificar el sistema de salud del 1º nivel, coordinar el 2º nivel y el de alta complejidad. [Rosario - Secretaría de salud]*

*[..] La puerta de entrada al sistema debería ser el centro de salud, pero en la práctica no lo es, la gente en el subsector provincial tiene libertad en el acceso (centro de salud u hospital). Si la gente se atiende en el centro de salud, éste se encarga de gestionar por ejemplo una interconsulta vía Área Programática, de esta manera el paciente se evitaría ir a las 2 hs. de la madrugada al hospital para obtener el turno con un especialista. Pero la gente va directamente al hospital aunque tenga que ir de madrugada. ...[Rosario - Médico generalista]*

Es interesante destacar que en el proceso de jerarquización de la Atención Primaria y el refuerzo de la coordinación entre el nivel primario y secundario que viene realizando el

municipio, uno de los temas planteados y trabajados fue sacar las especialidades médicas de los hospitales y crear un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), donde los pacientes solo pueden acceder a través de una referencia que proviene del centro de salud que le corresponde.

*[..] ...Se decidió una institución nueva, porque veíamos que en los hospitales los consultorios externos, eran un lugar muy poco gerenciados, con los directores que tenían puesta la mirada a la guardia y la internación, ya de por sí el hospital es muy complejo. Es decir que la consulta ambulatoria, no era para que se desarrollara ahí dentro. Por lo cual se abrió el CEMA, justamente para que los especialistas pudieran hacer las consultas en este lugar y la internación en el hospital. No por una demanda espontánea, sino por interconsultas del 1° nivel. Nos planteaban que era una locura, pero terminó siendo muy bueno. ...[Rosario - Dirección de APS]*

En Neuquén el sistema de salud público que tuvo sus orígenes en la década del '70, brinda sus servicios a la comunidad a través de una red de establecimientos en toda la provincia. Los entrevistados coincidieron que dicha red funciona bien en el interior de la provincia, a través del Plan de Salud Rural, donde cada zona sanitaria trabaja con población a cargo, mientras que en las grandes ciudades sucede todo lo contrario.

*[..]...la población dispersa fue el objetivo del Plan de Salud Rural en la década del '70, por la alta mortalidad infantil y los partos domiciliarios. Toda esta estructura de programación local, hospital con área programa, salidas pautadas, se sigue sosteniendo, pero fue armado para las zonas rurales. Entonces hoy a 20 cuadras de acá no sé que le pasa a una familia de riesgo, pero sí sabemos que le pasa a un tipo que vive en la punta de la cordillera, porque lo van a ver a su casa 1 vez por mes. Lo que está claro, es que no tenemos datos, porque no hay salidas domiciliarias en el área urbana. [Neuquén - Subsecretaría de Salud]*

La falta de articulación al interior del sector público en la entrega de servicios puede observarse a través de los programas de entrega de medicamentos y la distribución de leche y suplementos alimentarios para niños y embarazadas. Por ejemplo en REMEDIAR, todos los entrevistados comentaron que no hay diagnóstico de necesidad local y desde Nación envían lo que los responsables del programa consideran necesario desde su perspectiva.

*[..]El REMEDIAR se incorporo en casi todos los centros de salud provinciales y lo que uno recibe son 2 cajas de medicamentos. En una charla de REMEDIAR, el año pasado, ellos plantearon que ciertos remedios iban a tener un tope y que ellos no compraban más, por ejemplo el enalapril que es un remedio que se usa mucho. Ellos consideran que nunca van cubrir la necesidad. .... No hay una evaluación por zona, tenemos cajas llenas de productos que no se usan en el centro y que no los*

*podemos devolver. El tema formulario es muy engorroso y lo peor es que no hacen la lectura correspondiente. ...[Mendoza - Médica de familia 2]*

Otro Programa que sirve como ejemplo para abundar en este punto es el Programa Federal de Salud (PROFE), que se implementó hacia finales de los '90 y comienzos del 2000. Este seguro está destinado a la población que está fuera del sistema contributivo, es decir la misma población cubierta por el subsector público provincial o municipal, de acuerdo a la jurisdicción. Dicho programa se ejecuta en los mismos centros de salud provinciales con profesionales y personal administrativo contratados en forma autónoma.

*[..] ...El año pasado, se largó el Seguro Provincial de Salud, con lo cual hay una nueva contratación. Yo trabajo para el PROFE pero en un centro de salud de la provincia, es un programa paralelo con metas a cumplir, con un poco más de exigencias. Este seguro tiene contemplado que el 30% de la carga horaria se lo dediquemos a tareas comunitarias (teoría) e incluyeron a un psicólogo como parte del equipo. Es la 1° vez que lo incorporan al equipo de salud. ...[Mendoza - Médica de familia 1]*

## **2) Subsistema de obras sociales**

Dentro de los fenómenos observados en la Seguridad Social y el Sector Privado como consecuencia de las reformas de los '90 se encuentra la aparición de las llamadas “gerenciadoras”. Estas instituciones, intermediarias entre los organismos financiadores (por ejemplo PAMI) y los prestadores de servicios de salud (por ejemplo Clínicas y profesionales), reciben habitualmente del organismo financiador un pago fijo capitado por la atención de una población y servicios definidos (actualmente regulado por el PMO), asumiendo una transferencia explícita de riesgo. A su vez, estas organizaciones contratan y pagan a los prestadores (médicos y otros profesionales, hospitales, clínicas y sanatorios) para que entreguen los servicios comprendidos en ese paquete de beneficios. Para complicar un poco más el panorama, forman habitualmente parte de su estructura, algunas clínicas y sanatorios que a su vez son prestadoras o bien los mismos Colegios Médicos que offician de intermediarios entre los financiadores y los médicos. Con el objeto de minimizar el riesgo, las gerenciadoras regulan la oferta de servicios utilizando a menudo herramientas de microgerenciamiento provenientes del “managed care” tales como el primer contacto con un médico de cabecera, nuevas modalidades de pago e incentivos financieros para modular los estilos de práctica profesional, el cuidado o manejo gerenciado de las enfermedades y de los enfermos crónicos, los formularios terapéuticos, etc. Este modelo se implementó con mucha fuerza en el PAMI, siendo mencionado por la mayoría de los informantes como una de las

principales causas de la profunda crisis que tiene actualmente dicha institución. Tan es así, que en Córdoba los funcionarios no aceptaron ser entrevistados y en Neuquén, la delegación del PAMI estaba siendo intervenida al momento del viaje del entrevistador a dicha provincia, razón por la cual la entrevista se realizó en un clima de mucha desconfianza (la misma no pudo ser grabada), luego de insistir y hablar con distintos directivos del momento.

En la entrevista realizada a uno de los tres coordinadores de la Gerencia General en PAMI Central, se habló del tema de las gerencadoras y lo traumático que fue esto para el sistema, Cabe destacar que este modelo se encuentra actualmente en proceso de profunda revisión.

*[..] Nosotros estamos trabajando para desarticular el tema de las gerencadoras. Hoy el dinero va a una gerencadora, que lo distribuye con un costo administrativo X, nosotros estamos implementando un nuevo modelo y tratando de obviar a la gerencadora en el tema pagos. Estamos empezando a implementar un sistema de fideicomiso con el Banco Nación, donde se le va a depositar directamente al prestador por ej. Hospital Italiano, Alemán, etc. y no a la gerencadora que a su vez tiene contratado con tal o cual hospital ... con esto vamos a decir al médico de cabecera se le paga 2,80 de capita y lo vamos a hacer, porque se le va a depositar directamente, esto lo hace ahora la UGP (gerencadora), pero le deposita 2,10 ó 2,20 es decir que hace el débito que cree conveniente. En realidad que es lo que se quiere hace con esto, que el dinero que sale del Instituto llegue directamente a los que dan la prestación ... [C.A.B.A. - PAMI Central]*

Dado que excepto en Rosario, el PAMI no tiene prestadores propios, sus principales prestadores varían según las jurisdicciones. Por ejemplo en Salta y Mendoza es la Asociación de Clínicas y Sanatorios y el Instituto de Seguridad Social -este último en los lugares de poca densidad poblacional-, quien realiza las prestaciones. En Mendoza el subsector público es quién brinda la atención en los lugares donde no hay prestadores privados mientras que en Neuquén, PAMI tiene contratos directos con prestadores privados (ADOS, CEMICO y otros) y con el subsector público en el interior de la provincia, donde la salud pública es el único prestador.

*[..] La Asociación de Clínicas y Sanatorios, acá en capital nos atiende el 90 % de la gente. El 10% restante, en capital y el interior lo atiende el Instituto Provincial de Salud. En otros años teníamos un convenio integral con el Instituto de Salud de Salta. Me permite hacer un sarcasmo, el otro día me encontré con el presidente del Instituto que tiene 250.000 afiliado, y le pregunto ¿cuántos viejos tenés en tu institución? El 25% ... ¿y sabes dónde están y que les pasa? No, me contesto. Bueno vas a caer más rápido que el PAMI. No sabemos que pasa, no llegamos, no hay vigilancia, no hay atención domiciliaria, no hay conocimiento instrumental de la epidemiología, no hay planes de prevención. [Salta - PAMI]*



Todas los informantes del PAMI que fueron entrevistados coincidieron ampliamente en que si en el planeamiento estratégico no se tienen en cuenta las realidades locales de cada provincia, dicha institución difícilmente pueda responder a las demandas específicas de los diferentes distrito dado que tal como funcionan los modelos de descentralización tipo desconcentración, toda la responsabilidad y la toma de decisiones recae en el nivel central en Buenos Aires, donde la realidad es muy diferente a la de las provincias del interior

*[..] ...El PAMI en Salta realiza una tarea acotada, no hemos logrado una integración sociosanitaria, ni conceptual, ni biológica, ni metodológica, ni operativa de la institución. Todo se maneja y decide a nivel central, la institución macro no internaliza ésta realidad. El PAMI está en forma uniforme y no puede ser, no es lo mismo la gente del Norte que del Sur, no tienen las mismas necesidades, ni costumbres. ...[Salta - PAMI]*

Las obras sociales en la década del '90 tampoco escaparon a la realidad de la crisis que el país estaba viviendo consolidándose un modelo de obras Sociales ricas y obras sociales pobres de acuerdo a la capacidad contributiva de los aportes y el número de dependientes por titular de los beneficiarios de cada Obra Social. En el caso de las Obras Sociales Sindicales, el cierre de fábricas y de industrias fue acompañado de un profundo desfinanciamiento de muchas de ellas con la consiguiente subprestación de servicios y mayores barreras para el acceso de los beneficiarios. Esto hizo que mucha gente recurriera al subsector público para la resolución de sus problemas.

*[..] ...hay muchas obras sociales que desaparecieron y esto fue por la aparición de las gerencadoras. En Neuquén el intendente sacó una resolución, donde las obras sociales con menos 5.000 afiliados, no tienen que tener un gerenciamiento y que pueden contratar el servicio directamente con el prestador. ...[Neuquén - ADOS]*

*[..] En el último tiempo, también hubo un gran desplazamiento de la Seguridad Social debido al desempleo, por ejemplo obras sociales de la industria de enorme importancia y apogeo, en la época de Menem desaparecieron. Obras sociales sindicales como la Textil que tenía en Rosario más de 10.000 afiliados, hoy no llegan a 200 y así muchas... Es decir que el sector asalariado se ha reducido a un 20 o 30% y por ende la Seguridad Social. Otro ejemplo SMATA que hoy es insignificante. Es muy importante la Obra Social Provincial con más de 120.000 afiliados en Rosario, la Obra Social de Empleados de Comercio, que tiene 70.000 afiliados y el PAMI con 140.000. El resto de las obras sociales han ido mermando y muchas desaparecieron. ... el descubierto en este momento es el 53% de la población, todos ellos son pacientes del sistema público. [Rosario - ASCLISAN]*

En un intento de regular las prestaciones médicas que ofrecían las Obras Sociales Nacionales y en el marco de la reforma de los seguros de salud, en el año 1996 la

Superintendencia de Servicios de Salud elaboró el Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO fue concebido como un paquete de servicios mínimos necesarios para brindar cobertura extensiva e integral, carece de especificidad en sus contenidos por lo que las prestaciones incluidas así como la modalidad de las mismas pueden interpretarse de formas diversas al igual que su precio. Además, no está claro como la Superintendencia de Servicios de Salud fiscaliza el cumplimiento del mismo así como la calidad de las prestaciones efectuadas.

*[..] ...el PMO fue positivo, porque cuando empezamos a trabajar no existía el PMO. Para la atención primaria es sumamente ordenador, establece un paquete de prestaciones, sino es imposible trabajar ordenadamente. ...El PMO complicó, a la obra social que venía dando menos que lo que establece la ley. Una obra social con servicios, el problema es que no exista el PMO. Para nosotros fue muy oportuno, una respuesta clara. La actitud de la Superintendencia, durante la crisis fue de estar al lado, ayudando, no ejerciendo un poder de policía fuera de la realidad o pidiendo más de lo que se podía, sentimos mucho apoyo. [C.A.B.A. - FAMEDIC]*

Tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepagas, están incorporando la modalidad de brindar o prestar servicios a sus afiliados a través de programas. Esta modalidad de administrar o gerenciar la salud o la enfermedad es lo que se llama –“**micro-management**”–. En Neuquén, según los entrevistados, el Instituto de la Seguridad Social es pionero en la provincia, al igual que la Obra Social de Empleados Públicos en Mendoza (OSEP). Tienen programas de salud reproductiva, de prevención de enfermedades (por ej. rastreo de cáncer de cuello de útero), de enfermedades prevalentes y crónicas (por ej. Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus), de medicina del trabajo, programas de discapacidad y otros, que les permiten manejar más eficientemente los recursos.

*[..] ...nosotros hemos trabajado en promoción de la atención primaria, estamos haciendo programas de prevención, cosa que es bastante inédita en una obra social. Estamos armando el programa materno infantil, que es histórico y es un caballito de batalla que tienen prácticamente todas las obras sociales. Nosotros incorporamos el programa de salud sexual reproductiva, con 3 subprogramas: 1) prevención de cáncer uterino, 2) planificación familiar o anticonceptivo y el 3) prevención de cáncer de mamas. ...También estamos trabajando para los discapacitados, en forma independiente y por nuestra cuenta, no tenemos como las obras sociales nacionales un reaseguro, que nos provea drogas o algo por el estilo. ...La nación tiene la gentileza de hacer leyes para la detección del diabético, cosa que comparto, pero nunca aporta una moneda. El otro programa, que esta prácticamente listo para lanzar es el de HTA, ...[Neuquén - Instituto de Seguridad Social]*

*[..] ...Estamos reforzando el 1° nivel de atención y trabajando por programas: salud reproductiva, antitabaquismo, HTA, DBT, osteoporosis y salud bucal, entre otros. Estos programas tienen una pata comunitaria muy fuerte, por ejemplo, talleres de salud reproductiva y procreación responsable en las escuelas, charlas en los centros de atención, etc. ...[Mendoza - OSEP]*

### **3) Subsistema privado**

En cuanto al sector privado, debemos diferenciarlo entre financiadores-compradores de servicios y prestadores de los mismos. Respecto a los seguros privados (empresas de medicina prepaga comerciales o sin fin de lucro), como se observa en la Figura 3, su importancia en cuanto a cobertura en el país es pequeña, alcanzando de acuerdo a distintas estimaciones a 7% de la población argentina. Esta proporción se duplica en la Ciudad de Buenos Aires y en algunos centros urbanos con mayor población de clase media.

En numerosos casos, los seguros privados triangulan la cobertura de la población beneficiaria de algunas obras sociales que realizan convenios específicos con ellos o bien se observa doble cobertura de obras sociales y prepagas. Llama la atención la escasa proporción de población cubierta por las prepagas en la Ciudad de Buenos Aires según los datos del Censo de 2001 (Figura 3) y que contradice las estimaciones de otras fuentes. Probablemente, los encuestados no hayan interpretado bien las diferencias entre cobertura obligatoria por parte de las Obras Sociales y la cobertura voluntaria a un seguro privado.

De las jurisdicciones seleccionadas, si bien en Rosario la inserción del sector asegurador privado es importante, a diferencia de otros distritos, aquí el subsector privado está manejado por empresas locales. Sin embargo, el sector prestacional privado aún cuando atraviesa dificultades sigue siendo un dinamizador del sector salud, tanto prestando servicios a las Obras Sociales, como al PAMI y a las empresas de medicina prepaga

*[..] ...la población de Rosario, se caracteriza por que las grandes prepagas nacionales tienen poca incidencia, es totalmente inverso a capital. Swis Medical, Medicus, son prepagas de bajo nivel en la ciudad de Rosario. Tienen mucho desarrollo las prepagas de los propios sanatorios. Hay prepagas sanatoriales y no sanatoriales y nacionales (pocas). Pero el sector más importante lejos es el de la Seguridad Social. ...[Rosario - ASCLISAN]*

*[..] Esta Institución se llama ... y representa a cinco sanatorios del mismo grupo económico. Además de nuestra prepaga, administra cinco convenios como el de YPF, entre otros. Hay otras instituciones donde nosotros también participamos como por ejemplo Alto Médico, quién administra la obra social provincial. Por otro lado, la Cámara de Prestadores usa otros sanatorios. Cada institución ha ido generando sus propios convenios, pero la gran mayoría estamos unidos en la*

*Asociación. Y todos sin excepción estamos en la Obra Social Provincial –IAPOS–, como prestadores y administradores. ...[Rosario - ASCLISAN]*

*[..] ... SMG es la conjunción de muchas prepagas entre las que esta SM, Salud, Optar, Qualitas, Medicien, Nubial y últimamente Docthos. Nosotros iniciamos ya hace muchos años un proceso de concentración, entendiendo que en la economía de escala uno podía tener ventajas competitivas y a partir de esa concentración nuestra capacidad de salir a negociar precios de compra de servicios por un lado y compra de insumos por otro se ha visto claramente mejorado. (C.A.B.A. - SMG)*

### ⇒ Modelos de contratación y pago

Otros de los fenómenos acaecidos como consecuencia de las reformas de los modelos de contratación y pago de la década del '90, fue la precarización de las condiciones de trabajo de los profesionales médicos, no escapando a esta realidad ninguno de los tres subsectores de salud. Es interesante resaltar que la mayoría de los entrevistados en las diferentes jurisdicciones hicieron mención a la desvalorización de la actividad profesional, refiriéndose a los diferentes tipos y modalidades de contratos como “**contratos basuras**”. La precarización laboral se expresa a través de múltiples contratos de renovación periódica, ausencia de derechos sociales e inestabilidad permanente, que obligan al médico a trabajar en muchos lugares para poder tener a fin de mes un ingreso que le permita vivir dignamente. Lo paradójico es que si antes este tipo de contratos eran la regla en las gerenciadoras, clínicas y sanatorios o en el sector privado en general, últimamente son también muy comunes en el sector público, especialmente en los programas verticales financiados desde el Ministerio de Salud de la Nación.

*[..] ...todo es precario, en la provincia tengo un contrato que me renuevan cada 6 meses, porque esto viene de lo que anteriormente era PROMIN, que luego se cae. Me pagan mes a mes mis honorarios contra recibo, no tengo obra social, jubilación, nada. Supuestamente, este año hay una promesa de que me van a incorporar a planta de la provincia. ...En la Obra Social soy contraprestataria, por medio de un contrato que también se renueva cada 6 meses y el pago es contrarecibo, tampoco tengo ningún beneficio. [Rosario - Médica generalista]*

*[..] Toda la gente que conozco esta trabajando, en 10 lugares como para llegar a un sueldo que te permita vivir. Por ahí, no se si es lo general, es decir en otras provincias. [Córdoba - Médica generalista 2]*

*[..] ...estoy trabajando en la parte pública en un centro de salud de la provincia que depende del Hospital Provincial de Rosario, a su vez estoy en la ciudad de San Lorenzo como médico de cabecera en la Obra Social ..., también trabajo en Rosario en un consultorio privado en la zona oeste de la ciudad y además estoy*

*como médico de cabecera de una red privada que brinda atención a afiliados del IAPOS. [Rosario - Médico generalista]*

La fragmentación del sistema de salud devino en que las formas de contratos y de pagos fueran muy diversas, no obstante se puede hacer dos grandes divisiones: subsector público y subsectores de obras sociales y privados.

En general en el Subsector Público los trabajadores de la salud son asalariados, es decir que son empleados en relación de dependencia y los tipos de contrato son de tres tipos: a) planta permanente –“trabajo para toda la vida”– como comúnmente lo llama la gente. Son cargos a los que se debería acceder por concurso, instancia que en Argentina está desvirtuada (hace tiempo que en general no se realizan). Además, muchas veces la promoción o nombramientos de estos cargos se realiza por “amiguismo”, b) interinos, cargos que surgen a partir de la necesidad de cubrir una vacante y son los que están esperando a que se abran los concursos o contactos para acceder como planta permanente, aunque suele suceder que por decreto se decida cambiarlos de status y c) los cargos contratados o de emergencia, sin relación de dependencia con la provincia o el municipio.

Los dos primeros tipos de contrato son de pago por salario y la carga horaria en la mayoría de los casos es de 24 hs. semanales (part-time) o menos comúnmente de 36-40 hs. semanales. Cabe destacar que el tipo de contrato a médicos que más ha crecido en la última década en el sector público, especialmente entre los médicos de atención primaria, es el último de ellos.

*[..] ...en este momento y desde hace 10 años, estoy como médica interina en un centro de salud. Mi carga horaria es de 24 horas semanales. [C.A.B.A. - Médica generalista]*

*[..] ...en la parte pública los sueldos están congelados y la carrera sanitaria también. Pero con una salvedad y es que en la década del '90 se le sumaron los famosos cargos de emergencia –contratados– los cuales no tienen ningún aporte jubilatorio, obra social, estabilidad laboral y tampoco vacaciones paga. ...[Mendoza - Médica de familia]*

*[..] ...el año pasado la provincia por presiones (decreto) incorporó como interinos una gran cantidad de personal de emergencia o contratados, de los cuales algunos hacían 6 años, otros 10 años que estaban como emergencia. También hay médicos que fueron contratados por el PROMIN y a algunos la provincia los incorporó a planta. [Rosario - Médico generalista]*

Si bien en lo conceptual el ser empleado asalariado en relación de dependencia brinda mayores posibilidades u oportunidades para tener ingresos estables y beneficios sociales, trabajar en un entorno organizacional más acorde a la cultura de los médicos y acceder a una

carrera dentro de la institución, estas características están hoy muy desvirtuadas debido a la falta de concursos y al congelamiento de los sueldos desde hace mucho tiempo. Como se mencionó anteriormente, se observa en todas las jurisdicciones por igual la proliferación e implementación de programas, habitualmente financiados por Nación, que se acompañan de la creación de nuevos puestos de trabajo con modalidades de contratos y pagos diferentes. Por ejemplo: PROMIN, Plan Médico de Cabecera, Programa Federal de Salud, etc..

*[..] Me olvidé de decir que acá en Sta. Fe, está funcionando el Seguro de Salud Provincial, que depende del Programa Federal de Salud. En el centro de salud donde estoy funciona desde hace 1 año. Con esto se incorporaron nuevos médicos a los cuales le pagan por una determinada cápita. ...[Rosario - Médica generalista]*

Respecto al subsector de obras sociales y privado, la mayoría de los médicos trabajan como empleados autónomos. En algunos casos ni siquiera hay contratos de por medio y en otros, suelen renovarse cada 6 meses o 1 año. Lo observado en este trabajo en cuanto a la forma o tipo de pago a médicos generalistas o de familia es variado. Si bien, perciben una leve tendencia a la capitación, los entrevistados mencionaron variadas modalidades de pago, como por ejemplo, por hora de trabajo ajustado por cápita, por prestación (en general los que cobran por colegios, círculos médicos o a través de la asociación de clínicas y sanatorios) sujeta a una serie de descuentos, y un mix entre cápita y prestación.

*[..] Yo trabajo para la Obra Social ... y tengo un contrato de locación y el pago es un monto fijo por una cierta cantidad de pacientes. Yo les facturo, son contratos de relación de dependencia encubierta. ...[C.A.B.A. - Médico generalista]*

*[..] ...la mayoría facturamos a través del Colegio Médico y el cobro es por prestación. Acá hay algunos que tienen contratos directos, por ejemplo con PAMI Neuquén, con OSPRERA (obra social de los cosechadores rurales). [Neuquén - Médico generalista]*

*[..] en la Obra Social ..., te pagan por hora y por paciente. Tenés que ver 4 pacientes por hora para te paguen los \$6 de la hora más \$3 por cada paciente. De lo contrario solo se paga por paciente. Mientras que el especialista cobra \$5 por consulta por lo tanto, un médico de familia cobra menos. ...En otras obras sociales, se les paga por hora (por ejemplo \$5) y te imponen cuantos pacientes por hora tenés que atender. [Córdoba - Médica de familia 2]*

A igual modelo de contratación, las diferencias de remuneración entre médicos generalistas y especialistas, siguen existiendo en desmedro de los primeros.

*[..]...para nosotros tiene otra connotación, algunos de nuestros compañeros luego de trabajar algunos años y lucharla como médicos generales, eligen capacitarse en alguna especialidad. [Neuquén - Medicina Rural]*

En el PAMI en cuanto a los tipos de contratos y pagos, observamos modelos mixtos. Por un lado, hay personas que dependen directamente del PAMI como institución, por ejemplo en Rosario que tiene prestadores propios. En este lugar, la mayoría del personal está en relación de dependencia (asalariados) y los médicos son de planta permanente. En menor proporción, se encuentran los profesionales contratados a los cuales se les paga por prestación. Sin embargo, dado que Por otro lado el PAMI, tiene un sistema capitado manejado por terceros (gerenciadoras), donde los médicos son contratados por diversos prestadores de servicios.

*[..]...algunos son de planta permanente, otros contratados y a otros se le paga a través de factura o recibo. PAMI tiene un sistema capitado que se contrata a terceros. A los médicos que nosotros contratamos para reemplazar por ejemplo en vacaciones les pagamos por contraprestación. [Rosario - PAMI]*

*[..]...En PAMI la cápita tiene un valor de \$2,80 y lo que realmente perciben los médicos son \$2,10 o \$2,20 porque el resto se lo quedan las gerenciadoras. ... [Mendoza - PAMI]*

Las gerenciadoras que intermedian las prestaciones en el PAMI son redes prestacionales creadas “ad-hoc” así como las asociaciones médicas, los círculos y federaciones médicas, las asociaciones de clínicas y sanatorios, las empresas de medicina prepaga, etc..

Los inconvenientes de la intermediación con las redes gerenciadoras y los modelos de contratación y pago a los médicos, pueden verse desde la opinión de un directivo de un seguro privado comercial:

*[..]...Nosotros tendemos a hacer contratos directos con los médicos y pagamos por prestación, lo cual también es un inconveniente, no existe un sistema de remuneración perfecto, si uno contrata una red capitada tiene los problemas de la subprestación y si uno contrata profesionales por prestación, tiene el problema de que el N° de prestaciones excede lo que debería ser. Con un agravante que en los últimos 20 años, variable de ajuste ha sido siempre el honorario del médico. Es decir el médico, desde los períodos de las hiperinflaciones en adelante, encontró como mecanismo de defensa del bajo honorario la reconsulta, la realización de prestaciones innecesarias y la codificación de prácticas no realizadas. Esta es una verdad de nuestro sistema y esto es un problema que tenemos que resolver. ... [C.A.B.A. - SMG]*

## ⇒ Regulación

Los mecanismos de regulación de la matrícula profesional difieren de acuerdo a cada jurisdicción. En Neuquén y Mendoza, quienes otorgan la matrícula de médico y certifican las especialidades son la Subsecretaría y el Ministerio de Salud, respectivamente. Mientras que los médicos que trabajan en la C.A.B.A. deben tener matrícula nacional, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de un organismo deontológico.

*[..] ...Desde la Subsecretaría de Salud, se maneja la entrega las matrículas, la certificación y la reválida de los especialistas cada 5 años, según la ley de Especialidades del año 90'. De la Dirección General de Gestión de Calidad, depende la fiscalización, la habilitación, la certificación y re-certificación. [Neuquén - Subsecretaría de Salud]*

*[..] Las certificaciones son provinciales, la Provincia es la que autoriza las especialidades médicas, dentro de las mismas está la de Medicina Familiar. Estas certificaciones tienen vigencia para aquellos que estén trabajando en el ámbito privado, en obras sociales, porque requieren de una certificación para poder facturar. [Neuquén - Sociedad de Medicina Rural]*

*[..] ...el Ministerio a través de un organismo deontológico es quién habilita a un médico para que pueda trabajar en la provincia y también es quién se encarga de la certificación de las especialidades. ...[Mendoza - Sociedad de Medicina Rural]*

Las provincias de Santa Fe, Salta y Córdoba, delegaron la acreditación de la matrícula médica al Colegio y Consejo Médico. Ambas entidades fueron creadas por ley. Santa Fe tiene dos Colegios Médicos (1° y 2° circunscripción). Tanto los Colegios como el Consejo, además de controlar la matrícula profesional y el ejercicio ético de la profesión, también se han ocupado del desarrollo de las especialidades (formación), de la certificación y además del proceso de re-certificación de la especialidad.

*[..] ...el Colegio Médico de Sta. Fe fue creado por ley para control de la matrícula y regulación del ejercicio profesional. Esta dividido en 2 circunscripciones la 1° corresponde al norte de la Provincia con cabecera en la ciudad de Sta. Fe y la 2° corresponde al Sur de la Provincia con cabecera en la ciudad de Rosario. [Rosario - Colegio Médico]*

*[..] ...el Colegio Médico otorga el certificado de especialista a los profesionales, a través de los servicios formadores que tiene la misma institución. Además, desde hace varios años, tenemos la re-certificación de la especialidad, que se realiza en forma voluntaria. ...[Rosario - Colegio Médico]*

*[..] Quién te habilita para ejercer como médico en Salta es el Colegio Médico, en la Provincia hay aproximadamente 2.500 médicos, ...[Salta - Círculo Médico]*



*[..]...en Córdoba la acreditación de la matrícula está dada por el Consejo Médico. ...Por otro lado, una vez que un médico accedió a una especialidad, lo que le brinda el consejo son procesos de formación para ir renovando la especialidad cada 5 años. El título de especialista se re-certifica cada 5 años. ...[Córdoba - Consejo médico 1]*

Tanto en Rosario como en Córdoba, la formación de especialistas como la certificación de la especialidad, están en la actualidad en el centro de un debate donde se está analizando de quién es la competencia: Colegio Médico vs. Facultad de Medicina (Universidad). Esta discusión se originó a partir del surgimiento de las carreras de postgrados que otorgan títulos universitarios de especialistas, cuando tradicionalmente eran los colegios o consejos médicos quienes no sólo tenían delegada la regulación de la matrícula sino también la certificación profesional. El caos en que está sumido el proceso de certificación de especialidades médicas en nuestro país, donde el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud Provinciales, los Colegios o Consejos Médicos, las Universidades y las Sociedades Científicas pueden certificar de acuerdo a la elección del profesional, las circunstancias políticas o la jurisdicción, contribuye a la desvalorización del título de especialista y se convierte también en un factor que cataliza la precarización laboral.

*[..]...el tema es así, la creación de la ley del servicio de hace 50 años, con todo lo que dije anteriormente, con el correr del tiempo, hizo que la entidad se encargara de formar los servicios formativos y evaluadores para la entrega de certificados de especialidad. Es una tarea que nunca tuvo la facultad y lo hizo con responsabilidad siempre el Colegio Médico. Es decir que nosotros tenemos en la 2° circunscripción, alrededor de 5.000 especialistas y todos fueron formados en esta casa. A partir de la Ley de Educación Superior del año 1995, aparecen las carreras de postgrado, para obtener título universitario y ahí es donde comienza el conflicto. De alguna forma en nuestra Provincia erróneamente se comienza a desjerarquizar la certificación. El otorgamiento de los títulos universitarios, en principio se interpretó como la posibilidad de obtener la especialidad solamente de la universidad. Nosotros y casi todas las provincias integradas en el CONFEMECO, que es el que da la habilitación de los Colegios Médicos provinciales sostenemos que no es así. ...[Rosario - Colegio Médico]*

#### ⇒ **Atención primaria (APS)**

Si se analiza desde un plano conceptual que sucedió con la Atención Primaria de Salud, se puede ver que ha estado sujeta a diferentes definiciones, las que a su vez representan perspectivas que son distintas, aún dentro de un mismo país. En términos resumidos puede señalarse que la idea de Atención Primaria de Salud describe o se relaciona con un cierto tipo

de servicios, cierto tipo de prestador o una cierta filosofía de la atención. La evidencia empírica muestra que el desarrollo de la APS está condicionada por el nivel de desarrollo del país, su cultura y las características de su sistema de salud. Es interesante además como dentro de un mismo país, caso Argentina, las visiones pueden ser diferentes en las distintas provincias y aún más, dentro de una misma provincia (municipios), situación reflejada en el presente trabajo.

*[.] En Rosario el sistema de salud se divide en la parte pública y privada, a su vez en la parte pública se divide en municipal y provincial, con políticas diferentes, cada una maneja la atención primaria y sus programas de prevención en forma independiente. Es muy raro que tengan los mismos programas, excepto los del niño, de la embarazada, que son programas básicos, pero cada uno los encara en forma diferente. ...[Rosario - Médico generalista]*

*[.] La atención primaria es una materia pendiente en la Argentina y también para Salta. Porque el acceso que es lo fundamental no se realiza como debe ser. Primero de todo porque falta diagramación, no hay una política clara. ...La atención primaria pasa primero por tener una buena higiene, buena agua, vacunaciones, quizá esto se hizo bien. .... Pero si hablamos de la prevención como primera medida hagamos las campañas de detección de cáncer de mama y de cuello de útero, de diabetes, de hipertensión arterial. Yo trabajo en un centro de diálisis, y veo que el 90 % de los pacientes que están son por diabetes e hipertensión arterial. Entonces no digamos que estamos haciendo las cosas bien. ...[Salta - Círculo Médico]*

Respecto a la Atención Primaria se observaron distintos escenarios según las jurisdicciones. En la década del '90 tanto en Rosario como en Córdoba se produjo la municipalización del 1° nivel de atención en el sector público, aunque con diferencias entre ambas. Por ejemplo, en Rosario los centros de salud constituyen una puerta de entrada ineludible al sistema, es decir que los usuarios no pueden acceder al 2° o 3° nivel de atención sin previamente haber pasado por el centro de salud, mientras que en Córdoba los usuarios tienen libre acceso a los distintos niveles de atención.

*[.] ...también sacamos sangre en los centros de salud, los turnos con el especialista también lo administra el centro de salud. Es decir que el centro tiene una cantidad de gente adscripta definida, sabe normalmente el número de ecografías que por mes requiere (cupos que administran los centros). ...Si vemos que tenemos un barrio nuevo, o varía la cantidad de gente, entonces vamos discutiendo la variación del cupo. En las reuniones distritales, discutimos junto con los directores de los hospitales, los cuellos de botella en las derivaciones que tenemos en el 2° nivel. ...El centro de salud, realmente se convirtió en un centro*

*que le acerca a la gente lo que realmente necesita para su salud. [Rosario - Secretaría de Salud]*

*[..] ...El concepto de derivación, nosotros lo hemos cambiado, aquí nadie deriva gente del 1° nivel, la idea y nuestro compromiso es agenciar la salud, estamos hablando de gente cuyo acceso al sistema es sumamente complejo. No estamos hablando de sectores medios, en general este tema de acceder es un problema para los sectores más carenciados de la ciudad. ...[Rosario - Secretaría de Salud]*

*[..] ...la gente tiene libre acceso al sistema de salud tanto municipal como provincial, si bien estamos tratando que la entrada al mismo sea por el centro de salud. En los centros municipales funciona la Residencia en Salud Familiar, donde los niveles de atención son extra a los lugares históricos (hospital). Son centros comunitarios integrales, están conformados por gente capacitada y en formación, es decir médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, etc.. Cada una de estas unidades tienen 2.000 personas a cargo, con la idea de mantenerlos sanos. Entonces tiene que ver todo lo que es prevención, promoción, para tratar de que estas personas no se enfermen. A esto lo llamamos prevención local participativa, por supuesto contamos con la participación de la comunidad. [Córdoba - Coordinador de la Residencia de Salud Familiar y Presidente AMG y C]*

La política de descentralización del sistema de salud público y el enfoque hacia la APS, implica que la gente ingrese a la red de servicios por medio de su acceso a los efectores cercanos a su domicilio –centros de salud–. En Rosario, lo captado en las entrevistas realizadas a informantes relacionados con el subsector público de salud municipal es la jerarquización del centro de salud dentro de la comunidad en general (médica y no médica). Considerándolo como el lugar propicio para el seguimiento longitudinal de los pacientes y además como un facilitador en cuanto a la resolución de problemas en salud.

*[..] ...la entrega de medicamentos a los pacientes se realiza en el centro de salud más allá que se lo hayan indicado en el 2° nivel. La idea es que el paciente siga teniendo al centro como referente y para que el médico de cabecera sepa lo que se le indicó y lo controle. Porque sino teníamos el riesgo de que el paciente quedara muy pegado al especialista. El tema de medicamentos es importante, preferimos que dependa del centro de salud. Es un mecanismo complejo, pero hasta ahora funciona bien. [Rosario - Dirección de APS]*

Tanto en Neuquén, en Salta y Mendoza el proceso de descentralización ha llegado hasta la provincia, con algunos centros municipales de servicios de salud, en especial en estas dos últimas jurisdicciones. Si bien, la estrategia de Atención Primaria en la década del '70 fue el “caballito de batalla” de las reformas sanitarias en la Provincia de Neuquén, aún está

pendiente y es materia de debate las características de la atención en el 1° nivel en las grandes ciudades, donde aún no está implementado o mejor dicho definida la población a cargo de los Equipos de Salud en áreas delimitadas, a diferencia de lo que sucede en las zonas rurales.

*[..] ...En la Ciudad de Neuquén es muy difícil establecer cuáles son los límites de cada centro de salud. Uno como paciente puede elegir donde atenderse. [Neuquén - Subsecretaría de Salud]*

*[..] ...Es muy distinta la situación en los pueblos del interior, en donde cada uno de los hospitales tiene perfectamente delimitada la zona geográfica y los pobladores que tiene dentro de los límites, dado que existen recursos excelentes para la atención primaria. Cada agente sanitario recorre el área que tiene asignada, visitando casa por casa, relevando anualmente las familias, detectando embarazadas, controles, vacunación, etc.. Mientras que en las áreas urbanas no existe este recurso, hay algunos niveles donde la densidad de la población es altísima y todavía no están los recursos como para poder dar una cobertura integral, de manera que resulte inequitativo, tanto para los que viven en el interior como en capital. En la ciudad no tenemos población a cargo, sabemos los límites geográficos que tenemos, pero desconocemos muchas de las cosas que pasan. Porque en general no llegamos a todos los casos, sino que esperamos que la mayor cantidad de gente llegue a los sectores de salud. [Neuquén - Medicina Rural]*

En Neuquén, los usuarios del subsector público de salud pueden acceder libremente a los distintos niveles de atención dentro del sistema. Incluso algunos entrevistados comentaron que los pacientes no tienen muy claro la figura del médico general, situación que llama la atención en un sistema donde ya en la década del '70 se implementó la figura del médico general o rural, y siendo uno de los primeros lugares en los que se creó la Residencia de Medicina General y Rural, cuyo objetivo fue formar médicos con orientación a la APS.

*[..] ...Es curioso en Neuquén, una provincia que fundó la residencia de medicina rural y general y que la población no conozca hasta donde llegamos los médicos generales. He encontrado a mis pacientes en la sala de espera, que me dicen vos hiciste el yeso que salió recién, como diciendo ...[Neuquén - Médico generalista]*

*[..] ...un médico generalista dentro del sistema público puede trabajar en la zona rural (puesto de salud) hasta en un hospital general de nivel 3. En un pueblo los médicos generales o de familia son la puerta de entrada al sistema mientras que en la ciudad no siempre es así. Se está tratando desde hace mucho tiempo de limitar el acceso a los médicos especialistas, es decir que se haga a través del sistema de referencia - contrareferencia. La idea es tener un sistema estructurado, de acuerdo a las complejidades crecientes de los pacientes. [Neuquén - Sociedad de Medicina Rural]*

Otro tema, en el cual coincidieron los entrevistados del subsector público y que está relacionado con lo planteado más arriba es respecto a la diferencia entre la implementación de la APS como estrategia para los pueblos del interior de las provincias y aquella para las grandes ciudades, donde no está definida la población a cargo de cada centro, requisito fundamental si se quiere implementar dicha estrategia.

*[..] ...La red existe y funciona, lo que es un problema, es la falta de auditorias de la calidad de las prestaciones. Sobre todo esta mirada cegada de la zona metropolitana que sigue planteando que la red no existe, porque se pelotean los pacientes entre los centros de salud. Es muy difícil establecer una especie de red secundaria dentro de la zona metropolitana, para hacer atención escalonada, donde parece que la red no existe. Pacientes poco complejos terminan en hospitales de máxima complejidad. El 1° nivel de atención no tiene todas sus pilas puestas para dar una mejor calidad de atención, retener pacientes en el barrio. ...[Neuquén - Subsecretaría de Salud]*

En Mendoza con la nueva gestión de gobierno lo realizado como primer paso para jerarquizar la APS fue independizarla de las áreas programáticas de los hospitales y crear la Dirección de APS, a la cual le otorgaron la misma jerarquía que el Área de Dirección de Hospitales.

*[..] ...En el comienzo de esta gestión lo primero que hicimos y de los cuál estoy totalmente convencido fue sacar la APS de las áreas programáticas de los hospitales de cabecera, es decir que va a depender directamente de la subsecretaría de salud y de la dirección de APS, esto va a permitir un mejor y mayor control de los fondos que se asignan al 1° nivel, porque lo que en general sucedía es que estos fondos se diluían en el camino, es decir que quedaba la mayor cantidad en los hospitales. ...[Mendoza - Subsecretaría de Salud]*

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene un escaso desarrollo de la atención primaria, lo que hace que todo el accionar se concentre en el hospital, particularmente en los consultorios de los especialistas y en las salas de emergencia y por ende, que la gente subutilice los centros de salud. Es habitual escuchar que la gente comente que el hospital es mejor y más resolutivo lo que obviamente redundará en una demanda excesiva cuya respuesta se expresa a través de demoras y mala calidad de atención.

*[..] ...la gente en esta ciudad está acostumbrada a ir a los hospitales, hay hospitales que son emblemáticos, como el Argerich. No es fácil de resolver, la solución adversa es tremenda, las autolimitaciones que uno se plantea, por ejemplo el acomodar determinados servicios, uno sabe que va a duplicar la demanda. Una de las consignas es que hay que tercerizar la atención primaria y*

*sacar la medicina ambulatoria de las complejidades de los hospitales. ...también sabemos que esto pasa por 1° una decisión política, 2° por un cambio estructural y 3° un cambio de sistema basado en el cambio de competencias. [C.A.B.A - Subsecretaría de Salud]*

*[..] ...La idea futura es la atención primaria con el 1° nivel de atención descentralizado. En la actualidad depende de los hospitales; con un concepto bastante hospitalizado u hospitalocéntrico. Cada hospital, tiene un jefe de división de área programática. De las áreas programáticas dependen los centros de salud, acción comunitaria, los médicos de cabecera y el programa de salud escolar. [C.A.B.A - Subsecretaría de Salud]*

*[..]...el presupuesto de los centros de salud está incluido en la partida que va a los hospitales, una de los objetivos inmediatos que tenemos es descentralizar la atención primaria, sacarla de los hospitales y ponerla en relación directa orgánicamente con la Dirección de Atención Primaria. ...[C.A.B.A - Dirección de APS]*

#### ⇒ **Formación del recurso humano**

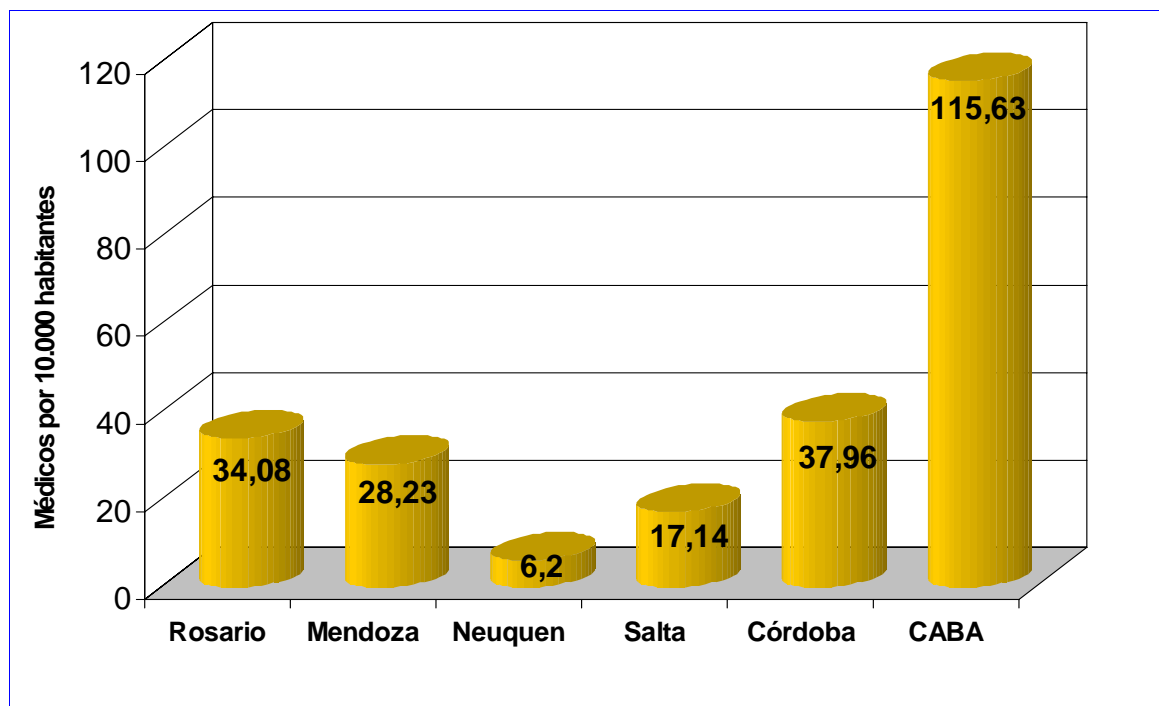
De las jurisdicciones analizadas en este trabajo todas excepto Salta, tienen Facultad de Medicina Pública y en algunos lugares, hay una proliferación de centros privados formadores de médicos. La facultad de Mendoza es la única que tiene ingreso restringido.

*[..]...La escuela de Medicina del Comahue está bien conceptuada, pero atrás de esto hay un trasfondo que no se cumplió. La idea era restringir el ingreso, se iba a hacer un plan de acuerdo a las necesidades de médicos del país, entonces la Facultad de Medicina de Bs.As. y de la Plata decidieron no seguir adelante con el proyecto. Es así que no solo se creó la de Neuquén, sino también la de Bahía Blanca y por otro lado, proliferaron no se que cantidad de centros privados. Hay un absoluto descontrol y seguimos tirando médicos, es una realidad que preocupa por la inserción laboral y porque hoy por hoy no hay capacidad de absorción. ...[Neuquén - Colegio Médico]*

Cabe destacar, que es absolutamente cierta la reflexión hecha por el entrevistado del Colegio Médico de Neuquén, en cuanto a la falta de diagnóstico sobre las necesidades de médicos en el país. Como se puede apreciar en la Figura 4 el número de médicos es muy dispar entre las jurisdicciones, en un extremo está la C.A.B.A. donde habría un médico cada 86 habitantes y en el otro extremo, se encuentra Neuquén con un médico cada 1.613 habitantes. Una explicación posible a la mayor concentración de médicos tanto en la Ciudad Autónoma, como en Córdoba y Rosario podría ser a que son centros claves de formación y por otro lado, al ser grandes centros urbanos, son lugares con mayor posibilidades de

inserción profesional, ya que concentran la mayor parte de los servicios de diversas especialidades y diferentes niveles de complejidad.

**Figura 4: Número de médicos por 10.000 habitantes según jurisdicción**



**Fuente:** elaboración propia. Ministerio de Salud de la Nación, Subsecretaría de Salud de Neuquén y Consejo Médico de Córdoba.

El análisis del número de médicos en la Argentina es muy dificultoso por la falta de un registro único, porque los Colegios y en algunos casos los Consejos Médicos (por ej. Córdoba) provinciales, habilitan para el ejercicio de la medicina. Si no hubiere organismo específico en la provincia, la habilitación la realiza el Ministerio o Subsecretaría de Salud. Por otro lado, también es una realidad de que muchos profesionales están registrados tantas veces, como en tantos distritos ejerzan. Pero la dificultad mayor es poder estimar con precisión el número de profesionales médicos en actividad y menos aún la especialidad que practican. El problema de la doble matriculación es aun más importante entre el registro del Ministerio de la Nación y los colegios provinciales, dado el carácter gratuito del primero. A esto cabe agregar la falta de actualización de los mismos considerando que en el Ministerio de Salud aproximadamente cada 6 meses son dados de baja los fallecimientos. En consecuencia, es posible que las cifras expresadas más arriba subestimen la realidad.

Lo observado a partir de las entrevistas realizadas en los centros de formación de médicos en el pregrado es que las Facultades de Medicina de la Ciudad de Rosario, Córdoba, Mendoza y Comahue, tienen como objetivo curricular formar médicos que tengan una orientación hacia la Atención Primaria, todo lo contrario a lo que sucedía hace no más de 10 años atrás.

*[..] ...En el pregrado se han hecho algunos cambios como es la creación del Departamento de Medicina Familiar. También hemos avanzado en la formación del Programa único, que comprende lo que es Salud Comunitaria, Medicina Preventiva y Psicología. El eje del programa está dado por la medicina familiar con una formación en los centros de salud municipales. ...[Córdoba - Facultad de Medicina]*

*[..] Es un cambio que en el mundo se está gestando, la formación de un profesional dirigido a la atención primaria. Porque la currícula tradicional, sobretudo en el periodo llamado clínico, tenía especialidades con formaciones cada una en su compartimento dirigido hacia objetivos de cada especialidad. Ahora es la currícula la que tiene un objetivo claro y todas aportan hacia eso. No hay objetivos por disciplina y junto a ello desarrollamos toda la formación de postgrado, que esta facultad no tenía. Diferenciando bien lo que es grado de postgrado. Grado orientado a la atención primaria y en el postgrado se elige profundizar en los contenidos de cada materia. [Rosario - Facultad de Medicina]*

Al analizar el postgrado, se abre un gran abanico de posibilidades con un eje central que son las residencias médicas, tema que escapa a los objetivos de este trabajo. Si bien, todas las jurisdicciones incluidas en este trabajo tienen residencias de medicina general (Rosario y C.A.B.A.), medicina rural (Neuquén), medicina familiar (C.A.B.A. y Mendoza) de salud familiar (Córdoba).

*[..] Para ser especialista de medicina general, con título de postgrado tenés que inscribirte en la carrera en el ámbito de la facultad. Ahora para inscribirse en la carrera es necesario garantizar la realización de la parte práctica. En este momento, hay solo 2 organismos que ofrecen plazas para la formación de Medicina General, que son el Ministerio de Salud de la Provincia (8 y 9 plazas anuales) la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad, beca a 8 o 9 personas y dispone además de 3 plazas sin renta. Con la Secretaria la Universidad tiene un convenio, a través del cual, quienes obtienen las becas, automáticamente ingresan a la carrera. A nivel del Ministerio de Salud, este es un proceso en construcción, hasta el año pasado era optativo inscribirse en la carrera, para los residentes de medicina general. [Rosario - FM postgrado]*

En la provincia de Neuquén, una de las residencias con más trayectoria y con más salida laboral en el subsector público, es la de Medicina Rural. La opinión general es que es una residencia que capacita al médico para resolver los problemas frecuentes que afectan a los individuos y a las familias. Sin embargo, no está resuelto en el sistema que sucede si este médico por alguna circunstancia no tiene cabida en el subsector público y tiene que trabajar en una obra social o una prepaga. En general no suele ser reconocido como especialista y termina trabajando como clínico, pediatra o ginecólogo, según la conveniencia de la entidad



donde trabaje. A raíz de esto es que muchos médicos rurales, generales o de familia terminan migrando hacia alguna otra especialidad más reconocida en el sector privado

*[..] El médico generalista tiene que estar preparado para resolver en primera instancia cualquier cosa. El problema se presenta cuando esos médicos dejan los pueblos y se asientan en ciudades importantes, su campo de acción se ve muy limitado. No están habilitados para ninguna especialidad determinada, porque en un pueblo pueden atender un parto, pero no en la ciudad donde hay especialistas. Entra en un cierto grado de desorientación, por ejemplo las obras sociales no admiten la autorización de prácticas, sino es por especialistas. ...[Neuquén - Colegio Médico]*

*[..] Conozco a varios médicos que fueron compañeros míos en la residencia de medicina general, que luego de unos años de idas y vueltas con sus trabajos, optaron por hacer otra especialidad, piensan que van a tener otro valor agregado. ...[Córdoba - Médica generalista 2]*

En cuanto a las oportunidades de formación profesional continuada, las respuestas fueron similares –poco reconocimiento, poco espacio y poco tiempo para capacitación–. La realidad es que a los médicos de atención primaria se les hace muy difícil poder sostener una capacitación continua cuando depende de tres o más trabajos para poder vivir.

*[..]...por ejemplo, el tema mi postgrado (especialización en epidemiología) lo hago por motivación personal y me pago yo, además de tener que acomodar los horarios de tal forma que no le reste tiempo a mi trabajo y mi familia. Lo ideal sería que si vos estas dentro de un perfil de trabajo y haces algo acorde a eso, debería ser considerado. [Rosario - Médica generalista]*

*[..]El tema capacitación es personal y las obras sociales no lo promueven. Por ej. al Instituto de Seguridad Social de Neuquén le da lo mismo un médico con o sin especialidad. Es decir que a la hora de contratarte se mueve más por relaciones personales, políticas que por capacidad profesional. [Neuquén - Médico generalista]*

*[..]El Colegio de Neuquén, en este año ha capacitado a distintos médicos con casi 500 horas cátedras. Dicta cursos de capacitación en todas las especialidades, y lo que no se da acá, el colegio apoya a las sociedades científicas para que lo desarrollen. Este año se hizo un curso de ecografía con la Sociedad Argentina de Ecografía. El colegio se preocupa mucho por la capacitación, creemos todavía que falta que esto sea reconocido por parte de la seguridad social. Como a los fines laborales da lo mismo, mucha gente no hace capacitación. [Neuquén - Colegio Médico]*

## **5. Discusión**

Las jurisdicciones incluidas en el presente trabajo, al igual que el resto de los distritos de nuestro país, tienen un sistema de salud fragmentado y heterogéneo. Estos subsectores (público, seguridad social y privado) carecen en general de puntos de contactos, de articulación y acuerdos mínimos para planificar, programar y ejecutar acciones integradas con el objetivo de mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios entregados a la población. Por lo tanto, es necesario analizar los cambios producidos por la Reforma desde la perspectiva de cada uno de los subsectores, teniendo en cuenta que esta ausencia de integración sectorial es tal vez una de las razones principales que incidieron en el deterioro de la práctica profesional de los médicos en general y de los médicos de atención primaria en particular.

En la década del '90, con la profundización de la descentralización a los niveles subnacionales, proceso que ya había comenzado hacia fines de los '70, el Ministerio de Salud de la Nación dejó de ejercer plenamente su función de rectoría en el diseño e implementación de programas de salud que contemplaran objetivos y metas de alcance Nacional. El Consejo Federal de Salud (COFESA) se convirtió en la única instancia para la búsqueda y generación de consensos, en una relación entre “pares” (el Ministro de Salud de la Nación y sus contrapartes provinciales), basada en la buena voluntad de sus integrantes y carente por lo tanto de poder normativo y de aplicación del nivel central a los niveles periféricos. La descentralización no solo implicó entonces que el Estado Nacional y en algunos casos las provincias dejaran de prestar los servicios de salud de la población “devolviéndolo” a los niveles subnacionales (devolución), sino también que se perdiera la capacidad del Estado Nacional de articular políticas de salud desde los niveles centrales. En la mayoría de los casos, esto se tradujo en la falta de coordinación e integración entre los subsistemas con la consecuente duplicación y superposición de servicios y recursos. Entre los distritos seleccionados, este proceso fue más evidente en la Ciudad de Rosario y en la Provincia de Córdoba.

En función del proceso de reforma del Estado en la década del noventa y ante la evidencia de la escasez de recursos destinados a los servicios de salud pública, las iniciativas para reformar el sector salud fueron escasas y focalizadas. Es así que, Nación con el apoyo financiero de organismos de créditos multilaterales comienza a implementar diferentes “programas verticales” orientados a la atención primaria tanto en las provincias como en algunos municipios <sup>(7)</sup>. Como se ha mencionado anteriormente, PROMIN (Programa Materno

Infantil), PROAPS (Programa de Atención Primaria de la Salud), Programa Nacional de Médicos de Cabecera, PROFE (Programa Federal de Salud), REMEDIAR, son algunos de los ejemplos donde el papel del Ministerio de Salud de la Nación, en lugar de apoyar, articular e integrar estos programas dentro de los servicios de salud provinciales, introdujo estos programas verticales como “cuñas” dentro de los niveles subnacionales, sin respetar las idiosincrasias y necesidades percibidas por cada una de esas jurisdicciones y sin evaluar con las provincias tampoco la sustentabilidad financiera futura de la mayoría de estas iniciativas, una vez que se agotara el flujo de fondos. La implementación de estos programas desde el nivel central generó naturalmente aún más confusión, más redundancia e ineficiencia en la provisión y entrega de servicios de salud en el sector público de las provincias y municipios analizados. Es así, que en el primer nivel de atención convergen múltiples programas, provenientes de Nación, de Provincia y de los Municipios con los mismos profesionales (médicos de atención primaria), incluso trabajando en los mismos lugares y horarios (centros de salud) pero con condiciones de contratación diferentes. En consecuencia, encontramos médicos que trabajan en un mismo lugar pero para dos o tres programas diferentes y por supuesto con diferentes contratos y diferentes formas de pago.

No sorprende entonces que esta fragmentación, desarticulación y redundancia que no solo se observa en el subsector público sino que también se ve en la seguridad social y en el sector privado, han llevado a la precarización laboral de los médicos y en particular de aquellos que se dedican a la atención primaria, como consecuencia de lo que muchos profesionales llaman “contratos basuras”.

La Seguridad Social tampoco escapó al proceso de reforma y una de las particularidades fue la aparición de las llamadas “gerenciadoras”, ampliamente difundidas en el PAMI. Estas instituciones funcionan como intermediarias entre los organismos financiadores y los prestadores de servicios de salud. El problema radica en la falta de control de dichas entidades o corporaciones, que en muchos casos además incluyen a los mismos prestadores originando múltiples conflictos de interés. Debido a la transferencia de contratos capitados desde el PAMI u otras Obras Sociales a estas entidades intermedias, las gerenciadoras comenzaron a regular la oferta de servicios utilizando herramientas de microgerenciamiento provenientes del “managed care” con el objeto de minimizar su riesgo financiero. Algunos de los ejemplos más conocidos son el primer contacto con un médico de cabecera, nuevas modalidades de pago e incentivos financieros para modular los estilos de práctica profesional, el cuidado o manejo gerenciado de las enfermedades y de los enfermos crónicos, los formularios terapéuticos, etc.. Estos procesos también se replicaron tanto en el sector financiador privado

(Empresas de Medicina Prepagas) como en el prestacional privado fenómeno multiplicado por la ausencia de regulación por parte los organismos del Estado.

## **6. Conclusión**

En conclusión, las reformas del sector salud en la década del '90 se encuentran dentro del marco de las llamadas reformas de "segunda generación" impulsadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Este proceso profundizó la ausencia del Estado en su función de rectoría y un crecimiento sin límites de un mercado liberal, que afectó de una u otra manera a los tres subsectores de salud, deteriorando profundamente la calidad de la práctica profesional de los médicos de atención primaria.

Algunas de las consecuencias identificadas en este trabajo de investigación, pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) incapacidad del Estado Nacional para asignar eficientemente los recursos destinados a la salud, que en conjunto (sumando los tres subsectores) deberían ser suficientes para garantizar una adecuada cobertura a toda la población, 2) ausencia de instancias coordinadas de regulación y fiscalización entre los tres subsistemas, 3) pobre desarrollo de la atención primaria (excluyendo algunas experiencias puntuales) como estrategia operativa para la provisión y entrega de servicios, 4) falta de definición de las incumbencias de cada subsector y 5) falta de incentivos financieros y profesionales para la formación de médicos generalistas y equipos de salud en APS.

En resumen, la ausencia de coordinación desde el nivel central dio lugar a una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal. La complejidad de este proceso deriva en la existencia de al menos 24 sistemas de salud con significativas diferencias, donde seguramente se combinan distintos grados de autonomía y niveles de integración en sus redes de atención. De lo observado en esta investigación se desprende que si bien hay intentos serios de desarrollar la atención primaria como estrategia en algunas jurisdicciones, la salud pública sigue estando basada en un modelo casi exclusivamente hospitalario, destinando la mayoría de sus recursos al nivel secundario, terciario y a la emergencia, siendo la Ciudad de Buenos Aires un claro ejemplo de ello <sup>(28)</sup>.

La selección de los distritos seleccionados en la presente investigación consideró incluir un mix que reflejara las importantes diferencias geográficas, socio-económicas y culturales que se observan entre los distritos de nuestro país. Si bien cada una de las jurisdicciones presenta sesgos particulares en el modo de implementar sus procesos de Reforma, el marco general de los cambios introducidos por la misma es muy similar en todas ellas y sus problemas son casi idénticos. Más aún, estas similitudes pueden observarse especialmente en lo concerniente a

las nuevas modalidades de gestión, contratación y pago a los médicos de atención primaria. Por lo tanto, no parece arriesgado extrapolar estos hallazgos al resto de los distritos del país.

Algunas limitaciones que exceden al diseño de esta investigación y que tiene más que ver con la ejecución del trabajo son las específicamente referidas a la detección y captación de los diferentes actores e informantes claves, donde el equipo investigador se encontró con muchas dificultades u obstáculos a la hora de implementar el trabajo de campo.

La primera gran dificultad experimentada fue que el inicio del trabajo coincidió con el cambio de gobierno (finales del 2003), siendo esto un obstáculo para captar y concertar las entrevistas en el subsistema público de salud, donde los funcionarios salientes en algunos casos expresaron no tener tiempo para recibir al entrevistador y en algunos casos se rehusaron directamente sin expresar motivo alguno, por ejemplo en Córdoba. Por otro lado, también fue dificultoso lograr de manera inmediata las entrevistas con los nuevos funcionarios del gobierno de turno. Tal es así, que los plazos estipulados en un primer momento para la realización del trabajo de no se cumplieron. Cabe destacar, que la mayor parte de las entrevistas fueron realizadas en los lugares de trabajo de los informantes, es decir que un integrante del equipo se trasladó a cada una de las jurisdicciones seleccionadas para el trabajo.

En general, existieron muchas barreras en la captación de los informantes claves en especial aquellos que tenían que ver con cargos jerárquicos y cuando se logró entrevistarlos todos fueron muy reacios a brindar información escrita (datos secundarios), refiriendo no disponer de la misma en el momento y comprometiéndose a enviarla por correo electrónico, hecho que nunca ocurrió, en la mayoría de los casos. En general, las respectivas subsecretarías nos sugirieron buscar la información en el Ministerio de Salud de la Nación e INDEC (fuentes oficiales de información en el país), argumentando que ellos remiten regularmente toda la información a dichas instituciones.

Sobre las dificultades mencionadas se pueden hacer muchas lecturas. Se podría atribuir la renuencia, a que en nuestro país no se está acostumbrado a este tipo de investigación y menos en el ámbito de la salud, lo cual genera mucha desconfianza y temor a ser evaluados, sin tener en cuenta como muchos de ellos dijeron que disponían de poco tiempo para brindar una entrevista. Si esta fuese la situación, es importante ir generando conciencia que investigar no es igual que evaluar y que evaluar no es igual que descalificar. En ambos casos, se trata de conocer para mejorar

Finalmente, es importante destacar que si la APS como política a favor de los sectores más vulnerables y excluidos depende en gran medida del involucramiento del Sector Público para

contrarrestar los efectos indeseados de las políticas pro-mercado, los países que fortalezcan sus políticas orientadas a la APS, incluyendo la capacitación, inserción laboral y remuneración de sus profesionales, serán también los países con los mejores resultados sanitarios en relación a sus recursos.

## ANEXO

A continuación, se pueden apreciar los indicadores demográficos, socioeconómicos, de salud de la población, de recursos y de cobertura en salud, según las jurisdicciones seleccionadas. Cabe destacar que en algunas tablas se menciona la Provincia de Santa Fe debido a la falta de disponibilidad de datos correspondientes a la Ciudad de Rosario.

**Tabla 1: Indicadores demográficos por jurisdicción, año 2001**

Datos Generales		CABA	Córdoba	Mendoza	Neuquén	Rosario	Salta
<b>Población</b>							
Total		2.776.138	3.066.801	1.579.651	474.155	1.159.004	1.079.051
Sexo	Varones	1.258.458	1.489.403	769.265	236.266		534.140
	Mujeres	1.517.680	1.577.398	810.386	237.889		544.911
Densidad hab/km <sup>2</sup>		13.679,6	18,6	10,6	5,0	22,6	6,9

**Tabla 2: Indicadores socioeconómicos por jurisdicción, año 2001**

Indicadores	Rosario	Neuquén	Córdoba	Salta	Mendoza	CABA
<b>Sociales</b>						
Tasa de analfabetismo	2,5%	3,4%	2,1%	4,7%	3,2%	0,5%
Total de Hogares	872.295	128.351	877.262	241.407	410.418	1.024.540
Hogares con NBI	103.557	19.883	97.405	66.434	53.841	72.658
% de hogares con NBI	11,9	15,5	11,1	27,5	13,1	7,1
<b>Económicos</b>						
PBGeográfico	20.008.865	5.188.456	19.166.984	3.463.670	6.602.825	65.649.726
PBG per cápita (en miles de \$) Año 2001	6,67	10,94	6,25	3,21	4,18	23,65

**Tabla 3: Indicadores de salud por jurisdicción, año 2002**

	Rosario	Neuquén	Córdoba	Salta	Mendoza	CABA
Esperanza de vida al nacer (años) Total	72,29	71,39	72,79	68,92	72,72	72,72
Varones	68,50	68,30	69,15	66,13	69,80	69,17
Mujeres	76,28	74,67	76,60	71,84	75,75	76,45
Cantidad de Defunciones maternas	24	1	12	17	12	4
Mortalidad materna (tasa ‰)	4,9	1,0	2,9	6,9	7,2	1,4
Tasa anual media de crecimiento (tasa ‰)	6,7	19,1	9,8	21,1	10,7	-6,3
Tasa bruta de natalidad (tasa ‰)	16,7	16,1	16,6	24,7	16,9	13,6
Tasa bruta de mortalidad (tasa ‰)	8,5	3,5	7,8	5,4	6,9	11,2
Mortalidad infantil (Tasa ‰)	14,0	11,7	14,8	18,9	12,3	10,0

**Tabla 4: Indicadores de cobertura y de recursos en salud por jurisdicción, año 2002**

Indicadores	Rosario	Neuquén	Córdoba	Salta	Mendoza	CABA
<b>Cobertura %</b>						
Pública	36,30	49,50	45,40	55,10	43,30	19,49
Seguridad Social	53,70	47,00	47,00	40,90	50,80	78,05
Privado	10,00	3,50	7,60	4,00	5,90	2,46
<b>Recursos</b>						
Médicos por cada 10.000 habitantes <sup>(1)</sup>		979	11642	1849	4460	32100
Enfermeros por cada 10.000 habitantes						
Camas hospitalarias por 10.000 habitantes		35	58	35	26	79
<b>Prestadores</b>						
Nº total de hospitales públicos con internación	7	30	141	55	28	39
Nº total de camas públicas	882	1064	8114	2463	2250	10703
Nº total de hospitales públicos sin internación	49	147	574	312	253	50
Nº total de instituciones privadas con internación		14	443	40	54	133
Nº total de camas privadas		596	9604	1342	1892	11241
Nº total de instituciones privadas sin internación		57	605	191	341	1444
Nº de centros de atención primaria						



**Tabla 5: Afiliados a la seguridad social por jurisdicción, año 2003**

<b>Seguridad Social</b>	<b>Rosario</b>	<b>Santa Fe</b>	<b>Neuquén</b>	<b>Córdoba</b>	<b>Salta</b>	<b>Mendoza</b>	<b>CABA</b>
<b>PAMI</b>							
N° de afiliados	200.942	321.481	21.961	255.675	58.234	121.732	337.886
<b>Obras Sociales (Superintendencia de Servicios de Salud)</b>							
Titulares	-	651.670	65.361	575.728	116.917	260.493	1295721
Familiares	-	545.402	68.500	504.665	166.654	251.889	871013
Total de Beneficiarios	-	1.197.072	133.861	1.080.393	283.571	512.382	2.166.734
Porcentaje	-	39,89%	28,23%	35,23%	26,28%	32,44%	78,05%

**Tabla 6: Gasto en salud por jurisdicción, año 2002**

<b>Gasto en salud</b>	<b>Santa Fe</b>	<b>Córdoba</b>	<b>Neuquén</b>	<b>Salta</b>	<b>Mendoza</b>	<b>CABA</b>
Gasto Público en Salud Año 2001 (en millones de \$)	354,50	438,43	239,37	195,35	201,63	992,85
Gasto público en salud per cápita	118,14	142,96	504,83	181,04	127,64	357,64
Gasto público en salud como % del PBI	17,72	22,87	46,14	56,40	30,54	15,12

## Referencias

1. Suarez, Henderson, Barillas, Viscaya. El gasto y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Desafíos de la década de 1990. Washington, DC: marzo de 1994.
2. Oróstegui M. Situación de Salud. Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia tomo I, Bogotá. DNP - Ministerio de Salud.
3. Romero H. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. Medicina social en Chile. Ediciones Aconcagua, 1997; 11-86.
4. Rosselot J. Origen, desarrollo y perspectiva de las instituciones de salud pública en Chile. Revista Médica de Chile 1993; 121: 1075-1086.
5. "COSTA RICA, PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD". Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc>
6. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estudios económicos de la OCDE. México. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud. 1998.
7. World Bank. Argentina facing the challenge of health insurance reform, 1997.
8. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press. 1992. New York.
9. Weiner JP. Forecasting the Effects of Health Reform on US Physician Workforce Requirement. JAMA 1994; 272: 222-230.
10. Rubinstein A. El cambio de paradigma en la Atención médica: nuevas amenazas y nuevas oportunidades. Documentos técnicos de la Federación Argentina de medicina Familiar y General. Huerta Grande - Córdoba 2001.
11. Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2001
12. "PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD CUBA". Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmonpr.htm>
13. "PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD CHILE". Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmonpr.htm>
14. Miranda E. "Cobertura, Eficiencia y Equidad en el Área de Salud en América Latina. Problemas y Propuestas de Solución", CEPAL, Serie de Políticas Sociales N° 5, 1994.
15. Giraud N. Reformas en los sistemas de salud en América Latina. Presentación en Jornadas de Medicina Familiar, mayo 2000. Trabajo no publicado.

16. Organización Panamericana de la Salud. Comisión Económica para América latina y el Caribe. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. OPS/CEPAL - CSP24/20, julio 1994.
17. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas, vol. 2. Washington, DC: OPS; 1994.
18. Pearson SD, Sabin JE, Emanuel EJ. Ethical Guidelines for Physician Compensation Based on Capitation. N Eng J Med 1998; 339: 689-698.
19. Roberts J. "Primary Care in an imperfect market". BMJ 1998; 317: 186-189.
20. Abramzón MC. "Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde". Capítulo del libro: Recursos humanos em Saúde no Mercosul. OPS. Ed Fiocruz, Río de Janeiro 1995, pp 51.
21. Rubinstein A. El Médico de Familia en la Transformación de los servicios y sistemas de Salud. En PROFAM, capítulo 1, entrega 1, pag.1-48. 2da edición. Buenos Aires 2001.
22. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)
23. Ellis R and McGuire T. Provider Behavior under Prospective Reimbursement. Journal of Health Economics 1986.
24. Giraud N. ¿Cómo leer un estudio que va más allá de los números?. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Evidencia en Atención Primaria. 2002 Marzo - Abril Vol 5 N° 2: 60-62.
25. Souza Minayo MC. "Etapa de análisis o tratamiento del material". El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa - Lugar editorial, pp. 165-207.
26. Saltalamacchia H. Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa. <http://saltalamacchia.com.ar>
27. Cáceres Mesa M y García Cruz R. Fuentes de rigor en la investigación cualitativa. Universidad de Cienfuegos. Carretera a Rodas, Km 4 Cuatro Caminos Cienfuegos. CP.55100.
28. Cetrángolo O y Devoto F. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Documento presentado en el Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.