

**UNA POLÍTICA
PÚBLICA EN SALUD
PARA LA POBLACIÓN
EXCLUIDA: ANÁLISIS
DE LA IMPLEMENTACIÓN
DEL SEGURO EN LA
PROVINCIA DE SANTA FE**

Tesista:
Alcira Dagametti

Director de Tesis:
Pablo Ríos

**1. LA EXCLUSIÓN EN SALUD.
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La exclusión en salud es la marginación que sufren determinados segmentos de la población y que le imposibilita el acceso a los servicios básicos en este tema. Como consecuencia de este fenómeno, determinados sectores poblacionales no logran cubrir sus necesidades primordiales o básicas ni atender sus problemas relevantes en salud en lo que respecta a promoción, prevención, y curación.

En América latina y el Caribe, más de 217 millones de personas no poseen cobertura ponderada por parte del subsector de la seguridad social (OIT/OPS, 1999a), lo cual significa que esa población se encuentra excluida de los servicios que suministra este subsector de salud.

Intentar resolver este fenómeno de la exclusión en salud es un desafío para el nuevo milenio que deberían intentar afrontar los

países de esta amplia zona que sufren esa problemática.

En los últimos años, las condiciones de crisis social y económica que atraviesa Argentina, de la que no se encuentra exenta la provincia de Santa Fe, han ocasionado un notable desmejoramiento en las condiciones de vida y la pauperización de importantes segmentos poblacionales.

Es así que Argentina, conforme los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPv) del año 1991, contaba con un 36,9% de su población sin cobertura de obra social y/o plan de salud privada o mutual (INDECa). Este alto porcentaje se ha incrementado sensiblemente, según surge del análisis de los datos del último censo, ya que asciende al 48% (INDECb).

De igual forma, en la provincia de Santa Fe, el CNPv del año 1991 (INDECa) mostraba

que 802.021 habitantes no tenían cobertura de obra social, plan médico o mutual. Esto, en porcentaje, resultaba equivalente al 29% de la población. Si se considera además el crecimiento del desempleo, subocupación, recesión en la actividad económica, seguramente pueda entenderse por qué los valores censados en el año 2001 muestran un importante crecimiento.

Del análisis de los datos del último censo surge que 1.259.274 habitantes santafesinos no tienen cobertura de obra social ni plan médico o mutual, total que, expresado en porcentaje, representa un 42% de la población (INDECb).

Sobre la base de los datos anteriormente expuestos, se observó que en la provincia de Santa Fe la cobertura en salud es limitada en lo que respecta al número de personas protegidas por el subsector de la seguridad social.

Las implicancias que el fenómeno de la exclusión de la protección social en salud trae aparejadas son graves, tanto en cuanto a la *salud*, como al *desarrollo económico*¹, y sus impactos sustentaron la elección de esta temática de investigación.

2. OBJETIVO PRINCIPAL Y ASPECTOS METODOLÓGICOS

El *objetivo general* del trabajo es analizar la implementación y la satisfacción de los beneficiarios del Seguro de Salud Provincial (SSP) como instrumento constitutivo de una nueva política pública en salud en los departamentos santafesinos Garay y San Javier, y en el período comprendido entre los meses de abril de 2001 y junio de 2003.

Además, se definen *tres objetivos específicos* en base a los que se desarrolla el cuerpo principal de la tesis, así como la exposición de las conclusiones.

La importancia de analizar la implementación del SSP radica en que éste, tal como ha sido diseñado en la provincia de Santa Fe,

conforma un instrumento de organización financiera novedoso para el tratamiento de la población excluida de estos servicios con el que se trata de proporcionar cobertura explícita a esta población. De esta forma, se intenta conseguir equidad y a su vez mejorar el acceso de este segmento de habitantes excluidos y atender sus necesidades básicas insatisfechas en salud.

En función de diversas dimensiones exploradas, se ha caracterizado al estudio como: descriptivo; no experimental; transversal o transeccional; cuantitativo y cualitativo. Asimismo, y de acuerdo con el tipo de resolución de los objetivos específicos que se enuncian para el trabajo, cuenta con un abordaje *teórico* que se basa en estudio de bibliografía y legislación vigente y, por otra parte, *empírico*, el cual comprende entrevistas y encuestas con actores relevantes del SSP.

3. LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEFINIDOS

El primer objetivo específico de este trabajo se define como:

- *Describir la forma en que la provincia de Santa Fe implementa el SSP en los departamentos Garay y San Javier en cuanto a sus cuestiones operativas básicas: legales, organizacionales y de gestión, prestacionales y financieras, destacando opiniones comunes de distintos actores sobre algunas dimensiones de los aspectos organizacionales y de gestión y prestacionales.*

Su desarrollo, se basa en la utilización de las siguientes técnicas de investigación

1- Recopilación, revisión, análisis y estudio de fuentes secundarias.

2- Determinación de una muestra de actores médicos, de tipo no probabilística y en base al método del juicio de expertos. A los mismos se los entrevista en forma semi-estructurada y en función de dimensiones establecidas que se desean analizar.

Se comienza el desarrollo de este objetivo específico con la definición de las *Cuestiones operativas básicas* que el SSP considera para su puesta en marcha en los departamentos Garay y San Javier. Las mismas se integran con aquellas *legales; prestacionales²; organizacionales y de gestión³, y financieras.*

El segundo objetivo específico de este trabajo se define como:

- *Analizar la estructura organizacional y de gestión que adopta el SSP en los departamentos Garay y San Javier identificando las características que lo vinculan con el nuevo paradigma gerencialista de administración pública, así como su grado de cumplimiento.*

Su desarrollo se basa en la utilización de las técnicas de investigación de recopilación, revisión, análisis e interpretación de fuentes secundarias. Se resalta en su tratamiento que, para la conducción del seguro, se diseña un mecanismo de gestión gerencialista que adopta una estructura matricial, y se identifican las siguientes características o principios del NPM (*New Public Management*) o gerencialismo: *contratación por desempeño; responsabilidad y evaluación por resultados, mercantilización del sistema público; orientación hacia el cliente; y descentralización o devolución del poder.*

El tercer objetivo específico de este trabajo se define como:

- *Conocer la satisfacción de los beneficiarios del SSP pertenecientes a los departamentos Garay y San Javier en lo que respecta al acceso a la atención, APS que reciben y a la valoración sobre los integrantes de los Equipos de Atención Primaria (EAP) como responsables de su salud.*

Si se quiere hacer protagonista del SSP al *beneficiario*, hay que conocer sus opiniones, sus necesidades, su grado de satisfacción y buscar los medios para escuchar su voz como

única forma de encaminarse hacia el logro de la calidad en la prestación de este servicio de salud. Para este trabajo se ha considerado explorar las siguientes dimensiones: *accesibilidad a la atención médica; valoración de la atención de la enfermera que integra el EAP; de la atención de su agente sanitario, del tiempo que dedica el médico a la atención del beneficiario, de la resolución del médico respecto de los problemas de salud del beneficiario, y del beneficiario en cuanto a la APS que brinda el seguro.*

Su desarrollo requiere la utilización de un método cuantitativo con las siguientes técnicas de investigación: técnica de muestreo por conglomerado en dos etapas; técnica de encuestas mediante entrevistas personales anónimas y procesamiento de los resultados con el software SPSS.

4. ALGUNOS DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS

El Estado santafesino toma una posición, y en consecuencia fija su postura, con relación a uno de los tantos abordajes posibles para el tratamiento del *fenómeno de exclusión* de los servicios sociales básicos en salud, que afecta actualmente a más del 40% de su población. En una primera etapa enfoca dos de las dimensiones de la *exclusión*: una, la población santafesina que no cuenta con medios económicos y financieros para hacerlo (*inaccesibilidad financiera*); otra, aquella que no se encuentra comprendida en el subsector de la seguridad social (*ausencia de cobertura de la seguridad social*).

Para ello, elige la herramienta del *seguro*, con la que instrumenta una política pública que tiene como objetivo prioritario la atención esencial en salud de la *población excluida* de la misma mediante el fortalecimiento de la APS básica⁴.

Los hallazgos que surgieron en esta investigación respecto del primer objetivo específico

definido fueron producto tanto de la revisión y estudio del material referente a la implementación del SSP en los departamentos Garay y San Javier, como del análisis interpretativo de entrevistas realizadas a actores de los EAP.

Se encontró que los aportes principales se originaron en las ejecuciones prácticas en cuanto a algunas cuestiones operativas definidas desde los lineamientos teóricos, los cuales permitieron identificar aspectos a *fortalecer* y a *destacar*.

- *Principales aspectos a fortalecer*

- 1- *Los padrones de beneficiarios*

Uno de los principios que tipifica a todo *seguro social de salud* es contar con un padrón actualizado de beneficiarios. Esto debido a la importancia que tiene conocer a quiénes se está asegurando, sus datos de identidad y aquellos otros que posibiliten identificar la categoría de riesgo a la que pertenecen los asegurados ^{5, 6}.

Las opiniones obtenidas de diversos actores de esta política permitirían sostener que existen errores en las evaluaciones realizadas tanto en la calificación de la población respecto de su situación económica-financiera, como a su no pertenencia al subsector de la seguridad social. Por otra parte, las mismas ponen de manifiesto que se estarían presentando inconsistencias administrativas en los agrupamientos de beneficiarios por EAP (usuarios que no están, otros que aparecen perteneciendo a otro equipo).

No contar con información cierta en los *padrones de beneficiarios* incide en la transparencia y eficacia de la administración de los recursos financieros que se destinan al SSP, ya que éstos son la base que se utiliza para el cálculo de los reconocimientos de incentivos monetarios que aquél fija.

- 2- *El sistema de contratación y pago: las becas*

El SSP instituye una *beca* destinada a los integrantes de los EAP con el propósito de que actúe para estimular la capacitación, el cumplimiento de metas de trabajo, y la prestación de los servicios médico-asistenciales con eficacia y calidad. Este incentivo económico guarda relación, en un primer reconocimiento, con la asistencia a los cursos de capacitación y talleres. A partir del segundo reconocimiento, su cuantía se asocia con la cantidad de beneficiarios a cargo de cada equipo.

Se halló que existía descontento con el sistema de becas implementadas. Sin embargo, el descontento de estos efectores públicos se correspondería más con las promesas incumplidas en lo que respecta al monto y oportunidad de pago que con la figura de las becas como instrumento de motivación.

- *Principales aspectos a destacar*

- 1- *Los EAP y el fortalecimiento de la relación médico-paciente*

Las entrevistas realizadas a profesionales médicos de los EAP ponen de manifiesto su conformidad con esta metodología de trabajo. Expresan que esta forma de trabajar con población a cargo contribuye a fortalecer la relación médico-paciente, en virtud de las ventajas que se consiguen.

Las opiniones obtenidas de los médicos no hicieron más que reconocer en esta herramienta de política pública principios de *longitudinalidad* y *continuidad e integralidad*, los cuales se estarían resaltando como consecuencia de la implementación del SSP, a pesar de estar ya reconocidos internacionalmente en el ejercicio de la medicina familiar.

- 2- *Mecanismos de participación comunitaria*

El SSP no quiso mantenerse al margen del principio gerencialista de *participación comu-*

nitaria y lo tuvo previsto en sus cuestiones operativas básicas. Desde su puesta en marcha se obtuvieron importantes experiencias en temas problemáticos para la Zona de Salud III, como la desnutrición infantil, la violencia familiar, la planificación familiar y el control precoz de cáncer uterino en las mujeres.

En consecuencia, la aceptación de este mecanismo de trabajo debería internalizarse en todos los EAP y Samcos provinciales y, por otra parte, servir de incentivo para continuar involucrando a la comunidad en los procesos de planificación, sobre todo de evaluación de las actividades relacionadas con estos servicios de salud, y llegar a realizar un proceso continuo de *auditoria social*.

Los hallazgos que surgieron en esta investigación relacionados con el segundo objetivo específico definido se refieren a la identificación de características del paradigma *gerencialista* en su organización y gestión, presente esto en la definición teórica de sus cuestiones operativas básicas. No obstante, en su puesta en marcha se hallaron distintos grados de cumplimiento y observancia. Entre los más relevantes, se citan en este resumen:

1- Contratación por desempeño

En la provincia de Santa Fe, con la implementación del *seguro* como herramienta de política pública que utiliza la *contratación por desempeño*, ha comenzado a reformarse parte del sistema de salud en lo que respecta a la APS básica, adoptando para ello una modalidad organizativa que cuenta con antecedentes internacionales destacados, tales como Gran Bretaña, España, Costa Rica y Chile. Estos *compromisos de gestión* marcan el inicio de un largo camino a recorrer por el MSyMA santafesino, a efectos de diferenciar en el subsector público de salud, y en lo que respecta específicamente a la APS básica, las funciones de *financiación, aseguramiento y*

provisión de estos servicios. Además, señalan el hito que separa la asignación tradicional de presupuestos históricos fijos y retribuciones salariales escalafonarias, con la incorporación de un componente financiero variable relacionado con los resultados.

2- Responsabilidad y evaluación por resultados

El SSP, en sus cuestiones operativas básicas definidas, establece mecanismos de evaluación sobre la base del cumplimiento de las metas y acciones que los efectores públicos se comprometen a lograr.

De esta forma procura obtener información para ayudar a la toma de decisiones futuras y que a su vez fortalezcan el proceso de aprendizaje como retroalimentadoras del *seguro* para ir perfeccionando la *estrategia emergente* del mismo.

Diseña además un *tablero de control* que, una vez alimentado, proporcionaría múltiples indicadores tanto operativos como de *gerenciamiento*, y en lo que respecta a los efectores integrantes de los EAP, Samcos e interconsultores médicos, indicadores de resultado o de salud y de proceso u organizacionales. Aunque, este sistema de información debe sustentarse sobre la base de un programa informático con una plataforma de datos común, con carga descentralizada de los datos a nivel de los distintos actores prestadores intervinientes y en tiempo real, a la fecha de la realización del estudio no se contaba con tal programa integral e integrado que permita la carga y generación de los datos, su procesamiento, almacenamiento y posterior obtención de los indicadores para efectuar el proceso de evaluación por resultados.

Con relación al tercer objetivo específico definido, puede afirmarse que los resultados de las encuestas realizadas pueden considerarse en términos generales como satisfactorios.

Las dimensiones exploradas específicamente vinculadas con la satisfacción del beneficiario del SSP muestran una *percepción positiva* en cuanto a acceso a la consulta -51,5%- , a las valoraciones que se efectúan con relación a la atención que brinda la enfermera -88,2%- , al tiempo que dedica el médico para atender los problemas de salud -76,6%- , y a la resolución de los mismos por parte del médico -77,10%.

Sin embargo, no sucede igual con la valoración que el beneficiario del SSP muestra en dos dimensiones importantes sobre las cuales se aprecia una *percepción de grado intermedio*: interés del AS por la salud -53,3%- y satisfacción con la APS recibida -70,1%.

5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

El estudio de investigación realizado sugiere que es posible diseñar e implementar una política pública en salud para el tratamiento de la exclusión con la utilización para ello de una herramienta adecuada como la del SSP, que se sustente en la aplicación de algunas de las modernas tecnologías de gestión propuestas por el paradigma gerencialista de administración pública.

Si bien en el desarrollo de este trabajo se identificaron algunas *brechas* entre el rendimiento deseado, definido en sus cuestiones teóricas esenciales, y el obtenido durante el proceso de implementación del *seguro*, po-

dría sostenerse que las mismas se originaron fundamentalmente en problemas durante la *operación de la gestión* de la herramienta, y no en aquellos aspectos referidos a la *formulación del diseño* de la misma.

No obstante, estas brechas son factibles de solucionar simplemente con un liderazgo político inserto en la dirigencia de conducción del SSP y en el MSyMA que se transforme en conductor del *equipo de cambio* de esta política, con poder suficiente para impulsar las medidas correctivas que surjan de la evaluación permanente que se realice de esta puesta en marcha, originadas como consecuencia del *aprendizaje* de esta estrategia *emergente* que se ha estudiado, y así poder mejorar la herramienta permanentemente.

Las dimensiones analizadas en este trabajo ponen a disposición información que, aunque en forma parcial y muy humildemente, exponen apreciaciones y valoraciones de los principales actores de esta política instrumentada para combatir la exclusión en salud. Las mismas podrían tomarse como los primeros resultados para efectuar el seguimiento y evaluación de lo que debería ser una *primera parte* y a su vez el *inicio* de un *proceso de reforma y modernización del subsector público de salud* que termine convirtiéndose en una política de Estado de largo plazo y que responda a una visión integral óptima para atender los problemas de salud de la sociedad santafesina.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilera Guzmán, M. y otros (2002): *Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud.

Fernández, M. (1988): "Aspectos Institucionales en la Formulación de las Políticas de Salud", en *Políticas de salud en América latina, aspectos institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación*. Caracas, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.

González García, G. (1998): "Políticas y gestión de los seguros de salud", en *Seguro Público de*

Salud. *Encuentro Internacional*. Buenos Aires, Fundación Isalud, pp. 13-29.

INDECa: Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991.

INDECb: Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001.

Jaén, M. y Paravisini, D. (2001): *Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud*, Washington DC, OPS. Disponible en Internet www.americas.health-sector-reform.org

Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de la Salud: OIT/OPS (1999): "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América latina y el Caribe", en Internet, disponible en www.oitopsmexico99.org.pe

OIT/OPS (1999): "La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de América latina y el Caribe. En busca de respuestas eficaces a un problema creciente", en Internet, disponible en www.oitopsmexico99.org.pe

OMS (1978): Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Suiza.

Rosenberg, H. (2000): "Extensión de la protección en salud y estructura de los sistemas en América latina y el Caribe." Ponencia presentada en el V Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana, 24 al 27 de octubre.

NOTAS

¹ Con referencia a la *salud de la población*, toda vez que puede llegar a aumentar el índice de mortalidad, o de incapacidades sobrevinientes por falta de atención oportuna y adecuada. *Sobre el desarrollo económico*, en virtud de que un individuo al enfermarse ve disminuida la capacidad laboral y deja de aportar valor agregado para la economía.

² Esta cuestión comprende los siguientes aspectos: el programa de cobertura y el programa de cobertura ampliado de medicamentos; la conformación de los Equipos de Atención Primaria (EAP); la definición de la población objetivo; el padrón de beneficiarios.

³ Esto implica: la estructura organizativa; el sistema de contratación y pago; los incentivos y la capacitación; el sistema de evaluación de las metas que logren los EAP; los mecanismos de participación comunitaria.

⁴ La táctica perfilada para poner en funcionamiento el SSP fue elegir la Zona de Salud III y realizar una prueba piloto para evaluar los resultados, ajustar los desvíos y así luego replicarla en otros departamentos provinciales.

⁵ El SSP no constituye para la autora de este estudio un *seguro* de acuerdo con los pensamientos y teorías que se analizan en el desarrollo del trabajo, sino que podría encuadrárselo más bien como una novedosa y moderna forma de administrar racionalmente los recursos financieros destinados a ser un subsidio focalizado en la población excluida de los servicios básicos de salud.

⁶ La importancia del padrón de beneficiarios se basa en que sirve de base de datos para liquidar y pagar las becas a los integrantes de los EAP, las cápitras a los Samcos y médicos interconsultores, y para integrar las historias clínicas familiares de cada uno de los usuarios del SSP.