



Universidad Torcuato Di Tella

Escuela de Gobierno

Maestría en Políticas Públicas

**Análisis del Efecto de las Variables de Diseño del Plan
NACER/Programa SUMAR sobre los Desempeños
Sanitarios Provinciales**

Tesis presentada en opción al grado de Magíster en Políticas Públicas

Autor: Carla L. Bonahora*

Tutor: Ph.D. Germán Lodola

Buenos Aires, Mayo 2017

* Legajo N°: 12K1641; Email: clbonahora@gmail.com

...”De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados” – Dr. Ramón Carrillo.

Agradezco la colaboración del equipo del Plan NACER / Programa SUMAR, en particular a Martín Sabignoso y Álvaro Ocariz.

Índice de Contenido

| | |
|---|----|
| 1. Introducción: Planteamiento de la investigación..... | 9 |
| 2. Lineamientos Teóricos..... | 12 |
| 3. Descripción del Plan NACER/Programa SUMAR..... | 18 |
| 3.1. Contexto de Creación y Antecedentes. | 18 |
| 3.2. Características de diseño del Programa..... | 23 |
| 4. Metodología de Estimación de Efectos de Variables de Diseño del Programa sobre Desempeños. | 32 |
| 4.1. Los datos. | 32 |
| 4.2. Trazadoras y Prestaciones para la Estimación de Efectos sobre Desempeños. | 33 |
| 4.3. Modelo Econométrico. | 35 |
| 5. Resultados..... | 36 |
| 6. Conclusiones. | 41 |
| 7. Referencias. | 44 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Elementos principales de un Modelo de RBF..... | 16 |
| Figura 2. Tasa de Mortalidad Infantil (cada 1.000 nacidos vivos). Año 2002..... | 19 |
| Figura 3. Muertes neonatales según criterios de reducibilidad. Año 2002..... | 19 |
| Figura 4. Desigualdad en la TMI y TMM. Año 2002. | 20 |
| Figura 5. Condiciones y Problemas de Salud con cobertura del Programa..... | 25 |
| Figura 6. Trazadoras del Plan NACER / Programa SUMAR. | 26 |
| Figura 7. Esquema de RBF del Programa. | 27 |
| Figura 8. Diseño Institucional del Programa..... | 30 |
| Figura 9. Resultados del modelo de regresión para el desempeño sanitario materno- infantil, según trazadora..... | 40 |

Resumen

La mejora de la salud materno-infantil es uno de los objetivos de política pública sobre el cual todos los países deben trabajar y fue parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) comprometidos por las naciones para el año 2015.

Luego de la crisis económica de 2001/2002 sufrida en Argentina, los indicadores sanitarios se mostraban profundamente debilitados, en particular los referidos a la mortalidad materna e infantil. A su vez, el acceso a servicios de salud estaba limitado y las provincias veían a sus establecimientos públicos sobredemandados por la elevada proporción de población sin cobertura formal de salud.

En ese contexto, era necesario el apoyo financiero del Gobierno Nacional, pero de una forma que se garantizara que los recursos adicionales fueran efectivamente utilizados en la provisión de servicios de salud, con metas claras de mejora en el acceso y la situación de salud de la población. Así se implementa el Plan NACER / Programa SUMAR, como un programa de transferencia condicionada de Nación a Provincias, bajo un modelo de Financiamiento basado en Resultados, inaugurando una nueva forma de implementación y gestión de políticas en el sector público de salud en Argentina. Este mecanismo promueve la oferta de salud en la dirección deseada, guiando los esfuerzos sanitarios hacia las metas previamente establecidas.

Entonces, resulta de interés analizar el efecto del Programa sobre los desempeños sanitarios provinciales vinculados a la atención materno infantil, bajo el supuesto que las variables de diseño del Programa incidieron positivamente sobre los mismos.

Los resultados de las estimaciones arrojan que los incentivos monetarios al personal, los recursos liquidados por transferencias monetarias condicionadas a la oferta y la descentralización de los sistemas de facturación correlacionan en forma positiva con los desempeños sanitarios provinciales en términos de controles prenatales y pediátricos, y son estadísticamente significativos para explicar tal comportamiento. Por su parte, se observa que el precio de las prestaciones sólo es estadísticamente significativo para el desempeño en controles pediátricos, aunque con signo negativo.

Abstract

Improving maternal and child health is one of the public policy objectives on which all countries must work and was part of the Millennium Development Goals (MDGs) committed by nations for 2015.

Following the 2001/2002 economic crisis in Argentina, health indicators were severely weakened, particularly those related to maternal and infant mortality. At the same time, access to health services was limited and the provinces saw their public providers over-demanded due to the high proportion of the population without formal health coverage.

In this context, financial support of the National Government was necessary, but in a way that guaranteed that the additional resources would be used only in the provision of health services, with clear goals for improving access and health status of the population. Then, Plan NACER / SUMAR Program was implemented, as a conditional transfer program from the Nation to the Provinces, under a Results-Based Financing model, initiating a new form of policy implementation and management in the public health sector in Argentina. This mechanism promotes the provision of health services in the desired direction, guiding health efforts towards pre-established goals.

It is therefore of interest to analyze the effect of the Program on provincial performance on maternal and child care, assuming that the program's design variables had a positive impact on them.

The results of the estimates show that monetary incentives for staff, resources paid by supply conditional cash transfers to the provinces, and decentralization of billing systems correlate positively with provincial health performance in terms of prenatal and pediatric health check-ups and are statistically significant in explaining such behavior. On the other hand, it is observed that the price (fee) of the health services is only statistically significant for the performance in pediatric controls, although with negative sign.

Palabras clave:

Salud; Plan NACER; Programa SUMAR; Política Pública; Política Sanitaria, Política de Salud; Financiamiento basado en Resultados; Pago por Desempeño; Financiamiento Basado en Desempeño; RBF; Argentina.

1. Introducción: Planteamiento de la investigación

La salud y el bienestar de las madres, los niños y los adolescentes tienen una importancia fundamental en todas las sociedades, por ser reflejo de la situación de salud de toda su población y por ser además predictores de la salud de las próximas generaciones.

La mejora de la salud materno-infantil es uno de los objetivos de política pública sobre el cual todos los países deben trabajar y fue parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) comprometidos por las naciones para el año 2015.

En Argentina, numerosos programas han sido implementados con el objetivo de lograr mejoras en los indicadores socio-sanitarios de la población (particularmente los grupos más vulnerables), con un eje priorizado en la salud pública y la política social.

En el centro de esas políticas públicas de salud se encuentran el Plan NACER y el Programa SUMAR. Ambos programas constituyen estrategias innovadoras de salud que avanzan sobre la cobertura universal explícita en salud referida a un conjunto de prestaciones de salud priorizadas, en principio para madres y niños, y luego para población joven y adulta.

El Plan NACER y el Programa SUMAR se configuran como instrumentos para fortalecer un sistema de salud debilitado y sobrecargado después de la crisis de 2001, que pretende transformar la cobertura existente de salud en cobertura efectiva, para alcanzar mejores y más equitativos resultados con los recursos disponibles.

El Programa se inicia en el año 2004 en nueve provincias del norte argentino, conformando Seguros Provinciales de Salud destinados a otorgar cobertura explícita a las mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años sin obra social u otro seguro privado de salud. Luego, a partir de mediados del año 2012, se lanza el Programa SUMAR, con el objetivo de continuar avanzando en la estrategia de cobertura pública universal y explícita del Plan NACER, y así profundizar los avances realizados en la disminución de la carga de enfermedad y mortalidad reducible en Argentina.

El Programa puede definirse como una estrategia de política pública de salud integrada por tres pilares principales: esquema de aseguramiento público sobre beneficios

explícitos garantizados; inversión de recursos adicionales en los sistemas provinciales de salud y establecimientos de salud; y modelo de Financiamiento basado en Resultados.

En primer lugar, el esquema de aseguramiento público sobre beneficios explícitos garantizados supone por un lado la definición de la población a la cual el programa le dará cobertura, su identificación y nominación, y por el otro, la definición del conjunto de servicios de salud dirigidos a dicha población y que serán cubiertos con el financiamiento del programa. Estos conforman el Plan de Servicios de Salud (o Plan de Beneficios) del Programa y son ordenados bajo líneas de cuidado durante el ciclo de vida del individuo.

En segundo lugar, la transferencia de recursos adicionales en los sistemas provinciales de salud y establecimientos de salud a través del Programa supuso como condición necesaria la conformación de acuerdos entre los actores involucrados, explicitando su voluntad de participar y la definición de compromisos a cumplir por cada una de ellas. De esta forma, cada provincia firma un acuerdo marco y compromisos anuales de gestión con la Nación, al tiempo que cada establecimiento público de salud firma un contrato de gestión con la provincia.

En tercer lugar, el Programa promueve el fortalecimiento de la gestión en base a un modelo Financiamiento Basado en Resultados (RBF, por sus siglas en inglés). En términos generales, el Programa transfiere fondos desde la Nación a las Provincias bajo un esquema de financiamiento por resultados. Esto es, las provincias deben demostrar desempeño en una serie de indicadores y en función de ese desempeño obtienen los recursos, esto es, pago capitado ajustado por desempeño. Por su parte, las provincias no pueden aplicar los recursos recibidos en cualquier gasto, sino que deben necesariamente destinarlos al pago de servicios de salud (incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa) brindados por los establecimientos de salud públicos de la provincia a la población (pago por prestación). Luego, los establecimientos de salud tienen autonomía para utilizar los recursos recibidos para la mejora de la atención, pudiendo destinarlos a contratación de personal, pago de incentivos, mejoras edilicias, mantenimiento y adquisición de equipamiento médico y no médico.

De esta forma, el Programa rediseñó la tradicional manera en que la Nación transfería fondos a las provincias, en general de manera discrecional y no condicionada a resultados, y la forma en que las provincias transferían fondos a los efectores públicos de

salud, también basada en presupuestos históricos y no vinculada a la producción del establecimiento ni a los resultados obtenidos a nivel de la población atendida.

Asimismo, el Programa traccionó una serie de reformas a nivel de gestión de recursos, particularmente la vinculada a los sistemas de registro de la información, la facturación de prestaciones brindadas a la población en el subsector público y la planificación de la producción asistencial.

Durante el periodo 2004-2015, se observaron resultados positivos en la evolución de diversos los indicadores centrales del desempeño del Programa, esto es, las trazadoras. Particularmente, se observaron mejoras substanciales en los indicadores de captación temprana del embarazo y seguimiento de salud de los niños. Estos constituían los resultados que se deseaban promover con el modelo de RBF y los diversos arreglos institucionales propuestos por el Programa.

Sin embargo, a pesar de observan mejoras globales, subsisten diferenciales a nivel provincial, aún cuando la estrategia del Programa era de naturaleza nacional y federal. En este punto se destaca que el Programa permitió cierta flexibilidad en la implementación de algunos instrumentos de gestión por parte de las provincias. Tal es el caso de la distribución de incentivos al personal para mejorar el desempeño en la atención de la población, encontrando que algunas provincias no los implementaron por diversas razones, desde políticas hasta normativas.

Entonces, resulta de interés analizar el efecto del Programa sobre los desempeños sanitarios provinciales vinculados a la atención materno infantil. La hipótesis de partida supone que las variables de diseño de Plan NACER/Programa SUMAR incidieron positivamente sobre los desempeños sanitarios provinciales en indicadores centrales medidos a través de las trazadoras.

En particular se desea indagar el rol del esquema de incentivos al personal y los precios de las prestaciones de salud, bajo el supuesto que estas son variables centrales en un modelo de RBF que busca promover cambios de comportamiento en los prestadores de salud con el objetivo de alcanzar mejoras en la atención de la población.

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera. Una primera sección de lineamientos teóricos sobre los modelos de RBF y pago por desempeño. Luego, se describe el contexto de creación del Programa, así como sus principales características

distintivas. En una tercera sección se expone la metodología de análisis para la estimación de los efectos de las variables de diseño sobre los desempeños sanitarios provinciales. A continuación, se detallan los principales resultados de la estimación de efectos. Finalmente, conclusiones y recomendaciones.

2. Lineamientos Teóricos

En este apartado se realizará un revisión de la literatura sobre las variables de diseño de especial interés para el estudio, que son las relacionadas con el modelo de financiamiento basado en resultados, los esquemas de pago por desempeño y pago de incentivos al personal, y el rol de los precios de las prestaciones en los seguro de salud como instrumento para promocionar mejoras.

El Financiamiento basado en resultados (Results-based Financing - RBF) ha adquirido preponderancia durante los últimos años en el diseño e implementación de intervenciones de política pública en general y de salud en particular. El RBF es un modelo que vincula recursos financieros a resultados predefinidos, con el objetivo de mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Musgrove (2011) describe el modelo de RBF como un esquema de transferencias monetarias o no monetarias, realizadas al gobierno (nivel nacional o subnacional), proveedor, asegurador o consumidor de servicios de salud después de que se hayan alcanzado y verificado resultados predefinidos, siendo un pago condicionado a la realización de acciones medibles.

Grittner (2013) señala que la utilización de modelos de RBF tiene lógica en un contexto de problema principal-agente, tal como el que suele existir en el sistema público de salud. Bajo esta problemática, el agente debe desarrollar tareas y acciones que le encomienda el principal en búsqueda de determinados resultados u objetivos. Sin embargo, el principal y el agente operan en forma disociada en cuanto a las metas. Entonces, la implementación de un esquema de RBF colabora en la alineación de los objetivos del principal con los del agente, a través de un mecanismo de incentivos monetarios para que éste último persiga la meta del principal como si fuera propia. En la forma pura de RBF, el principal define ex ante los resultados en función de los cuales va a realizar el pago, es decir, establece metas de desempeño para el agente. La función de

pagos puede variar de acuerdo a distintas variables, así como también puede ser definida como una función continua (cada mejora marginal recibe un pago adicional) o como una función del tipo “todo o nada” (sólo se hace el pago si se cumple determinado umbral de meta).

En este sentido, a través de un modelo de RBF, es posible incrementar la eficacia y eficiencia de la inversión en el sector salud. Esto es especialmente cierto para el caso de Argentina, dónde históricamente los niveles de gasto público en salud han correspondido con los promedios de países de ingresos medios, pero obteniendo resultados por debajo de lo esperado, y con alta heterogeneidad geográfica y social.

En este punto vale destacar que en el sector salud, el financiamiento tradicionalmente se dirigió hacia los insumos y/o procesos, tales como salarios, capacitación de trabajadores, equipamiento, construcción de instalaciones de atención médica, entre otros. Ello bajo el supuesto que más insumos y mejores procesos implicarían directamente mejores resultados de salud en la población, aún cuando esos resultados nunca se hubieran explicitado como objetivos claros del sistema. En consecuencia, el proceso de atención médica es automatizado y sin rumbo marcado. En este contexto, el modelo de RBF define ex ante los resultados que deben lograrse con los recursos financieros brindados, a la vez que establece el mecanismo de pago para alcanzar dichos resultados.

En términos generales, un modelo de RBF en el sector salud requiere de cinco elementos principales. El primero de ellos es la determinación de los resultados que se desean alcanzar, esto es, las metas que se fijarán para los actores intervinientes. El proceso de definición de metas e indicadores asociados es complejo, pero debe ser el punto de partida para lograr que los esfuerzos sean adecuadamente alineados. Las metas deben quedar explicitadas en acuerdos o contratos de desempeño a ser suscriptos entre las partes. Musgrove (2011) destaca la importancia de dichos acuerdos, considerando que éstos son instrumentos que permiten incluir otras reglas de juego, tales como grados de colaboración entre actores relevantes (típicamente entre pagador/asegurador/ministerio y los prestadores de salud), los mecanismos de supervisión y los protocolos a seguir para la consecución de los objetivos fijados.

El segundo elemento implica la definición de un paquete de servicios o intervenciones de salud (usualmente denominado Plan de Beneficios) a ser financiados bajo la modalidad de RBF. En este punto no solamente es necesaria la priorización de prestaciones dentro del universo completo de posibles intervenciones, sino la realización de un ejercicio de costeo para determinar el precio que se pagará por cada servicio incluido en el paquete. La definición del paquete de servicios es particularmente central cuando se trata de financiamiento en el sector público de salud que opera bajo la premisa de la cobertura universal (implícita). En ese contexto, Giedion, Bitrán y Tristao (2014) describen a un Plan de Beneficios de Salud (PB) como “un conjunto mínimo de garantías explícitas financiado con recursos públicos vinculado con la necesidad o preferencia social de la población a ser cubierta”.

El tercer elemento es definición del mecanismo de pago a los prestadores de salud, en función de la cantidad y calidad de prestaciones brindadas. Existen diversas modalidades de pago, tales como capitación, pago por prestación (fee for service), pago modulado, pago por grupos relacionados por diagnóstico (Diagnosis Related Groups - DRG), entre otras. Cada modalidad tiene sus ventajas y desventajas en función de los comportamientos que promueve y el nivel de riesgo asumido por cada parte (excede el alcance de este trabajo la discusión sobre cada una de esas particularidades). Lo relevante en este punto es destacar la importancia de establecer claramente la/s modalidad/es a utilizar, así como los precios unitarios fijados y los criterios para su actualización. Esto dota de previsibilidad y transparencia al modelo de RBF. Para Savedoff (2010), en un contexto de principal-agente, cuando los agentes se enfrentan a un mayor riesgo, tienen un incentivo más fuerte para alcanzar los objetivos fijados en los contratos, aunque esto no implica que la totalidad de la carga del riesgo tenga que ser asumida por el agente. En ese sentido, deberían escogerse aquellos mecanismos de pago que sean mixtos, es decir, una combinación de pago por desempeño, pago fijo y pago vinculado a insumos.

El cuarto elemento indispensable en un modelo de RBF es la existencia de un sistema de reporte de la información y monitoreo del desempeño. El reporte de datos es importante porque los proveedores de salud deben ser capaces de demostrar el grado de cumplimiento de los objetivos, a favor de la percepción del correspondiente pago o incentivo. Por su parte, el sistema de monitoreo permite realizar un seguimiento de

avances, retrocesos e identificación de desvíos respecto de la meta asociada. Gigli, Wright, Raj y Agarwal (2015) resaltan la necesidad de promover el cambio de cultura en los proveedores de salud para mejorar la calidad de los reportes, y la sistematización de la información, junto con la utilización de la misma para la gestión. Por su parte, Naimoli, Brenzel y Sturdy (2009) remarcan que el monitoreo en un modelo de RBF cumple múltiples propósitos. En primer lugar, permite identificar las dimensiones problemáticas, y por ende abordar las acciones correctivas en cada etapa de la implementación. En segundo lugar, el monitoreo sirve para mantener regularmente informados a los actores relevantes (particularmente los funcionarios de gobierno) sobre el nivel de avance en el logro de las metas propuestas. Asimismo, la información obtenida a través del monitoreo provee enriquece la interpretación y comprensión de los logros. Y por último, a través del monitoreo es posible identificar aquellos factores concomitantes que inciden sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos en el modelo de RBF.

Por último, el quinto elemento es la verificación o auditoría de la atención brindada a la población y de la información reportada. La etapa de verificación es crítica pues al estar vinculado el pago con el reporte de resultados, los prestadores de salud pueden verse tentados a involucrarse en comportamientos oportunistas (tales como la falsificación de datos) para obtener el pago máximo. De esta forma, al implementarse un mecanismo de auditoría se asegura la credibilidad del modelo de RBF. Vale destacar la necesidad de que los mecanismos de verificación sean sustentables, tanto institucional como financieramente. Ergo y Paina (2012), explican que el sistema de verificación debe ser independiente, riguroso, transparente, integrado con el sistema de reporte y monitoreo, y debe tener asociado un esquema de sanciones o penalidades ante el fraude y/o incumplimiento de las normativas.

Figura 1. Elementos principales de un Modelo de RBF



Fuente: Elaboración propia.

Dentro del universo de los modelos de RBF, es posible distinguir dos diferentes tipos principales, de acuerdo a si están orientados a la oferta o la demanda. Dentro del primer tipo, se encuentran los modelos de Financiamiento basado en desempeños (Performance-based financing - PBF) y busca promover mejoras en la oferta de servicios, en el caso del presente análisis, serían servicios de salud. En el segundo tipo, es posible ubicar a las transferencias condicionadas de ingresos, las cuales intentan generar mejoras sobre la demanda de servicios. El presente trabajo indaga sobre las particularidades de un modelo de RBF sobre la oferta de servicios de salud: el Plan NACER/Programa SUMAR.

El PBF busca establecer incentivos para que los proveedores de salud brinden un servicio de calidad y mejoren el desempeño. Considerando nuevamente el esquema de principal-agente, en un esquema de PBF el principal establece (generalmente consensuando con el agente) las metas/resultados que se desean alcanzar y los indicadores de desempeño asociados en función de los cuales se realizará el pago. Usualmente se combinan incentivos monetarios y no monetarios (tales como

capacitación, mejora de condiciones laborales, reconocimiento, etc.) para promocionar el desempeño de los trabajadores en el sector salud.

Abduljawad y Al-Assaf (2011) destacan el doble propósito del esquema de incentivos. Por un lado, motivar a realizar acciones concretas con determinadas características, mejorando su desempeño presente; y por el otro, motivar cambios de comportamiento de los trabajadores que tengan efectos positivos duraderos sobre el desempeño.

Los incentivos pueden ser planteados en forma positiva o negativa (desincentivos), considerando para el primer caso los bonos o pagos de adicionales, y para el segundo caso, las quitas, sanciones o multas por incumplimiento. La literatura en general destaca que tienen mayor impacto de los incentivos positivos, respecto de los negativos.

Al seleccionar los incentivos, es necesario determinar el monto de los mismos respecto de la remuneración base, de forma tal que puedan traccionar los cambios deseados en los comportamientos de los prestadores de salud.

Finalmente, y respecto de la fijación de los precios en un esquema de RBF con pago por prestación de salud brindada, los mismos deben tener la capacidad para cubrir los costos de la provisión del servicio y además poder promover la oferta. Para Fritsche, Soeters, y Meessen (2014) la fijación de los precios unitarios de las prestaciones es un aspecto central en el modelo de PBF, con lo cual se busca mantener los gastos dentro del presupuesto de producción asignado. Los autores destacan que una metodología adecuada de fijación de precios, considerando costos de todos los elementos involucrados en la prestación (desde horas hombre, hasta insumos médicos) debe ser utilizada, y que servirá además para construir lo que ellos denominan “compra estratégica de servicios de salud”.

3. Descripción del Plan NACER/Programa SUMAR.

3. 1. Contexto de Creación y Antecedentes.

El Programa comienza como una respuesta de política pública luego de la profunda crisis del año 2001/2002, con el objetivo de mejorar los deteriorados indicadores de salud materno infantil.

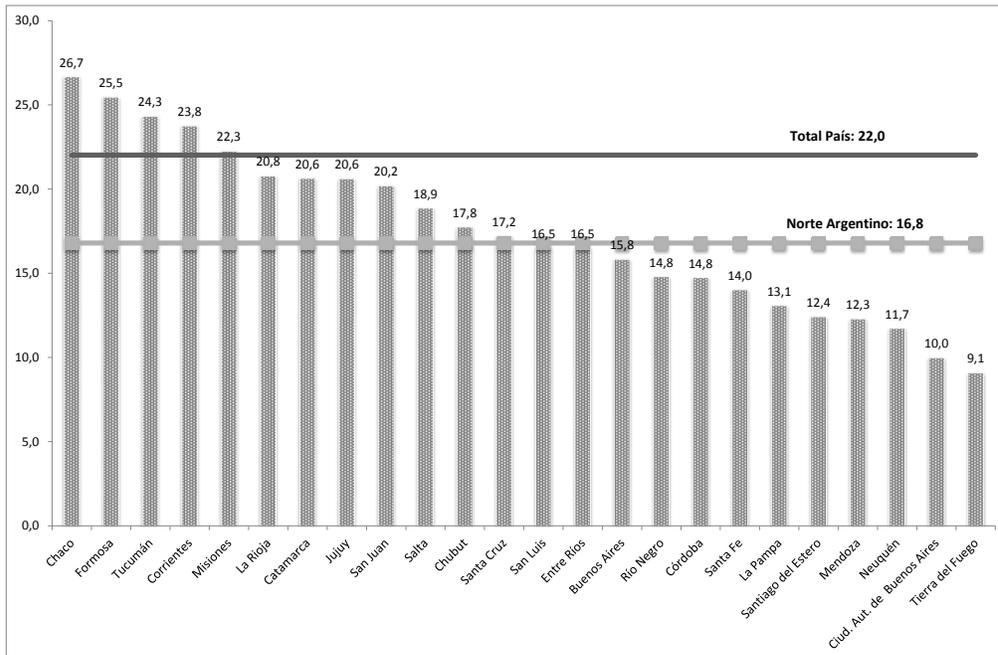
La crisis política y económica había tenido impactos negativos sobre los indicadores de bienestar de la población, en particular en las provincias del norte argentino. Una caída del 14% en el PIB real junto con el aumento del desempleo y el subempleo informal, sumado a la devaluación del peso argentino y la caída de los ingresos reales de las familias, tuvo un impacto social devastador que afectó particularmente a los sectores populares.

En consecuencia, se observó una reversión de la tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad infantil (TMI), que en 2002 llegó a valores de 16,8 cada mil nacidos vivos a nivel país. Adicionalmente, se evidenciaban profundas disparidades entre jurisdicciones. En particular, las provincias del norte argentino (NOA y NEA) tenían indicadores de mortalidad más elevados, llegando la TMI a 22,0 cada mil nacidos vivos, esto es una brecha de 5,2 puntos.

La ineficiencia del sistema y la retracción de la participación del Estado en la política de salud durante los 90s y principios de la década del 2000s llevaron a que un significativo porcentaje de las muertes infantiles y maternas fueran pasibles de ser evitadas con prevención adecuada y oportuno diagnóstico y tratamiento.

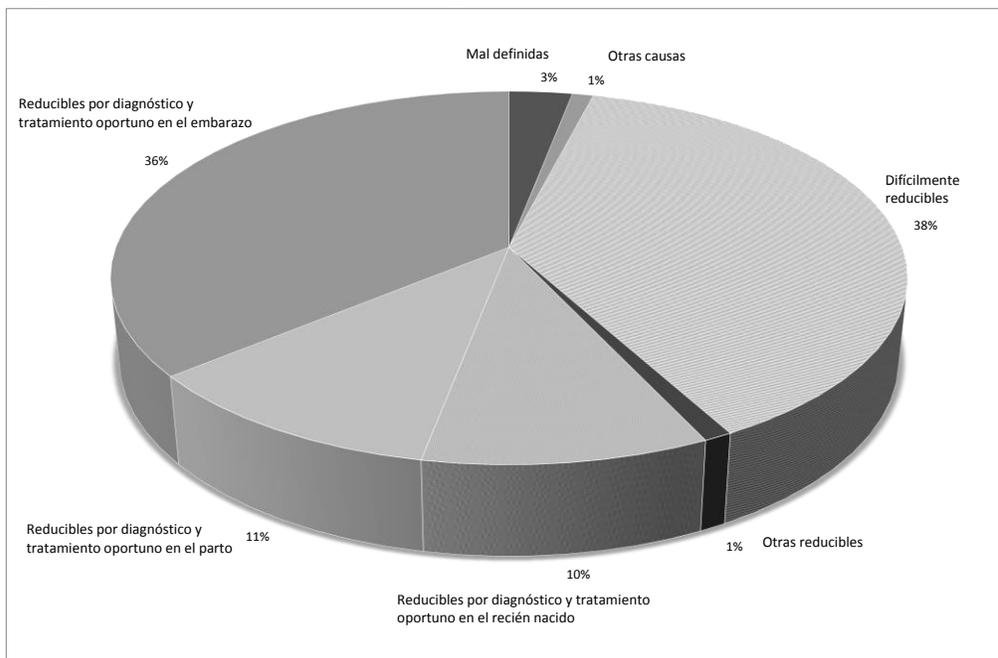
En particular, de las 7.829 defunciones neonatales ocurridas en el año 2002, el 57% corresponde a causas reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno: 36% reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo; 11% reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el parto y 10% reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el recién nacido.

Figura 2. Tasa de Mortalidad Infantil (cada 1.000 nacidos vivos). Año 2002.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos DEIS, MSAL.

Figura 3. Muertes neonatales según criterios de reducibilidad. Año 2002.



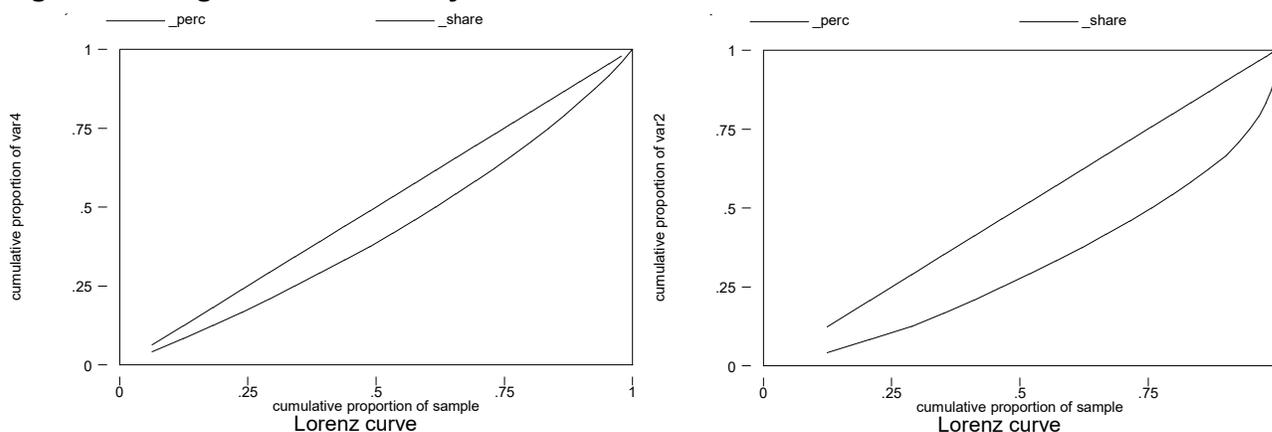
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos DEIS, MSAL.

Estos indicadores de salud, sumados a otros, pusieron en evidencia que una gran parte de la población no estaba recibiendo el tipo de servicios de salud que necesitaba, y que la mayoría carecía de cobertura formal y explícita de salud. La retracción del empleo formal en el período 1999-2002 había dejado a la mitad de la población total (48% según Censo 2001, INDEC) excluida del seguro de salud (en los niños alcanzó el 65% de no cobertura), aumentando considerablemente la carga de prestación de los servicios de este sector sobre los gobiernos provinciales, responsables de la atención pública de la salud en sus jurisdicciones.

La crisis y sus consecuencias pusieron en evidencia más aún los problemas estructurales del sector de la salud, en particular en cuanto a su fragmentación y brechas de acceso efectivo de ciertos grupos de la población a los servicios de salud.

Claramente, el impacto de la crisis fue mayor en las provincias más pobres y rezagadas, afectando más agudamente en esos lugares a la salud de la población. El correlato de esta situación fue un aumento de la desigualdad en la mortalidad infantil y mortalidad materna medida por el coeficiente de Gini que arroja un valor de 0,15 para la mortalidad infantil y de 0,37 para la mortalidad materna, ambos en el año 2002.

Figura 4. Desigualdad en la TMI y TMM. Año 2002.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos DEIS, MSAL.

Anteriores proyectos y planes de reforma del sector salud en Argentina apuntaron a reducir la fragmentación en el sistema, brindando apoyo específico a los gobiernos provinciales, pero los resultados fueron incompletos e insuficientes para resolver los problemas estructurales del sector de la salud provincial y para mejorar su desempeño.

La principal debilidad de estos proyectos es que fueron instaurados como líneas presupuestarias adicionales, sin estar acompañados por un esquema de incentivos que logre la alineación de esfuerzos entre la Nación y las Provincias, y éstas con los establecimientos públicos de salud, sumado a un rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación que se encontraba desdibujado y debilitado.

Adicionalmente, estas reformas anteriores resultaron insuficientes para expandir la cobertura explícita de las personas sin cobertura formal de salud al tiempo que sus parciales beneficios no alcanzaron efectivamente a las provincias más pobres del país.

Esta situación motivó al Gobierno Nacional a implementar una serie políticas de salud de impacto directo sobre la población, tales como el Plan NACER para la cobertura explícita de salud en prestaciones básicas y el Programa REMEDIAR, de distribución gratuita de medicamentos para los centros primarios de atención.

Estaba claro desde el inicio que el Programa debía configurarse de tal manera que respetase la organización federal y los sistemas provinciales de salud, pero que a la vez fortaleciera el rol de rectoría de la Nación –profundamente debilitado por las reformas neoliberales de los 90s– otorgándole a ésta funciones de coordinación y articulación, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA).

Este punto es fundamental la capacidad del Programa SUMAR generar consensos entre la Nación y las Provincias en un marco de alineación de incentivos explícitos, con metas determinadas para el cumplimiento de cada jurisdicción en un período específico de tiempo.

De esta manera, la estrategia iniciada por el Plan NACER, a diferencia de reformas anteriores o proyectos alternativos, no impone un sistema cerrado y rígido sobre las provincias, sino que define unas reglas de juego que permiten a cada jurisdicción aprovechar los desarrollos locales y trabajar para cumplir los objetivos comunes fijados.

Vale recordar que, debido a la configuración del sistema político de naturaleza federal en Argentina, y dadas las características propias del subsector público de la salud, el Programa opera sobre un contexto de agencia común del problema principal-agente, donde conviven más de un principal y más de un agente. En este escenario, las provincias hacen las veces de agentes de la Nación, a su vez, la provincia tiene un rol de principal frente a los municipios y estos, a su vez, son principales de los establecimientos de salud de su jurisdicción. De esta manera, cada participante en los distintos niveles del subsistema público de salud, puede responder a más de un principal, donde cada uno ofrece incentivos para realizar distintas tareas con el objeto de alcanzar distintos fines.

Adicionalmente, el nuevo programa debía, necesariamente, establecer restricciones a las transferencias y el uso de los fondos, implicando que cada peso gastado, sea dirigido únicamente al sector salud. Esto supuso establecer en las reglas de juego, parámetros específicos referidos a monitoreo, reporte, auditoría de procesos y uso de fondos, vinculados a resultados específicos.

Más aún, el Programa fue diseñado especialmente con la idea de proveer recursos adicionales a los sistemas provinciales, en parte como compensación al proceso de descentralización de las funciones de gasto al inicio de la década del 90. En por ello que el programa no viene a sustituir a los sistemas públicos existentes en las provincias, ni a los recursos presupuestarios destinados por la provincia para su financiamiento.

Como resultado, se alcanzó un diseño complejo pero altamente efectivo para estimular el mejor funcionamiento del sistema público de salud.

3.2. Características de diseño del Programa.

El Programa ha implementado una reforma amplia en la manera de gestionar la política de salud en Argentina, pudiendo identificar una serie de características –que llamaremos “variables de diseño”- propias del Programa que definen las reglas del juego para los actores involucrados y que en su conjunto han sido diseñadas para promover los desempeños de las provincias en el mejor cuidado de la población atendida en el subsector público de salud.

En conjunto estas cualidades del Programa conforman el conjunto de atributos básicos de un modelo de RBF en salud y que se plasma en la creación de un esquema de Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPPS) con los elementos propios de un seguro de salud, a saber:

1. Población bajo cobertura del seguro: Definición de población elegible, inscripción de beneficiarios y conformación de padrones.
2. Prestaciones bajo cobertura del seguro: Priorización de servicios de salud que serán financiados con los recursos del Programa.
3. Contratación de prestadores de salud y definición de acuerdos de gestión con metas.
4. Conformación de un fondo de seguro y mecanismo de transferencia de recursos entre asegurador, comprador y proveedor.
5. Definición de reglas para la aplicación de los fondos recibidos por los establecimientos de salud de parte del Programa.

En virtud de lo mencionado, se destacan cinco características de diseño del Programa.

La primera característica es la identificación y nominación de la población inscripta en el Programa, y la construcción de un padrón único de beneficiarios. Si bien esto podría ser considerado un atributo menor, lo cierto es que históricamente en Argentina la población atendida en el subsector público carecía de una identidad propia frente al sistema. La falta de un registro nominado de personas hacía imposible la adecuada atención y seguimiento de los pacientes a nivel del propio establecimiento, así como el monitoreo de indicadores sanitarios y la cuantificación de mejoras o problemas para el

nivel provincial y nacional de política. En este punto, el Programa logró que las 24 jurisdicciones subnacionales (23 provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires) construyeran y actualizaran mensualmente el padrón de beneficiarios del Programa, con su reporte mensual al nivel central del Programa (Unidad Ejecutora Central – UEC) en el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL).

La segunda característica es la definición de un Plan de Servicios de Salud (PSS) con cobertura por parte del Programa. El plan constituye un paquete de beneficios, o listado de prestaciones e intervenciones de salud, ofrecidas a los beneficiarios del Programa en los establecimientos públicos del país. La explicitación de un listado de servicios es sumamente importante, en primer lugar por permitir a la población conocer los cuidados disponibles en el sistema para su atención, y empoderarlos en su derecho a los mismos, y en segundo lugar, para mejorar la eficiencia distributiva de recursos, a través de ejercicios de costeo de las prestaciones, que permitan valorizar monetariamente los servicios, asignarles un presupuesto específico y planificar ingresos y egresos para los establecimientos que brinden las intervenciones de salud. En este sentido, la conformación del PSS constituye un ejercicio de priorización en contexto de restricción de recursos bajo la idea que “no podremos cubrir a todos en todos los servicios y por todo el tiempo” premisa que subyace en un esquema de cobertura implícita. Más aún, el Programa no sólo elaboró el listado de servicios sino que promovió la sistematización de una metodología para fijar el precio de las prestaciones por parte de las provincias, a través de los SPSS. Sin embargo, la fijación del precio de cada prestación de salud es una decisión provincial, de acuerdo a criterios de priorización de política provincial, encontrándose entonces disparidad de precios para una misma prestación entre provincias.

Figura 5. Condiciones y Problemas de Salud con cobertura del Programa.

| Generales | Específicas | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| Todos los grupos | Embarazo y Recién Nacido | Niños | Adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva – Promoción de la Salud | <input type="checkbox"/> Hemorragias Obstétricas | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Audición | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias Nutricionales | <input type="checkbox"/> Parto | <input type="checkbox"/> Trastornos de la visión | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos endocrinos y metabólicos | <input type="checkbox"/> Patología Puerperal | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Desordenes Hipertensivos | | |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias Malignas | <input type="checkbox"/> Desordenes endocrinos y metabólicos | | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones y Parasitarias | <input type="checkbox"/> APP | | |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Intencionales | <input type="checkbox"/> Desarrollo Fetal Insuficiente | | |
| | <input type="checkbox"/> Malformaciones Quirúrgicas | | |
| | <input type="checkbox"/> Otras neonatales | | |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Programa.

La tercera característica es la definición de indicadores sanitarios con metas explícitas asociadas, a través de los cuales se mediría el desempeño de las jurisdicciones. Estos indicadores son denominados Trazadoras e inicialmente eran 10 orientados a la población materno-infantil, y luego se expandieron a 14 en el marco de la ampliación hacia el Programa SUMAR.

El sistema de trazadoras tiene una doble finalidad en la implementación del programa. La primera, se refiere al esquema de financiamiento, dado que el 40% de la transferencia de la Nación hacia las provincias se realiza en función del nivel de cumplimiento en las trazadoras. La segunda, tiene que ver con la estrategia de monitoreo y cuantificación de los efectos del Plan sobre los resultados inmediatos de salud de la población objetivo, constituyendo un componente clave de la evaluación del programa.

La selección de cada indicador sanitario o trazadora y sus criterios de medición implicaron un proceso de aprendizaje para los distintos participantes del proyecto. Los indicadores debían ser adecuados para motivar el cambio en la gestión de la salud, y por otra parte ser medibles, con un proceso razonable de captación y exposición de la información requerida.

Las trazadoras se evalúan cuatrimestralmente a partir de información incluida en una declaración jurada que cada provincia remite con la documentación de soporte que permite el rastreo posterior de los registros clínicos que dieron origen a cada dato. Vale destacar que los reportes provinciales sobre trazadoras son sujeto de autoría por firma independiente encargada de la auditoría concurrente.

Figura 6. Trazadoras del Plan NACER / Programa SUMAR.

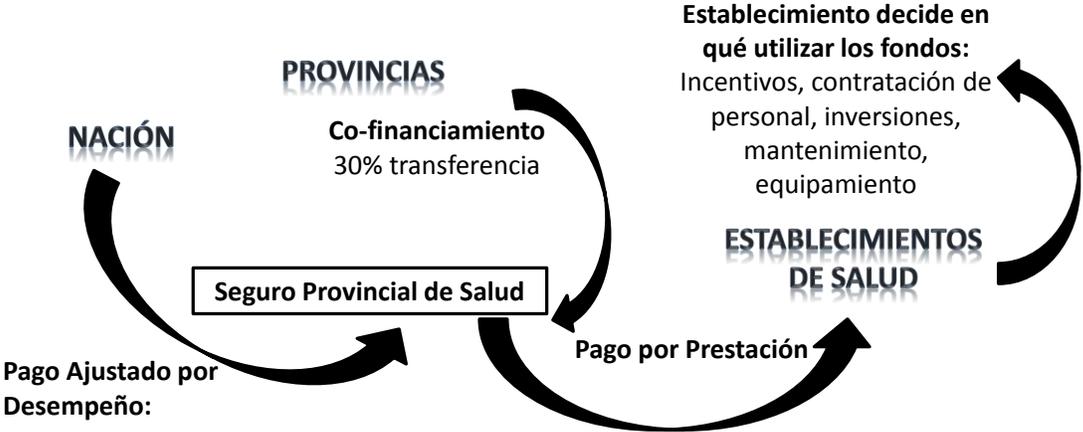
| Plan NACER | Programa SUMAR |
|---|--|
| I. Captación temprana de mujeres embarazadas. | I. Atención temprana de embarazo. |
| II. Atención del parto y atención neonatal. | II. Seguimiento de embarazo. |
| III. Efectividad de prevención de bajo peso, | III. Efectividad del cuidado neonatal. |
| IV. Efectividad de atención prenatal. | IV. Seguimiento de salud del niño menor de 10 años. |
| V. Auditoría de muertes infantiles y maternas. | V. Equidad intraprovincial en el seguimiento de salud del niño menor de 10 años. |
| VI. Cobertura de inmunizaciones. | VI. Capacidad de detección de casos de cardiopatía congénita en el menor de un año. |
| VII. Cuidado sexual y reproductivo en el puerperio. | VII. Prevención de cáncer colorrectal. |
| VIII. Seguimiento del niño sano menor a 1 año. | VIII. Cobertura de inmunizaciones a los 24 meses. |
| IX. Seguimiento del niño sano de 1 a 5 años. | IX. Cobertura de inmunizaciones a los 7 años. |
| X. Inclusión de población indígena. | X. Seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años. |
| | XI. Promoción de derechos y cuidados en salud. |
| | XII. Prevención de cáncer cérvico uterino. |
| | XIII. Cuidado del cáncer de mama. |
| | XIV. Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas. |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Programa.

La cuarta característica es la definición de un mecanismo de transferencias –bajo el modelo de RBF- entre la Nación, las provincias (a través de los SPSS) y los proveedores (establecimientos públicos de salud). La Nación transfiere un valor capita a la

provincia en función de la población inscrita (60%) y el grado de cumplimiento sobre las metas de las trazadoras (40%). Esos recursos conforman el fondo del SPSS, el cual únicamente podrá utilizarse para el pago de servicios de salud brindados a la población beneficiaria en los establecimientos, los cuales facturarán a los SPSS de acuerdo a los precios fijados por la provincia para el PSS y bajo la modalidad de pago por prestación (fee for service). En este proceso juegan un rol fundamental los sistemas de reporte y facturación de prestaciones, virtualmente inexistentes en la etapa de pre-implementación del Programa, pero que gracias a éste, se desarrollaron significativamente –aunque con disparidades entre jurisdicciones- y permitieron que en la actualidad una gran cantidad de establecimientos de salud facturen su producción con regularidad y sin atrasos.

Figura 7. Esquema de RBF del Programa.



| Porcentaje de Transferencia | Plan Nacer | Programa Sumar |
|-----------------------------|--|--|
| 60% | Población elegible inscrita | Población elegible inscrita con una prestación de salud en el último año (Cobertura Efectiva Básica) |
| 40% | 10 indicadores sanitarios con metas (Trazadoras) | 14 Trazadoras |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Programa.

La implementación de un esquema de financiamiento por resultados requirió la introducción de acuerdos de desempeño entre el Gobierno Nacional, las Provincias y los establecimientos de salud.

Los beneficios que la teoría predice sobre la implementación de un esquema de financiamiento basado en resultados, en términos de transparencia, mejora de la ejecución pública y la eficiencia, sólo son posibles si se definen arreglos institucionales que permitan desarrollar la política pública en un marco de previsibilidad y claras reglas de juego.

El Programa reconoce esta necesidad y es por ello que define dos conjuntos de acuerdos para su implementación: i) Acuerdos marco entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales; ii) Convenios de desempeño entre los gobiernos provinciales y los establecimientos públicos de salud.

Respecto del primer tipo de acuerdo, la Nación y cada provincia se comprometen mediante la firma de un contrato llamado Convenio Marco, en el cual se establecen responsabilidades para cada una de las partes. Mediante el mismo, las provincias se comprometen a identificar e inscribir a la población elegible; construir la base de datos de los padrones de beneficiarios del programa y la conformación del padrón de afiliados a la obra social provincial. También es su responsabilidad definir el esquema de precios con los cuales las provincias transferirán fondos a los establecimientos públicos de salud participantes por las prestaciones brindadas a la población elegible y facturadas al programa, así como la responsabilidad de efectivizar el pago correspondiente. Asimismo, se establece que las provincias deberán realizar tareas de supervisión y monitoreo, compilar datos para trazadoras que determinarán los ingresos por desempeño sanitario y llevar registro del uso de fondos provenientes del programa.

Por su parte, la Nación tiene funciones de validación de las bases de datos de los padrones; la definición de las prestaciones que integran el Plan de Servicios de Salud del programa, los indicadores que definen las transferencias por desempeño sanitario (trazadoras) y las prestaciones que contarán para la cobertura efectiva básica. Asimismo, el responsabilidad de la Nación transferir el flujo de fondos que hacen al financiamiento del Programa en las provincias; y, mediante un auditor externo, a realizar las tareas de control y monitoreo del padrón de beneficiarios, las trazadoras y prestaciones, en forma

concurrente para permitir la ejecución rápida de acciones tendientes a corregir o evitar comportamientos indeseados.

Derivado del Convenio Marco, las Provincias firman anualmente un Compromiso Anual de Gestión en el cual se fijan metas de cumplimiento de indicadores de desempeño en dimensiones relevantes. Es estos compromisos dónde se establecen los precios de las prestaciones del Plan de Servicios de Salud del programa, con el objetivo que éstos contribuyan a la sustentabilidad financiera del Programa en cada una de las jurisdicciones.

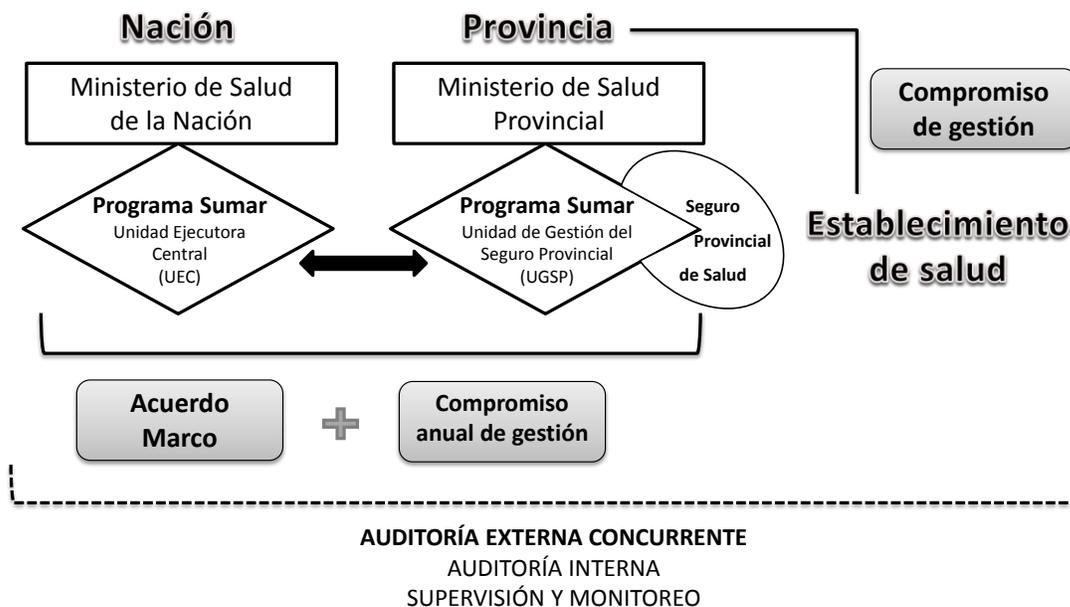
En cuanto al segundo tipo de acuerdo, cada provincia sella un vínculo contractual con los establecimientos públicos de salud de su red, de adhesión voluntaria, plasmado en un Compromiso de Gestión en el que se establecen las responsabilidades de las partes respecto de la nominación e inscripción de la población, su atención sanitaria, la realización de las prestaciones de salud y su correspondiente pago por parte del Programa de acuerdo a los precios oportunamente fijado por cada jurisdicción. En este escenario, los establecimientos de salud tienen incentivos a realizar mayores esfuerzos conjuntos que llevan a un mejor cuidado de la población.

Dado que los establecimientos de salud pueden tener incentivos a facturar más prestaciones que las efectivamente realizadas o a ofrecer más aquellas prestaciones de mayor precio (esto es, mayor precio relativo dado el costo de realizarla), el diseño del programa incluyó desde el inicio un riguroso esquema que supervisión, monitoreo y auditoría (interna y externa concurrente) que previera la imposición de una sanciones en la forma de débitos y multas, en caso de error o fraude por sobrefacturación.

La quinta y última característica es la introducción de mecanismos de incentivos a personal para el logro de mejoras en la atención de la población. Así, el diseño del Programa fija una serie de categorías posible de gasto e inversión para los recursos que los establecimientos obtienen por las prestaciones brindadas a la población beneficiaria, las cuales son facturadas al SPSS y pagadas por el Programa. Uno de los ítems de gasto son el pago de incentivos al personal de salud, que admite que hasta un 25% de los recursos totales se destinen a la distribución de incentivos entre el personal del establecimiento involucrado en la atención. Sin embargo, el pago de incentivos al

personal es optativo y queda decisión de cada jurisdicción. El resultado es que sólo una minoría de provincias ha hecho uso de esta opción.

Figura 8. Diseño Institucional del Programa



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Programa.

Vale la pena aquí recapitular a esta altura sobre la lógica del diseño y el mecanismo de impacto implícito, es decir, la teoría del cambio promovido por el Programa. El objetivo último del Programa es lograr una mejora en la situación de salud de la población beneficiaria, la cual se puede aproximar primeramente por una mejora en el acceso a servicios de salud de calidad brindados a la población en el subsector público, partiendo de un escenario de brechas de acceso y calidad en las prestaciones. Para ello, la Nación brinda apoyo a las provincias en la forma de recursos adicionales al presupuesto propio provincial, que se transfieren en función del nivel de desempeño que alcance cada jurisdicción en mejorar el acceso a servicios de salud y que es medido por las trazadoras. Esas trazadoras miden procesos básicos de atención a la población, que son realizados por los equipos de salud en cada centro asistencial. Entonces, si la provincia quiere mejorar su desempeño, de alguna forma deberá promocionar la mejora

en el trabajo realizado en los centros de atención y deberá brindar señales de cuáles son los servicios de salud priorizados que tienen impacto sobre los indicadores de desempeño. Así, los precios de las prestaciones del PSS son señales de cuanto más o menos priorizada relativamente se encuentra una prestación respecto de la otra para cada jurisdicción (recordando que la fijación de los valores es potestad provincial). Entonces, si una provincia desea promover los partos naturales por sobre los partos por cesárea, la señal de precios será fijar el precio del parto natural igual al de la cesárea. Por otro lado, la provincia podría señalar que determinada atención es prioritaria a través de la fijación de incentivos al personal involucrado en la misma.

En paralelo, el Programa no se implementa en un escenario aislado, sino que es parte integral del propio subsistema público provincial, determinado por los recursos presupuestarios destinados cada año por los gobiernos provinciales a la atención de salud, los recursos físicos, los recursos humanos y los procesos de definición política dentro de la provincia que supondrán mayor o menor apoyo a determinada estrategia sanitaria.

Se produce así una cadena de resultados que el presente trabajo desea analizar, considerando el efecto de las variables de diseño del Programa sobre los desempeños provinciales en indicadores sanitarios clave (medidos por las trazadoras), considerando además los posibles efectos de un conjunto de variables de contexto provincial, externas al Programa.

4. Metodología de Estimación de Efectos de Variables de Diseño del Programa sobre Desempeños.

4.1. Los datos.

Para el presente ejercicio de estimación de efectos se utilizarán datos de diversas fuentes de información.

En primer lugar, datos del Plan NACER/Programa SUMAR sobre las siguientes variables:

- Indicadores de desempeño sanitario, medido en Trazadoras I, VIII y IX del Plan NACER, y Trazadoras I y IV del Programa SUMAR, a través del Porcentaje de Cobertura de casos elegibles en cada trazadora de referencia¹ en cada cuatrimestre del período 2012-2015.
- Precios vigentes de las prestaciones del PSS del Programa según jurisdicción en el período 2012-2015.
- Provincias utilizando mecanismos de pago de incentivos al personal de salud con fondos obtenidos del Programa en el período 2012-2015.
- Indicador de descentralización del proceso de facturación del Programa: Porcentaje de facturación realizada por los efectores en forma descentralizada²
- Cantidad de establecimientos públicos con convenio de gestión vigente con el Programa según jurisdicción en el período 2012-2015.
- Liquidación de transferencias (básica mensual y complementaria cuatrimestral) del Programa a las provincias según jurisdicción en el período 2012-2015.
- Cantidad de meses transcurridos desde la primera transferencia liquidada a la provincia desde Nación, hasta diciembre de cada año considerado en el período 2012-2015.

¹ El desempeño en cada trazadora se mide como un Porcentaje de cobertura, el cual es un cociente entre el número de casos válidos (con las características deseadas del indicador) y el número de población elegible para esa trazadora.

² Se construye de esta forma: (Volumen de Facturación Descentralizada / Volumen de Facturación Total) * 100. La información para dicho indicador se obtiene a través de la evaluación de los datos procesados por cada Jurisdicción en la categoría Prestaciones del Sistema SIRGe Web.

En segundo lugar, se consideraron datos de contexto para cada jurisdicción sobre las siguientes variables:

- Región de pertenencia de la provincia (AMBA, Centro, Cuyo, NEA, NOA, Patagonia).
- Signo político del gobierno provincial durante 2012-2015.

4.2. Trazadoras y Prestaciones para la Estimación de Efectos sobre Desempeños.

Con el objetivo de cuantificar el efecto de las variables de diseño del Programa sobre los desempeños sanitarios provinciales, controlando por variables de contexto provincial, se procedió a estimar un modelo de regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente el desempeño provincial promedio anual para dos trazadoras clave del Plan NACER/Programa SUMAR, en función de un set de variables de diseño y un set de variables de contexto, considerando un período de tiempo de cuatro (4) años desde 2012 (último año de implementación del Plan NACER y preparación para la ampliación al Programa SUMAR) y 2015.

Se consideraron las principales trazadoras materno-infantiles, por ser aquellas dónde el sistema de reporte, facturación, y la guía de atención promovida por el Programa están más arraigados al ser implementados desde 2004 (inicio del Plan NACER). De esta forma se controla implícitamente por proceso de aprendizaje en prestaciones e indicadores nuevos introducidos por la ampliación del SUMAR (Por ejemplo, pesquisa de detección de cáncer de mama).

Las trazadoras consideradas para el estudio son:

Trazadora I. Captación temprana del embarazo: Porcentaje de embarazadas elegibles con control prenatal antes de la semana 13 (en Programa SUMAR) y antes de la semana 20 (en Plan NACER).

Trazadora VIII. Control del niño sano menor de un año: Porcentaje de menores de un año elegibles con control de salud de acuerdo a protocolo (en frecuencia y cantidad). (Plan Nacer).

Trazadora IX. Control del niño sano de 1 a 9 años: Porcentaje de niños de 1 a 5 años elegibles con control de salud de acuerdo a protocolo (en frecuencia y cantidad). (Plan Nacer).

Trazadora IV. Seguimiento de salud del niño menor de 10 años: Porcentaje de niños de 0 a 9 años elegibles con control de salud de acuerdo a protocolo (en frecuencia y cantidad). (Programa SUMAR).

Debido a que la transición desde el Plan NACER hacia el Programa SUMAR implicó una modificación de la matriz de trazadoras, se procedió a unificar las trazadoras VIII y XI del Plan NACER para el año 2012, de forma de obtener un proxy de la trazadora IV correspondiente al Programa SUMAR.

Posteriormente, se identificaron las prestaciones de salud clave que son necesarias para que se logren resultados positivos a nivel de cada una de las trazadoras, y por ende las prestaciones cuyos precios deberían señalar la priorización que hace la autoridad sanitaria respecto del logro de resultados en diagnóstico temprano del embarazo y adecuado control de niños. Los precios de esas prestaciones serán una variable dentro del modelo. Entonces para la Trazadora I la prestación clave es “Control prenatal de Primera vez”. Para la Trazadora IV la prestación es “Consulta de salud Pediátrica en menores de 1 año” y “Consulta de salud Pediátrica de 1 a 9 años”.

De esta forma se cuenta con dos set de variables explicativas del desempeño. El primero captura las características de diseño e implementación propias del Programa que son: i) tiempo de permanencia en el Programa; ii) precios de prestaciones clave; iii) pago de incentivos al personal; iv) monto liquidado por transferencias; v) nivel de descentralización del sistema de facturación de prestaciones; y vi) cantidad de establecimientos con convenio de gestión con el Programa. El segundo grupo de variables involucra características básicas de la provincia, a saber: i) región de pertenencia³ y ii) partido político gobernante.

³ Para la región de referencia se usó el agrupamiento de provincias utilizado por el Programa para su implementación, modificando la región Centro, para desagregar CABA y Provincia de Buenos Aires del resto.
NOA: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero.
NEA: Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa.
CENTRO: Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba.
AMBA: CABA, Buenos Aires.
CUYO: La Rioja, San Juan, Mendoza, San Luis.
PATAGONIA: La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

4.3. Modelo Econométrico.

El siguiente modelo de regresión lineal es utilizado para estimar el efecto de cada variable sobre el desempeño sanitario, estimando por separado el modelo para cada indicador trazadora $j = \{I, IV\}$.

$$D_{it} = \beta_0 + \beta_1 T_{it} + \beta_2 I_{it} + \beta_3 L_{it} + \beta_4 F_{it} + \beta_5 E_{it} + \beta_6 P_{it} + \beta_7 R1_{it} + \beta_8 R2_{it} + \beta_9 R3_{it} + \beta_{10} R4_{it} + \beta_{11} R5_{it} + \beta_{12} G_{it} + \mu_{it}$$

Para:

$i = \{1, 2, \dots, 24\}$

$t = \{2012, 2013, 2014, 2015\}$

Dónde:

- D_{it} = Porcentaje de desempeño de la trazadora j en la provincia i en el año t .
- T_{it} = Tiempo transcurrido desde la primera liquidación de transferencias del Programa hasta el mes de diciembre del año t para la provincia i , en cantidad de meses.
- I_{it} = Dummy que indica si la provincia i implementa esquema de pago por incentivos al personal en el año t . Vale destacar que cuando la provincia opta por implementar esquema de incentivos, no diferencia según trazadora, es una situación de “todo o nada”: paga incentivos o no paga.
- L_{it} = Monto total liquidado en concepto de transferencia base y complementaria a la provincia i en el año t , en millones de pesos corrientes.
- F_{it} = Porcentaje de facturación realizada por los efectores en forma descentralizada en la provincia i en el año t .
- E_{it} = Cantidad de establecimientos públicos con convenio firmado con el Programa en la provincia i en el año t .
- P_{it} = Precio de la prestación clave para el desempeño de la trazadora en la provincia i en el año t .
- $R1_{it}$ = Dummy que indica si la provincia i pertenece a la región del Noroeste Argentino (NOA).
- $R2_{it}$ = Dummy que indica si la provincia i pertenece a la región del Noreste Argentino (NEA).
- $R3_{it}$ = Dummy que indica si la provincia i pertenece a la región Centro.
- $R4_{it}$ = Dummy que indica si la provincia i pertenece a la región Cuyo.
- $R5_{it}$ = Dummy que indica si la provincia i pertenece a la región Patagonia.
- G_{it} = Dummy que indica si el partido de gobierno en la provincia i está alineado con el partido de gobierno nacional en el año t .

5. Resultados.

Se estimaron por separado los modelos para cada trazadora mencionada, considerando las variables descritas en el apartado anterior.

En términos generales se observa que tres variables de diseño e implementación del Programa correlacionan en forma positiva con los desempeños sanitarios provinciales en términos de controles prenatales y pediátricos, a saber: i) Incentivos monetarios al personal; ii) Recursos liquidados por transferencias monetarias del Programa SUMAR; iii) Descentralización de la facturación de prestaciones al Programa SUMAR.

Respecto del esquema de incentivos al personal en la provincia, se observa que el desempeño promedio se incrementa en la presencia de retribuciones adicional al personal del establecimiento involucrado en la prestación de servicios a la población del Programa, respecto de la situación de ausencia de incentivos. Si bien no existe un esquema uniforme de pago de incentivos en las provincias que lo utilizan, sino que cada una diseña su propia regla de retribución, el aspecto común es el traslado hacia los efectores provinciales, y los equipos de salud, de la lógica de transferencia de recursos según el desempeño alcanzado en logro de metas que se utiliza a nivel de la relación Nación-Provincia. Tal como la literatura sobre pago por desempeño lo destaca, es necesaria la definición de metas concomitantes con los objetivos de política sanitaria fijados, que son los que en definitiva orientan el conjunto de intervenciones implementadas, así como la distribución de recursos presupuestarios provinciales.

La segunda variable se refiere a las transferencias liquidadas por la Nación a la provincia. Esta asociación era esperada a priori ya que las transferencias son una función del desempeño provincial en términos de inscripción de población elegible, cobertura efectiva básica de dicha población y cumplimiento de metas de la matriz de trazadoras. A pesar de ello, subsistía la posibilidad que, para las trazadoras analizadas, no se observara una correlación entre el monto total de transferencias y el nivel de cobertura de casos positivos de trazadoras. Sin embargo, la relación positiva sí se verificó, indicando por ende que mayores recursos monetarios recibidos, impactarían positivamente sobre los desempeños y estos a su vez traerían mayores recursos a futuro. En este punto podríamos advertir la existencia de una trampa sobre el mecanismo de financiamiento por resultados. Aquellas provincias con mejores capacidades de atención y gestión de la

salud, tanto a nivel ministerial como en los efectores de salud, alcanzan desempeños más altos, lo que lleva a recibir mayores recursos, que refuerzan las capacidades de atención y gestión, que permiten a su vez mejorar los desempeños. Surge aquí entonces la pregunta de si sólo el financiamiento podría generar mejoras o si necesariamente tendrá que estar acompañado por acciones de mejora institucional y de gestión en las provincias.

La tercera variable con efecto positivo sobre el desempeño es aquella vinculada a la descentralización de los sistemas de información, más concretamente con la capacidad de facturación directamente desde el efector. Los sistemas de información juegan un rol esencial en los esquemas de financiamiento por resultados, ya que permiten contar con los datos sanitarios adecuados para evaluar el desempeño de la provincia. Además, en el caso particular de la matriz de trazadoras del Programa, la misma supone el reporte rápido de la información con el objetivo de contar con el dato necesario en el cuatrimestre de evaluación. Las provincias en las cuales la mayoría de las prestaciones son facturadas directamente desde el efector (en contraposición con el proceso más largo de transmisión de la información desde el efector hacia la UGSP, para que ésta posteriormente realice la facturación), ahorran en tiempo de transmisión de la información y mejoran la cantidad de casos reportados, obteniendo por ende una tasa de cobertura más alta para cada trazadora. Vale recordar aquí que el cumplimiento de las metas de la trazadora IV implica la satisfacción de un cronograma temporal de controles, así como la presencia de atributos de calidad de la prestación, reportados en el sistema (peso, talla, perímetro cefálico, entre otros). Esto es aún más exigente en el caso de los menores de un año, que supone el cumplimiento de una agenda de controles rigurosa, de forma de asegurar que en los primeros 12 años de vida el niño recibe la mejor atención posible. Por ello, resulta un indicador complejo para cumplir, e incide considerablemente la velocidad a la cual los establecimientos reporten los cuidados brindados y facturen la prestación. Sólo aquellos que tienen un sistema de facturación aceitado y funcionando en forma descentralizada podrán cumplimentar adecuadamente con la alta exigencia de plazos y atributos de calidad implícita en el indicador trazador.

Por otro lado, se destaca una variable que afecta negativamente el desempeño en las trazadoras analizadas, y que se refiere al tamaño de la red de efectores trabajando bajo convenio con el Programa. Lo que se encuentra es que cuanto mayor es la cantidad de establecimientos, menor es el desempeño sanitario, tanto en controles prenatales

como infantiles. Una posible explicación para ello es que, cuanto mayor el número de establecimientos, mayor el grado de atomización en el cual el Programa trabaja, enfrentando mayor dificultad para realizar los cambios de comportamiento esperados. Asimismo, la implementación en un contexto de mayor tamaño de red, se ejecuta de manera más lenta, lo cual puede debilitar los procesos de cambio deseados, ya que el Programa debe penetrar diversas estructuras burocráticas instaladas, necesitando de mayor esfuerzo de coordinación y construcción de consensos. Esa tarea es por demás compleja y puede entonces asociarse a un menor desempeño relativo en provincias más grandes.

Por su parte, la variable precio resulta estadísticamente significativa en el modelo estimado para los desempeños sanitarios infantiles, pero no así respecto del desempeño sanitario en captación temprana del embarazo. Sin embargo, se observa un signo contrario a lo que a priori se esperaría, resultando en una relación inversa entre precio de la consulta pediátrica y desempeño de la trazadora IV. Una posible razón para este comportamiento podría ubicarse en el proceso de fijación de precios por parte de las provincias y la continuidad de procesos sanitarios clave una vez que el mismo se encuentra internalizado por el equipo de salud. En particular, las provincias utilizan los precios de las prestaciones como señales para indicar que una determinada prestación debe ser priorizada pues se está sub-ofreciendo a la población. Entonces, cuando se observan buenos desempeños en determinado indicador asociado a una prestación, ésta última ya no necesita contar con un precio “alto” que se señale la necesidad de realizarla pues el equipo de salud ya la brinda a la población. En este punto, las provincias suelen disminuir precios de prestaciones que se encuentran ya institucionalizadas, siendo el control prenatal temprano es una de ellas. En paralelo, re-direccionan los recursos a prestaciones menos brindadas, través del incremento de los precios de las consultas pediátricas. Como resultado, las provincias con altos desempeños tienden a mantener los precios bajos, y las provincias de bajos desempeños tienden a incrementar los precios para traccionar mejoras.

Una mención especial es necesario realizar sobre la variable de tiempo de permanencia en el Programa SUMAR, la cual resulta estadísticamente significativa para explicar el comportamiento del desempeño en captación temprana, pero presentando un coeficiente de estimación de signo negativo, indicando que a mayor tiempo en el

Programa, menor nivel de desempeño, controlando por el resto de las variables. La explicación a este comportamiento encuentra su raíz en la correlación entre indicadores sanitarios de cuidado materno en la línea de base con las fases de implementación del Programa. Como es sabido, el Programa se inició en las provincias del NEA y NOA, las cuales contaban con indicadores de mortalidad y morbilidad considerablemente superiores al resto de las provincias. Aún cuando su mejora fue significativa a medida que el Programa se fue implementando, la captación temprana, en particular antes de la semana 13 de gestación, permanece cómo un desafío.

Finalmente, la región geográfica de pertenencia y el signo político del gobierno provincial no resultaron estadísticamente significativos para explicar el comportamiento de los desempeños sanitarios en ninguno de los tres casos analizados.

Figura 9. Resultados del modelo de regresión para el desempeño sanitario materno-infantil, según trazadora.

| | Trazadora I | Trazadora IV |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Tiempo de permanencia en SUMAR | -0.9579 *** (0.1158) | -0.0636 (0.1367) |
| Dummy Incentivos al personal | 7.1764 ** (3.5448) | 17.2579 *** (5.1216) |
| Transferencias SUMAR | 0.1771 ** (0.0762) | 0.3067 *** (0.0903) |
| Facturación descentralizada | 0.5291 *** (0.1700) | 0.5768 *** (0.1939) |
| Efectores con convenio | -0.0208 ** (0.0087) | -0.0229 *** (0.0099) |
| Precio prestación clave | 0.0003 (0.0342) | -0.1569 * (0.0819) |
| Dummy Región NOA | 7.4131 (14.9361) | 3.3658 (17.0074) |
| Dummy Región NEA | 0.7153 (16.5762) | -18.565 (19.0319) |
| Dummy Región Centro | -19.6340 (14.5963) | -13.986 (16.8689) |
| Dummy Región Cuyo | -20.8460 (15.5151) | -13.698 (18.1687) |
| Dummy Región Patagonia | -26.7978 (16.8376) | -17.161 (19.5114) |
| Dummy Gobernador aliado FPV | 2.5106 (3.3577) | 3.7738 (3.8801) |
| Constante | 87.9321 *** (9.7704) | 2.7962 (11.1876) |
| R^2 | 0.522 | 0.5443 |
| N° obs. | 96 | 96 |

Los errores standards se reportan entre paréntesis.

Resultados test con alfa: *** 1%; ** 5%; * 10%

Fuente: Elaboración propia.

6. Conclusiones.

El Plan NACER y el Programa SUMAR fueron parte central de la política de salud implementada en Argentina desde el año 2004, diseñados bajo un modelo de RBF.

Desde el inicio, el Programa buscó la mejora de los indicadores de salud de la población, a la vez que persiguió el incremento en la eficiencia y eficacia del sistema. En ese sentido, la dificultad inicial con que se encontró fue la descoordinación entre niveles de gobierno y la multiplicidad de actores. Entonces, se hacía imperioso contar con el consenso entre las distintas provincias y los líderes en cada centro de salud, para alcanzar las metas comunes propuestas.

El Programa definió dos conjuntos de acuerdos para su implementación, en línea con la literatura sobre RBF. En primer lugar, acuerdos marco entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales que definen sus funciones y responsabilidades, así como compromisos anuales de gestión que fijan metas en distintas instancias del desempeño. En segundo lugar, los convenios de desempeño entre los gobiernos provinciales y los establecimientos públicos de salud que definen el mecanismo de pago, los servicios de salud asociados y metas de desempeño. Este último punto se comienza a trabajar a partir del Programa SUMAR, dado que inicialmente se necesitaba consolidar la implementación en cada establecimiento y recién en una segunda etapa incrementar la exigencia en términos de indicadores y metas asociadas.

Estos acuerdos eran necesarios para generar cambios en la forma de gestionar la salud por parte de las estructuras ministeriales y en los establecimientos de salud.

El esquema de transferencias de Nación a Provincias, y de Provincias a establecimientos públicos de salud se diseñó sobre la base de un Plan de Servicios de Salud priorizados para la población, valorizado con precios establecidos por cada una de las jurisdicciones en función de los objetivos de política sanitaria. Ese instrumento de precios actuó como señalador de priorizaciones.

Al evaluar el rol de los precios de las prestaciones centrales para el cumplimiento de las trazadoras materno-infantiles analizadas, se observó que los mismos sólo eran significativos en cuanto al seguimiento de salud pediátrico, no así para el control prenatal. Sin embargo, parecería que las provincias utilizaron el sistema de precios como una variable de ajuste sobre los presupuestos del Programa y para indicar si una prestación

determinada se estaba brindando en los niveles deseables. Si esto último ocurría, y los establecimientos de salud tenían internalizado el protocolo de atención, parecería que no tenía sentido mantener un precio alto para la prestación. Así, se encuentra una relación inversa entre precio de la prestación y desempeño en la trazadora correspondiente.

Por otro lado, se buscó motivar cambios en el comportamiento de los trabajadores de salud, con el objetivo de impactar positivamente sobre la atención de la población y los resultados en términos de su situación de salud. Así, el Programa incorporó incentivos explícitos sobre la realización de determinadas prácticas y con atributos de calidad específicos.

Como se ha demostrado en el modelo de regresión, el cumplimiento de estas trazadoras parecen ser sensibles al esquema de incentivos pero el mismo no parece ser suficiente como para impulsar un cumplimiento deseable. Por este motivo resulta deseable motivar su cumplimiento por medio de herramientas alternativas, tales como la capacitación y desarrollo de carrera profesional y la mejora en las condiciones de trabajo, incluyendo las condiciones contractuales (estabilidad, horario laboral, etc.).

Se recomienda la profundización del análisis sobre las vinculaciones entre variables de diseño y desempeños provinciales, particularmente el rol de los incentivos al personal. Para ello, sería necesario contar con sistemas de evaluación o medición de impacto por la utilización de incentivos, los cuales en la actualidad se encuentran ausentes.

En la misma línea, se recomienda estudiar en mayor detalle el margen de poder del esquema de incentivos, es decir, si éstos representan una proporción suficientemente del ingreso de los agentes tal lo como para inducir un esfuerzo adicional en la mejora de la atención de la población.

Asimismo, si se considera que los indicadores sanitarios de monitoreo se sirven de un flujo de información continuo, entonces es necesario notar que tales indicadores son señales sensibles a la calidad de los sistemas de reporte. En particular para el caso del Programa, el sistema de facturación es la principal fuente de información para el reporte de desempeños. De esta manera, la buena o mala performance leída de algún indicador responde a un conjunto de factores tales como la capacidad de generar y reportar información consistente en los períodos requeridos. En ese sentido, el modelo estimado

arrojó un efecto positivo de la descentralización de los sistemas de facturación sobre el desempeño.

En conjunto, el Programa logró implementar adecuadamente un modelo de RBF para el sector salud en Argentina, alcanzando mejoras en los indicadores sanitarios de cuidado de la población. En ese sentido, variables de diseño del Programa han incidido positivamente sobre los desempeños provinciales. Sin embargo, queda por la indagar en mayor profundidad los canales de transmisión de los efectos, y en particular las razones de las heterogeneidades entre jurisdicciones con niveles de desarrollo similar.

7. Referencias.

Abduljawad, A., & Al-Assaf, A. F. (2011). Incentives for Better Performance in Health Care. Sultan Qaboos University Medical Journal.

Boachie, M. (2014). Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport.

Canavan, A.; Toonen, J. y Elovainio, R. (2008). Performance Based Financing: An international review of the literature. KIT Development Policy & Practice.

DEIS. Nacidos Vivos, Defunciones Totales, según grupos de edad y Maternas por División Político Administrativa de Residencia. Argentina – Año 2002. MSAL.

Eichler, R.; Levine, R; y Performance-Based Incentives Working Group. (2009). Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls. Center for Global Development.

Ergo, A. y Paina, L. (2012). Verification in Performance-Based Incentive Schemes. Health Systems 20/20 Project. USAID.

Fritsche, G.; Soeters, R. y Meessen, B. (2014). Performance-Based Financing Toolkit. The World Bank.

Giedion, U.; Bitrán, R. y Tristao, I. (Editores). (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Gigli, S.; Wright, J.; Raj, F. y Agarwal, M. (2015). Performance Based Incentives to Strengthen Primary Health Care in Haryana State – India: Findings from a Formative Investigation. Health Finance and Governance (HFG) Project. USAID.

Grittner, A. (2013). Results-based Financing: Evidence from performance-based financing in the health sector. Discussion Paper 6/2013. German Development Institute.

Kristensen, S.; Siciliani, L. y Sutton, M. (2003). Optimal Price-Setting in Pay for Performance Schemes in Health Care. Discussion Papers in Economics No. 14/03. Department of Economics and Related Studies. University of York.

Musgrove, P. (2010). Plan Nacer, Argentina: Provincial Maternal and Child Health Insurance using Results-Based Financing (RBF). Background paper for the World Bank Plan Nacer's project preparation.

Musgrove, P. (2011). Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary. The World Bank.

Naimoli, J.; Brenzel, L. y Sturdy, J. (2009). Thinking Strategically about Monitoring Health ResultsBased Financing (RBF) Schemes: Core Questions and Other Practical Considerations. Health, Nutrition, and Population Unit. The World Bank.

National Academy of Social Insurance (NASI). (2015). Addressing Pricing Power in Health Care Markets: Principles and Policy Options to Strengthen and Shape Markets.

Porter, M. y Kaplan, R. (2015). How Should We Pay for Health Care?. Working Paper 15-041. Harvard Business School.

Programa SUMAR/Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Memoria de Gestión Año 2015.

Sanderson, J.; Wright, C. y Rosen, J. (2014). Financing the Health Commodity Supply Chain: The Role of Service Fees. USAID.

Savedoff, W. (2010). Basic Economics of Results-Based Financing in Health. The World Bank.

Savedoff, W. (2011). Incentive Proliferation? Making Sense of a New Wave of Development Programs. Center for Global Development.

The AIDSTAR-Two Project. (2011) The PBF Handbook: Designing and Implementing Effective Performance-Based Financing Programs. Cambridge Management Sciences for Health.

Vergeer, P.; Heard, A.; Josephson, E. y Fleisher, L. (2016). Verification in Results-Based Financing for Health: Summary of Findings and Recommendations from a Cross-Case Analysis. Health, Nutrition and Population Discussion Papers. The World Bank.