

PLAN OF OPERATIONS

TC 98-04-502

ARGENTINA

May 5, 1988

PROJECT NAME: Technical Studies for the Preparation of the Modernization and Reform Program for Primary Health Care - Project Preparation for the Province of Salta.

PROJECT NUMBER: AR-0120

COUNTRY TEAM: Leader: André Medici, RE1/S01; other members: Pablo Roldán, RE1/S01, Amanda Glassman, WID/SDS, Ricardo Carciofi COF/CAR.

EXECUTING AGENCY: Sub Secretary of Health Services, Ministry of Health and Social Services (MSAS);

BENEFICIARIES: Ministry of Health and Social Services and Ministry of Health of the Province of Salta.

FINANCING PLAN:	IDB (Japanese Special Fund):	US\$ 199,260.00
	Local counterpart funding	<u>US\$ 20,430.00</u>
	Total	US\$ 219,690.00

TENTATIVE DATES: Approval: June, 1998

I - BACKGROUND

A. Health Conditions in Argentina

- 1.1 Argentina's social development indicators are among the best in Latin America. With an estimated population of 35 million, the per capita income is higher than US\$8100 and life expectancy is 72 years. Illiteracy rates are less than 4% and economic growth strong, GDP grew 8% in 1997. Basic household data shows that 65% of the population have access to potable water and less than 10% are without sanitation systems.
- 1.2 The infant mortality rate (21 per thousand) is lower than the Latin America average, but higher than surrounding nations like Uruguay and Chile. The maternal mortality rate (46 per 100,000 live births) is well above that of countries with similar levels of per capita income. The main causes of mortality are heart disease, cancer and external causes.
- 1.3 Health conditions in the Argentinean provinces are very heterogeneous. Maternal mortality in the northern provinces (Formosa - 184 per 100,000) is dramatically higher than that of developed provinces, such as Buenos Aires and Cordoba (around 20 per 100,000). Similar differences can be found in other indicators like infant mortality and fertility rates.

B. The Argentine Health System

- 1.4 Per capita expenditure on health in Argentina in 1995 was around US\$ 550. In comparison to other nations, health outcomes are far below what would be expected given Argentina's high level of health expenditure. Substantial amounts of early mortality due to chronic disease shows the shortcomings of secondary prevention and primary health care. The Argentine health model is hospital-centered and has led to increasing expenditures without positive impact on health conditions.
- 1.5 The Argentine health system is composed of three sectors: public, social security (Obras Sociales) and private. The public sector represents 22% of health expenditure and covers 24% of the population, primarily on the provincial level that spends 71% of total public health expenditures. Federal level and municipalities offer some health services, mostly in hospitals.
- 1.6 The Social Security is the most important health delivery structure in Argentina, covering 67% of the population and expending 35% of total health expenditure. These structures, created in the 1940s, are managed by employee unions and cover the entire formal labor market. The largest organizations are the "Obras Sociales Nacionales", regulated by the National Administration of Health Insurance (ANSSAL); the "Obras Sociales Provinciales", that cover civil servants and are managed by the Provincial Governments and the health services for retired people (PAMI).

- 1.7 The Private Sector includes pre-payment health plans and the out of pocket expenditure. Health plans cover 9% of the population. Out of pocket expenditure complements other structures and represents an important share of health expenditure, mostly in drugs and medicines. Table 1 shows the distribution of health expenditure in Argentina.

Table 1
Health Expenditure in Argentina (1995)
(In US\$ dollars)

Health Sectors	Health Expenditure (US\$ millions)	Health Expenditure as a share of GDP	Distribution (%)
Public Sector	4676	1,67	23,3
a) Nation	618	0,22	3,1
b) Provinces	3296	1,18	16,4
c) Municipalities	762	0,27	3,8
Social Security	7055	2,51	35,0
a) ANSSAL	2939	1,05	14,6
b) PAMI	2392	0,85	11,9
c) Provincials	1300	0,46	6,4
d) Others	424	0,15	2,1
Private Sector	8416	3,01	41,7
a) Health Plans	3874	1,38	19,2
b) Out of Pocket	4542	1,63	22,5
TOTAL	20147	7,19	100,0

C. Main Problems of Argentine Health System

- 1.8 Public Sector: a) health system is centered on hospitals and generates low prevention and primary health care supply; b) lack of autonomy of health units leading to low efficiency; c) public system has universal access and is free for all, creating incentives for free rider behavior of high and middle classes while reducing the access of the poor; d) no basic package of health services in public sector addressed to the epidemiological needs of the poorest population, particularly mothers and children.
- 1.9 Social Security: a) Obras Sociales are structured by sector, did not have competition and efficiency; b) low regulatory capacity of the state; c) inequity of covered population among Obras Sociales.
- 1.10 Private Sector: absence of a regulatory framework for private pre-payment health plans.

D. The Government Health Reform Program

- 1.11 In the last five years, the Ministry of Health has promoted a significant reform aimed at increasing the efficiency and equity of the health system. The strategy includes all sectors of the current health system.
- 1.12 Public Sector: Within the public sector, reforms are designed to a) give priority to primary health care using family doctors as gate keepers to the whole system; b) give priority to maternal and child health care; c) create autonomous public hospitals, with self-management of budgets and use of cost recovery mechanisms; d) shift the current supply-driven health care structure towards a demand-driven model; e) promote quality services through the use of certification processes for public health units.
- 1.13 Social Security: Within the social security system, reforms have created a new regulatory framework on the following principles: a) each insured population can choose their preferred Obra Social and change to another if necessary; b) Obras Sociales shall establish contracts with health providers to reduce administrative costs and enlarge the freedom of choice of the beneficiary; c) Obras Sociales shall pay for the use of public hospitals and ambulatory care services; d) multiple coverage will be eliminated; e) basic package of health services will be guaranteed to the beneficiary population.
- 1.14 Private Sector: Within the private sector, reforms created a legal framework for health plans and health organizations based on prepaid systems.
- 1.15 The Argentine health reform is one of the most significant in Latin America. However, challenges remain. The public health system in the provinces is weak and requires reform to achieve: a) better targeting instruments for allocation of public subsidy to the poor; b) priority on primary health care; c) more efficient services, driven by the user need and preference; d) integration with Obras Sociales and other providers.

E. The Bank's Role

- 1.16 The Bank is preparing the "Modernization and Reform Program for Primary Health Care" (AR-120) intended to reform the primary health care system in the Argentine provinces, with the following specific objectives: a) target public resources to the poor, using specific targeting tools; b) modify service delivery systems from supply side to attend the needs and preferences of the customers; c) change progressively the reimbursement system currently based on fixed salaries to another based on capitation; d) adopt new primary health models using basic packages and family health structures.
- 1.17 The project is planned for 10 Provinces and structured around five components: a) human resources reconversion; b) information systems; c) infrastructure; d) social marketing; and, e) institutional strengthening.

- 1.18 The **human resources reconversion** component includes: a) training of health related personnel in family health strategies and practices and b) change of the contractual relationship of public employees creating economic incentives for productivity and better quality of health care.
- 1.19 The **information systems** component includes: a) definition of target strategies for the poorest population; b) design of user identification systems for the covered population, based on magnetic cards; c) implementation of cost recovery systems for non-targeted beneficiaries; d) design of a comprehensive information system with epidemiologic, socioeconomic and administrative data for the entire beneficiary population; and, e) development of software, equipment purchase and institutional strengthening of the management capacity of the Health Ministries at national and provincial levels.
- 1.20 The **infrastructure component** includes: a) adaptation of the current infrastructure to the needs of primary health care within the new family health framework and b) purchase of basic equipment for family health strategies in urban and rural area. The operations manual will define specific criteria to access the funds in this component;
- 1.21 The **social marketing** component includes communication and dissemination strategies about the new family health model directed at key interest groups (doctors and health related personnel; social works, prepaid systems and poorest population).
- 1.22 The **institutional strengthening** component includes the definition of: a) the basic package of health services for primary health care and its regional equivalent in each province; b) the linkage between primary health care strategies and the epidemiological surveillance system; c) the supply system of drugs, immunization, blood and laboratory tests; d) rules and incentives to enlarge the system and the means to promote integration between primary health care and hospitals; e) cost management system for the primary health care program; f) quality assurance and medical audits for the program; and g) external evaluation of the project and its modeled impact on health conditions.
- 1.23 The program execution will be decentralized to provinces and central coordination will be carried out by the sub-secretary of health care of the MSAS, who will also be responsible for the execution of the national components of the program. Participating provinces will be selected based on the following criteria: a) health and social needs for primary health care; b) available fiscal support to maintain the program during and after the execution; and, c) political will of the public sector authorities and feasibility to implement the program. In an orientation phase, the Loan Committee requested that the team choose a single province as a pilot for the whole project. The pilot is intended to develop project design before loan approval in order to assess the feasibility and appropriateness of implementation plans.

II. OBJECTIVE AND DESCRIPTION

- 2.1 The objective of this technical cooperation is to complement the preparatory studies of the Modernization and Reform of Primary Health Care Program (AR-120) in the preparation of the pilot project for the Province of Salta. The MSAS authorities and project team visited this Province in the last orientation mission and concluded that Salta is the most suitable example to begin the project.
- 2.2 The Salta project will be structured in four parts: a) Province Health Diagnostic (evaluation of demographic and socioeconomic data; population health profile; analysis of the supply of health services; current status of implementation of health reform programs); b) Proposed Changes in Primary Health Care (shaping the proposed model; human resources reconversion; information systems, social marketing and institutional strengthening); c) **Program Evaluation and Monitoring (economic evaluation, fiscal and budgetary feasibility, institutional analysis)**; and, d) Execution Structure.

III. ACTIVITIES

- 3.1 The activity supported by this TC includes consulting services in the area of primary health care models, economic incentives to convert health systems from supply to demand sides, economic evaluation of health projects, design of training strategies for primary health care related professionals and workers, design of information and cost recovery systems on health care and design of basic packages.
- 3.2 Specialized consulting firms or teams of consultants will be contracted according to the tentative budget proposed in the annex one. The Bank's Project Team and the Government have already prepared terms of reference (to be included in the Plan of Operations) for the activities to be financed with the proposed TC. RE1/SO1 will be responsible for the TC execution, expected to begin on June 15, 1998 and end by August 15, 1998.

IV. SPECIAL ISSUES

- 4.1 The implementation of the project AR-120 in the ten provinces in Argentina is based on the adoption of a new primary health care model, based on family doctors, capitations, target for the poor and cost recovery for users of other health structures, as Social Works and Prepaid Systems, at local level. The implementation of pilot experiences will provide fundamental input for the future project preparation and execution of the program and will create a better environment for its success.

V. ACTION PLAN

- 5.1 The technical cooperation will be executed in two months and disbursed within three months. The annex terms of reference show the required services of the Consultant Firm. Contact

Person: André Medici: Social Development Specialist, SO1, Ext: 1972.

VI. BUDGET

6.1 The project costs amount to US\$219,690 and are specified in the following table:

ARGENTINA

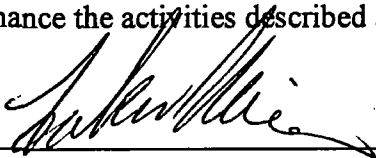
Technical Studies for the Preparation of the Modernization and Reform Program for Primary Health Care - Project Preparation for the Province of Salta

BUDGET

Activities	International Consultancy		National Consultancy		National Counterpart	Total Cost US\$
	number of days	Cost US\$	number of days	Cost US\$		
1. Consultant Services	104	111,550	220	47,000		158,550
1.1 -Support, Coordination and Project Evaluation	13	14,950	-	-		14,950
1.2 - Part I - Health Diagnosis of the Salta Province	10	11,500	30	9,000		20,500
1.3- Part II - Proposed Changes on Primary Health Care	25	28,750	100	20,000		48,750
1.4 -Part III - Economic and Social Program Evaluation	20	23,000	60	12,000		35,000
1.5 -Part IV - Program Execution Framework	20	23,000	-	-		23,000
1.6 - Information Systems Required	9	10,350	30	6,000		16,350
2. Travel, Hotel and Meals		31,070		9,640		40,710
2.1 International Travel (airfare: US\$ 2383 maximum price)	-	7,150				7,150
2.2 National Travel (8 air tickets BsAs-Salta-BsAs) airfare US\$ 230	-			1840		1,840
2.3 Hotels and meals for international consultants (104 days - US\$ 230 by day)	104	23,920				23,920
2.4 Hotels and meals for national consultants (60 days - US\$ 130 by day)			60	7,800		7,800
SUBTOTAL IDB (JSF)		142,620		56,640		199,260
3. Global Supervision of the Ministry of Health					20,430	20,430
3.1 - Personnel Expenses					18,700	18,700
3.2 - Administrative Expenditures (documents, travel, hotels, meals)					1,730	1,730
TOTAL		142,620		56,640	20,430	219,690

VII - CERTIFICATION

- 7.1 I certify that resources from the Japanese Special Fund are available for up to US\$ 199,260 to finance the activities described and budgeted in the present Plan of Operations.



Takeo Shinde
RE1/JSS/JSF

Date: 6/24/98

VIII - RECOMMENDATION AND APPROVAL

- 8.1 Christian Gómez, Chief, Social Programs Division, Regional Operations Department I, and Alvaro Llosa, Chief, Country Division 1, Regional Operations Department I, according to the resolution DE-47/93, recommend the authorization of funds from Japanese Special Fund US\$ 199,260 to finance the costs of the project proposed and approve this Plan of Operations.

Approved




Christian Gómez

Date

6/29/98

Chief Social Division Programs 1, RE1/SO1



Alvaro Llosa

Date

29-6-98

Chief Country Division 2, RE1/OD2

Terms of Reference for Salta Province Project Preparation

1. BACKGROUND

In preparation for the Salta Province Project, a firm of consultants in cooperation with and under the supervision of provincial and national MSAS will prepare a document detailing the design of Salta Province Project components. All elements are defined in more detail in the document *Guion tematico para la preparacion del proyecto de la provincia de Salta*.

2. DOCUMENT ELEMENTS

Percentages in parentheses indicate the relative emphasis to be given to each element of the document. Within each element, rough shares have also been assigned.

2.1 **Provincial Health Diagnostic (20%).** This element provides comprehensive background information necessary for the design of project components specified in 2.2. In particular, the provincial health diagnostic will comprise the following reviews or analysis:

- Population profile (10%): general characteristics; demographic trends; social conditions;
- Health status profile (35%): analysis of patterns of morbidity and mortality; social, economic and institutional analyses of mortality; evaluation of morbidity and mortality registration systems; design of an essential service package using burden of disease methods;
- Health service supply profile (20%): comprehensive description of public and private health service organization, financing and provision; quantitative and qualitative description and analysis of existing health information, monitoring and evaluation systems; and,
- Health sector reform schemes (35%): description of active health sector projects (PRESSAL, PROMIN, PRL, others); analysis of limitations of existing schemes.

The emphasis in the provincial health diagnostic is on information relevant to project design. Of the sub-elements defined, the provincial health status profile is most time and skill intensive and may require a specialized consultant.

2.2 **Proposal for design of provincial project components (60%).** The central focus of the terms of reference, this element proposes province-specific proposals for the design of AR-120 provincial pilot project components for the province of Salta based on the background information gathered and analyzed in 2.1. The proposal will include the following descriptions or analysis:

- Articulation of the family health team model (35%): Salta-specific economic and political commitment to project; detailed description of model of care proposed, targeting strategy, and cost recovery/billing arrangements; description of

implementation timing; description of preventive and curative services to be offered and justification; description of women's health strategy; description of articulation and integration of new model with existing administrative, financing, and service structures; proposal/plans for system regulation; proposal/plans for consumer protection;

- Conversion of human resources (35%): definition of family health team profiles and training strategies; definition of alternatives for integration of family health teams with secondary and tertiary care systems; definition of remuneration and incentive systems; implementation schedule and projections;
- Information systems (10%): description of information system objectives; plans for targeting and identification of beneficiaries; plans for collection and analysis of medical and epidemiological data; definition of resources necessary for the implementation of the system;
- Stakeholder and beneficiary communications schemes (10%): stakeholder analysis; definition of stakeholder consultation and communications strategies; definition of beneficiary communications and participation strategies; definition of health education and promotion strategies/activities; definition of resources necessary; and,
- Institutional strengthening (10%): evaluation of existing legal framework governing health services and necessary modifications for the implementation of the family health model.

- 2.3 Evaluation and monitoring of the project. This element comprises specialized studies needed for the evaluation of the project and details the administrative and managerial arrangements at the provincial level.

III. PRODUCTS

- 3.1 The project should be executed over a two month period in consultation with MSAS project directors from the date of TC approval. Direct supervision will be exercised by provincial and national MSAS staff and by IDB project team members.
- 3.2 Project elements should be summarized in a document no more than 100 pages in length.

GUION TEMATICO PARA LA PREPARACION DEL PROYECTO DE LA PROVINCIA DE SALTA

INTRODUCCION

1. Este guión temático, elaborado para orientar la elaboración del Proyecto de implantación de la reforma de la atención primaria de salud en la Provincia de Salta, servirá como una guía para la empresa de consultoría, en relación a las etapas, procesos y productos esperados del proyecto.
2. El proyecto deberá ser realizado a lo largo de 2 meses y coordinado por una empresa de consultoría que se articulará con el Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia. El proyecto contará con la supervisión directa del Ministerio de Salud y del Banco Interamericano de Desarrollo, quien contratará un consultor para la realización específica de esta supervisión.
3. El proyecto deberá ser presentado en un documento de aproximadamente 100 páginas, el cual deberá contener los puntos básicos de la propuesta. Es esencial que la propuesta se concentre en todos los elementos descritos en la Parte II de este Guión Temático, adicionados del estudio de viabilidad económica y del marco lógico simplificado del proyecto. Las Partes I, III y IV podrán ser resumidas y complementadas con anexos. Uno de los anexos de la parte IV podrá ser el manual operativo del proyecto de Provincia.

PARTE I - DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA PROVINCIA

a) Población de la Provincia:

4. Características generales: distribución espacial de la población (áreas urbanas, periurbanas y rurales); principales actividades económicas de las distintas regiones; evolución de la producción e ingreso percapita. Perfil del consultor: demografo o economista;
5. Aspectos demográficos (distribución por genero y edad, tasas de mortalidad, fecundidad, crecimiento poblacional, migraciones, tendencias demográficas). Perfil del consultor: demografo;
6. Condiciones sociales (condiciones de los domicilios, en términos de agua, alcantarillado, recolección de basura, magnitud de la población económicamente activa (PEA) y su distribución por género y edad, nivel de educación de la población, tasas de desempleo y subempleo, cobertura de la seguridad social, distribución de la PEA según sector de actividad económica (agricultura, industria, comercio y servicios) y según posición ocupacional (empleado público, empleado privado, trabajador por cuenta propia y empresario). Perfil del consultor: economista o profesional de las ciencias sociales con formación cuantitativa.

b) Perfil de Salud de la Población:

7. La mortalidad y morbilidad por causa, género y edad; principales problemas asociados a la mortalidad y morbilidad infantil y de niños de 1 a 5 años; principales problemas asociados a la mortalidad y morbilidad de jóvenes de 6 a 14 años; las principales causas de mortalidad y morbilidad de la población entre 15 y 64 años; las principales causas de mortalidad y morbilidad en la tercera edad (65 años y más); Perfil del consultor: epidemiólogo con especialización en información en salud.

8. Grupos especiales de mortalidad: evaluación de la mortalidad infantil, evaluación de la mortalidad y morbilidad materna, sus causas y problemas; la incidencia y mortalidad precoz y morbilidad por enfermedades transmisibles; la mortalidad precoz y morbilidad por enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, diabetes, renales crónicas, etc). Perfil del consultor: epidemiólogo

9. Aspectos sociales, económicos e institucionales de la mortalidad: evolución de las transformaciones en el perfil de mortalidad en los últimos 20 años; las pérdidas económicas y en productividad asociadas a la carga de enfermedad; estimativa de los años de vida perdidos por la mala calidad del sistema de salud. Perfil del consultor: economista de salud;

10. Principales deficiencias del sistema de información de morbilidad y mortalidad; evaluación de los registros civiles de mortalidad y natalidad; evaluación de otras informaciones sobre mortalidad y morbilidad: los datos morbilidad de las Obras Sociales y PAMI, los datos de morbilidad del sector privado y medicina prepaga. Perfil del consultor: epidemiólogo o estadístico.

11. Prioridades del Sistema de Salud en función del estudio de carga de enfermedad. Diseño de un conjunto de prestaciones esenciales de salud para la Provincia. Perfil del consultor: epidemiólogo con especialización en economía de salud.

c) La Oferta de Servicios de Salud en la Provincia:

12. Las estructuras de servicios de salud en la Provincia para los sectores público y privado y para la seguridad social: cobertura, mecanismos de financiamiento, número de hospitales, camas, puestos de salud según el tipo de sector, gastos por sector. Recursos humanos en salud por sector; estructuras de formación de recursos humanos y flujo anual de egresados por profesión y especialidad. Perfil del consultor: administrador o economista salud.

13. Las Obras Sociales Nacionales: número de instituciones y cobertura por prestador, impactos de la reforma y del sistema de libre elección en las obras sociales nacionales en la provincia; sistemas de pago de proveedores y remuneración de personal; efectores propios y contratados; los contratos con los efectores públicos; situación financiera y solvencia

de las obras sociales nacionales; sistemas de control de calidad, auditoría médica y financiera; sistemas de defensa del consumidor; cumplimiento con la prestación del paquete mínimo obligatorio (PMO); la atención primaria en las obras sociales nacionales; deficiencias de cobertura y subsidios públicos a las obras sociales nacionales. Perfil del consultor: administrador o economista de salud;

14. La Obra Social Provincial: cobertura y número de afiliados, evolución financiera y solvencia; el cumplimiento del PMO, la atención primaria, los efectores propios, los efectores contratados, sistemas de control de calidad y auditoría médica y financiera, sistemas de defensa del consumidor, sistemas de pago de proveedores y formas de remuneración de personal, deficiencias de cobertura y subsidios del sector público; perspectivas de integración con el sector público; problemas y formas de superarlos. Perfil del consultor: administrador o economista de salud;

15. El Programa de Atención Médica Integral de los Jubilados (PAMI): cobertura y número de afiliados, evolución financiera, integración con el sistema de salud de la provincia; el sistema de pago de proveedores, sistemas de remuneración de personal, el sistema de médicos de cabecera de PAMI, sistemas de control de calidad, auditoría médica y financiera, el sistema de capacitación de PAMI, principales deficiencias del sistema de PAMI en la Provincia y propuestas de cambio. Perfil del consultor: administrador o economista de salud,

16. Las Instituciones de Medicina Prepaga: número de instituciones, cobertura, financiamiento, evolución financiera, mecanismos de gerenciamiento, estructura de atención primaria, mecanismos de remuneración de los proveedores, formas de contratación y sistemas de pago, gastos totales y percapita, principales deficiencias y formas de superación. Perfil del consultor: administrador o economista de salud;

17. El Sector Público Provincial: cobertura y financiamiento, regionalización de la oferta y cobertura por regiones, integración y subsidios cruzados a los otros sistemas de salud privados y de la seguridad social; estructura de gestión, estructura de oferta y atención primaria; estructura de jerarquización de los servicios; recursos humanos disponibles, calidad de los mismos y formas de remuneración; calidad y productividad de los servicios, sus principales deficiencias y formas de superarlas. Perfil del consultor: administrador o economista de salud.

18. El Estado del sistema de Atención Primaria en la Provincia: cobertura, equidad, modelo prestacional, recursos humanos y perfil del equipo interdisciplinario de salud; descripción del actual sistema de formación profesional en esta área; puertas de entrada al sistema; regionalización del sistema (papel de las regiones sanitarias); integración con otros niveles de jerarquía; estrategia de participación comunitaria existente; estado de las estrategias de educación para la salud y comunicación social; deficiencias del sistema; gasto del sistema; dificultades de acceso; subsidios cruzados del sistema; el sistema de agentes de salud: sus ventajas y sus problemas; principales deficiencias y formas de superarlos. Perfil del

consultor: administrador o economista de salud, de preferencia con especialización en atención primaria de salud.

19. Análisis presupuestario de los gastos de salud de la Provincia: evolución histórica, gastos per cápita, gastos según atención hospitalar y ambulatorial, gastos por enfermedad, gastos por categoría económica (inversión y gastos recurrentes, personal, mantenimiento, etc.). Perfil del consultor: economista de salud.

20. El Sistema de Información de Salud en la Provincia: análisis de la situación actual del sistema de información, evaluación y monitoreo existente (fichas de los agentes sanitarios, sistema de información epidemiológica, etc.) en todos los niveles de atención; análisis del grado de informatización del sistema de informaciones en el Ministerio; evaluación del grado de desarrollo del SIEMPRO/SISFAM en la Provincia. Análisis de fichas para registro de pacientes y recuperación de costos actualmente utilizadas por el sistema sanitario y por los Hospitales de auto-gestión. Análisis del tipo y uso actual de tecnología por profesionales médicos (telefono, fax, computadora, internet). Análisis de la disponibilidad, en las distintas áreas de la provincia, de líneas telefónicas; oferta confiable de electricidad; y disponibilidad de uso del internet. Análisis de factibilidad del uso de tarjetas por parte de los pacientes. Información cualitativa sobre procedimientos actuales utilizados por médicos para el mantenimiento del registro del paciente y solicitud de sugerencias. Análisis de la disponibilidad de expertos en informática al nivel provincial. Perfil del consultor: estadístico administrador o economista.

d) Los Programas de Reforma del Sector Salud en la Provincia

21. PRESSAL: principios básicos, formas de operación, nuevas formas de gestión de recursos físicos, financieros y humanos, integración con los niveles de menor complejidad, integración con la seguridad social y con la medicina prepaga, dimensión y georeferencia del programa; estado de implantación; resultados logrados y/o esperados; Perfil del consultor: Administrador o economista de salud;

22. PROMIN: principios básicos, formas de operación, nuevas formas de gestión, recursos físicos, financieros y humanos, integración con los niveles de mayor complejidad; dimensión y georeferencia del programa; integración con los hospitales de autogestión, la seguridad social y medicina prepaga; estado de preparación, resultados logrados y/o esperados. Perfil del consultor: administrador o economista de salud;

23. El PRL y otros programas: principios básicos, formas de operación, nuevas formas de gestión, recursos físicos, financieros y humanos; integración con los niveles de mayor complejidad (Hospitales de autogestión) e integración con los hospitales de autogestión, la seguridad social y medicina prepaga; estado de preparación, resultados logrados y/o esperados. Perfil del consultor: administrador o economista de salud;

24. Ventajas y desventajas de las reformas propuestas; formas de superar las desventajas. Perfil del consultor: administrador o economista de salud;

PARTE II - LA POLÍTICA DE TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

a) Características del Modelo de Atención Primaria Propuesto

25. Adhesión al Plan Nacional de Atención Primaria de Salud del MSAS. Características generales y características especiales que definirán la propuesta del Salta. Perfil del consultor: Administrador, economista o planificador en salud.

26. El cambio de la entrega de servicios basado en el modelo de salud de familia, con base en el conjunto de prestaciones esenciales definidos en la parte I (párrafo 2.5): características de la entrega de servicios en las áreas urbanas (libertad de elección de los prestadores), en las villas y áreas rurales (población adstrita). Perfil del consultor: economista de salud.

27. La apertura del modelo hacia las obras sociales y la medicina pre-paga. Sistema de focalización para los que no pueden pagar; recuperación de costos de las personas y familias con otras coberturas o capacidad de pago. Perfil del Consultor: economista de salud.

28. Las etapas progresivas de desarrollo del modelo: primer etapa - remuneración vinculada a las prestaciones de atención primaria; segundo etapa - remuneración vinculada a la integración con unidades de complejidad secundaria; tercera etapa - remuneración vinculada a una recuperación de los riesgos asociados a los costos globales de cada persona; establecimiento de una instancia pública de reaseguro de salud y parámetros para su funcionamiento. Perfil del consultor: economista de salud.

29. Descripción de las prestaciones de servicio involucradas en el programa y su relación con el cuadro de enfermedad descrito anteriormente; estrategias de prevención, educación sanitaria y aumento de la responsabilidad individual en salud; integración con los programas verticales nacionales y provinciales (vigilancia epidemiológica, vacunación, prevención secundaria, etc.), esquema de integración con el PROMIM, PRESSAL, Programa de Reformas de las Obras Sociales y PAMI, PRL y otros programas del Banco Mundial; Perfil del consultor: economista de salud.

30. Estrategia especial para la salud de la mujer: programas de salud reproductiva, atención a la salud materna, indicadores de evaluación y desempeño, prevención del embarazo en la adolescencia, prevención de la violencia doméstica. Perfil del consultor: especialista en salud reproductiva.

31. Integración con otros niveles de jerarquía y otros programas: determinación de los protocolos básicos para referencia y contra-referencia; georeferencia del modelo; estrategia

proactiva de comunicación social y educación sanitaria; estrategia especial para las áreas de frontera. Perfil del consultor: administrador o Economista de Salud.

32. Regulación del modelo de atención primaria: creación de reglamentación y sistemas de monitoreo y supervisión dentro del MSAS provincial para el nuevo sistema; utilización de herramientas como auditoría, incentivos e investigación operativa para asegurar el uso eficiente y equitativa de recursos financieros y la calidad de los servicios rendidos; articulación con el sistema nacional de garantía de calidad. Perfil del consultor: economista/salubrista con experiencia en el diseño de sistemas de regulación en salud.

33. Defensa de los derechos del paciente: articulación de una constitución de derechos del paciente; creación de cuerpo(s) administrativo(s) del ente regulador (MSAS provincial) para manejar quejas; creación (coordinado con el componente de comunicación social) de materiales sobre las "reglas" del sistema, los derechos del paciente, incluyendo el derecho de elegir su equipo de salud familiar, y otra información relevante que permitirá una elección de equipo de salud informada por parte del paciente. Perfil del consultor: economista/salubrista con experiencia en la creación de sistemas para la defensa de los derechos del paciente.

b) Reconversión de Recursos Humanos

34. Características del personal de salud de familia (médicos de familia, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.); integración con el equipo de especialistas de apoyo; integración con los equipos de segundo y tercer nivel de atención. Perfil del consultor: médico o administrador con especialización en recursos humanos de salud y medicina de familia.

35. Estrategias de capacitación de personal en salud de familia: entrenamiento de pre y post grado de equipos de salud de la familia, formulación de currículos y programas; identificación de instituciones formadoras; formas de selección de personal, criterios de reconversión del personal del servicio público. Perfil del consultor: médico o administrador con especialización en recursos humanos de salud y medicina familiar.

36. Formas de integración con el segundo y tercer nivel de atención: incentivos para evitar la derivación innecesaria de pacientes; incentivos para derivar cuando sea necesario. Perfil del consultor: economista de salud.

37. Formas de remuneración de personal y sistemas de incentivos: incentivos para que el sistema se oriente por la demanda y la preferencia y satisfacción de los usuarios; incentivos para mejorar la calidad de la atención; incentivos para no rechazar personas o familias con condiciones adversas de riesgo; incentivos para mantener el personal a tiempo completo en los servicios; otros incentivos. Perfil del consultor: economista de salud o administrador de recursos humanos en salud.

38. Transición del modelo de incentivos según la estructura definida en las etapas de transición del modelo de salud de familia. Perfil del Consultor: economista de salud.

39. Proyecciones a cinco años para la implantación progresiva del modelo en lo que se refiere a capacitación de personal y reconversión de recursos humanos. Perfil del consultor: economista de salud.

c) Sistemas de Información

40. Presentación de los objetivos del sistema: focalización e identificación de los usuarios de más bajo ingreso; relevamiento de las informaciones epidemiológicas, de las acciones preventivas y del tratamiento clínico de los pacientes en el espacio georeferenciado de la Provincia; el proceso de recuperación de costos de personas con otros tipos de cobertura y capacidad de pago; acceso individual (por paciente) y colectivo del registro médico de todos los individuos para el control y trámite de la información clínica básica; intercambio de información entre los distintos niveles prestadores de servicio, hospitales, etc; factibilidad de implementación de una red "on line" de múltiple acceso. Perfil del consultor: estadístico o profesional de las ciencias sociales con especialización en el diseño de sistemas de información.

41. Focalización: integración con el modelo SISFAM; desarrollo de una ficha de identificación individual – SISFAM-Atención Primaria de Salud (APS) con base en los desarrollos anteriores de las fichas manejadas por los agentes sanitarios; diseño de la estrategia de desarrollo de la ficha a toda la población de la Provincia; establecimiento de procesos de identificación de usuarios a partir del catastro del CUIT; determinación de los individuos y familias sin capacidad de pago. Perfil de consultor: estadístico o profesional de las ciencias sociales con especialización en el diseño de sistemas de información.

42. Identificación de usuarios: desarrollo de un sistema de tarjetas magnéticas de salud que se inicie con la población sin capacidad de pago e incluya progresivamente a toda la Provincia; desarrollo de un software para archivar las informaciones médicas acopladas al sistema de tarjetas (de forma individualizada), con algunas características similares a la entrada de datos de los nuevos sistemas de tecnología bancaria; definición de las informaciones socio-económicas, historia clínica, procedimientos adoptados y costos realizados a cargo de cada individuo; definición de una estrategia para utilizar la información disponible en la planificación y gestión de los sistemas de salud de la Provincia; definición de los sistemas que garanticen el carácter confidencial de la información para cada usuario. Perfil del consultor: ingeniero de sistemas con apoyo de profesional de las ciencias sociales con especialización en el diseño de sistemas de información.

43. Relevamiento de Informaciones Médicas y Epidemiológicas: mejoría de los registros de estadísticas vitales para capturar la información básica de causa de mortalidad; utilización

de los registros de la ficha SISFAM-APS como base para estudios más profundos de epidemiología. Perfil del consultor: estadístico o epidemiólogo con apoyo de un profesional de las ciencias sociales con especialización en el diseño de sistemas de información.

44. Recursos necesarios: elaboración de un modelo de sistema de información en forma de red integrada por niveles de atención (eventualmente) centrado en el paciente con un plan de acción y costeo, incluyendo módulos para focalización/vigilancia epidemiológica georeferenciado, focalización/recuperación de costos, facturación, monitoreo y evaluación; definición de necesidades de hardware (server, computadoras) y software. Desarrollo y/o compra de software según objetivos; desarrollo de fichas/registros SISFAM-APS (basada en fichas ministeriales) y pre-test; estrategia de registro censal utilizando la carátula única SISFAM y el módulo SISFAM-APS, incluyendo distribución de tarjetas; estrategia de comunicación social sobre la estrategia de registro y tarjetas; estrategia para la conformación de equipos de salud de familia que incluya a personal capacitado en el uso de la red; definición de la administración central del proyecto; estrategias de capacitación y educación continuada; estrategia de integración del padrón central de afiliados con el módulo de facturación; desarrollo de un modelo único de facturación para el sistema de salud de familia, en colaboración con las obras sociales y pre-pagos; definición al nivel nacional y/o provincial de un sistema de códigos para episodios de atención (o intervenciones o grupos relacionados de diagnóstico) para utilizar en fichas y facturación; incorporación de temas del sistema de información en estrategias de reconversión de recursos humanos; creación de un sistema de incentivos para el uso apropiado de la red por parte del equipo de salud de la familia; estrategia para asegurar la confidencialidad y la seguridad del sistema dentro del marco legal de la Nación. Perfil de consultor: ingeniero de sistemas con apoyo de un profesional de las ciencias sociales con especialización en el diseño de sistemas de información.

d) Comunicación Social

45. Diagnóstico de los principales grupos de interés involucrados en la prestación de servicios de atención primaria: análisis de los escenarios y de los actores involucrados, especificando sus intereses, instrumentos de acción, propuestas y resistencias probables a los cambios planteados. Perfil del consultor: profesional de las ciencias sociales con especialización en comunicación social y conocimiento del sector salud.

46. Identificación de formas de superación y medios de sensibilización política y incorporación de los agentes involucrados a los procesos de reforma en la atención primaria, específicamente en lo que se refiere a instrumentos de pagos y introducción del sistema de tarjetas; Perfil del Consultor: Cientista Político con especialización en comunicación social y conocimiento del sector salud

47. Identificación de las formas de comunicación y llamada a participación del programa de los usuarios, especificando grupos especiales como mujeres, comunidades pobres e

indígenas. Identificación de las formas de participación de los agentes sociales básicos de quienes van a ser recuperados los costos (obras sociales, medicina prepaga y grupos de mayor ingreso). Perfil del consultor: especialista en comunicación y marketing social.

48. Definición de programas de educación sanitaria y comunicación social. Perfil del consultor: especialista en comunicación y marketing social;

49. Definición de estrategias de divulgación tales como programas de radio, televisión, panfletos, etc. Perfil del consultor: especialista en comunicación y marketing social.

e) Fortalecimiento Institucional

50 Evaluación del marco legal de la atención primaria de salud en la provincia, sus impedimentos y vacíos. Perfil del consultor: abogado con experiencia en legislación sanitaria.

51- Formulación de un nuevo marco legal para la atención primaria, definición de las leyes y cambios normativos necesarios, así como de su estrategia de negociación ante el legislativo si fuera necesario. Perfil del consultor: abogado con experiencia en legislación sanitaria.

PARTE III - EVALUACION Y SIGUIIMIENTO DEL PROGRAMA

a) Análisis económico

52. Identificación de las fallas de mercado y del gobierno; grado de sustitución y diferencias en calidad de servicios públicos y privados; características relevantes de beneficiarios (estrategia de focalización); criterios/indicadores del costo-efectividad del programa tales como años de vida ganados por calidad de la salud, impactos en la mortalidad materna e infantil, aumento de la expectativa de vida adulta por el control de las enfermedades crónicas, etc. (cuantificables y no-cuantificables) -- costos del programa total/incremento en salud medido por indicadores seleccionados, estableciendo el contrafactual; efecto del subsidio del programa en la demanda y gasto del bolsillo de beneficiarios (NBI menor que x) con y sin el programa (basado en el modelo de simulación). Perfil del consultor: economista de salud con especialidad en evaluación económica.

b) Análisis del impacto fiscal provincial.

53. El análisis del impacto fiscal provincial está destinado a medir el impacto del programa bajo diferentes escenarios financieros como apoyo a la toma de decisión a todos niveles del proyecto en los próximos cinco años. El análisis requiere una elaboración previa del costeo del nuevo modelo de prestaciones y su impacto progresivo sobre los costos totales de salud en la Provincia en el corto y largo plazo, detallando: a) los costos incrementales en los

primeros años; b) la elasticidad de sustitución del modelo nuevo por el actual y sus impactos financieros (ahorros potenciales anuales del nuevo modelo sobre todas las prestaciones de salud); c) la estimativa de los montos recaudados con la recuperación de costos en la atención primaria. El análisis requiere la recaudación de información de la encuesta nacional de gasto 95-96 modulo salud, más otros datos disponibles del MSAS y otros ministerios (sería importante utilizar los estimativas oficiales). Se deberá estimar la evolución de la participación del Banco y del Gobierno Provincial en el presupuesto del proyecto para los 5 años. Perfil del consultor: economista de salud con especialidad en evaluación económica.

c) Análisis de la viabilidad institucional provincial.

54. Elaboración del marco lógico del proyecto provincial, detallando los indicadores de progreso, al nivel de producto y de proceso. Perfil del consultor: analista de proyectos.

55. Más allá del análisis del impacto fiscal provincial, el consultor analizará la capacidad institucional para asumir los costos recurrentes implicados por el proyecto, junto con una consideración de los ahorros potencialmente realizables. Perfil del consultor: economista de salud con especialidad en evaluación económica.

PARTE IV - ESQUEMA DE EJECUCIÓN

56. Presentación del organigrama del Ministerio de Salud de la provincia y circunscripción orgánico/funcional de las diferentes unidades o dependencias que tendrían relación o responsabilidad en materia de implantación del proyecto provincial. Tener en cuenta la interrelación con otros programas en ejecución: PRESSAL y PROMIN. Perfil del Consultor: analista de proyectos;

57. Adscripción orgánica de la unidad ejecutora dentro del Ministerio de Salud provincial: definición de responsabilidades en materia de orientación, ejecución, administración y supervisión del proyecto. Propuesta de conformación organizativa de dicha unidad (personal profesional, personal de apoyo, necesidad de apoyo externo, costo, etc.). Definir la relación funcional entre la Unidad Ejecutora Provincial y la Unidad Central del Proyecto, al nivel del Ministerio de Salud. Perfil del consultor: analista de proyectos;

58. Presentar un cuadro de costos del proyecto que especifique: costos de administración y supervisión (alrededor del 5% del costo total del proyecto), costos directos por componente de inversión, costos concurrentes y recurrentes, previsiones por escalamiento de costos, costos financieros (calculados a una tasa de 7% anual), y comisión de inspección y vigilancia del Banco (1% del valor del préstamo a la provincia). Partir de la base de que el Banco financiaría el 60% del costo total del proyecto. Perfil del consultor: analista de proyectos

59. Definición del marco funcional de ejecución del proyecto tanto a nivel central del ministerio provincial como a nivel de las regiones sanitarias, teniendo como base el funcionamiento del sistema y la red de referencia y contra-referencia. Dentro del marco de los componentes del proyecto, definir quién va hacer qué, cómo lo va a hacer, cuándo lo tiene que hacer y con qué recursos físicos y humanos debe contar para poder hacerlo. Bajo este contexto, formular un manual operativo para la ejecución del proyecto que sirva como guía para todos los involucrados. Perfil del consultor: analista de proyectos.

60. Cronograma de ejecución del proyecto provincial discriminando actividades y resultados por componente, cronograma de adquisiciones (bienes y servicios, especificando por licitación pública nacional o licitación pública internacional), y cronograma de desembolsos (suponer un período de ejecución de cinco años). Partir de la base de que el financiamiento del Banco será decreciente en el tiempo, comenzando con un 80 ó 90% durante el primer año hasta llegar a un 10 ó 20% el quinto año. Definir qué estaría financiando el Banco, teniendo en consideración la necesidad de fomentar la competencia internacional para reducir costos y optimizar el uso de las divisas. Perfil del consultor: analista de proyectos.