



# ALTERNATIVAS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD en los municipios de la provincia de Buenos Aires

Expositor: **Sebastián Marotz**



## Debates teóricos

- ❑ **Federalismo fiscal y sanitario:** Revisión de la discusión teórica acerca de federalismo fiscal y sanitario. Incentivos y distorsiones.
- ❑ **Asignación de responsabilidades:** Discusión teórica relacionada con la asignación de las responsabilidades de gasto en salud de primer y segundo nivel entre provincia y municipios.

- 🔍 **Antecedentes internacionales:** Análisis de los diferentes modelos de distribución de recursos para salud de los países de la región y de la experiencia internacional. (variables, actualización, etc.)
  
- 🔍 **Situación de las provincias argentinas:** Comparación de esquemas vigentes
  
- 🔍 **La provincia de Buenos Aires:**
  - Sistema actual: Régimen general, régimen salud y régimen de acción social. Otros esquemas de transferencias. Revisión de alternativas.
  
  - Resultados del sistema: Evidencia empírica

- ❏ Como tratan este tema los demás países?
- ❏ Les funciona?
- ❏ Que podemos aplicar y que no?
- ❏ Lo que sucede en países desarrollados, podemos aplicarlo a America Latina?
- ❏ Teorías de segunda generación
  - Alcance definido de la autoridad
  - Restricción presupuestaria fuerte y creíble.

## **Australia**

Busca igualar los servicios que reciben los diferentes habitantes en todas las zonas del país.  
“Comisión de subsidios”

## **Canadá**

Alta descentralización del gasto y centralización de la recaudación

## **Alemania**

Alta descentralización del gasto y centralización de la recaudación

## **Suiza**

Alta correspondencia fiscal.

# RESPONSABILIDADES Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS PUBLICOS

Países	EEUU	Canadá	Alemania	Suiza	Australia
<b>Descentralización de gasto</b>	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
<b>Transferencias Interjurisdiccionales</b>	Bajas	Alta	Altas	Bajas	Altas
<b>Correspondencia fiscal</b>	Alto	Alta	Baja	Alta	Baja

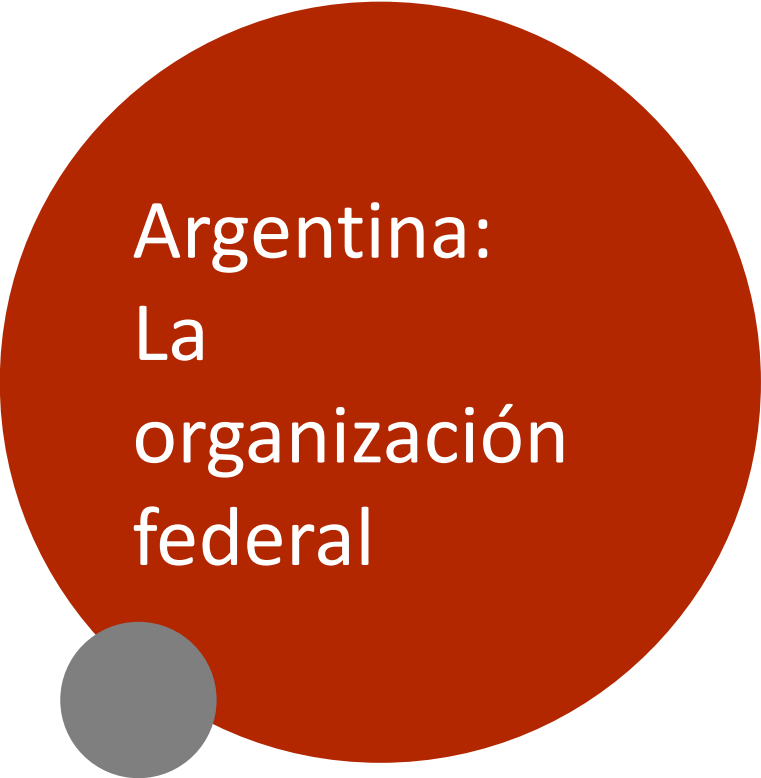
# FEDERALISMO SANITARIO

## El caso Británico.

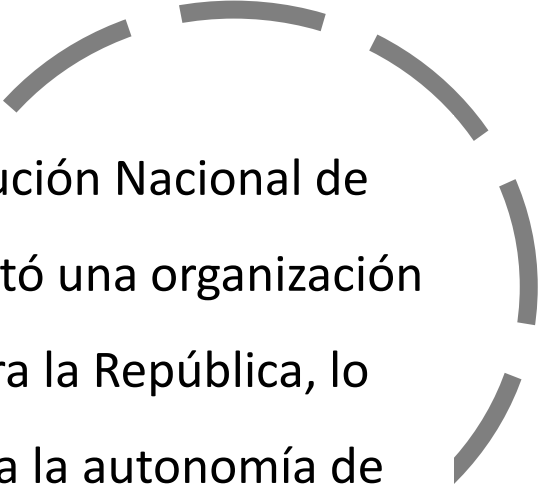
- Q Las inversiones se orientan a igualar las camas por habitantes de cada jurisdicción.
- Q Distribución capitada ajustada en base a edad, necesidades adicionales y costos del servicio.
- Q Línea de base en función de costos históricos
- Q Diferencia entre ambos indicadores.

## El de España

- Q Se establece la distribución sobre bases poblacionales.
- Q Se deducen las personas que poseen una cobertura específica.
- Q Se deducen de los montos a ser transferidos a los gastos de los servicios administrativos centrales desde el gobierno central.



## Argentina: La organización federal



La Constitución Nacional de 1853 adoptó una organización federal para la República, lo que implica la autonomía de las provincias



# EL CASO ARGENTINO

Argentina es un país federal dividido en 23 provincias y una ciudad autónoma. Las provincias están agrupadas en 5 regiones (Noroeste, Noreste, Cuyo, Centro y Patagonia) ordenadas según sus similitudes geográficas.

Argentina - país federal



Nación



Rol de rectoría

Es responsable de conducir y coordinar el sistema público de salud

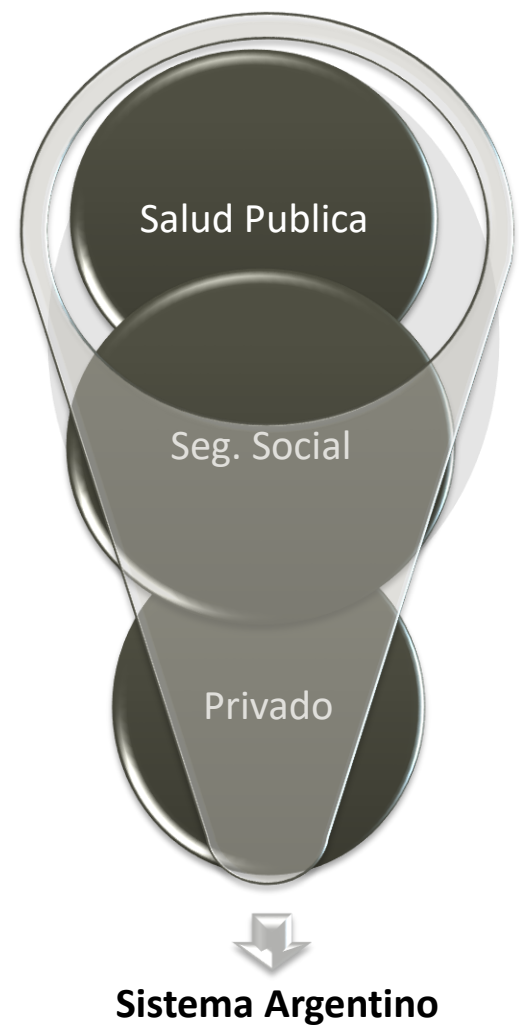
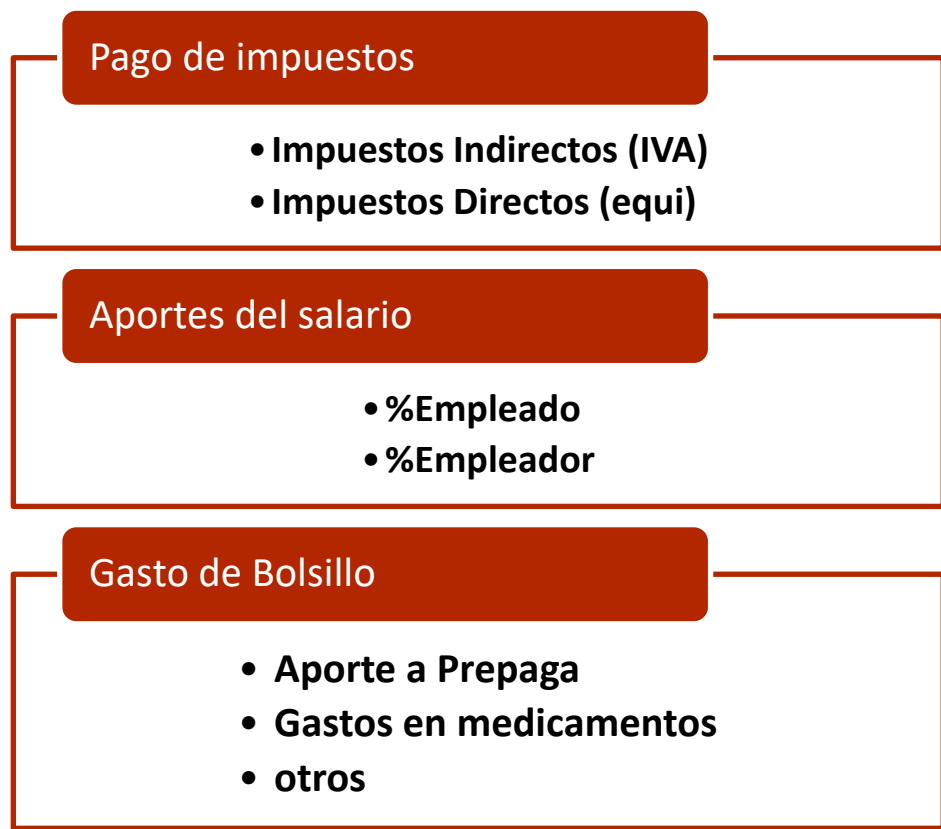
Provincias



Gestión

Son responsables de la conducción y gestión sanitaria dentro de sus jurisdicciones

# FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO



# SITUACIÓN DE LAS PROVINCIAS ARGENTINAS

Provincia	Coparticipación Federal	Ingresos Brutos	Inmobiliario		Sellos	Automotores	Regalías			Otros
			Urbano	Rural			Petróleo	Hidrocarburos	Minería	
Buenos Aires ★	16,14	16,14	16,14	○	16,14	16,14				16,14
Catamarca ★	25	25	25	25	25	○			35	
Chaco ★	15,5	15,5	D	○	15,5	D				
Chubut	11	D	D	D	○	D	16	15,1		
Córdoba ★	20	20	20	20	○	○				
Corrientes ★	19	19	D	19	19	D				19
Entre Ríos	15,3	12	24	24		60				
Formosa ★	15	15	D	15	15	D				15
Jujuy	○	○	○	○	○	D				
La Pampa	11,73	26	26	26	26	26	25			26
La Rioja	15	50	○	○	○	50				
Mendoza	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	70	12	12		
Misiones ★	12	12	12	12		12				
Neuquén	15	15	30	30	15	D	15			
Río Negro	10	26	26	26		26	10	10		
Salta	15	15	D	15	15	D	17		50	15
San Juan	14,5	○	20	20	20	20				
San Luis	10	20	10	10	14	20				
Santa Cruz	11	32	D	○	32	D	7			32
Santa Fe	13,4	13,4	50	50	90	○				20
Santiago del Estero	15	25	25	25	25	40				25
Tierra del Fuego	26,1	46,1	D		46,1	D	20			
Tucumán	16,5		12	12		85				

# SITUACIÓN DE LAS PROVINCIAS ARGENTINAS

Los prorratores mas usados son:

- 📍 % de población, (17 de 23)- Devolutivo
- 📍 Por partes iguales, y (15 de 23). Igualdad.(bajo %)
- 📍 Por recaudación propia. (8 de 23)

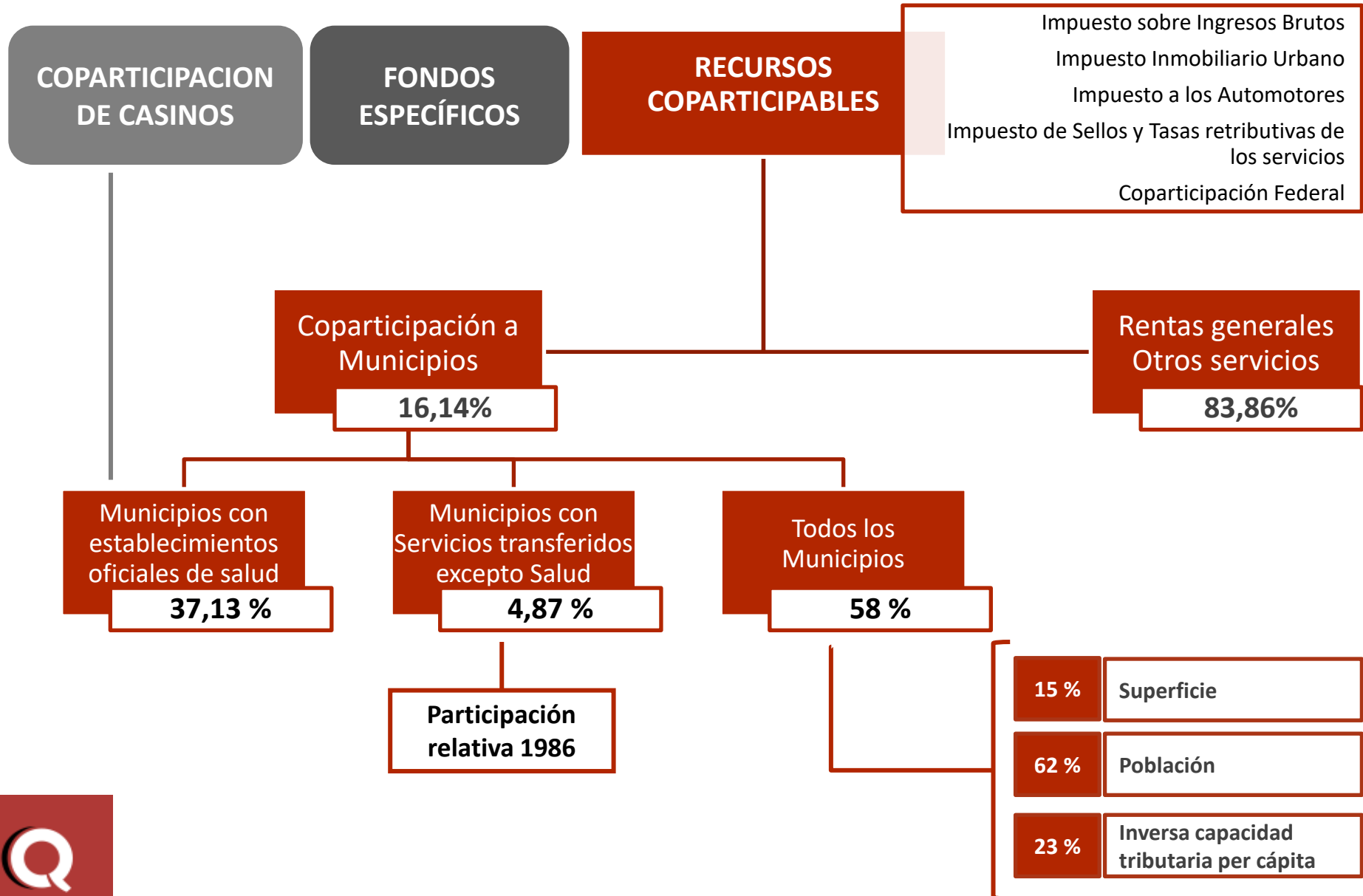
Provincias que poseen fondos especiales. (14 de 23).



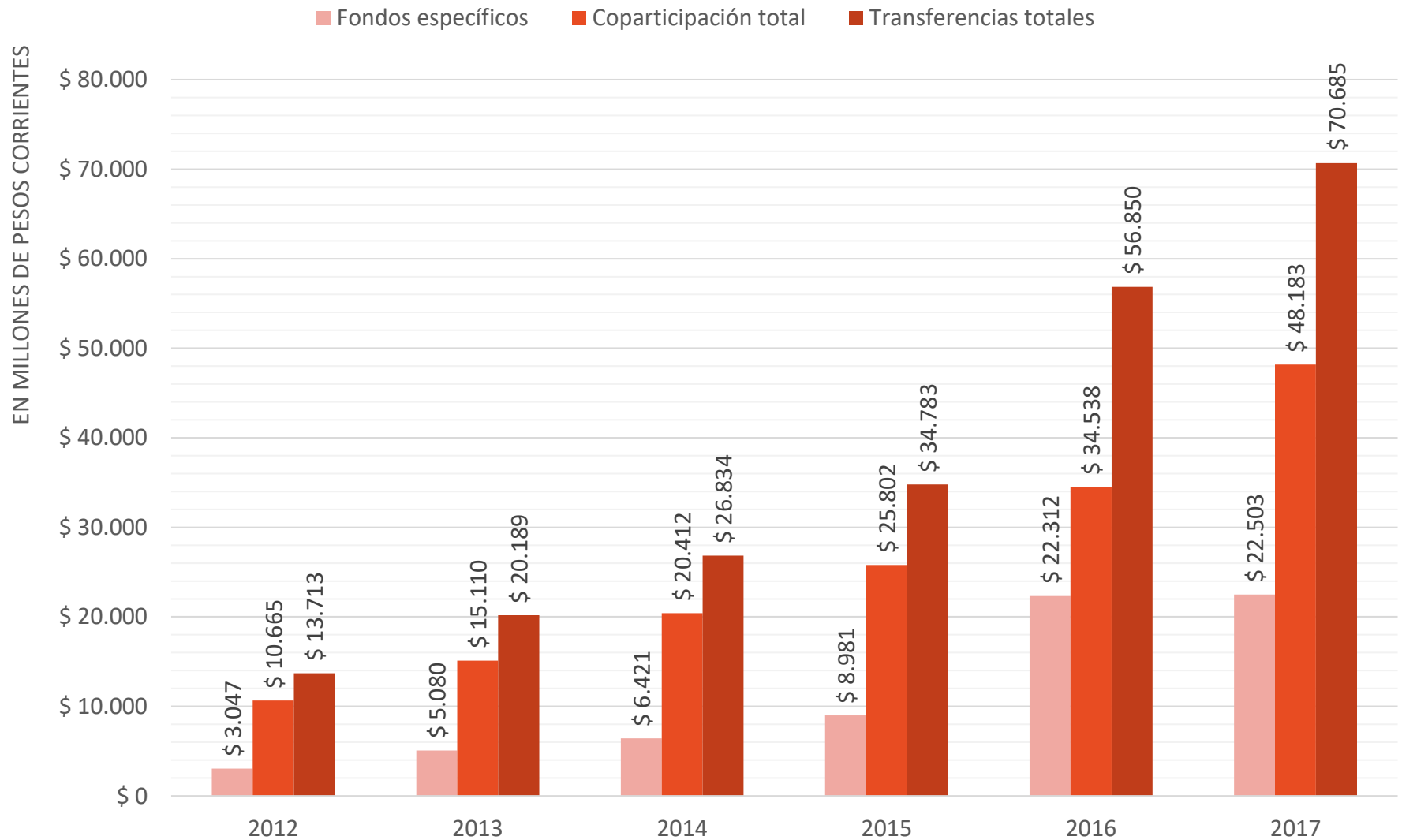
# LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria Estado Provincial/Municipios (en porcentaje)	Nivel de Gobierno Responsable del Sector Salud
<p><b>BUENOS AIRES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 10.559/87 (modificada por</li> <li>• Ley 10.752/88 y</li> <li>• Ley 10.820/89), modificadoras y complementarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuesto sobre los Ingresos Brutos no Descentralizado</li> <li>• Impuesto de Sellos</li> <li>• Impuesto a los Automotores</li> <li>• Impuesto Inmobiliario Urbano</li> <li>• Tasas Retributivas de Servicios</li> <li>• Coparticipación Federal de Impuestos</li> </ul>	<p>Provincia = 83.86%</p> <p>Muni=16.14%</p>	<p>Servicios de APS descentralizados a nivel municipal (Ley 7016/65)</p> <p>Segundo nivel concurrente provincia – municipios</p>

# LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



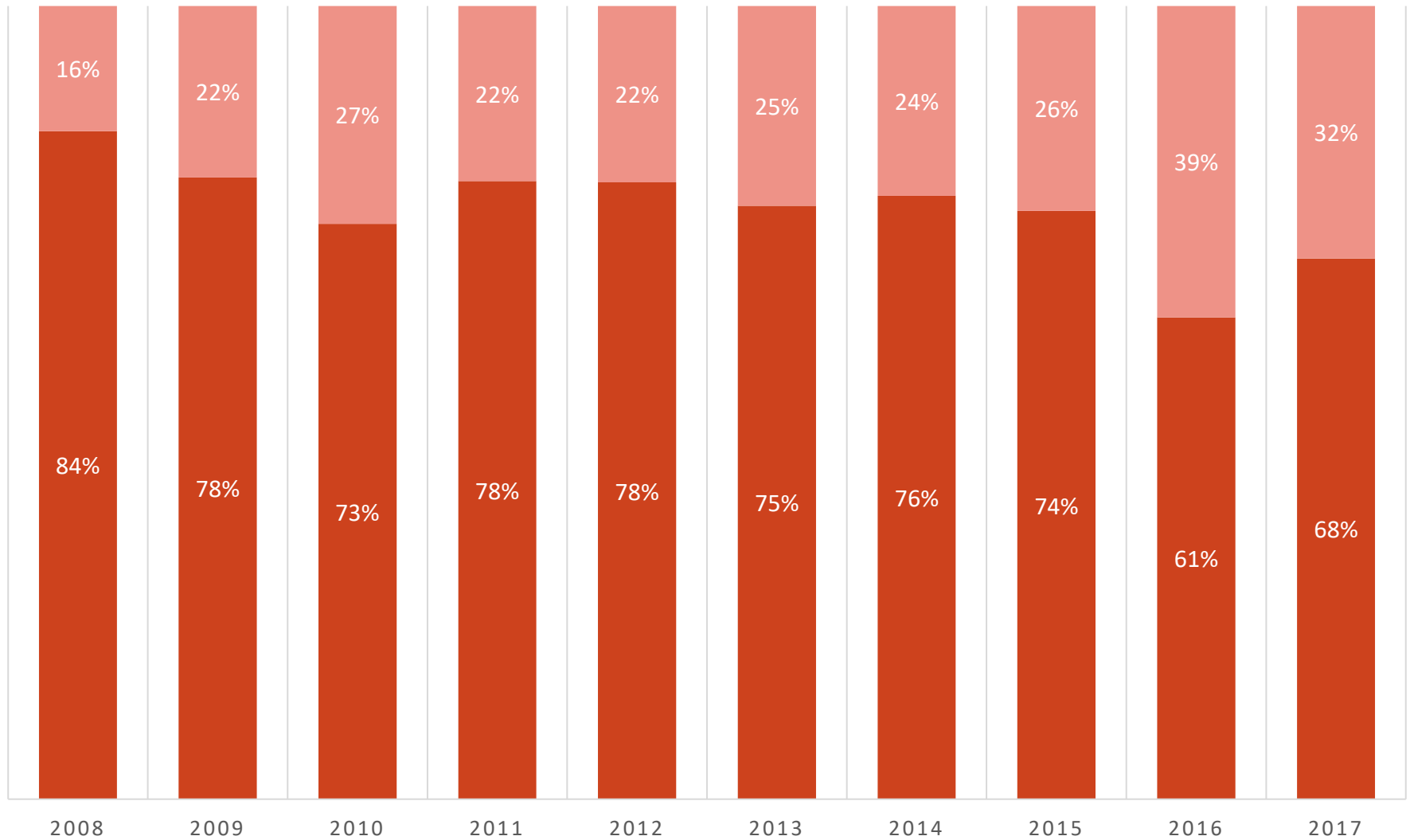
# EVOLUCIÓN DE LOS FONDOS Y LA COPARTICIPACIÓN





# EVOLUCIÓN DE LA COPARTICIPACIÓN

■ % Participación de la Coparticipación Bruta    ■ % Participación resto de Transferencias



# LA COPARTICIPACION EN SALUD

**LA COPARTICIPACION EN SALUD: 37,13%**

**LEY 10.820/89**

**35%**

**PRODUCIDO  
RESULTANTE**

En proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles, el perfil de complejidad y, el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación

**25%**

**CONSULTAS**

En proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos -con o sin internación- de cada partido

**10%**

**EGRESOS**

En proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido.

**20%**

**PACIENTES  
DIA**

En proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.

**10%**

**ESTABLECIMIE  
NTO**

En forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido

# PROBLEMAS DEL RÉGIMEN ACTUAL

Ausencia de potestades tributarias a nivel municipal

Alta dependencia de los fondos coparticipables

Disminución de la importancia relativa de los criterios redistributivos y aumento de los devolutivos (salud)

Sesgo en favor de municipios rurales y del interior en perjuicio del conurbano

Trato desfavorable a municipios con mayores necesidades y menor riqueza sobre la que tributar.

Incremento de los esquemas de transferencias extra coparticipación insuficiente para revertir lo que genera la coparticipación. FONDOS ESPECIFICOS

Impacto regresivo del componente salud porque:

- Privilegia la mayor complejidad
- No incentiva la prevención ni promoción de la salud.
- Genera incentivos a la ineficiencia, aumentando días de internación
- Premia la ineficiencia en la atención
- No diferencia prestaciones que se recuperan
- No discrimina camas (crónicas, agudas o asilares)
- Pondera las camas por la mayor complejidad (no existe norma de acreditación)
- Incentiva e crecimiento de la oferta y no atiende la demanda (necesidad y riesgo)

## 1. Reformas del régimen general de coparticipación (todo)

Q **Sarghini 2002**. Tres etapas progresivas

Q **Asigna responsabilidades:**

- Municipios. Primer nivel de atención
- Regiones Sanitarias. Segundo nivel de atención
- Provincia. Alta complejidad.

Q **Se financia con un Fondo con recursos provinciales y municipales**

Q **Capitas ajustadas por Riesgo sanitario.**

- Mortalidad infantil. NBI. Ajuste retroactivo. Derivaciones \$.
- Los fondos siguen al paciente.

Q **Financiamiento de hospitales en función de la producción y de las OOSS.**

## 1. Reformas del régimen general de coparticipación (todo)

- Q Lopez Accotto, Martinez, & Gringberg (2011). Reemplaza por nuevas variables
- Q Detecta la problemática de la diferencia de recursos hacia los municipios rurales vs municipios del conurbano.
- Q Proponen: nuevos indicadores.
  - 35% por población
  - 10% por población sin cobertura
  - 15% por NBI
  - 10% por Defunciones Neonatales
  - 30% Inversa PBG
- Q Desvincula la oferta de la formula.
- Q No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#

## 1. Reformas del régimen general de coparticipación (todo)

- Q **Del Prete & Alvaro (2012). Crea un Fondo Único (FU).**
  - FU: Recursos provinciales + 37% de salud.
- Q **Se distribuye el Fondo para atención primaria y hospitalaria en función de una cápita ajustada por riesgo.**
- Q **Para APS considera un Equipo Básico de Salud (RRHH), considerando las tasas de uso, los valores estimados para el cumplimiento del PMO.**
  - APS 80% para equipos de salud y 20% promoción y prevención.
- Q **Cada municipio debe tener una cuenta especial para salud y condicionados al cumplimiento de los resultados.**
- Q **Se requiere también ley de salud. Responsabilidades y recurso condicionados.**
- Q **No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#**

## 2. Nueva formula para indicadores de salud

Q Costa, Montalvo, Alvaro & San Martin (2013), Redistribución por población. (con y sin cobertura)

Intenta compensar gastos en salud municipal ajustando por riesgo sanitario.

Los datos se actualizan con el censo.

El riesgo se toma de los que usa la SSSalud y se distribuye por grupos etareos

	Sexo	
Edad	Masculino	Femenino
0-14	369,64	369,84
15-49	581,19	683,48
50-64	683,48	683,48
65 o mas	1511,1	1511,1

No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#

## 2. Nueva formula para indicadores de salud

Q Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012), cambian los indicadores de salud.

Indicadores propuestos	
<u>33,4% Desocupación</u>	<u>1,8% Mortalidad neonatal por causas reducibles</u>
<u>29,3% Analfabetismo</u>	<u>1,2% Altas</u>
<u>15,3% NBI</u>	<u>0,9% Pacientes día</u>
<u>8,6% Bajo peso al nacer</u>	<u>0,9% Consultas</u>
<u>7,3% Mortalidad menores de 5 años</u>	<u>0,4% Mortaliad Materna</u>

Programación lineal

Buscan la población en riesgo y proponen disminuir el coef. De Gini.

No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#



## 2. Nueva formula para indicadores de salud

Q **Sotelo (2009)**. Propone limitar el financiamiento a un 70% del Gasto publico finalidad salud municipal del año anterior. (Ley)

- 50% indicadores actuales
- 25% Población sin cobertura
- 25% Riesgo Sanitario. Tasa de mortalidad infantil

**Los recursos no pueden superar el 70%. Excedente se distribuye según régimen general.**

Q **Marotz (2005)**. Propone limitar el financiamiento a un 70% del Gasto publico finalidad salud municipal del año anterior. Gastos consensuados.

**Implica mayores recursos en la actualidad**

**Alternativa:**

- 70% indicadores actuales. Reperfilando la complejidad del establecimiento.
- 30% Riesgo Sanitario. Defunciones neonatales y edad promedio de fallecimiento.

**No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#**

## 3. Reforma de coeficientes actuales

- Q **Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martin (2013)**. Se modifican la categoría de los efectores y los pacientes.
  - Limitan las consultas al tamaño del municipio.
  - Se establece una nueva escala de Complejidad por cada establecimiento.
  - Se pondera por 1,5 las consultas de primer nivel de atención.
  - Tope de 5 consultas/año por habitantes en municipios mayores a 70.000h.
  - Tope de 10 consultas/año para los demás.
- Q **Una alternativa incorpora GRD para distribuir según la complejidad y morbilidad del paciente. Requiere mucha información clínica detallada.**
- Q **No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#**

## 3. Reforma de coeficientes actuales

- ❑ **Durand, Fernando, Blanco, Moscoso & Bandoni (2012)**. Programación matemática, simulan dos modelos de minimización del coeficiente de GINI y entre la max y mini asignación per cápita de coparticipación.
- ❑ **Minimización de max y mini de asignación per cápita de coparticipación**
  - 13,5% egresos
  - 86,5% establecimientos sin internación
- ❑ **Coef de GINI. Ordena los municipios en quintiles por coparticipacion per cápita y busca maximizar el nro de habitantes que caen en el (2,3 y 4).**
  - Modelo Mixto Entero Lineal (61% de la poblacion/51% con la for. original).
  - Los ponderadores quedan: 100% egresos.
- ❑ **No considera la inversión actual de la provincia en los servicios de salud.#**

# PROPUESTAS COMPARADAS

Fuente u origen	Redistribución		Población beneficiada		Municipios beneficiados	
	total (en \$)	%	total	%	total de municipios	%
1. Sarghini (2002)	no es suficiente la información para realizar la simulación					
2. López Acotto, Martínez y Grinberg (2011)	11.518	64%	13.163.093	77%	36	27%
3. Del Prete & Alvaro (2012)	no es suficiente la información para realizar la simulación					
4. Costa, Montalvo, San Martin, Álvaro (2013). A1	8.287	46%	12.169.844	72%	39	29%
5. Costa, Montalvo, San Martin, Álvaro (2013). A2	8.736	49%	12.169.844	72%	39	29%
6. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012)	no es suficiente la información para realizar la simulación					
7. Sotelo, Rodrigo (2009)	3.373	19%	11.709.009	69%	53	39%
8. Marotz (2005), A1	5.416	30%	3.168.591	19%	59	44%
9. Marotz (2005), A2	2.440	14%	4.861.384	29%	96	71%
10. Costa, Montalvo, San Martin, Álvaro (2013). A3	3.244	18%	7.793.626	46%	48	36%
11. Costa, Montalvo, San Martin, Álvaro (2013). A4	1.258	7%	11.433.144	67%	71	53%
12. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A1	no es suficiente la información para realizar la simulación					
13. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A2	no es suficiente la información para realizar la simulación					

Fuente: Elaboración propia sobre bibliografía de referencia.

# PROPUESTA





# Propuestas

# PROPUESTAS

<b>PROPUESTA 1</b>	Se ponderan las camas de cada efector por el nivel actual de complejidad (1 a 9) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año.
<b>PROPUESTA 2</b>	Se ponderan las camas de cada efector por el nivel de complejidad previsto en el Decreto 3280/90 (1 a 4) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año.
<b>PROPUESTA 3</b>	Se multiplican las camas por un ponderador para darle distinto peso relativo a las camas según nivel de complejidad (1 a 4) (3280/90) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año, descontando las consultas en establecimientos provinciales.
<b>PROPUESTA 4</b>	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario (IRS).
<b>PROPUESTA 5</b>	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS).
<b>PROPUESTA 6</b>	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al componente demográfico del Índice de Riesgo Sanitario (IRS) ponderado por egresos.
<b>PROPUESTA 7</b>	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS), restando egresos
<b>PROPUESTA 8</b>	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS) ponderado por egresos per cápita.
<b>PROPUESTA 9</b>	Distribuye el 37% en base al IRS ponderando por la estructura relativa del gasto provincial por residencia.
<b>PROPUESTA 10</b>	Esta alternativa plantea un 70% de redistribución según propuesta 1 y un 30% de acuerdo a la propuesta 7.
<b>PROPUESTA 11</b>	Esta alternativa plantea un 70% de redistribución según propuesta 1 y un 30% de acuerdo a la propuesta 8.
<b>PROPUESTA 12</b>	Esta alternativa plantea un 70% de redistribución según propuesta 3 y un 30% de acuerdo a la propuesta 7.

# LA COPARTICIPACION EN SALUD

LA COPARTICIPACION EN SALUD: 37,13%

LEY 10.820/89





Dónde:  $CS_i = 0,35 \frac{PR_i}{\sum_{i=1}^n PR_i} + 0,25 \frac{C_i}{\sum_{i=1}^n C_i} + 0,1 \frac{E_i}{\sum_{i=1}^n E_i} + 0,2 \frac{PD_i}{\sum_{i=1}^n PC_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i}$  siendo;  $PR_i = \frac{Ca_i * O * NC}{100}$

- $CS_i$  : Coparticipación por el componente de salud del i ésimo municipio
- $PR_i$  : Producido Resultante
- $C_i$  : Cantidad de consultas del i ésimo municipio
- $E_i$  : Egresos de hospitales municipales del i ésimo municipio
- $PD_i$  : Pacientes día en efectores municipales con internación del i ésimo municipio
- $ESI_i$  : Establecimientos sin internación municipales del i ésimo municipio
- $Ca_i$  : Camas totales del i ésimo municipio
- $O$  : Porcentaje de ocupación
- $NC$  : Nivel de complejidad más alto alcanzado en el municipio en escala del 1 al 9.

Se multiplican las camas por un ponderador para darle distinto peso relativo a las camas según nivel de complejidad (1 a 4) (3280/90) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año, descontando las consultas en establecimientos provinciales.

$$CMS_i = 0,25C_i^{ma} + 0,1E_i + 0,2PC_i + 0,1ESI_i + 0,35PR_i$$

Sujeto a:

$$Si C_i \geq 6 \Rightarrow 6$$

$$Si C_i < 6 \wedge$$

$$C_i^p \neq 0 \Rightarrow C_i^{ma} = C_i - C_i^p \geq 0$$

Donde

$C_i^{ma}$ : Consultas municipales ajustadas

$C_i^p$ : Consultas por lugar de residencia de los habitantes realizadas en efectores provinciales

$$PR_i = \frac{CE_k C_i^* O}{100}$$

Nivel de complejidad	Gasto hospitalario promedio por cama disponible	$CE_k$
2	1.278.931	1,00
3	2.164.765	1,69
4	2.591.967	2,03

- Q Modelo centrado en la demanda
- Q Utiliza población en riesgo sanitario por municipio.
- Q Contempla la inversión provincial y la resta de la oferta municipal.

Donde

$$C7_i = \frac{(IRS^i * Proy_{17}^i) - E_r^i}{\sum_{i=1}^n ((IRS^i * Proy_{17}^i) - E_r^i)} MCS^i_{2017}$$

$C7_i$ : Coparticipación del componente salud i ésimo municipio según propuesta 7

$E_r^i$ : Egresos de efectores provinciales según la localidad de residencia del i ésimo municipio

$Proy_{17}^i$ : Población proyectada para el año 2017 para el i ésimo municipio.

$IRS^i$  : Es el índice de Riesgo sanitario del i ésimo municipio

$MCS^i_{2017}$  : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS), restando egresos.

$CMs_i = 0,7 * \text{Fórmula modificada} + 0,3 * \text{Población con riesgo ajustada por egresos}$

$$C12_i = 0,7C3_i + 0,3C7_i$$

$C12_i$ : Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 12

$C3_i$ : Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 3

$C7_i$ : Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 7

Con este resultado se mejora la situación de 42 municipios que son los que presentan la mayor cantidad de personas con necesidades sanitarias, y moviliza el 15% del monto total coparticipado por salud.

# COMPARACIÓN DE RESULTADOS

Fuente	Redistribución		Población beneficiada		Municipios beneficiados	
	Total (en millones de \$)	%	Habitantes	%	Total	%
Propuesta 3	736,8	4,1%	10.487.802	62%	63	47%
Propuesta 7	8.059,2	45,1%	12.258.954	72%	38	28%
Propuesta 12	2.603,8	14,6%	12.580.868	74%	39	29%

Análisis  
comparado de las  
propuestas



# INSTRUMENTOS NORMATIVOS

PROPUESTAS	INSTRUMENTACION NORMATIVA	PROPUESTA NORMATIVA
<b>Propuesta 3</b>	Modificación de la ley 10.820 Apartado 1 del Anexo I. inc. a) y b)	Para cada alternativa, se acompaña en el trabajo una propuesta de la letra que deber contener la ley o la modificación a la propia ley
<b>Propuesta 7</b>	Nueva ley, ya que cambia radicalmente la 10.820 y 10.572 y modifs. También la ley 10559.	
<b>Propuesta 12</b>	Nueva ley, ya que cambia radicalmente la 10.820 donde se encuentran los indicadores	

# AGRUPAMIENTO DE MUNICIPIOS

**Grupo 1 (G1): Conurbano:** este primer grupo está integrado por los municipios del conurbano bonaerense. Son 24 municipios donde se concentra el 64% de la población provincial.

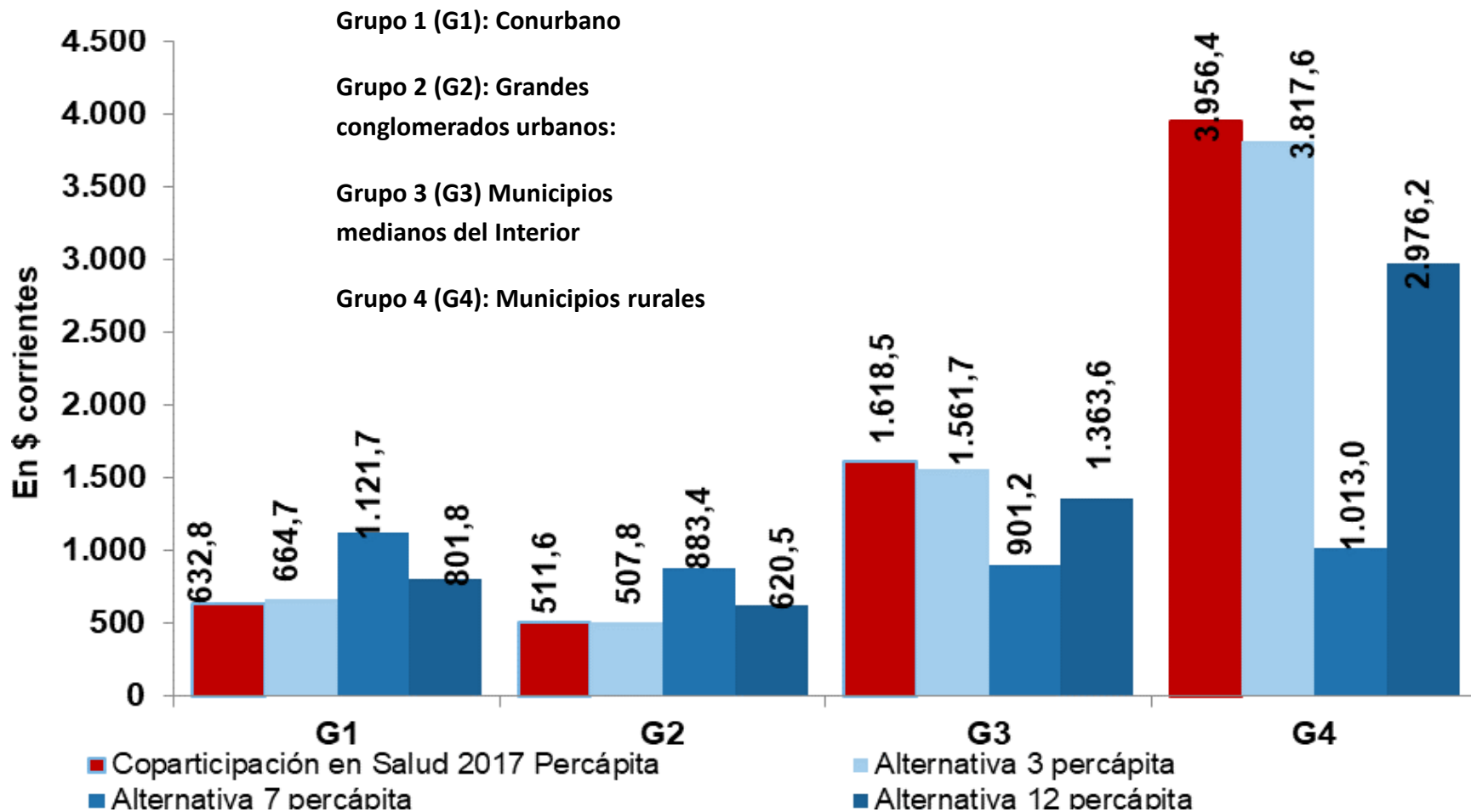
**Grupo 2 (G2): Grandes conglomerados urbanos:** este segundo grupo incluye los municipios periféricos al conurbano y que pertenecen al segundo cordón (Escobar, General Rodríguez, Pilar, San Vicente, Marcos Paz y Presidente Perón), más aquellos municipios con más de 300.000 habitantes (La Plata, General Pueyrredón y Bahía Blanca), incluyendo a Berisso y Ensenada que han clasificado dentro de este grupo por integrar el Gran La Plata. Está conformado por 11 municipios.

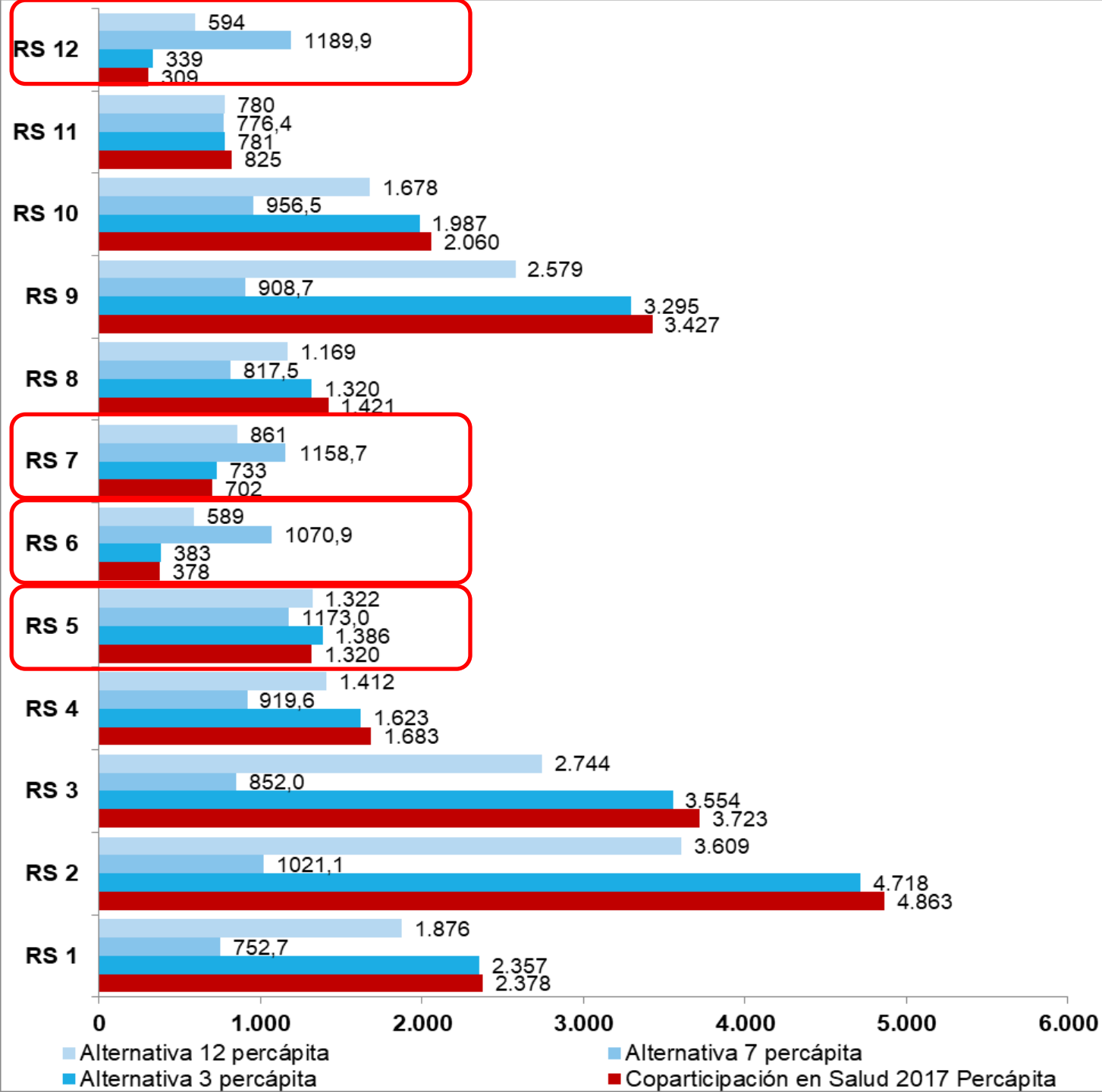
**Grupo 3 (G3) Municipios medianos del Interior:** integrado por los municipios cuya población se encuentra entre 50.000 y 155.000 habitantes. Incluye 18 municipios.

**Grupo 4 (G4): Municipios rurales:** el cuarto grupo lo componen los municipios del interior de la provincia con menos 50.000 habitantes. Ingresan 82 municipios.



# COMPARACIÓN DE RESULTADOS POR GRUPOS DE MUNICIPIOS





Comparación de resultados por Región Sanitaria

# REFORMA INTEGRAL DEL SISTEMA DE SALUD

- ❑ Creacion de un fondo Provincial para la Atencion Publica de la Salud (FoPAPS). (recursos prov y municipales).
- ❑ Participen todos los actores (IOMA+ PAMI+ OOSS+ MUTUALES+ MED. PREPAG.)
- ❑ Sistematizar toda la información sanitaria
- ❑ Redes integradas de servicios de salud (RISS).
- ❑ Centrado en la atención primaria de la salud.
- ❑ Establecer prioridades sanitarias (GRD)
- ❑ Financiamos costos o produccion?. Listado de prestaciones?.



*Muchas gracias!*