

INDICADORES DE GESTIÓN PARA OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

Autores:

Mg. Sandra Canale-Socio Activo

CPN María Inés Ambrosini-Socio Activo

CPN Héctor De Ponti

Lic. Mariano Monteferrario

**Categoría Propuesta: Comunicación de Experiencias
Profesionales**

INDICE

Resumen.....	Pág. 3
1.-Introducción.....	Pág. 4
2.-Las obras sociales provinciales en el marco del sistema de financiación de salud argentino.....	Pág. 5
3.-El uso de indicadores para el control y la evaluación en el sector salud.....	Pág. 7
4.- Identificación de la demanda global de la población.....	Pág. 8
4.1.-Estadísticas de población beneficiaria.....	Pág. 8
4.2.-Indicadores de consumo y gasto	Pág.10
4.2.1.-Consultas.....	Pág.11
4.2.2.-Internación.....	Pág.15
4.3.-Los pacientes como variable sensible en los consumos sanitarios.....	Pág. 17
5.-Conclusiones.....	Pág.19
6.-Bibliografía.....	Pág.20

INDICADORES DE GESTIÓN PARA OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

Categoría Propuesta: Comunicación de Experiencias Profesionales

Resumen

Las obras sociales provinciales ocupan un lugar preponderante en el sistema de financiación de salud argentino. Dada la complejidad del mercado donde actúan y la segmentación de este colectivo, se visibiliza la necesidad de contar con indicadores que posibiliten el control de gestión de variables clave del sector sanitario. En este trabajo se realiza un análisis de distintos indicadores que contribuyen en la medición de la demanda prestacional, haciendo foco en las consultas y las internaciones, en la consideración que ambas variables son reconocidas por la doctrina en salud como importantes medidas de la accesibilidad y utilización del sistema. De este modo, la información que se expone en este trabajo resulta de suma relevancia para la planificación y el control sanitario.

1.-Introducción

La financiación de los servicios sanitarios es uno de los componentes básicos del sistema de salud de un país. Desde una perspectiva macroeconómica, sus estudios aluden a las fuentes originarias de financiación y a los criterios de asignación de los recursos, problemáticas que presentan particularidades a nivel de cada país.

En Argentina, el sistema de financiamiento se caracteriza por la segmentación de los fondos financiadores, habida cuenta que en la cobertura de los servicios de salud coexisten el sector público, el privado y el de las obras sociales nacionales y provinciales “...con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social ” (Maceira, D; Cejas, C.; Olaviaga, S.; Reynoso, A.; Peralta, M.; Rodriguez, M. y otros, 2010, p.13).

Bajo este esquema y, de acuerdo a los últimos datos censales, las obras sociales provinciales representan el 25% del total de la población país con cobertura, mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia en todo el país. Esta representatividad le otorga el carácter de grupo de referencia dentro de los seguros de salud. Sin embargo, se observa que este colectivo, suele reflejar las características de fragmentación del sistema de seguros múltiples: falta de coordinación de políticas, programas e instrumentos de gestión comunes o compartidos que pueden generar mayor eficiencia asignativa, mejor poder de negociación con los prestadores y mejor calidad en los servicios que reciben los beneficiarios.

En este marco, el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA)¹, en la búsqueda de realizar acciones tendientes a fortalecer la gestión de las entidades que nuclea y representa, en el año 2011 aprueba el proyecto elaborado por la Universidad Nacional del Litoral para el desarrollo del Observatorio de Seguridad Social Provincial. El observatorio tiene como principal propósito el monitoreo de los sistemas provinciales de atención de la salud y el desarrollo de indicadores de gestión, en la búsqueda de conformar una base de datos única que permita la democratización y la mejora de los sistemas de información para la toma de decisiones de las obras sociales provinciales.

Considerando que hasta el momento la entidad no contaba con información sistematizada que le permitiera realizar evaluaciones comparativas entre las

¹ Cabe destacar que COSSPRA está organizada en cinco regiones geográficas que agrupan provincias con características similares, a saber: Región I Sur, integrada por Santa Cruz, Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego y La Pampa; Región II Cuyo, integrada por Mendoza, San Juan, San Luis, La Rioja y Córdoba; Región III NOA, integrada por Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, Salta y Jujuy; Región IV NEA, integrada por Misiones, Entre Ríos, Corrientes, Chaco y Formosa; Región V Centro, compuesta por Buenos Aires, C.A.B.A. y Santa Fe.

distintas obras sociales provinciales, se planteó avanzar en la generación de indicadores que posibilitaran:

- Identificar la demanda global de la población a través de las principales estadísticas y tasas de producción
- Determinar los valores prestacionales de mercado para las principales prestaciones brindadas por las Obras Sociales Provinciales, comparando los mismos con las variables de compra, tipo de financiamiento y valores de referencia originados por las principales cámaras del sector prestador.
- Avanzar en el diseño de indicadores de resultados epidemiológicos

En los años 2012 y 2013 se avanzó sobre los dos primeros puntos. A partir de allí, el propósito de esta ponencia es el de socializar la propuesta de indicadores que permitieron avanzar en el cumplimiento de ambos objetivos del proyecto, realizando un análisis reflexivo sobre la interpretación de la información que transmiten los mismos. Teniendo en cuenta la magnitud del trabajo del observatorio, se realizó un recorte exponiendo consideraciones en torno a las consultas y la internación.

2.-Las obras sociales provinciales en el marco del sistema de financiación de salud argentino

Con la finalidad de caracterizar brevemente el sistema de la salud, se advierte que es un mercado claramente particular donde el paciente (cliente) no elige qué demandar y delega en los profesionales la decisión de su consumo. Al mismo tiempo contribuye al sistema con fondos a través de cuotas, aportes, contribuciones, etc., que son administrados por financiadoras, las cuales a su vez contratan a los prestadores o profesionales de la salud, con o sin asociaciones intermediarias. Se observa, entonces, una cantidad significativa y poco habitual de actores, en comparación con otras actividades de servicio.

El sistema de financiación de la salud de Argentina se caracteriza por una importante fragmentación. La misma puede definirse desde tres dimensiones: normativa, regulatoria y territorial. La primera dimensión, fragmentación normativa, se destaca en el hecho que, a grandes trazos, el sistema opera bajo tres formas de aseguramiento, generándose la existencia de distintos subsistemas (Gonzalez García y Tobar, 1997):

- Subsistema de Seguro Social: incluye a beneficiarios vinculados, en el presente, al sistema laboral, los que aportan a una Obra Social y reciben cobertura para sí y su grupo familiar. En este grupo se incluye, también, a aquellos que desarrollaron actividades en su etapa activa y a su retiro reciben los beneficios de aseguramiento para población pasiva del INSSJP (a través de su Programa de Adultos Mayores Integrados PAMI) o sistemas de retiro específicos de algunas actividades. La fuente de financiamiento surge mayoritariamente de aportes del trabajador y contribuciones del empleador, calculados ambos, como un porcentaje de las retribuciones brutas.

- Subsistema Privado: agrupa a todos los beneficiarios que cuentan con capacidad propia de aporte y contratan un seguro voluntario de salud. Adhieren al mismo de manera intencional a través del pago de una cuota con la cual se financian las prestaciones de salud. Puede presentarse como complemento de los restantes subsistemas o constituirse en la única cobertura que dispone el individuo.
- Subsistema Público: que asegura a toda la comunidad, incluye a la población sin cobertura formal por no hallarse en relación de dependencia y no contar con recursos para contratar un seguro privado de salud. El estado en sus diversos niveles asegura el financiamiento de este grupo afectando recursos del presupuesto público. La comunidad en su conjunto a través del pago de impuestos financia estas prestaciones.

Por su parte, el sistema político federal de nuestro país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen –también- en la segmentación geográfica (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010), habida cuenta que son veinticuatro las jurisdiccionales provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública y brindando cobertura a los empleados públicos de cada provincia a través de las obras sociales provinciales.

Esta descentralización genera que cada provincia brinde los servicios de salud que le permite su capacidad presupuestaria. De este modo, exceptuando el financiamiento por parte de programas nacionales, el resto se relaciona con la capacidad contributiva de la población.

Las entidades agrupadas en el colectivo analizado (COSSPRA) presentan una gran heterogeneidad, entre otras cuestiones, en relación al marco jurídico que las regula, al estado económico financiero, las prestaciones que brindan y la población que cubren. Así, cada una de ellas se desempeña de modo independiente, bajo un marco regulatorio donde no existen organismos centralizados de control prestacional, actuando bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud de cada provincia en forma autónoma, y por lo tanto, sin consolidar en el presupuesto provincial.

De acuerdo a las estadísticas aportadas por el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, se observa que alrededor del 64% de la población argentina tiene cobertura formal a través de obras sociales o planes de salud privados, en tanto que el Estado tiene bajo su exclusiva responsabilidad la salud del 36% restante de la ciudadanía.

La distribución de la población con cobertura formal se expone en el gráfico 1. En el mismo se advierte que el 25% son afiliados a obras y servicios sociales de los estados provinciales (OSP), lo que indica que, uno de cada cuatro asegurados pertenece a este colectivo, agrupando 7.200.000 beneficiarios que anualmente consultan 35 millones de veces a sus médicos. En el año 2008 el

gasto de las Obras Sociales provinciales representó el 0,74% del PBI (PNUD, OPS, CEPAL, 2011). Todos los datos aportados son indicativos de la importancia relativa del sector abordado.

Grafico 1.-Distribución de la población con cobertura en salud según Censo 2010



Fuente: Indec

3.-El uso de indicadores para el control y la evaluación en el sector salud

En el ámbito de los servicios sanitarios es habitual el uso de indicadores en apoyo a los procesos de planificación y evaluación. La búsqueda de medidas objetivas que reflejen el estado de salud de la población y midan la calidad y eficiencia del sistema es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología.

Así, es habitual que se considere que la disponibilidad de un conjunto básico de indicadores constituye la materia prima para los análisis del sector, pensando que son útiles, entre otras cuestiones, para medir variables representativas que hacen al funcionamiento del proceso de atención sanitaria de un país, región, sector u organización, evaluar cambios en el tiempo y hacer

comparaciones en el espacio. Esto último posibilita estudiar tendencias y realizar análisis comparados.

Más allá de lo anteriormente señalado, es importante reconocer que no reemplazan el juicio directivo y "...siempre habrá que aplicar el sentido común para emitir juicio a partir de la información" (Ballve, 2000, p.51). Son medidas indicativas o luces que alertan sobre una situación y para completar un diagnóstico más acabado deben complementarse con otras herramientas de gestión. No obstante, la evaluación o monitoreo a través de indicadores tiene la ventaja de la sencillez, valorándolos como una herramienta de primera magnitud para conocer a tiempo la información disponible.

De este modo, considerando que COSSPRA contaba con relevamientos parciales, pero hasta el momento de la implementación del observatorio no tenía información sistemática y periódica que le posibilitara comparar la situación de las distintas obras sociales en cuanto a demanda y oferta prestacional, midiendo también la evolución en el tiempo, se acordó trabajar en la formulación de indicadores que apoyen la gestión y toma de decisiones.

A través de la construcción de indicadores las entidades financiadoras tratan de evaluar su capacidad para dar respuesta a la confianza depositada por los aportantes; las soluciones brindadas a sus afiliados frente a las necesidades de recuperar, mantener o mejorar su estado de salud, poniendo a su disposición una red prestacional que le permita utilizar los servicios necesarios para ese objetivo. Es así que los indicadores sanitarios deben referir a las tres dimensiones que se exponen en la Tabla 1, de modo de analizar la calidad asistencial de modo integral.

Tabla 1.-Dimensiones para la evaluación en organizaciones sanitarias

DIMENSIÓN	ATRIBUTOS
Estructura	Refiere a los atributos de los recursos materiales, humanos, financieros y organizacionales de las entidades sanitarias
Procesos	Refiere al conjunto de acciones que realizan los profesionales de la medicina para el logro de la prevención, mantención y/o mejora de la salud
Resultados	Refiere a la medición del éxito o fracaso de los procesos de atención

Fuente: Donabedian (1998, 2005); De Geyndt (1994); Marracino, Abadie y Vera Figueroa (2000)

4.- Identificación de la demanda global de la población

4.1.-Estadísticas de población beneficiaria

Una de las informaciones básicas y prioritarias para la entidades bajo análisis, refiere a la estructura demográfica de la población beneficiaria, puesto que la misma es un condicionante relevante de la demanda prestacional.

En este punto, cabe destacar que una de las características de las obras sociales provinciales es que tienen un “mercado cautivo”, considerando que dentro de la legislación vigente en cada provincia, sus afiliados no tienen libertad de elección para su aseguramiento, a diferencia de lo que ocurre en el sistema de obras sociales nacionales. Por lo tanto, en el marco de las normativas que regulan el funcionamiento de las OSP, el desarrollo de estrategias para captar nuevos usuarios no es un factor clave, ya que las variaciones en las afiliaciones dependen, fundamentalmente, de las altas y bajas que se presenten en el nivel de empleo de los agentes provinciales. No obstante, es necesario identificar la cuantía de la población beneficiaria, la distribución geográfica y la composición interna.

De este modo, el punto de partida esencial es la generación de estadísticas de beneficiarios desagregados por regiones, provincias, edad y sexo, a los fines de dimensionar la estructura necesaria y su capacidad de respuesta ante hechos aleatorios.

Tabla 2.-Distribución geográfica y por grupos etarios beneficiarios Obras sociales provinciales

Región	Sexo Femenino			Sexo masculino			Población total cubierta por OSP	Población total con cobertura
	Menores de 14 años	De 14 a 70 años	Mayores de 70 años	Menores de 14 años	De 14 a 70 años	Mayores de 70 años		
Región I								
Provincias.....								
Región II								
Provincias.....								
Región III								
Provincias.....								
Región IV								
Provincias.....								
Región V								
Provincias.....								
Total país								

Fuente: Elaboración propia

La información de la tabla 2 debe generarse en valores absolutos y relativos. De las relaciones entre el total país y cada provincia y/o región surge la mayor o menor concentración de la población beneficiaria del grupo COSSPRA en determinadas regiones geográficas y por grupos etarios. Por su parte, también resulta relevante averiguar la distribución interna (por edad, sexo, etc.) en pos de identificar posibles grupos de riesgo que condicionan prestaciones particulares.

Conocer la cantidad y la ubicación geográfica de los usuarios cubiertos por las obras sociales provinciales es fundamental para la planificación sanitaria, en pos de dimensionar la cantidad de recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos necesarios para satisfacer esa demanda y para identificar la oferta de prestadores requeridas para su atención. Así, la información de la Tabla 2 puede complementarse con identificación de profesionales por género (ginecología, obstetricia, urología, etc.), por etapa del ciclo de vida (neonatólogos, pediatras, clínicos, gerontólogos, etc.), por localización geográfica (rurales o urbanos) para lograr de este modo una respuesta más acabada de las exigencias reales.

En otro orden, de acuerdo a los últimos datos censales, aproximadamente el 36% de la población no tiene cobertura formal, dependiendo su atención de la asistencia sanitaria pública, la cual se halla descentralizada en las jurisdicciones provinciales. Por su parte, dentro del 64% restante con cobertura formal, el 25% son beneficiarios de OSP, lo que involucra alrededor del 16% de la población total. De modo que vinculando ambos datos surge que aproximadamente el 52% de la atención de la salud de la población del país se halla bajo la órbita de las jurisdicciones provinciales, sea como financiador en todos los casos y como prestador en parte de ese grupo, lo que resulta claramente indicativo de la responsabilidad que les cabe en el desarrollo de políticas públicas sanitarias.

Así, contrastando el total de la población por jurisdicción con cobertura formal con los beneficiarios de las obras sociales provinciales es posible conocer la importancia relativa de cada OSP en su zona de influencia. Este último dato, sumado a la población sin cobertura formal de cada provincia es indicativo del total de la población bajo la responsabilidad sanitaria de cada una de estas últimas, información sumamente relevante que debería ser tenida en cuenta por los gobiernos provinciales en pos de articular y coordinar políticas públicas que posibiliten superar los problemas de fragmentación del sistema y una mayor optimización de los recursos.

4.2.-Indicadores de consumo y gasto

Los indicadores de consumo se desarrollan bajo la hipótesis de que la utilización de servicios se corresponde a las necesidades en dicha materia (MacStravic, 1978).

Pineault y Develuy (1995) señalan que las medidas de utilización empleadas más frecuentemente refieren a:

- Tasas de consultas médicas
- Tasas de intervenciones quirúrgicas
- Tasas de exploraciones diagnósticas,
- Tasa de hospitalización (número de ingresos y altas)
- Tasa de días de hospitalización

De este modo, en el observatorio, se avanzó en la recolección de información y la construcción de distintas tasas de uso, entre ellas, este trabajo se centra en la propuesta realizada para las consultas médicas y días de hospitalización.

4.2.1.-Consultas

De las tasas de uso mencionadas habitualmente por la literatura como indicadores relevantes, se seleccionó para trabajar la tasa de consulta por afiliado. La fórmula genérica del indicador es:

Total de consultas de la población bajo análisis para el período X	= Consulta promedio por beneficiario
----- Total de beneficiarios para el período X	

El indicador propuesto es reconocido por la doctrina como una importante señal de utilización o consumo y accesibilidad de servicios ya que la consulta médica define la tendencia del público para demandar atención, a la vez que advierte –también- en qué medida los servicios están disponibles.

No obstante lo anterior, no se puede ignorar que las tasas de uso no sólo están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, sino también por la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores (Pineault y Daveluy, 1995; Marracino, 2000). Existe una interrelación directa entre ambas, ya que a partir de la demanda inicial de los afiliados son los profesionales quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento. Así, es considerada como la puerta de entrada al sistema, habida cuenta que a partir de las mismas comienzan a derivarse otras prestaciones.

Por ello, al realizar la lectura del resultado de esta tasa, debe tenerse en cuenta que la misma mide primariamente la demanda de atención de la población y secundariamente, el comportamiento de los servicios y efectores de atención médica. En este sentido, en un intento de mejorar el análisis se propone desagregar el indicador, diferenciando la tasa de beneficiarios para la primera consulta de las posteriores, entendiendo que la primera visita se relaciona probablemente con la necesidad genuina del paciente, en tanto que las subsiguientes pueden estar, en cierto modo, influidas por las recomendaciones médicas. En esta línea, se suele utilizar otro indicador –que se expresa como tasa- denominado beneficiarios que consultan, el que surge de dividir el total de afiliados que concurren al médico por el total de población beneficiaria.

Por otro lado, reconociendo que las necesidades de atención y la demanda consecuente dependen de las condiciones de edad, sexo, incidencia y prevalencia de patologías, de factores socioeconómicos y de la percepción de la salud y enfermedad que posean las personas y de sus hábitos de vida, el

indicador genérico también debe tener apertura por especialidad, edad y sexo. Se propone, también, el uso de correlaciones con padrones de beneficiarios incluidos en grupos de riesgo por prevalencia de enfermedades, así como también con grupos etarios organizados por niveles de ingreso, en pos de detectar la posible influencia de estos factores.

El indicador propuesto puede generarse para el total COSSPRA y para cada región y cada obra social integrante de dicho organismo, posibilitando el análisis comparativo entre jurisdicciones y con el promedio regional y nacional. Es importante mencionar que la medición brinda información sobre el proceso de atención médica, pero no aporta información en relación a los resultados sobre el nivel de salud de la población.

Otra variable relevante de análisis para la COSSPRA es el precio de las prestaciones regionales, por lo que se propuso interrelacionar el indicador tasa de consulta por beneficiario con el valor abonado a los profesionales por las mismas. Esta información, en primera instancia permite dimensionar el gasto por consulta por afiliado, dato que sin duda alguna contribuye en la planificación financiera de las entidades.

$\frac{\text{Total consultas por beneficiario}}{\text{Total beneficiarios}} \times \text{Precio de la consulta} = \text{Gasto promedio en consulta por beneficiario}$

La fórmula propuesta parece sencilla de resolver, sin embargo en su cálculo interviene un factor que adiciona cierto nivel de complejidad al análisis: el precio de la consulta está influido por la modalidad de contratación, la que puede diferir en cada provincia ya que las elecciones de formas de pago y contratación de prestaciones médico asistenciales dependen en mayor medida del tipo de oferta y demanda existente, la capacidad instalada, la condición de negociación del financiador y del prestador, la capacidad presupuestaria, la asignación de recursos y la prevalencia histórica del método de pago elegido.

Es oportuno aclarar que las organizaciones financiadoras utilizan diversas formas de contratación de prestaciones, siendo las principales:

- Prestacional: relación directa entre servicio brindado y pago efectuado.
- Modulado: se reconoce un precio por todas las prácticas necesarias para atender una patología en particular, las cuales están definidas técnica y objetivamente. Luego en la atención del paciente, pueden realizarse todos los actos profesionales incluidos o una cantidad mayor o menor de ellos, sin que se modifique el monto pactado. Las auditorías pre y post junto a la ética profesional monitorean esta modalidad
- Cartera fija o capitado: Se establece un monto fijo total o una cifra individual por afiliado del padrón, respectivamente, por la cual el prestador se compromete a brindar atención a quienes lo demanden.

Nuevamente, las auditorías juegan un papel trascendente en el equilibrio.

De este modo, resulta necesario identificar las modalidades de pago, los precios abonados por las entidades, así como también la existencia o no de políticas de co-pago por parte de los beneficiarios, a los efectos de dimensionar el gasto total y no sólo la incidencia financiera para la obra social, puesto que la carga dineraria adicional de los beneficiarios debe ser evaluada en pos de mejorar la política de contratación con los prestadores y el nivel de satisfacción de los usuarios.

Según Alvarez, Pellisé y Lobo (2000 *“...el sistema de pago a prestadores....constituye, además, una cuestión relevante para algunos de los principales criterios de valoración de un sistema de salud, como la eficiencia y la calidad.”* Su impacto sobre le eficiencia se vincula al hecho que, tal como ya se mencionara, las decisiones de consumos están influidas por los profesionales de la salud, en tanto que *“...las fórmulas de pago y los incentivos que estas generan son capaces de influir sobre ellos (p.55)”*

Así, al interrelacionar el indicador tasa de consulta por beneficiario con la modalidad de contratación de la prestación y el valor de misma, es posible ampliar la base de análisis, dado que la modalidad de contratación entre el financiador y el prestador suele incidir fuertemente en los indicadores de utilización y en el nivel de satisfacción de los usuarios. Es necesario considerar además si intervienen entidades intermedias que subcontratan con el prestador con una modalidad distinta al convenio entre el financiador y dicha entidad.

Tabla 3.-Modelo por prestación

PRESTADOR	FINANCIADOR
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cobra lo realizado ✓ Control de ingresos ✓ Prevalece la acción más que la observación. Resistencia a derivar pacientes. ✓ Fomenta el trabajo independiente ✓ Mayor gasto administrativo ✓ Buena relación con paciente. Favorece la satisfacción del usuario ✓ No incentiva prácticas más costo-efectivas como la prevención ✓ Escasa visión integral sobre el proceso salud-enfermedad. Induce al médico a despreocuparse con la causa u origen del problema detectado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cliente satisfecho ✓ Mayores costos ✓ Presupuesto impredecible ✓ Riesgo de inducción a la demanda ✓ Riesgo por sobrefacturaciones ✓ Riesgo de tratamientos Prolongados ✓ Requiere numerosos controles para su gestión

Fuente:Elaboración en base a Tobar (2000), Alvarez, Pellisé y Lobo (2000),(2009)²

La literatura en economía de la salud aborda el tema de los medios de pagos y sus implicancias para el prestador, financiador y paciente. En relación a las consultas, la modalidad más habitual relevada en COSSPRA es el modelo por prestación y en menor instancia el capitado o por cartera fija, cuyas características principales se muestran en la Tabla 3 y Tabla 4, respectivamente

Tabla 4.-Modelo por cápita o cartera fija

PRESTADOR	FINANCIADOR
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor riesgo. Se paga por “estar disponible para tratar” más que propiamente “tratar” ✓ Falta de incentivos ✓ Presupuesto predecible ✓ Riesgo de atención de más cantidad de pacientes que los posibles ✓ Estimula la derivación de la actividad a otras áreas del sistema ✓ Estimula la sobreutilización de los medios auxiliares: pruebas diagnósticas, análisis, etc.. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor gasto administrativo ✓ Presupuesto predecible ✓ Transferencia de riesgos al prestador ✓ Si la modalidad es sin elección de prestador, posibles clientes insatisfechos ✓ Fomento de la integración de servicios y de la prevención cuando es controlada de modo eficiente

Fuente: Elaboración en base a Tobar (2000), Alvarez, Pellisé y Lobo (2000),(2009)

Según la modalidad de contratación y pago, la obra social debe generar los instrumentos para asegurar que los beneficiarios reciban la atención medicamentosa necesaria y minimizar los riesgos de sub o sobreprestación, tratamientos que se prolonguen más allá de parámetros clínicamente aconsejables, falta de incentivos a la prevención, etc. Así, es necesario cruzar los indicadores de tasas de consultas, ya sean primera consulta o derivación a especialista, con el control de otras variables como la duración de tratamientos según la patología, uso de los pacientes por especialidad, control cuantitativo y cualitativo de prácticas o estudios requeridos, entre otros.

Esta posibilidad se limita especialmente a la atención ambulatoria debido a la coexistencia de múltiples contratos según la prestación. Esto es, la consulta

² Para evitar la identificación de los autores del trabajo, se omiten en esta cita los datos por coincidir los autores que participan en la escritura del trabajo

médica se conviene con instituciones gremiales médicas y las prácticas diagnósticas con entidades bioquímicas, de diagnóstico por imagen, grupos farmacéuticos, etc.. Todas ellas contratan y facturan por separado. Incide en esta fragmentación también la dispersión geográfica de los afiliados y prestadores.

Finalmente, a través de la construcción e interpretación de diversos indicadores aplicados a OSP que adopten alternativamente modalidad de pago por prestación o capita / cartera fija, pueden realizarse evaluaciones comparativas de modo de considerar si el rasgo de la condición de contratación repercute o no en las tasa de uso.

4.2.2-Internación

De acuerdo a la literatura tradicional la tasa de egresos por internación es otro de los indicadores clásicos de consumo en el marco del segundo nivel de atención médica.

A diferencia de las consultas, los egresos suelen presentar baja concentración por individuo en el año (Marracino, 2000).

$\frac{\text{Total de egresos para el período X}}{\text{Total de beneficiarios}} \times 100 = \text{Egresos cada 100 beneficiarios en el período X}$
--

La tasa propuesta, para cumplir con el objetivo de comparaciones en el tiempo y en el espacio, debe ser acumulada en intervalos de tiempo y desagregada por provincia y región. Trabajar información sobre egresos no permite analizar el estado de salud de la población adherida ni los resultados del proceso de atención médica, pero posibilita dimensionar accesibilidad al sistema, estacionalidad de demanda, disponibilidad de recursos físicos por parte del prestador y en muchos casos conducta prestacional de los profesionales, si se lo vincula con la variabilidad de la práctica médica.

Este indicador está muy relacionado con el referido a pacientes día / cada 100 beneficiarios / año, que se utiliza habitualmente para el cálculo de indicadores de costos, en los modelos que se basan en contrataciones por prestación. Para estos casos, el numerador corresponde a la suma de los pacientes día correspondiente a los egresos del período.

Los días de estancia o estadía en los centros de internación es otro indicador que se suele utilizar para la medición de la eficiencia del sistema, en pos de evaluar el aprovechamiento de las camas disponibles y la agilidad de los servicios brindados en los sanatorios. En este sentido es importante considerar que no sólo deben estudiarse las ineficiencias vinculadas a las internaciones que se prolongan más allá de los parámetros normales, sino también las consecuencias de las altas prematuras, antes de la resolución de

los problemas de salud, las que pueden repercutir en un costo mayor si se producen reingresos, afectando también la calidad de vida del pacientes. Este indicador asume también mayor importancia desde la perspectiva de costos para el financiador si la modalidad de contratación es por prestaciones.

Por su parte, para la generación de valores indicativos del gasto por concepto de internación, el valor pensión vinculado directamente al costo de la cama o índice de precio de referencia para la contratación por prestaciones, puede ser utilizado para vincularlo con los egresos cada 100 afiliados y el promedio de días de estadía hospitalaria por paciente.

$\text{Egresos cada 100 afiliados} \times \text{Valor día de la pensión} \times \text{Días de estancia hospitalaria} = \text{Gasto en internación por cada 100 afiliados}$
--

Cabe destacar que el pago por estancia hospitalaria tiene la propensión a provocar la maximización del número de estancias, riesgo ingresos a la internación innecesarios y aumento de la duración media de la estancia, de modo que las financiadoras deben poner especial atención en las auditorías y controles de esta variable.

En el punto bajo análisis, es importante considerar que una modalidad de contratación habitual en la internación –al menos en patologías de alta casuística- es la modulada, cuyas características se exponen en la Tabla 5, donde se hace énfasis en los consumos necesarios para la atención de una patología y por ende, el dato agregado de cantidad de egresos asume una importancia relativa desde el aspecto presupuestario. Por lo tanto, para el caso de la OSP que poseen contratos modulados, este índice de gasto de internación cada 100 afilados es un indicador relativo, no obstante es importante considerar que para estos casos, el día de internación es un producto intermedio que debe ser valorizado para el costeo del módulo y la construcción de su precio.

Tabla 5.-Modelo por módulo

PRESTADOR	FINANCIADOR
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generalmente cobra todo lo que hace ✓ Control de ingresos ✓ Favorece la eficiencia ✓ Asume menores riesgos que en modelo capitado ✓ Buena relación con paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor gasto administrativo ✓ Presupuesto impredecible ✓ Asume mayores riesgos que en modelo capitado ✓ Satisfacción del paciente por rapidez del tratamiento

Fuente: Elaboración propia

4.3.-Los pacientes como variable sensible en los consumos sanitarios

Para la composición del costo del módulo es necesario tener en claro datos epidemiológicos, quirúrgicos y clínicos de la población, como primer análisis y luego la desagregación de ellos en varias categorías, en función de variables relevantes que influyen en los consumos necesarios para la solución de la enfermedad.

En la modalidad contractual por módulo se hace foco en la patología, pero ciertas características biológicas o comorbilidades de los pacientes, pueden provocar variaciones interesantes en los consumos sanitarios. Así, la medida del case-mix (mezcla de casos) es una posibilidad para avanzar en la incorporación de los pacientes como variable relevante de análisis. La idea subyacente es realizar grupos homogéneos en función de ciertas características clínicas comunes y con procedimientos asistenciales similares. De este modo, la atención se centra en las tipologías de pacientes tratados, buscando por tanto una gestión por líneas de productos. Para que el desarrollo planteado sea posible, se debe disponer de un sistema de agrupamiento o clasificación de pacientes (....., 2005).³

Uno de los primeros intentos en la materia fue el realizado a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), los que fueron utilizados en Estados Unidos como medio de pago prospectivo. El objetivo perseguido con su construcción es la definición de los tipos de casos de los que se espera que cada uno agrupe a pacientes que consumen cantidad de recursos similares durante su episodio de hospitalización. Luego, cada grupo o GRD tiene un peso o coeficiente específico sobre la base del consumo de recursos, es por este motivo que los autores que refieren al tema expresan que los GRD son una medida que toma en consideración la complejidad.

Vinculado a la medida de la complejidad, cabe destacar que en repetidas oportunidades quienes gestionan entidades sanatoriales tratan de justificar costos más elevados amparándose en la atención de casos más complejos. El concepto complejidad de la casuística a simple vista parece bastante fácil de resolver, sin embargo el mismo está dotado de una relatividad que resulta necesaria aclarar. Para algunos hace referencia a una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento o peor pronóstico, por lo tanto desde esta visión la misma se halla asociada a la situación clínica del paciente tratado y a la dificultad del tratamiento o a la asistencia médica.

En cambio, para los administradores sanitarios normalmente el concepto está asociado a los costos. A mayor complejidad son mayores los recursos necesarios y por lo tanto el costo de asistencia es más alto,

³ Para evitar la identificación del autor del trabajo, se omiten en esta cita los datos por coincidir con uno de los autores que participan en la escritura del trabajo

consecuentemente, desde esta perspectiva la complejidad del case-mix está vinculada a la demanda de consumos que el paciente realiza.

De acuerdo a lo expresado anteriormente vale aclarar que cuando se hace referencia a que los GRD contemplan la complejidad de los pacientes, lo hacen desde la perspectiva del consumo de los recursos y no desde la evaluación clínica. A partir de la cantidad de pacientes atendidos en cada GRD y el peso específico de cada uno, es posible establecer la casuística o case mix de los prestadores sanatoriales, lo que equivale a establecer la complejidad económica en función de los pacientes atendidos en la organización.

$$CM = \frac{\sum_{i=1}^n (N^{\circ} \text{ de casos GRD } i \times \text{Peso relativo GRD})}{\sum_{i=1}^n (N^{\circ} \text{ de Casos GRD})}$$

n = número de distintos GRD que trata el hospital

El case mix sólo es indicativo de la mezcla de casos, no evalúa eficiencia asistencial. Comparando el case mix de distintas entidades asistenciales, podemos analizar si cada uno atiende pacientes más o menos complejos en función al consumo de recursos y no la eficiencia de cada uno de ellos. De modo que los análisis basados en los GRD pueden mejorar la asignación de pagos, pero no muestran resultados o impactos en la salud de la población, por lo que, con su aplicación, existe el riesgo de que el centro de atención de la valoración esté puesto en el consumo de los recursos, lo que podría llegar a inducir a seguir procesos clínicos en función de los costos, dejando de lado prácticas médicas con mejores resultados respecto a la calidad de vida.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, resulta relevante considerar que la literatura en salud reconoce otros sistemas de clasificaciones de pacientes basados en el estado o gravedad clínica, los que se relacionan con múltiples perspectivas que van desde la ética y el derecho a morir dignamente -cuando son pocas las posibilidades de sobrevivir- hasta la económica, que se vincula con la utilización eficiente de recursos escasos. Por esto, los sistemas de clasificación de pacientes que analizan el grado de severidad o gravedad pueden utilizarse en distintos escenarios y con variadas finalidades: investigación clínica, valoración de actuación, para medición de pronósticos en pacientes y elaboración de guías de cuidado, y también administración de recursos.

De ninguna manera se adhiere a la idea de que destinar recursos a pacientes en estado de gravedad significa dilapidarlos, pero esto no obsta estudiar las relaciones de costo de distintas prácticas alternativas -para pacientes con grado de severidad similar- que conduzcan a obtener resultados similares desde la perspectiva clínica y de la calidad de vida.

5.-Conclusiones

El universo poblacional analizado, beneficiarios de Obras Sociales Provinciales, es suficientemente representativo de la población con cobertura de seguro de salud (25% del total), mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia en todo el país. Esta representatividad le otorga el carácter de grupo de referencia dentro de los seguros de salud.

No obstante suele reflejar las características de fragmentación del sistema de seguros múltiples: falta de coordinación de políticas, programas e instrumentos de gestión comunes o compartidos que pueden generar mayor eficiencia asignativa y mejor poder de negociación con los prestadores.

En función de lo expresado anteriormente, la generación de información de gestión en pos de la planificación y control resulta sumamente relevante. Entre los diversos instrumentos disponibles se destaca el uso de indicadores clave, habida cuenta que en los casos de ausencia de información sistematizada, son instrumentos sencillos que posibilitan un primer avance para obtener información relevante en tiempo oportuno, en forma comparativa en el espacio geográfico y temporal. No obstante, se advierte la necesidad de ser precavidos a la hora de interpretar los resultados que arrojan, considerando que son instrumentos de evaluación de primera magnitud que indican determinadas tendencias o situaciones que deben ser complementadas necesariamente con el juicio crítico de aquellos que intervienen en la gestión de las organizaciones.

Dentro de la diversidad de cuestiones a ser controladas en las obras sociales, la demanda prestacional es una variable clave, en virtud que la cantidad y la ubicación geográfica de los usuarios cubiertos es importante para dimensionar los recursos humanos y tecnológicos necesarios, así como también para identificar la oferta de prestadores requerida para satisfacer esa demanda.

Luego, las tasas de uso, son indicadores que agregan información para la toma de decisiones, entendiendo que las mismas están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura y la conducta diagnóstico-terapéutica de los prestadores. Por su parte, las formas de contratación pueden incidir de modo importante en eficiencia y en la calidad del sistema. De este modo, en este escrito se ofrece un análisis reflexivo de la información que aportan para el control de gestión, las tasas relacionadas con las consultas y

las internaciones, en virtud de la importancia que tienen como señales de consumo y el impacto en los costos del sector.

6.-BIBLIOGRAFIA

- Asociación de Entidades de Medicina privada (Ademp)(2010) Revista ADEMP Nro. 95. Septiembre 2010. pags. 18 a 21. Tasas de uso para población urbana.
- Ballvé, A.(2000), "Tablero de control. Organizando información para crear valor", Ediciones Macchi, Buenos Aires, Argentina.
- Cosspra – UNL (ESS FBCB): "Observatorio de la seguridad social provincial / Recolección de datos, generación de indicadores de consumo e índices de precios, promedio nacional y por Región". Informe final 2013. Octubre 2013.
- De Geynt, W. (1994) Managing the Quality of Health Care in Developing Countries. WorldBank Technical Papers No 258.
- Dobanedian, A.(1998). The Quality of Care. How Can It Be Assessed?. Jama, 260 (12); 1743-1748.
- González García, G. y Tobar, F. (1997)."Más salud por el mismo dinero". Ediciones ISALUD, Buenos Aires, Argentina.
- Indec. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010
- Marracino C., Abadie J.P., Vera Figueroa M. (2000). Indicadores para el monitoreo de sistemas de atención médica. Consultado en <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/MarracinoVeraFigueroaAbadieINDICADORES.PDF>
- McStravic, R.E., (1978). Determining Health Needs. Health Administration Press, Ann Arbor, 31-53.
- Maceira, D; Cejas, C.; Olaviaga, S.; Reynoso, A.; Peralta, M.; Rodriguez, M. y otros (2010). Sistemas de salud locales: análisis de la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago en Córdoba, Salta y Tucumán. Revista Argentina de Salud Pública, 2(1), 13-17.
- Maceira, Daniel; Cejas, Cintia y Olaviaga, Sofía. ¿Por qué apostar a los seguros provinciales de salud?", Documento de Políticas Públicas / Recomendación N° 76 CIPPEC, Buenos Aires, abril de 2010.
- Mokate, K. (2003). Convirtiendo el "monstruo" en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO Noviembre 2003 (versión modificada). Serie de Documentos de Trabajo I-23.
- Mondragón Pérez, A.R. (2002), ¿Qué son los indicadores? En Notas. Revista de información y análisis, 19, 52-58.
- Pérez, J. y Carballo Veiga (1997) Control de la Gestión Empresarial. Textos y Casos. Editorial ESIC, Madrid 1997.

-Pineault, R y Daveluy, C (1995). La planificación sanitaria. Conceptos.Métodos. Estrategias. Segunda Edición. Masson, SA, Barcelona. Primer Edición, 1987.

-SNS España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 [monografía en Internet]. Madrid; 2012.

-Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y sociedad, 23(2), 83-108.