



Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud

Facultad de Ciencias Económicas – UNLP

Tesis

Análisis del Modelo Cápita médica ambulatoria de primer nivel ajustada por riesgo, aplicado a Institución Aseguradora.

Lic. Sebastián O. Genatti

Director: Dr Jorge Ríos

ÍNDICE

Índice.....	3
Introducción.....	4
Problema de Investigación.....	6
Hipótesis.....	6
Objetivos.....	6
Marco Teórico.....	7
Marco histórico-institucional en America Latina y el Mundo.....	7
Marco histórico-institucional en Argentina.....	8
Modelos de Prestadoras o Efectores de Salud.....	13
Modelos de Pagos.....	18
Indicadores de Monitoreo.....	22
El Pago Caputivo.....	27
Métodos de determinación de la cápita médica.....	32
Ajuste de las Primas por Factor de Riesgo.....	33
Determinación del Pago Caputivo.....	35
Calculo de uso (frecuencia).....	37
El caso de las Instituciones Aseguradoras.....	43
Conclusiones.....	48
Bibliografía.....	50
Anexo A: El Nomenclador Nacional.....	50

Introducción

La provisión de salud, constituye un área de servicios que se encuentran en el mercado y por lo tanto se encuentra sujeto a los mecanismos imperantes de oferta, demanda, costos y precios como todos los servicios que la sociedad utiliza.

La compra de servicios de salud es el proceso mediante el cual los gestores de salud retribuyen a los proveedores mediante recursos financieros asociados, con el fin de que estos últimos brinden prestaciones de salud, ya sea que se trate de un conjunto determinado o no.¹

El proceso de compra de servicios de salud no solo es relevante por proveer recursos destinados a la financiación de las intervenciones de salud, sino porque los métodos de pago que se determinen, deben generar los incentivos más adecuados para que las instituciones prestadoras de salud realicen dicha tarea eficientemente.

Asimismo, los modelos de pagos constituyen herramientas de gestión económico-financieras operando sobre la administración de los recursos. Debe considerarse, que la compra de servicios de salud, tiene un muy importante papel en la búsqueda y logro de un sistema eficiente, en cuanto se pretende que las diversas formas o modelos de pago contribuyan a la eficiencia en la determinación de los costos.

En líneas generales, la compra de servicios en un sistema sanitario, debe considerar tres aspectos: qué prácticas deben compararse, cuál es la forma de hacerlo y cuál es el mecanismo de pago y arreglo contractual más conveniente para el conjunto de agentes involucrados.

Un factor fundamental en la relación entre proveedores y compradores de salud, es el precio que los últimos deben pagar por el conjunto o unidad de prestaciones. Su importancia radica en que el precio (como en toda transacción económica) constituye una señal. En este caso el precio se convierte en una de las principales herramientas del sistema para brindar las predicciones adecuadas a los proveedores de salud. Dichas señales deben ser capaces de incentivar a las organizaciones a tomar decisiones de gestión que incluyan entre sus objetivos la

¹ Buglioli, M; Dean, A; Esponda, F; Raffaele, E. El pago capitativo de los servicios de salud por parte de SNS. Octubre de 2010. En: www.ccee.edu.uy

prestación de un servicio de calidad, la adecuada gestión de los recursos y un eficiente control de los costos.

De esta forma, los mecanismos o modelos de pago, se tornan parte fundamental de los arreglos institucionales para que dichos incentivos se transmitan adecuadamente a los agentes del sistema de salud.

Los mecanismos de pago a proveedores o como se denomina en Argentina, efectores de salud, son las distintas formas que dispone el agente financiero para transferir recursos hacia los proveedores de salud. Diferentes sistemas de pago, generarán diferentes incentivos en cuanto a eficiencia y calidad. Son determinantes para la eficiencia del sistema puesto que las decisiones acerca de gasto y nivel de producción dependen de las formas de pago.

Entre los mecanismos de pago utilizados, se destacan cuatro: pago por servicio, pago por egreso hospitalario, pago por presupuesto y pago por capitación.

La presente investigación, se centrará en el análisis del sistema de pago capitolativo en Argentina, tomando como modelo hipotético una institución aseguradora de la Provincia de Buenos Aires.

Problema de Investigación.

El sistema de salud cuenta con diferentes sistemas de financiamiento. Cada modelo tiene sus ventajas y desventajas y su elección juega un papel fundamental en la gestión sanitaria. El pago por cápita es un modelo de financiación o pago cada vez más usual en los sistemas de salud. Los métodos más utilizados para estimar una capita se creen subóptimos, debido a que no se identifican los determinantes relevantes en su valoración, tasas de uso, costos y precios de los servicios médicos. Tampoco se efectúan ajustes por riesgo en el valor de la capita. Esta información es vital para el desarrollo de programas de salud e inversión específicas y para definir estrategias comerciales, de sustentabilidad y previsión financiera, tanto en el ámbito público como privado.

Por tal motivo, la investigación tendrá por objeto el análisis del modelo modélico de sistema de pago capitative en el sector de la seguridad social, tomando un caso hipotético de una institución aseguradora de la Provincia de Buenos Aires.

Hipótesis.

El modelo de pago por cápita ajustada por riesgo constituye uno de los instrumentos más eficientes de financiación de los sistemas de salud.

Objetivos.

General:

- Analizar el modelo de la cápita médica en el subsector de la seguridad social.

Específicos:

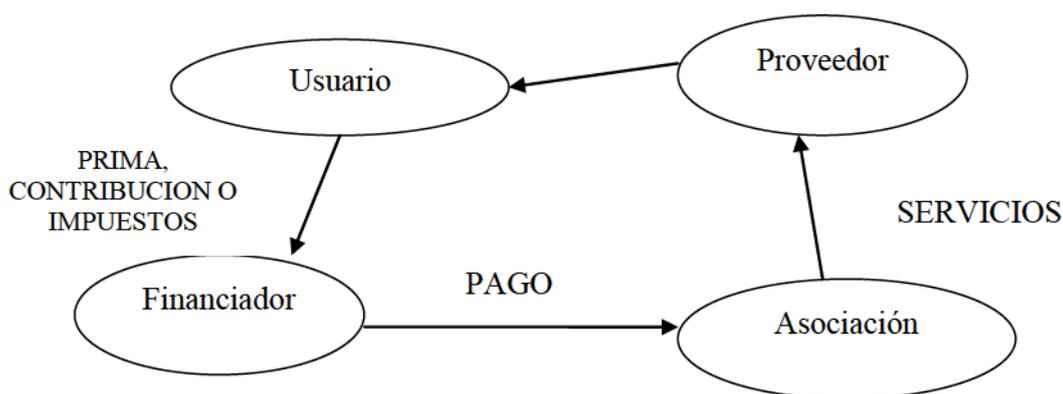
1. Identificar los diferentes modelos de pago de las prestaciones médicas.
2. Identificar los métodos para estimar la cápita médica y los ajustes.
3. Analizar la modelización del cálculo de la cápita médica ajustada por riesgo.

Marco Teórico

Marco histórico-institucional en America Latina y el Mundo.

El sistema de pago a prestadores define una parte clave de los estímulos vinculantes entre los agentes de los sistemas de salud. Como en cualquier sistema, tiene aspectos positivos y negativos que se manifiestan en la gestión de los mismos partiendo de los objetivos que se persiguen lograr. En un extremo se encuentra la remuneración fija, que representa el pago más puro, libre de convenios, que es el pago que se abordara en el presente trabajo denominado caputivo, caracterizado por que el riesgo financiero es soportado por los prestadores en su totalidad, el cual surge de la volatilidad de los costos. En el otro extremo, se encuentra el pago por acto, en el cual el riesgo de los prestadores es nulo, y la variación de gastos es soportado por lo financiadores. Esta variedad, se explica por un lado debido a la existencia de muchos agentes que intervienen en el sector, donde podemos encontrar a los prestadores de asistencia (médicos, hospitales, centros asistenciales, etc.), a los individuos que reciben la atención médica y a las aseguradoras tanto públicas como privadas, Por otro lado, por la existencia de multiplicidad del producto ofrecido.

Los actores principales que intervienen en el sistema de la salud son²:



² Jimenez, D; Piana, S; D'angelo, A; Calzzeta, F. Políticas y Sistemas de Salud, Modelos de Pago. Sistema de Pago Capitado. Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán. 2010.

Marco histórico-institucional en Argentina.

El sistema de salud en la Argentina, es el resultante de la coexistencia de tres sub-sistemas particulares: el público, el de las Obras Sociales y el privado. Cada uno de estos grandes grupos difieren entre sí respecto de su población objetivo, los servicios que prestan y el origen de sus fondos.

El sub-sistema público toma sus recursos del sistema de recaudación impositiva, brindando servicios de salud gratuita por medio de una red de hospitales públicos y centros de salud destinado principalmente a la población de bajos ingresos. Bajo este objetivo, su distribución geográfica de servicios es muy amplia y se sitúa cardinalmente en las zonas consideradas poco rentables para el sector privado.

Este sub-sistema de acceso público opera a través de los ministerios de salud en sus tres niveles Nacional, Provincial y Municipal.

El segundo sub-sistema denominado de las Obras Sociales, se consolidó como tal bajo la ley 18610 dictada en el año 1970. Está compuesto por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este sector se constituye como un seguro social para los trabajadores cuyo aporte es obligatorio, en el cual una parte es deducida de los salarios y otra abonada por el empleador, ambos casos por medio de aportes y contribuciones mensuales. Asimismo, amplía sus servicios al turismo. Las Obras sociales del régimen nacional, se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de los Servicios de Salud desde el año 1996. Este sector es muy permeable a las variaciones que sufre la economía de nuestro país, y en segunda instancia, a los cambios en los regímenes laborales impulsado por sindicatos y otros organismos a nivel Nacional e Internacional como la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El último participante del sistema de salud, es el Privado el cual nace con la denominación de empresas de medicina prepaga el cual agrupa un amplio y muy diverso grupo de entidades cuya oferta de servicios de salud presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras

Sociales³. Estas son básicamente empresas que a cambio de un pago mensual determinado ofrecen diferentes servicios según el plan que el usuario esté dispuesto a abonar. Las mismas se agrupan en dos cámaras empresariales: La cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República Argentina y la Asociación de Entidades de medicina prepaga, la cual representa a las empresas sin servicios propios. Como vimos, este sector se financia principalmente con el aporte voluntario de sus usuarios que generalmente tiene medianos y altos ingresos y que muchas veces cuentan con cobertura de seguridad social teniendo una doble o mixta afiliación. Justamente este fenómeno explica que un crecimiento significativo del desempleo en nuestro país como el de los años 90 no haya implicado una reducción significativa de las coberturas en Obras Sociales. Este sub-sistema está conformado por un gran número de entidades en su mayoría concentradas geográficamente en la Capital Federal y el gran Buenos Aires dada la gran concentración de empresas privadas, sus costos de operación son extremadamente altos y tienen escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Aquí lo que impera es el objetivo competitivo de tener la mayor captación de afiliados, por lo que se establecen contratos prestacionales con las Obras Sociales, constituyendo una estrategia de posicionamiento que puede beneficiar el gerenciamiento de los contratos capitados.

Observando un poco de historia, a partir del año 1993, la intervención del Sistema Sanitario Argentino se orientó hacia una reforma cuyo objetivo principal era producir cambios a nivel macroeconómico del componente seguro social solidario (conformado por las Obras Sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, INSSJyP) en el modelo de atención médica.⁴

La profundización del modelo de transformación del sector de seguridad social cuasi público, estableció la concentración de las Obras Sociales mediante la fusión y conformación de consorcios entre las mismas, como mecanismo de gestión eficiente.

Estas modificaciones en el sistema de salud, coinciden con un movimiento generado de reformas a nivel de la Organización Mundial de la Salud, nombrado nuevo Universalismo, entendiendo por tal a la distribución de cuidados esenciales

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

de la salud, con premisas de alta calidad, definidos a partir de relaciones de costo-efectividad. En esta visión, es clave la gestión del Estado, manteniendo su responsabilidad en la garantía del acceso y la regulación de los servicios de salud, sin ser necesariamente prestador de los mismos. Los cambios, se atribuyeron debido a la enorme presión que ejercen los costos de los sistemas de atención médica, las modificaciones en los perfiles de mortalidad de las poblaciones y la incorporación de nuevas tecnologías en el ámbito de la información. Estas modalidades de servicios implican el gerenciamiento de un paquete de prestaciones planificado sobre las necesidades de los pacientes, combinando estándares de calidad con planeamiento y control de presupuesto. Aquí se da la presencia de diversas técnicas para realizar el control de los egresos como lo son planificar la elección del paciente a una red acotada de prestadores, revisar las prácticas efectuadas en cada caso, la intervención de los médicos en la atención primaria como ingreso previo de derivaciones a otros especialistas y métodos de pagos con riesgo financiero para los proveedores, tales como la capitación de los servicios. Como resultado de estas medidas, los índices de ocupación de los pacientes en los hospitales están disminuyendo.

Ahora bien, citando a una Investigación del año 2002 realizada por la investigadora Licenciada Nelida Redondo, la cual realizó una encuesta de satisfacción de clientes del INSSJP encuadrada en un estudio del Instituto de la Administración Pública, surgen dos aspectos que amenazan la estabilidad del modelo de la medicina gerenciada: por un lado las instituciones y los médicos reciben presiones continuas para recortar gastos y en los pacientes aumenta la creencia que cuando realmente tengan una afección grave con prestaciones de Alta complejidad, las empresas le van a negar el financiamiento. Aquí surge la necesidad, según la Lic. Redondo, de no perder el foco en la prioridad de los sistemas de salud: la calidad en las prestaciones de salud.

De acuerdo al párrafo anterior, crece la necesidad de la adecuación del modelo a uno en el cual los cuidados estén centrados en el paciente, combinando la atención de alta complejidad con los cuidados gerenciados. Es aquí donde se requieren la participación de grandes fondos gubernamentales de investigación y la creación de fundaciones sin fines de lucro.

La encuesta realizada por la Lic. Redondo⁵, con el fin de mejorar e incrementar la calidad de los servicios en el INSSJP surgió que la disminución de los tiempos de espera para turnos de consulta a los médicos especialistas y el aumento de la calidad de las prestaciones médicas son las sugerencias que con más insistencia formularon los afiliados encuestados. En definitiva, se puso de manifiesto que los principales problemas vienen dados por la accesibilidad a los servicios y con la utilización de los mismos.

En cuanto al sistema regulado de un organismo gubernamental (Superintendencia de Servicios de Salud) es responsable de fijar las reglas de juego, el camino hacia un mercado interno posee el encanto y atractivo de su construcción teórica. En la realidad dicho encanto se transforma en desilusión, ya que ni los usuarios no son quienes compran o deciden conscientemente, ni la competencia entre seguros cuasi públicos y privados, obliga a los gestores de salud a considerar la equidad y ser consistentes en cuestiones de costo y calidad de los servicios.

Paralelamente, se extiende el modelo de la cápita como estrategia financiera de contención de costos que promueve la oligopolización y dispersión de la oferta en salud, como intento de resolver la captación privada de los financiadores por parte de los prestadores, intentando a su vez, promover una lógica natural de adaptación al proceso de transformación.

Al mismo tiempo la regulación de las empresas de seguro privado (pre-pagas) previa a la instauración de la libre contratación y elección por parte de los usuarios, tiende a establecer un marco apropiado a la formación de un mercado cuasi competitivo, entre Obras Sociales y Pre-pagas.

Por otra parte, la reforma del INSSJyP se basó en una estructura contractual centrada en la fijación de un valor cápita de referencia, sumado a un proceso licitatorio segmentado por regiones geográficas y servicios de atención resultantes de la atomización de la oferta de prestación en unidades de gestión/provisión de la atención de sus beneficiarios.

El modelo adoptado es similar al de competencia regulada, basado en el traslado de riesgos, asociado a una financiación fija predeterminada en base a un

⁵ Redondo N., Encuesta de Satisfacción a los usuarios del INSSJP: Alcances e Inferencias. Encuestas INAP. Año 2000.

monto estipulado y destinado a cubrir un paquete básico de prestaciones llamado Programa Médico Obligatorio, que incluye la casi totalidad de la atención médica.

Los seguros solidarios pasan de la situación de operar sobre el límite (evitando problemas financieros por riesgo moral) a tomar el control de la gestión sanitaria ente aseguradores y proveedores. De esta forma se intenta limitar el poder monopólico de los proveedores en la determinación de los precios, evitando la captura privada de los financiadores y pasando a la compra de servicios de acuerdo a las supuestas necesidades, preferencias y demandas de la sociedad.

Dicho modelo (impulsado en la última década) más que un instrumento de reforma, se convierten en un fin en sí mismo concebido bajo la filosofía de que la competencia estimula la eficiencia del sistema. Este principio económico que opera en el mercado tradicional, parece no producirse automáticamente en el mercado sanitario.

Los sistemas de pagos como instrumento de gestión *condicionan la oferta* de servicios dado que se puede estimular la subprestación, sobreprestación, la derivación o la retención del paciente por parte del profesional, dado que algunos modelos están limitados a los servicios curativos y otras son más compatibles con los servicios preventivos. También condicionan la demanda, dado que influyen en la relación médico-paciente de determinada manera. Por último condicionan la gestión, dado que permiten determinar cuánto servicio es distribuido, de que clase y cuanto es su costeo.

En un estudio⁶ realizado para el año 2002 por el Investigador del CONICET, Daniel Maceira, en el que se busco demostrar las desigualdades en el financiamiento de los sistemas de salud entre provincias y regiones, y asimismo, denostar cual es el papel desempeñado por el Estado en la reducción de los mencionados desvíos.

En la Argentina, siguiendo a Maceira, el financiamiento y la prestación de servicios se encuadran en mercados anómalos, debido a la presencia de asimetrías en la información entre los agentes intervinientes (prestadores, médicos, pacientes, proveedores y financiadores), por lo que se requiere de fuertes medidas regulatorias con controles que aseguren el funcionamiento en condiciones eficaces. Esta participación Estatal viene dada por el nivel de riqueza de cada país, lo que

⁶ Maceira D. Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET. Año 2002.

para el año de la investigación realizada por Maceira, muestra un Estado devastado por las privatizaciones, una economía en crisis y un horizonte de crecimiento muy incierto, en el que las desigualdades sociales se potenciaban en referencia al acceso a la salud y por consiguiente al control tanto en el financiamiento de los prestadores, como en su enriquecimiento a costa de brindar un servicio de calidad.

Modelos de Prestadoras o Efectores de Salud

Denominamos modalidad prestadora al conjunto de efectores que componen la oferta de servicios de atención médica independientemente de su complejidad, tamaño y especialidad. Para esta definición prestador y efector son sinónimos⁷.

El conjunto de prestadores puede estar organizado de acuerdo con el mismo criterio de estratificación por niveles descrito en el análisis de prioridades de coberturas. En aquella circunstancia la estratificación definía el menú prestacional, en este caso define los distintos tipos de prestadores que se incluyen en cada nivel.

Habitualmente la organización de la oferta prestadora no sigue criterios de interrelación programada (sean estos por niveles u otros). No obstante utilizamos el esquema de niveles a los efectos de facilitar identificar los distintos tipos de efectores o prestadores que se incluyen en las leyes de habilitación y del ejercicio profesional.

DISTINTAS MODALIDADES PRESTADORAS

Los prestadores o efectores señalados pueden organizarse a través de distintas modalidades, estas son:

MODALIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS PUBLICOS

Existen distintos tipos de organizaciones, conocidos a través de diferentes denominaciones, que en general se identifican con programas o proyectos de atención médica propiciados por organizaciones públicas o internacionales (OPS,

⁷ Marracino C., Modalidades, Modelos y Sistemas de la Atención Médica. Fundación Donavedian. Programa de educación a distancia. Año 1998.

OMS, etc.) como por ejemplo: Servicios de Salud Provinciales integrando a la red de establecimientos y hospitales públicos dependientes de una Provincia, habitualmente poco descentralizados, aunque progresivamente se esté generalizando la adhesión a Hospital de Autogestión (autárquico descentralizado)⁸. Áreas Programáticas que son una forma de organización regional de Servicios Públicos (Hospital Público) incluidos en una determinada área geográfica que coincide con el flujo de población. Posee un centro de atención de complejidad suficiente como para atender la mayoría de los casos que les son derivados por los centros de atención de menor complejidad. Las características básicas identificadas son escalonamiento y derivación de la atención en relación con el tipo de complejidad del establecimiento.

Sistemas Locales de salud es así denominado una propuesta impulsada por la OPS. Incluye fundamentalmente el criterio de una administración descentralizada y única, relacionada con una estructura de tipo municipal o similar. En general se refiere a la constitución de una única red donde se integrarían todos los prestadores, Públicos, de Obras Sociales y privados.

MODALIDAD PRESTADORA CORPORATIVA

Aquí encontramos a los agrupamientos de prestadores privados a través de su vinculación gremial profesional o empresaria, y dentro de estas, fundamentalmente las denominadas organizaciones que ostentan la representación a nivel Provincial o Jurisdiccional (Federaciones, Asociaciones). Son conglomerados que responden al tipo de organización gremial que en dicho territorio representan. (Médicas, Sanatoriales, Bioquímicas, Odontológicas, Anestesiastas, y eventualmente otras.)

Condicionan la elección de la modalidad contractual que debe responder a este tipo de organización y que históricamente fue el pago por prestación con libre elección y con valorización fraccionada, (honorarios y gastos). Esta articulación matriz o modalidad prestadora corporativa - modalidad contractual por acto médico (con sus desfasajes y sus desajustes) es el desarrollo de la atención médica en la República Argentina en las décadas del 1970 y del 1980.

⁸ Ibidem.

MODALIDAD PRESTADORA POR AGRUPAMIENTOS EMPRESARIOS

Esta modalidad comprende el agrupamiento de los prestadores a través de vinculaciones empresarias, por acuerdo de intereses u objetivos comunes.

Estas organizaciones (UTE - Unión Transitoria de Empresas, ASE - Asociación de Servicios Empresarios, S.A. - Sociedad Anónima, etc.) agrupan principalmente a un número pequeño de establecimientos, los cuales actúan como titulares formales, los cuales obtienen la “adhesión” de sólo aquellos prestadores que sean necesarios para la prestación contratada⁹. En este caso la adhesión funciona como una subcontratación.

La modalidad contractual habitual con las prestatarias de coberturas, es la capita, y con los prestadores individuales muy variada (módulos, subcapitas, prestación). No funcionan como verdaderas redes (salvo excepciones); no poseen las garantías básicas requeridas, ni la tecnología de gerenciamiento, y representan una respuesta organizativa al estímulo competitivo de precios de la cápita y a la obligatoriedad institucional de asegurar las fuentes de recursos.

MODALIDAD PRESTADORA ADMINISTRADA POR LA PRESTATARIA

Comprende al conjunto de prestadores contratados directamente por una prestataria de cobertura, independizándose de la existencia o no de agrupamientos corporativos empresarios u otros que pudieran existir en una determinada jurisdicción.

En estos casos la prestataria de coberturas asume además la organización de las vinculaciones prestadoras en forma directa.

Esta modalidad ha sido comúnmente utilizada tanto por la seguridad social (Obras Sociales) como los prepagos en los grandes conglomerados urbanos (Capital Federal y Conurbano, Rosario, Córdoba, y otros).

⁹ Ibidem.

MODALIDAD PRESTADORA REDES DE SERVICIO

Se corresponde a la organización de la oferta a través de la gradación por niveles siguiendo el mismo esquema descrito en las modalidades de cobertura pero en este caso, utilizadas para definir quien efectúa la atención.

Por lo expuesto es la organización de servicios de atención médica la que desarrolla programas u objetivos comunes, destinados a lograr una mayor eficiencia y calidad de la atención médica y constituyen una unidad jurídica formal.

Características Básicas de una Red de Servicios: Una Red de Servicios debe tener como mínimo las siguientes características¹⁰:

- Debe incluir los niveles de cobertura incorporados en el contrato, atendiéndolos integralmente.
- Debe garantizar una accesibilidad óptima, evitando derivaciones innecesarias, sobreprestación, rechazos u otras ineficiencias.
- Debe incluir a efectores de magnitud suficiente como para atender la demanda estimada, evitando la sobreoferta de servicios.
- Debe garantizar un adecuado costo, a través de servicios eficientes, confiables, que garanticen la calidad de la atención que brindan.

Garantías Requeridas a las Redes de Servicios¹¹:

- **Garantías Asistenciales:** Son aquellas que tienden a avalar la efectividad y la eficiencia. La red de servicios debe demostrar la existencia de una serie de recaudos que en su conjunto signifiquen la voluntad y la preocupación por mejorar la calidad de la atención médica y no sólo el mero cumplimiento de obligaciones burocráticas.
- **Garantías Operativas y de Gestión:** Son aquellas que tienden a garantizar la eficiencia. La red de servicios debe demostrar la existencia de una tecnología de gestión idónea, preocupada por los resultados operativos de la misma. Dentro de estas se encuentra el “Managed Care” que tiene dos

¹⁰ Tobar F., Herramientas para el análisis del sector salud. Año 2002.

¹¹ Ibidem.

significados diferentes, a) Medicina Dirigida, donde las conductas esperadas son las de contención del uso de los servicios con el menor costo posible, como ejemplo es el médico de cabecera “guarda barrera” con topes y restricciones normativas. y b) Medicina Gerenciada, donde las 25 conductas esperadas son la contención y rápida resolución de los problemas a través de una efectividad clínica adecuada, ejemplo, el médico de cabecera clínico o pediátrico con entrenamiento clínico continuo en problemas prevalentes.

- Garantías Económico-Financieras: Son aquellas que tienden a demostrar una capacidad empresarial equivalente a la tarea asumida.
- Garantías Jurídicas: Son aquellas que tienden a demostrar la constitución formal de la red en términos jurídicos y su capacidad de contratación.
- Garantías Profesionales: Son aquellas que tienden a garantizar la idoneidad de los efectores profesionales integrantes de la red.

Tipos de Redes de Servicio:

Se las puede clasificar según su Complejidad o según su Integralidad:

- *Según su Complejidad:* Desde este punto de vista y de acuerdo al tipo de actividades que cubre pueden clasificarse en¹²:

- .-Red Polivalente de Atención Médica.
- .-Red Especializada en Medicina Laboral.
- .-Red Especializada en Emergencias.
- .-Red Especializada en Salud Mental.
- .-Red Especializada en Pediatría.
- .-Red Especializada en otras especialidades.

- *Según su Integralidad:* Se entiende que una red de servicios puede cubrir todos o algunos de los niveles de atención médica por lo cual pueden clasificarse en:

- .-Red Integral (1º, 2º y 3º nivel)
- .-Red de 1º nivel.

¹² Ibidem.

- .-Red de 2º nivel.
- .-Red de 3º nivel o Alta Complejidad.
- .-Red según sus combinaciones parciales.

Modelos de Pagos

Los sistemas de pago o modelos de pago son la forma de organizar la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes¹³. Los sistemas de pago plantean una situación microeconómica, que afecta al comportamiento de los agentes económicos a nivel individual, configurando sus incentivos económicos y el riesgo al que se ven sometidos en el ejercicio de su actividad. Los modelos de pago son los incentivos más poderosos con los que cuentan los gestores en salud y de acuerdo al modelo que utilicen se puede alterar la conducta de prestadores o entidades intermedias, modificando su productividad y calidad de las prestaciones, la previsibilidad y el control de los costos globales por los que se remunera la atención médica.

Los sistemas de pagos pueden ser agrupados, de acuerdo a en qué momento el financiador realiza el pago a los proveedores de los servicios, en retrospectivos y prospectivos. Según el sistema que utilicemos nos va a brindar previsibilidad en el gasto o no. Los modelos de pago retrospectivos o por honorarios son menos previsibles porque el asegurador debe pagar cada mes la factura que le presentan los prestadores y tiene poca capacidad de prever el gasto. Paralelamente le proporcionan un estímulo para todas las funciones buscadas por un médico, incluyendo ver muchos pacientes y variadas situaciones ambulatorias. Este modelo tiende a elevar los costos de atención, fragmentando el cuidado al paciente y es difícil de coordinar dentro de un sistema de salud. En este modelo se prioriza el incentivo al médico para maximizar el número de consultas, intentando aumentar la renta. En cambio los modelos de pagos prospectivos son aquellos en donde la entidad aseguradora o financiadora preestablece los volúmenes a ser pagos con diferentes grados de rigidez como es el caso de estudio. Esta modalidad llevan al paciente a generar un vínculo más fluido con su médico posicionándolo

¹³ Alvarez, B; Pellisé L. y Lobo F; Sistema de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE, Revista Panamericana Salud Pública N° 8. Año 2000.

como una fuente regular de cuidados. Como consecuencia de la alta calidad proporcionada en la atención, se reducen los costos, Pero también genera incentivos no esperados, que pueden venir dados por la manipulación por parte de los médicos al atender pacientes de bajo riesgo.

El siguiente cuadro muestra una breve descripción de los sistemas de pago:

Sistema de Pago	Concepto	Previsibilidad del Gasto	Incentivo Económico	Eficiencia
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Retrospectivo	Maximiza el número de actos médicos	Incentiva la actividad y la sobreutilización
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Retrospectivo	Minimiza el esfuerzo en el trabajo	Puede incentivar la actividad y sobreutilización. Sobredimensión de los médicos
Pago per cápita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Prospectivo	Maximiza la afiliación y minimiza los costes de la asistencia	Fomento de la integración y de la prevención cuando es eficiente
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Retrospectivo	Maximiza el número de estancias y minimiza el coste medio de la estancia	Se fomenta la actividad hospitalaria
Pago por ingreso hospitalario	Se paga al hospital por paciente ingresado, independientemente de la duración del ingreso	Retrospectivo	Maximiza el número de ingresos y minimiza el coste medio de cada ingreso	Se fomenta la actividad hospitalaria
Pago por presupuesto	Se paga por una actividad poco concreta en un plazo o tiempo	Prospectivo	Minimiza los costes	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información

Fuente: Adaptado de Alvarez Begoña, Laura Pellisé y Félix Lobo

Como vimos, los sistemas de pagos se definen en función de dos vectores, los incentivos y la distribución de riesgos, de la combinación de ambos surgirá una

gama de posibles sistemas de remuneración, cuyo óptimo dependerá del grado de equilibrio logrado entre ambos. El problema radica en encontrar los límites de justificación de las variaciones en los costos dentro de un sistema de salud complejizado por la multiplicidad de intereses a veces contrapuestos entre el financiamiento y los riesgos.

Ampliando el análisis sobre algunos países de los considerados desarrollados, podemos encontrar que la remuneración de la atención sigue las tendencias de los sistemas mixtos de pago por servicios a los médicos con compromiso, generando una tensión entre incentivos contrapuestos. Por otro lado, los que pagan a sus médicos por servicios tratan de limitar la discrecionalidad, buscando volver más eficiente la relación atención/recursos. Para finalizar, se ve que los modelos están dando un proceso de traslación de los costos pasando a modelos prospectivos, principalmente en el modelo capitado.

Citando a Daniel Macerira¹⁴, que para Octubre del año 2002, presentó un seminario sobre el Financiamiento y la Equidad en el sistema de salud Argentino, comentaba que en estudios realizados en América Latina y otros continentes, muestran que la capacidad del Estado para participar en los mercados de salud está asociado con los niveles de riqueza del país. De este modo, naciones con menor desarrollo y consecuentemente, mayor porcentaje de la población por debajo de la línea de la pobreza contarán con sectores públicos de participación reducida en el financiamiento y en la provisión de servicios frente a otros desarrollados.

En opinión de Mariangela Leal Cherchiglia, que en el año 2002, trabajando para la Organización Panamericana de la Salud, presentó un trabajo¹⁵ sobre los Sistemas de Pagos y Práctica Médica, existe una falta de información y estudios sobre las formas de remuneración de los médicos en Latino-América, en cuanto a los sistemas de remuneración practicados las organizaciones pero que también revele las interpelaciones, entre las formas de pago y posibles cambios de la

¹⁴ Maceira D. Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET. Año 2002

¹⁵ Cherchiglia, M. L.; Sistemas de pago y práctica médica: Teoría y evidencia empíricas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible: http://www.esmed.com.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/modulo_10/sistpago_practmed.pdf; Año 2002.

gestión médica. En su trabajo cita a otros trabajos pero de los años 90 realizados por Giraldi S.N. en el año 1994 que realizó estudio de casos en Uruguay y por la misma Cherchiglia en el mismo año y para el año 2000 realizados en Brasil.

En Uruguay se encontraron formas de pago por la atención médica que van desde la retribución directa de los honorarios entre el que suministra la prestación y el usuario, sin la participación del pagador, y en el otro extremo la presencia de un salario mixto, que contiene una parte fija y otra variable abonada por el ente financiero en función de las horas de atención brindadas.

En Brasil por el contrario se observa la preponderancia del pago por tiempo con un salario digno que faculte un único empleo, siendo muy contrario a la remuneración en base a resultados, que se sostiene en la necesidad de especificidad de la producción en salud, y al mismo tiempo, en la dificultad de medir esa productividad dado la multiplicidad de atenciones que se brindan en el sector público.

Se presenta a continuación un cuadro que describe algunos de los países integrantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico de la que implementaron el modelo ajustado por riesgo¹⁶:

PAIS	Plan Sanitario	Factores de ajuste de riesgo		
		Nivel individual	Nivel plan sanitario	Otros
ALEMANIA	Seguro de enfermedad (carácter laboral y competitivo)	Edad, sexo.		Renta media individual del seguro
AUSTRALIA	17 Áreas geográficas sanitarias	Edad, sexo, minoría étnica, "sin techo"	Mortalidad, nivel educativo, ruralidad	Utilización sanidad privada, flujos de desplazados, variaciones de costes.
BÉLGICA	100 seguros de enfermedad (en torno competitivo)		Edad, sexo, desempleo, invalidez, mortalidad, urbanización.	
CANADA	17 Servicios Sanitarios regionales	Edad, sexo, minoría étnica, renta	Dispersión de la población	Flujos de desplazados, variaciones de costes
ESCOCIA	15 Consejos sanitarios	Edad, sexo	Mortalidad	Costes de ruralidad

¹⁶ Rice N. and Smith P., Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey, Center for Health Economics, The University of York. Year 1999.

ESTADOS UNIDOS	Medicare	Edad, sexo, invalidez, renta, diagnósticos hospitalarios previos,	Mortalidad, ancianos viviendo solos, renta nacimientos con bajo peso.	Costes laborales
ESTADOS UNIDOS	Veteranos	Nivel de dependencia	Mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil	
FINLANDIA	452 municipios	Edad, invalidez	Archipiélagos, lejanía	Base fiscal de los individuos en el municipio
FRANCIA	25 regiones	Edad		En fase de implementación
HOLANDA	26 seguros de enfermedad (competitivos)	Edad, sexo, situación laboral	Urbanización	Renta media individuos del seguro
INGLATERRA	100 regiones sanitarias	Edad	Mortalidad, morbilidad, desempleo, ancianos viviendo solos medidas de pobreza, bebés nacidos con bajo peso.	Variación de costes
IRLANDA DEL NORTE	4 consejos Sanitarios (geográficos)	Edad, sexo	Mortalidad, ancianos viviendo solos, medidas de pobreza, bebés nacidos en bajo peso	Ajustes por costes en zonas rurales
ITALIA	21 gobiernos regionales	Edad, sexo		
NORUEGA	19 condados (gobiernos regionales)	Edad, sexo	Mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil	Base fiscal
NUEVA ZELANDA	4 Regiones	Edad, sexo, minoría étnica, renta	Ruralidad	
PAISES DE GALES	5 Autoridades sanitarias regionales	Edad, sexo	Mortalidad	Ajuste por costes de la dispersión
SUIZA	200 fondos de enfermedad	Edad, sexo, región		Renta media individuos del fondo

Fuente: Rice N, Smith P (1999)

Indicadores de Monitoreo

Ahora bien, a partir de las divergencias citadas en cada modelo, es imperioso plantear de qué manera se puede monitorear el desempeño en el conglomerado sistema de salud. A este efecto, el Dr. Camilo Marracino para el año 1998 realizó un estudio sobre los indicadores para el monitoreo de sistemas

organizados por entidades financiadoras de prestaciones medicas, como mutuales, obras sociales, etc¹⁷.

El escritor cita como antecedentes al Sistema de Estadísticas de Salud de Obras Sociales del año 1985, que contenía 12 indicadores relativos a la Utilización, costos, producción y calidad, los cuales eran informados por las prestadoras nacionales para formar una base de datos centralizada. Con los avances en los sistemas de pagos, principalmente en la modalidad por cápita, se volvió imperiosa la necesidad de crear indicadores más enfocados en la utilización y los costos. En nuestro medio, la seguridad social ha impulsado la tercerización de los servicios de salud, así se genero los modelos gerenciados de atención en la salud, incluyendo los esquemas de monitoreo para evaluar los servicios contratados en dicha modalidad, a pesar de que muchos de los sistemas de prestación de salud no contenían indicadores.

Es importante diferenciar, según el Dr. Marracino, los indicadores administrativos de los clínicos, siendo dos líneas paralelas y complementarias para las pautas de calidad y eficiencia buscadas¹⁸. La razón del monitoreo es lograr que la organización del sistema de salud utilice con la máxima eficiencia sus recursos para responder a los objetivos prefijados. Permite disponer de información e índices derivados del proceso administrativo, posibilitando un análisis más fundado de los mismos. Los indicadores son expresiones cuantitativas de una relación que permite llamar la atención sobre un problema o suceso. En el caso de una empresa de salud, se deberán contemplar indicadores diferenciados, por un lado para los niveles intermedios de supervisión de los prestadores y para los niveles superiores de la Organización para poder evaluar los resultados finales y su impacto. Esto justifica el tener dos especies de monitoreo, el de procesos y el de resultados. El primero requiere un adecuado soporte informáticos, que provea datos para la corrección de desvíos. En el Cuadro que sigue a continuación se indican una serie de operatorias y procesos de uso frecuente en los sistemas de atención médica y las alarmas que dan un toque de atención para corregir esos desvíos en el monitoreo de operaciones¹⁹.

¹⁷ Marracino C., Abadie J. P. y Figueroa M. V. Indicadores para monitoreo de sistemas de atención. Disponible: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/MarracinoVeraFigueroaAbadieINDICADORES.PDF>. (s/f).

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem.

Operatoria	Indicador
Consulta Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en la asignación de turnos. • Rechazo de la atención.
Consulta de Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Tardanza en la atención efectiva.
Autorización de Practicas ambulatorias de Alta Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras asignación de turnos • Practicas que no concuerdan con el diagnostico. • Solicitud de los profesionales fuera de estándares fijados.
Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con estadio superior a estándar. • Casos con complicaciones infecciosas.
Control de padrones de afiliados	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes no incluidos. • Pacientes incluidos indebidamente.
Auditoria de Facturación	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de debitos. • Principales causales de debitos.

En el monitoreo de resultados, aquí la que genera mayor caudal de información es la vinculada a la producción de los servicios y su relación con la estructura de la población cubierta, siendo esta información objeto de observación y en particular voluminosa. Aquí es un punto clave, la composición demográfica estructural tomando como punto de análisis la magnitud y distribución interna por edad y sexo, debiéndose determinar a cuantos se está atendiendo, donde están y quiénes son los pacientes que recibirán la atención. Además, es posible identificar los grupos de riesgos, así como criterios que habitualmente se incluyen como las llamadas estadísticas de defunciones.

Para este monitoreo gerencial de resultados es preciso obtener información que en el siguiente cuadro se detalla²⁰:

Operatoria	Indicador
Facturación mensual de Prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Área Geográfica • Conjunto de prestadores • Lugar de Atención
Debitos y Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Facturación
Variaciones en la Facturaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Principales prestadores • Relación con Cambios Tecnológicos

²⁰ Ibidem.

Variaciones en la Facturaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el sistema (aranceles, controles, educación, nuevos prestadores)
---------------------------------	---

Muchos planes de atención médica están constituidos sobre la base de un modelo de contratación entre los financiadores de coberturas y prestadores privados o estatales. A través de distintos modelos: por prestación o acto profesional, por módulo o por capitación. La correspondencia económica se rige por acuerdos incluidos en los contratos que dan origen a las operatorias de facturación que proporcionan información económica y estadística sobre la cantidad de prestaciones y su valor económico.

Muchas veces la información de la facturación es la única disponible sobre producción. En estos casos se requiere un especial análisis para ser considerada como estadística de producción real, así como para compatibilizar las unidades de medida utilizadas. Sin embargo es información relevante para valorar el funcionamiento económico del sistema.

Profundizando el análisis en lo referente a indicadores, están constituidos por razones, proporciones y tasas, siendo relaciones entre un numerador y un denominador. Hablamos de *razones* cuando los factores son de distinta naturaleza, *de proporciones* cuando hay un valor inferior en el numerado que es incluido por el denominador y hablamos de *tasas* cuando el numerado contabiliza hechos de riesgo y lo relaciona con un denominador que incluye a toda la población expuesta al mismo hecho.

En lo referente al estudio realizado por el Dr. Marracino²¹, los indicadores pueden ser agrupados bajo ciertos criterios como la utilización y consumo de beneficiarios de la salud. Las tasas de uso están influidas por la petición de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores. Existe una relación estrecha entre ambas conductas 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.

²¹ Ibidem.

La designación de los indicadores responden a los objetivos del monitoreo. Por ejemplo, si el objetivo es observar el comportamiento de la demanda global de la población, los indicadores de elección serán aquellos referidos a la utilización de consultas o de egresos.

Otro indicador clave dentro de los prioritarios es el de consulta por beneficiario al año, aplicándose al total de las consultas de un periodo sobre la población beneficiaria total, siendo un excelente indicador de consumo y accesibilidad de servicios.

En cuanto a las prácticas de diagnóstico y tratamiento se construyen relacionando prácticas realizadas, agrupadas por tecnología, sobre el total de beneficiarios en un período determinado. Se producen por los requerimientos de la población que además están parcialmente condicionadas por la conducta prescriptiva de los profesionales y por la facilidad de parte de los beneficiarios a la consulta. Por lo expuesto, su utilidad como indicador de consumo es relativo, siendo en cambio de gran utilidad para el análisis de los costos por cápita.

En lo que respecta a los costos, estos indicadores varían de acuerdo con el tipo de morbilidad y demanda, estando influidos por los modelos contractuales vigentes en el sistema. En este sentido una modalidad capitada mostrará valores casi fijos, en cambio una modalidad contractual de pago por prestación existirán variaciones. La estimación de los costos se obtiene a través del cociente entre el gasto y la producción correspondiente.

Para determinar el costo de asistencia de un modelo de atención médica, el numerador es la sumatoria de las erogaciones producidos por el consumo mensual de las prestaciones que brinda el sistema y el denominador está representado por la población cubierta.

El Dr. Marracino cita²² a los indicadores que exponen el nivel de satisfacción de los beneficiarios y prestadores, los cuales muestran la opinión y participación de los principales actores de un sistema de atención médica y adquieren relevancia a partir de la consigna empresarial "el cliente siempre tiene razón" o de la médica "el paciente es el sujeto de la atención". En general, desde el punto de vista comercial

²² Ibidem.

se trata de mostrar, ante la competencia y los potenciales clientes, que el método tiene pocas quejas.

El Pago Caputivo

La financiación caputativa por riesgo constituye uno de los instrumentos de regulación más potentes para fomentar la cooperación entre los proveedores y la integración entre niveles asistenciales. La financiación caputativa no es una solución sino un instrumento al servicio de la transición de un sistema de salud fragmentado a un sistema más integrado.

Citando a Mariangela Leal Cherchiglia, que para el año 2002, trabajando para la Organización Panamericana de la Salud, presento un trabajo sobre los Sistemas de Pagos y Práctica Medica, en el cual comenta que el histórico dominio del pago de los honorarios por acto para los médicos a perdido terreno por el pago por capitación e inclusive por salarios.

En su trabajo cita como la OIT para el año 1985, reconoce dos sistemas principales de remuneración: uno por resultados y otro por tiempo. El primero está sujeto a variaciones que dependen del tipo, cantidad y calidad de los servicios prestados. En el segundo el tiempo es el factor determinante medido desde el momento que el trabajador está disponible para su empleador, siendo el médico contratado por las horas que trabaja en el centro asistencial, recibiendo un salario anual convenientemente mensualizado.

La capitación puede ser definida como la suma de los fondos destinados a los servicios de salud asignados a una persona durante un periodo de tiempo. Por lo tanto, el modelo de capitación pone un precio a la salud de cada individuo²³. Tal valor es siempre inferior que el costo medio de un tratamiento previsto para una especialidad médica. La capitación es vista como un mecanismo para asegurar la equidad y la eficiencia en los objetivos de atención de la salud²⁴. Podemos

²³ Rice N. and Smith P., Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey, Center for Health Economics, The University of York. Year 1999.

²⁴ Ibidem.

distinguir entre capitación total, cuando se aplica a todos los servicios de salud, o capitación parcial, se aplica a alguno/s de los servicios de salud²⁵.

Los sistemas de salud, al optar por este mecanismo de pago a los proveedores, pueden hacerlo incluyendo solo determinados servicios (ambulatorios) o eligiendo un paquete integrado de prestaciones.

La elección de un sistema de pagos no integrados conduce a la fragmentación del proceso de atención, en cuanto tiende a favorecer la competencia entre niveles, la duplicación de los servicios, el uso inadecuado de tecnología y la diferenciación de servicios.

Por otra parte, la opción de pago per cápita por prestación integral conlleva una serie de ventajas en el plano económico y en el de salud pública. Beneficios económicos como mayor eficiencia por la reducción de prestaciones innecesarias y la promoción de una adecuada utilización de los recursos.

En el plano sanitario, se logra una mayor coordinación de las diferentes instancias necesarias en la provisión asistencias a pacientes a pacientes de acuerdo a sus necesidades (continuidad asistencial) puesto que se identifica a un responsable en brindar asistencia integral al paciente.

Este mecanismo de pago incentiva la articulación de las diferentes modalidades, evitando la fragmentación del sistema. Entendiendo por tal, la conformación de una red de servicios coordinada que permite la asistencia longitudinal de un grupo poblacional determinado (cuyos consumos y/o usos sanitarios presentan un riesgo financiero) logrando más ventajas (sanitarias y económicas) que inconvenientes.

No obstante las ventajas que presenta el pago capitolativo por prestaciones integrales, si este no mantiene relación con las características de los usuarios, el proveedor de los servicios tendría que asumir el riesgo.

Este caso, denominado pago per cápita puro o sin ajustes, conllevaría problemas como ser la selección de riesgos. Es aquí donde los mercados de salud presentan determinadas fallas de mercado generando problemas de incentivos.

²⁵ Telyukov A., Guide to prospective capitation with illustration from Latin America, Health Sector Reform Initiative, 51. Año 2001.

Se destacan:

- El riesgo moral. Ocurre cuando, (al contar con una cobertura en salud) los usuarios tienden a consumir mayor cantidad de servicios que los necesarios, desestimando el cuidado de su salud.
- Asimetrías de información, manifestadas en tres aspectos:
 - El médico cuenta con mayor información que el paciente, pudiendo inducir la demanda.
 - Asimetría médico-institución prestadora, derivando en el uso ineficiente de recursos.
 - El consumidor cuenta con mayor información que el proveedor en cuanto a su salud y la percepción sobre su futuro estado de salud, pudiendo derivar en un proceso de selección adversa. Los grupos de menor riesgo dejan el mercado quedando los de mayor riesgo.
- Problemas de Agencia. Donde las asimetrías de información se conjugan con costos de supervisión altos.
- Selección de riesgos por parte de los prestadores de servicios. Se incentivaría a los prestadores a atraer a los usuarios con más bajo riesgo.

Los diferentes sistemas de pago pueden contribuir a la resolución de los problemas destacados.

El mecanismo de pago capitolativo ajustado por riesgo, tiene como objetivo desincentivar la selección de riesgos y el aumento de los incentivos a la eficiencia. En este caso, el pago per cápita varía de acuerdo a las características de los afiliados y/o de los costos estimados de asistencia. En este sistema, el riesgo es absorbido por el agente financiero.

No obstante, los sistemas de pago capitolativo varían de acuerdo a la existencia de una base territorial (como es el caso del sistema español e inglés) o la ausencia de ella, donde se torna fundamental evitar la selección de riesgos.

En el primer caso, el objetivo es lograr un ajuste de riesgos tal, que permita la misma financiación para mismas necesidades.

En cuanto al riesgo financiero, aquellos prestadores con gran número de personas afiliadas serán menos vulnerables a los vaivenes de la demanda de servicios que quienes posean un grupo más reducido.

Por tal razón es importante asegurar un mínimo de población, en función de consolidar ciertos niveles de riesgo. Es fundamental en este caso determinar cuál es la amplitud de la población cubierta por el proveedor, para que el mismo pueda gestionar el riesgo.

Las experiencias del Reino Unido desde un umbral de 250 mil personas hasta un mínimo de tres mil.²⁶

Las ventajas del pago capitolativo en cuanto a reducción de costos y prevención, ha llevado a muchos países a introducirlo como el principal mecanismo de pago de sus sistemas. Tal es el caso de Uruguay donde el mismo se incorpora como método de pago a prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el año 2007, dicho país realiza la reforma del sistema de salud, mediante la Ley 18.131 “Creación del Fondo Nacional de Salud, del mismo año.²⁷ Dicha reforma introdujo dos nuevas modalidades en el pago a los prestadores de salud: el pago ajustado por riesgo y el pago por desempeño, de los cuales destacaremos el primero.

Como vimos en los capítulos precedentes, en el caso uruguayo, la estimación del pago ajustado por riesgo sufrió restricciones. La información disponible era escasa, lo cual impidió la utilización de los métodos más sofisticados. Tampoco se dispuso de estudios sobre costo eficiente de los servicios que deben prestar las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ni de información sobre el gasto de los usuarios pertenecientes a diferentes grupos.

Por tal motivo, en la práctica, se determinó la estimación del gasto esperado de los usuarios, a través del análisis retrospectivo del gasto asociado a las variables demográficas: sexo y edad.

²⁶ Buglioli, M; Dean, A; Esponda, F; Raffaele, E. El pago capitolativo de los servicios de salud por parte de SNS. Octubre de 2010. En: www.ccee.edu.uy

²⁷ Ley 18.131. Sindicato Médico del Uruguay. Sitio Web. En: www.smu.org.uy

Se procedió al análisis del gasto anual promedio de las IAMC para brindar cobertura al Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS). No se consideraron en la estimación de la cápita, gastos correspondientes a prestaciones no brindadas por las IAMC (desestimando el gasto destinado a la cobertura de eventos catastróficos, de alto costo y baja frecuencia).

Para realizar el cálculo se procedió a determinar la participación de cada tramo de sexo y edad, en el total de consultas (como indicador de la demanda de servicios ambulatorios) y de días cama ocupados (como indicador de la demanda de servicios de internación).

Aunque inicialmente, solo se consideraron estos dos grupos de servicios asistenciales, en años posteriores se incorporaron otros ítems. Por ejemplo, en la estimación del gasto esperado (por edad y sexo) para el año 2008 se incluyeron en el análisis los siguientes productos asistenciales:²⁸

- Atención Policlínica.
- Atención de Emergencias/Urgencias.
- Atención en Domicilio No Urgente.
- Atención en Domicilio Urgente.
- Servicio de Internación de Corta Estadía.
- Servicio de Internación Domiciliaria.
- Servicio de Internación en Cuidados Básicos.
- Servicio de Internación en Cuidados Moderados.
- Servicio de Internación en Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) y Cuidados Intensivos (CI) de Adultos.
- Servicio de Internación en CTI y CI Pediátrico.
- Servicios de Block Quirúrgico.

²⁸ Buglioli, M; Dean, A; Esponda, F; Raffaele, E. El pago capitativo de los servicios de salud por parte de SNS. Octubre de 2010. En: www.ccee.edu.uy

Métodos de Determinación de la Cápita Médica.

El autor Alexander Telyukov (2001)²⁹ describe tres métodos para determinar la cápita médica.

El método *ascendente*, en el cual se estima el costo del servicio por miembro al mes multiplicando la utilización per cápita proyectada de ese servicio (tasa de uso de la prestación) por el costo unitario del mismo servicio.

El método *descendente*, es el más utilizado y proporciona un atajo. El mismo resulta de dividir un presupuesto mensual histórico por la población atendida, obteniendo así el gasto per cápita.

El método de *requisitos mínimos de ingreso*, el mismo se determina examinando el vínculo entre los ingresos y la sostenibilidad financiera de un establecimiento asistencial. Para evitar insolvencia el proveedor de atención de salud debe recuperar sus costos fijos, los cuales pasan a ser el requisito mínimo de ingresos para una operación sostenible. Al dividir el monto por el número de afiliados se obtiene como resultado la estimación del pago caputivo.

El método *ascendente* es el que se considera óptimo debido a que utiliza tasas de uso, costos y precios de los servicios sanatoriales. Para obtener la estimación de la cápita médica mediante este método debe recurrirse a información sobre el consumo de las prácticas médicas más frecuentes, en un área geográfica representativa con el objetivo de obtener la tasa de uso de cada práctica, y acopiar datos sobre los costos de dichas prácticas, a través de consultas con especialistas.

Para establecer la cápita lo más cerca posible del costo del tratamiento, se realizan ajustes de acuerdo a características de los asegurados, este proceso es llamado "ajuste por riesgo". Mantener las tarifas de capitación uniformes gravaría en forma indebida a los proveedores que necesitan más recursos, porque enfrentan a poblaciones relativamente pocas sanas o con más riesgo de que ocurra un evento que demande atención médica.

Podemos distinguir los siguientes factores de ajuste, clasificados según su importancia³⁰:

²⁹ Telyukov A., Guide to prospective capitation with illustration from Latin America, Health Sector Reform Initiative, 51. Año 2001.

- 1- Factores sociodemográficos, como la edad, sexo, género, lugar de residencia, ingreso, etc.
- 2- Utilización previa, hace referencia a los gastos históricos en salud como un valor sustitutivo de la utilización previa, explican aproximadamente el 60% de la variación en los costos.
- 3- Condiciones médicas.

Hay ciertas condiciones que idealmente debe reunir una variable para ser incluida como ajuste en la formula de asignación de recursos. Debe ser fiable (no sujeta a errores), útil, factible (disponible), universal (aplicable a toda la población), definida objetivamente y no debe generar incentivos perversos.

Ajuste de las primas por factor de riesgo

Todos los mercados de seguros se enfrentan a dos problemas que resultan sumamente importantes para lograr una mayor eficiencia. Estos dos problemas se han denominado en la jerga económica como riesgo moral y selección adversa, como se mencionaron anteriormente. El mercado de la salud no escapa a dicha problemática. Ambas problemáticas, tiene un mismo origen, que es la asimetría de información, es decir que el usuario del servicio es el único que cuenta con información en cuanto a su comportamiento y su estado actual de salud cuando contrata un seguro medico en primera instancia, mientras que la compañía de seguros no pose información alguna. Esta asimetría de información genera ineficiencias que elevan el costo de prestación del servicio para todos los usuarios. El riesgo moral hace referencia al comportamiento del usuario del servicio mientras que la selección adversa hace referencia a las características de los clientes del servicio.

El riesgo moral genera incentivos a la sobreutilización del servicio debido a que el servicio se encuentra abonado de forma que por cualquier inconveniente el usuario concurre a la utilización del servicio, pero también genera menores incentivos al cuidado de malos hábitos en sí mismo. Esto genera un

³⁰ Waters H. and Hussey P., Pricing Health Service for purchasers: A review of methods and experiences, HNP, World Bank. Year 2004.

desplazamiento de la función de costos a los socialmente necesarios, que en mayor o menor medida son trasladados al usuario y representan una disminución de la función de utilidad. El efecto de la selección adversa tiene como resultado el mismo problema ya las personas conocen mejor que la compañía su propio estado de salud y, por lo tanto, su propio riesgo de enfermedad, de forma, que eso genera un proceso de selección adversa en el cual los grupos de asegurados constituyen una muestra sesgada del universo de personas asegurables.

Esta situación da origen a tres tipos de ineficiencias. Primero los precios no reflejan costos marginales sociales, de modo que, un análisis de costo beneficio induce a los individuos a seleccionar planes inadecuados. El segundo problema resulta en una pérdida por una distribución subóptima del riesgo entre la población asegurada y por último las compañías suelen emplear una variedad de instrumentos para seleccionar personas con menores riesgos esperados, con lo cual individuos potencialmente riesgosos no pueden adquirir el seguro que desean y quedan al margen del mercado.

El método de cápita médica intenta reducir las ineficiencias antes mencionadas, pero su aplicación resulta compleja ya que requiere de mucha información y una base estadística amplia. Esto se debe a que resulta difícil calcular con precisión el valor de la cápita médica para la población. No solo por la complejidad de conocer el costo real de cada prestación sobre todo en un contexto inflacionario, sino también por el cálculo del uso óptimo de cada servicio, ambos componentes esenciales para determinar el valor de la cápita.

En cuanto al costo, la dificultad radica en que la complejidad de las prestaciones médicas, requieren de un estudio sumamente exhaustivo que permita conocer cada uno de los componentes del costo de las prestaciones que brinda la institución, a ello se debe sumar que la capacidad de negociación de las instituciones sanatoriales en la compra de insumos y en la determinación del precio es dispar en el mercado.

Por otro lado, en cuanto a la demanda de los servicios, que determinan la tasa de uso, se dificulta encontrar una tasa que permita precisar el uso eficiente de

las instalaciones, en relación a la capacidad de cada establecimiento. El sistema requiere estabilidad económica para funcionar mejor ya que cambios permanentes en los valores modifica permanentemente los valores y requiere un trabajo importante de actualización de valores elevando el costo de administración.

Determinación del Pago Caputivo

Como se menciona anteriormente para la determinación del pago caputivo, existen dos métodos: el ascendente y el descendente. El primero resulta ser más exacto pero requiere de mayor información ya que calcula un costo por servicio, mientras que el segundo, lo que hace, es simplemente utilizar costos históricos y dividir estos por la población. Este segundo método resulta mucho más sencillo y tiene menores costos de elaboración ya que utiliza solo la información del pasado. La principal crítica de este segundo método es que el mismo solo puede ser definido para la población con la que estamos trabajando y posee poca viabilidad del mismo en un contexto inflacionario para proyectar los aumentos que deben ser aplicados. Además no toma en cuenta los cambios estructurales de la población, como son el nivel de vida, el aumento por los recién nacidos y la disminución por los fallecidos.

Método ascendente

Para el cálculo del método ascendente lo que se requiere primero es estimar con la mayor exactitud posible el costo del servicio a prestar. Hay que tener en cuenta que los costos tienen dos componentes. El primer componente es el costo fijo que es independiente del nivel del uso, mientras que el segundo componente es el costo variable que resulta constante por consulta. La mayor complejidad además de estimar correctamente los costos variables y fijos, reside en la dificultad de estimar correctamente la difusión de los costos fijos, ya que esto depende del nivel de uso. Es decir, hay que tener datos confiables que nos permitan estimar como serán repartidos los costos fijos por consulta en función de la cantidad de consultas. Luego, simplemente, se debe en base a datos estadísticos confiables,

calcular el uso que se le da al servicio. Una vez obtenido ambos valores antes mencionados se calcula el costo per cápita en términos anuales, mensuales o diarios en función de las unidades utilizadas en la base de datos. Una vez calculados todos los costos per cápita de todos los servicios incluidos en el plan se obtiene la cápita del plan. Cada prestador de servicios deberá confeccionar un menú de planes de forma que el usuario podrá elegir el plan que le resulta más atractivo efectuando una auto discriminación de segundo grado. En la siguiente tabla se puede observar la metodología utilizada por el sistema ascendente.

<i>Plan A</i>					
<i>Tratamiento</i>	<i>Costo Servicio</i>		<i>Uso</i>		<i>Costo x capita</i>
Practica 1	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 2	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 3	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 4	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
	Total				Costo per capita Total

Una vez que se obtuvo el costo per capital total del plan este se puede multiplicar por la población del plan y se obtiene la cantidad de recursos con los que deberá contar la institución para afrontar sus potenciales obligaciones por plan. La suma de todas las obligaciones por plan determinara el costo estimado total de las prestaciones estimadas.

<i>Plan B</i>					
<i>Tratamiento</i>	<i>Costo Servicio</i>		<i>Uso</i>		<i>Costo x capita</i>
Practica 1	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 2	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 3	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 4	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 5	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 6	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 7	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 8	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
Practica 9	Costo del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Costo per capita del Servicio
	Total				Costo per captita Total

Método descendente

El método descendente simplemente calcula el valor de la cuota en función del gasto total del plan y lo divide por la población. Es decir que el Costo per capita total se obtiene de la siguiente manera:

$$\text{Costo per cápita total Plan X} = \text{Costos Totales del Plan X} / \text{Población del Plan X}$$

Calculo de uso (frecuencia)

Para el cálculo del uso, lo que se requiere es una buena base de datos del pasado, para poder calcular sus valores y poder inferir la tendencia hacia el futuro, ya que los valores no permanecen constantes. En la siguiente tabla podemos

observar la composición de la población beneficiaria formal económicamente activa entre las edades de 20 a 59 años segregada por sexo de una institución aseguradora.

HOMBRES	40.281	39,90%
MUJERES	60.684	60,10%
TOTAL	100.965	100,00%

Se puede observar que en la composición predominan las mujeres ya que representan un 60,10% del total mientras que los hombres solo representan un 39,90% de la población. En la siguiente tabla se pueden observar estadísticas de consultas efectuadas por semestre segregado por sexo y tipo de consulta. Los coeficientes calculados representan la tasa de uso del servicio. Es decir, para el caso de los hombres en el primer semestre del 2007, en promedio, se asistió 1,22 veces al consultorio por alguna consulta. Para el mismo periodo en el caso de las mujeres el resultado nos arroja un coeficiente de 1,55 veces de forma que las mujeres en promedio asisten más veces que los hombres.

CANTIDAD	PRIMER SEMETRE 2007		SEGUNDO SEMETRE 2007		TOTAL 2007		TOTAL 2007
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	
CONSULTAS	48.995	94.326	60.879	114.184	109.874	208.510	318.384
CONSULTAS/BEN	1,22	1,55	1,51	1,88	2,73	3,44	3,15
ECOGRAFIAS	1.748	8.496	2.225	8.672	3.973	17.168	21.141
ECOGRAFIAS/BEN	0,04	0,21	0,06	0,22	0,10	0,28	0,21
ECOGRAFIAS/CON	0,04	0,09	0,04	0,08	0,04	0,08	0,07
RX	11.180	33.390	13.736	36.960	24.916	70.350	95.266
RX/BEN	0,28	0,83	0,34	0,92	0,62	1,16	0,94
RX/CONS	0,23	0,35	0,23	0,32	0,23	0,34	0,30
ELECTROCARDIOGRAMA	3.424	3.721	4.319	4.975	7.743	8.696	16.439
ELE/BEN	0,09	0,09	0,11	0,12	0,19	0,14	0,16
ELE/CONS	0,07	0,04	0,07	0,04	0,07	0,04	0,05

Es importante observar que para el segundo semestre los valores arrojados resultan mucho más elevados de forma que se confirma que los valores no son estables por ende hay que tener en cuenta la evolución de los mismos incluso por estacionalidad para no cometer errores en las estimaciones.

En este caso hemos utilizado únicamente una segregación entre el sexo de la población, pero para un mejor uso del sistema se debe utilizar una clasificación

demográfica lo más amplia posible. En la siguiente tabla se puede observar como hemos agrupado a la población según sexo y grupos de edad que configuran riesgos diferentes por subgrupo.

GRUPO ETAREO			
	Hombres: 728.712	Mujeres: 962.488	Total Grupo
< 1	950	908	1.857
1-9	13.999	13.489	27.488
10-19	20.282	19.368	39.650
20-29	8.559	11.268	19.827
30-39	9.846	16.533	26.379
40-49	11.892	17.722	29.614
50-59	9.984	15.162	25.146
60-69	7.591	11.557	19.148
70-79	3.655	6.457	10.112
80-89	1.225	3.314	4.538
>90	175	663	837
Total	88.157	116.439	204.596

En base a la información precedente se recalculan las frecuencias para cada subgrupo en función de la edad y el sexo. Es importante tener en cuenta que para ello se deba llevar un registro que clasifica a las consultas y prácticas médicas por sexo y edad, ya que sin dicho datos no se puede calcular las frecuencias para cada subgrupo. Para simplificar el análisis hemos utilizado únicamente los rangos que se encuentran marcados en amarillo. En la siguiente tabla se puede observar cómo queda distribuida la población para nuestro propósito.

BENEFICIARIOS	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
HOMBRES	8.559	9.846	11.892	9.984	40.281
MUJERES	11.268	16.533	17.722	15.161	60.684
TOTAL	19.827	26.379	29.614	25.145	100.965

En las siguientes tablas se encuentran detalladas las consultas y prácticas efectuadas por la prestadora, segregado por género y edad para el primer semestre del año 2007.

Hombres 1º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS	4.582	8.653	12.546	23.214	48.995
ECOGRAFIAS	254	452	652	390	1.748
RX	1.254	2.014	3.542	4.370	11.180
ELECTROCARDIOGRAMA	125	356	845	2.098	3.424

Mujeres 1º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS	18.956	22.356	25.653	27.361	94.326
ECOGRAFIAS	1.564	1.956	2.356	2.620	8.496
RX	5.632	6.583	9.563	11.612	33.390
ELECTROCARDIOGRAMA	256	542	1.253	1.670	3.721

En base a las tablas anteriores se pueden calcular las frecuencias para cada práctica efectuado en base a los beneficiarios. En la siguiente tabla se puede observar los resultados obtenidos.

Frecuencias Hombres 1º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS/BEN	0,5353	0,8788	1,0550	2,3251	1,2163
ECOGRAFIAS/BEN	0,0297	0,0459	0,0548	0,0391	0,0434
RX/BEN	0,1465	0,2046	0,2978	0,4377	0,2776
ELECTROCARDIOGRAMA/BEN	0,0146	0,0362	0,0711	0,2101	0,0850

Frecuencias Mujeres 1º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS/BEN	1,6823	1,3522	1,4475	1,8047	1,5544
ECOGRAFIAS/BEN	0,1388	0,1183	0,1329	0,1728	0,1400
RX/BEN	0,4998	0,3982	0,5396	0,7659	0,5502
ELECTROCARDIOGRAMA/BEN	0,0227	0,0328	0,0707	0,1102	0,0613

Se puede observar que las frecuencias son muy disimiles por rango de edad, a medida que la edad se incrementa la frecuencia por practica se incrementa. Dicho resultado es lógico, ya que a medida que la edad es mayor los problemas de salud se incrementan. También se puede observar que las frecuencias en el caso de las mujeres son mucho mayores que las de los hombres. Esta separación entre sexo y rango de edad, tiene la ventaja que permite calcular un costo per cápita por grupo haciendo más eficiente la carga sobre los asegurados en función del uso que tiene cada subgrupo. En las siguientes tablas se pueden observar los resultados obtenidos para el segundo semestre del año 2007.

Hombres 2º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS	7.586	11.256	14.523	27.514	60.879
ECOGRAFIAS	451	526	745	503	2.225
RX	1.985	2.213	4.512	5.026	13.736
ELECTROCARDIOGRAMA	145	452	956	2.766	4.319

Mujeres 2º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS	22.536	25.632	30.256	35.760	114.184
ECOGRAFIAS	1.524	1.856	2.432	2.860	8.672
RX	5.653	8.653	9.866	12.788	36.960
ELECTROCARDIOGRAMA	562	856	1.256	2.301	4.975

En base a dichos valores hemos calculado las frecuencias correspondientes al segundo semestres. Se puede observar que en promedio todos los valores resultan ser mayores con respecto al semestre anterior. Evidentemente debe haber un componente de estacionalidad. También hemos observado nuevamente en el caso de las mujeres que las frecuencias son mayores que en el caso de las mujeres.

Frecuencias Hombres 2º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS/BEN	0,8863	1,1432	1,2212	2,7558	1,5114
ECOGRAFIAS/BEN	0,0527	0,0534	0,0626	0,0504	0,0552
RX/BEN	0,2319	0,2248	0,3794	0,5034	0,3410
ELECTROCARDIOGRAMA/BEN	0,0169	0,0459	0,0804	0,2770	0,1072

Frecuencias Mujeres 2º Semestre 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS/BEN	2,0000	1,5504	1,7073	2,3587	1,8816
ECOGRAFIAS/BEN	0,1353	0,1123	0,1372	0,1886	0,1429
RX/BEN	0,5017	0,5234	0,5567	0,8435	0,6091
ELECTROCARDIOGRAMA/BEN	0,0499	0,0518	0,0709	0,1518	0,0820

Por ultimo hemos simplemente calculado los valores para todo el año 2007. Como se puede observar las frecuencias obtenidas no son otra cosa que la suma de ambas frecuencias. Es decir que se pueden calcular mediante el sistema tradicional o simplemente se pueden sumar las frecuencias de cada semestre para cada categoría. Los resultados son idénticos.

Hombres Totales 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS	12.168	19.909	27.069	50.728	109.874
ECOGRAFIAS	705	978	1.397	893	3.973
RX	3.239	4.227	8.054	9.396	24.916
ELECTROCARDIOGRAMA	270	808	1.801	4.864	7.743

Mujeres Totales 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS	41.492	47.988	55.909	63.121	208.510
ECOGRAFIAS	3.088	3.812	4.788	5.480	17.168
RX	11.285	15.236	19.429	24.400	70.350
ELECTROCARDIOGRAMA	818	1.398	2.509	3.971	8.696

Frecuencias Hombres Totales 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS/BEN	1,4217	2,0220	2,2762	5,0809	2,7277
ECOGRAFIAS/BEN	0,0824	0,0993	0,1175	0,0894	0,0986
RX/BEN	0,3784	0,4293	0,6773	0,9411	0,6186
ELECTROCARDIOGRAMA/BEN	0,0315	0,0821	0,1514	0,4872	0,1922

Frecuencias Mujeres Totales 2007					
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
CONSULTAS/BEN	3,6823	2,9026	3,1548	4,1634	3,4360
ECOGRAFIAS/BEN	0,2741	0,2306	0,2702	0,3615	0,2829
RX/BEN	1,0015	0,9216	1,0963	1,6094	1,1593
ELECTROCARDIOGRAMA/BEN	0,0726	0,0846	0,1416	0,2619	0,1433

El caso de las Instituciones Aseguradoras

Hasta aquí hemos desarrollado la forma de cálculo para una institución que presta el servicio médico. Pero el sistema no está solo conformado por prestadoras del servicio de salud. Las Instituciones Aseguradas juegan un rol fundamental en el sistema ya funcionan como una caja compensadora. Esto es, ellos recolectan los fondos de todos los asociados en forma periódica para luego efectuar los pagos con dichos fondos a los que tuvieron que hacer uso del servicio de salud. Es por ello que la aseguradora debe negociar con los prestadores del servicio de salud el valor a pagar. Es por ello que para calcular la cápita médica de una institución aseguradora en la Argentina debemos tomar el precio convenido entre la aseguradora y la prestadora y no el costo para el cálculo de la cápita medica. De forma que el cálculo surge del siguiente modelo para cada plan.

<i>Plan A</i>					
<i>Tratamiento</i>	<i>Costo Servicio</i>		<i>Uso</i>		<i>Precio x capita</i>
Practica 1	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 2	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 3	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 4	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
	Total				Precio per capita Total

La metodología de cálculo no se modifica, solo que en vez de utilizar el costo se utiliza el precio pactado o establecido, por alguna reglamentación general, entre la aseguradora y la prestadora del servicio.

<i>Plan B</i>					
<i>Tratamiento</i>	<i>Costo Servicio</i>		<i>Uso</i>		<i>Precio x capita</i>
Practica 1	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 2	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 3	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 4	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 5	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 6	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 7	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 8	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
Practica 9	Precio del servicio unitario	X	Uso del Servicio (frecuencia)	=	Precio per capita del Servicio
	Total				Precio per capita Total

Para el caso Argentino existe un nomenclador que establece el valor de la prestación tanto para la prestadora del servicio como para los honorarios de los profesionales. El nomenclador no es otra cosa que una lista de todos los servicios de salud existentes que se encuentran codificados. Esta codificación tiene la particularidad de que los valores no se encuentran expresados en moneda nacional, sino en una unidad de medida denominada *galeno*. Esta unidad de medida es fija y el valor en términos de moneda nacional surge de multiplicar la unidad de medida *galeno* por un valor predeterminado que surge de la actualidad económica y del convenio que tiene la aseguradora con la prestadora del servicio. En función de los acontecimientos económicos que van ocurriendo en el tiempo, la conversión en moneda nacional se va ajustando en función de la realidad económica que vive el país, pero la unidad galeno permanece fija. Esto es de gran utilidad ya que permite ajustar fácilmente todos los valores en función de la unidad \$/galeno que se va ajustando.

En la siguiente tabla se pueden observar los precios/costos expresado en galenos por práctica promedios de algunas instituciones aseguradoras para el año 2007. Como dijimos anteriormente los honorarios y los gastos se encuentran divididos en el nomenclador. No obstante, lo relevante para nuestro caso es el costo total expresado en galeno ya que el mismo será de gran utilidad para el cálculo del costo del plan en función de la edad, el sexo del paciente y de los ítems que se incluyan en el mismo.

Precio/Costo en Galeno por Practica			
Tipo de Practica	TOTAL	HONORARIOS	GASTOS
CONSULTA	45	45	0
ECOGRAFIA	92	60	36
RX	60	21	39
ELECTROCARDIOGRAMA	69	55	14

En base a la información presentada anteriormente estamos ahora en condiciones de calcular el precio de cada práctica en galenos en base a las

frecuencias calculadas anteriormente. En la siguiente tabla se puede observar los resultados para los hombres en base a los datos del 2007.

Precio/Costo en Galenos ajustado por frecuencia y rango de Edad				
Hombres año 2007				
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59
CONSULTA	63,98	90,99	102,43	228,64
ECOGRAFIA	7,58	9,14	10,81	8,22
RX	22,70	25,76	40,64	56,47
ELECTROCARDIOGRAMA	2,17	5,66	10,45	33,62
Total del Plan x Edad	96,43	131,55	164,32	326,95

Como se puede observar en la tabla el costo total de un plan que incluye las cuatro prácticas debería ser de por lo menos 96,43 galenos para los hombres entre las edades de 20 y 29, mientras que el mismo plan debería ser de 131,55 para los hombres de 30 y 39 años. Se puede observar que para el rango de edad de 40 a 49 años el costo del mismo plan debería ser de por lo menos de 164,32. Por último, el rango 50 a 59 años presenta un valor de 326,95 para los hombres en base a los datos del 2007. Hay que tener en cuenta que estos valores deben ser ajustados en la unidad \$/galeno que se haya pactado con la prestadora del servicio de salud.

En la siguiente tabla se puede observar los resultados obtenidos para las mujeres del mismo año segregados por edad.

Precio/Costo en Galenos ajustado por frecuencia y rango de Edad				
Mujeres año 2007				
Tipo de Practica	20-29	30-39	40-49	50-59
CONSULTA	165,70	130,62	141,97	187,35
ECOGRAFIA	25,22	21,22	24,86	33,26
RX	60,09	55,30	65,78	96,56
ELECTROCARDIOGRAMA	5,01	5,84	9,77	18,07
Total del Plan x Edad	256,02	212,97	242,37	335,25

Se puede observar que el costo promedio es mayor en las mujeres para todas las categorías de edades.

En base a lo expuesto se puede ver que el sistema ajustado por riesgo es más eficiente ya que le cobra a cada individuo en función del uso de las prestaciones en base al histórico. No cabe duda que este sistema resulta más equitativo en el reparto del costo y resuelve el problema de moral azar y selección adversa.

Conclusiones

La adopción de cada modelo de pago involucra un conjunto de definiciones y puede generar consecuencias para la toma de decisiones que permiten una mayor adaptación de los mecanismos de financiamiento en las acciones preventivas y de promoción. Mientras que con los instrumentos de pago más desagregados resulta difícil incentivar la producción de las acciones de Atención Primaria de la Salud.

No obstante, cuando se quiere estimular determinadas prácticas la implementación de pagos desagregados podría ser adecuada. De esta manera, por ejemplo en Inglaterra se paga a los médicos una cápita pero algunas prácticas preventivas se pagan por prestación.

Los sistemas de pago capitolativo, el seguimiento y control prestacional, asociado a los Modelos de pago son herramientas imprescindibles para asegurar la Calidad de gestión dado que incentivan las conductas de los prestadores relativas a la cantidad, calidad y productividad. Asimismo modifican las conductas de los usuarios, influyendo sobre el nivel de satisfacción de los beneficiados y sobre la motivación de los efectores

En el caso Argentino, caracterizado por un fuerte sesgo descentralizado en el financiamiento público y al mismo tiempo los mecanismos de acceso social a la salud se encuentran altamente fragmentados, de allí que en la medida que el INSSJyP y los Sistemas de Pago Capitolativo, logren interpretar las necesidades regionales y coordine con la estructura local formas de control prestacional, se podrá acceder a modelos más homogéneos en términos de atención y mecanismos de pago, generando así incentivos para una mayor eficiencia en la asignación de recursos y posterior eficacia en la utilización de los mismos, concluyendo en una gestión efectiva.

En la toma de dediciones entre la elección de un modelo u otro, es clave la profundización de los indicadores para el monitoreo de los sistemas de atención siempre tendiendo en cuenta las orbitas operativas y las de resultados, debido a que se debe buscar un equilibrio entre los objetivos de la calidad en la atención de los usuarios, como así también en la mirada eficiente que debe primar al medir los costos de la misma atención.

Finalmente, podemos observar que a pesar de que no existe un sistema ideal, en los modelos y formas de remuneración deben adaptarse con cierta

flexibilidad de acuerdo a las especificaciones del mercado de trabajo médico, siendo uno de los más flexibles el modelo de pago capitolativo ajustado por riesgo.

Bibliografía

- Alvarez, B; Pellisé L. y Lobo F; *Sistema de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*, Revista Panamericana Salud Pública N° 8. Año 2000.
- Arbey O. S; *Modelos de atención para el control del riesgo*, Colombia Med, 33: 29-32. Año 2000.
- Buglioli, M; Dean, A; Esponda, F; Raffaele, E. *El pago caputivo de los servicios de salud por parte de SNS*. Octubre de 2010. En: www.ccee.edu.uy
- Bugliolo Bonilla M. y Ortún R. V.; *Sistema de ajuste por riesgo*; Revista Médica de Uruguay, 16: 123-132. Año 2000.
- Cherchiglia, M. L.; *Sistemas de pago y práctica médica: Teoría y evidencia empíricas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible: http://www.esmed.com.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/modulo_1_0/sistpago_practmed.pdf; Año 2002.
- Ibañez Gericke C., *Estimación de modelos de utilización para la capitación ajustada por necesidad*, Documento presentado en el II Congreso de Economía de la Salud en América Latina y el Caribe, Buenos Aires, Argentina; Año 2006.
- Jiménez Panequel R. E. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Rev Cubana Salud Pública v.30 N° 8. Año 2004.
- Jiménez, D; Piana, S; D'angelo, A; Calzeta, F. *Políticas y Sistemas de Salud, Modelos de Pago. Sistema de Pago Capitado*. Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán. Año 2010.
- Ley 18.131. Sindicato Médico del Uruguay. Sitio Web. En: www.smu.org.uy
- Maceira D. *Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET. Año 2002.

- Maceira D., *Evaluación de programas de seguro público de salud de la provincia de Buenos Aires*, CIPPEC, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social. Año 2008.
- Marracino C., Abadie J. P. y Figueroa M. V. *Indicadores para monitoreo de sistemas de atención*. Disponible: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/MarracinoVeraFigueroaAbadieINDICADORES.PDF>. (s/f).
- Marracino C., *Modalidades, Modelos y Sistemas de la Atención Médica*. Fundación Donavedian. Programa de educación a distancia. Año 1998.
- Ortun R. V. y Lopez Casasnovas G., *Financiación capiativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*, Fundación BBVA, documento de trabajo N° 3. Año 2002.
- Ortún R. V., Lopez Casasnovas G., Puig J. y Sabés R., *El sistema de financiamiento capitivo, posibilidades y limitaciones*, Fulls Economics del Sistema Sanitario, 8-16. Año 2001.
- Placock S., Segal L. and Richardson J., *Predicting the expected costs of health care - Methods por risk, adjustment in health service*, Center for Health Program Evaluation, Technical Report 13. Year 2001.
- Poblete S. V. y Vargas V. L., *El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la atención primaria*, Rev Chil Med Fam, 8(1): 24-31. Año 2007.
- Puig J. J., *Integración asistencial y capitación*, Boletín informativo N° 44, Economía y Salud. Año 2002.
- Redondo N., *Encuesta de Satisfacción a los usuarios del INSSJP: Alcances e Inferencias*. Encuestas INAP. Año 2000.
- Rice N. and Smith P., *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*, Center for Health Economics, The University of York. Year 1999.
- Shortell S. M., Guillies R. R. and Anderson D. A., *The New World of managed Care: Creating organized delibery system*, Health Affairs. Year 1994.

- Telyukov A., *Guide to prospective capitation with illustration from Latin America*, Health Sector Reform Initiative, 51. Año 2001.
- Tobar F., *Herramientas para el análisis del sector salud*. Año 2002.
- Tobar F., Rosenfeld N. y Reale A., *Modelos de pago en servicios de salud*, Cuadernos médicos sociales, 74: 39-52.
- Torche A. y Williamson C., *Ajuste de las primas por factores de riesgo en los planes de salud de las ISAPRES*, Cuadernos de Economía, 108: 761-779. Año 1999.
- Vargas Lorenzo I., Vazquez Navarrete M. L., Terraza Nuñez R., Agustic E., Brosa F. y Casas C., *Impacto de un sistema de compra capitative en la coordinación asistencial*, Gac Sanit 22(3): 218-226. Año 2008.
- Waters H. and Hussey P., *Pricing Health Service for purchasers: A review of methods and experiences*, HNP, World Bank. Year 2004.

Anexo A: El Nomenclador Nacional

Los sistemas de atención médica tienen distintos tipos organizativos, adecuados a las idiosincrasias regionales y de los sectores intervinientes (paciente, prestador y entidad prestataria).

Se puede clasificar esos sistemas como de organización directa o indirecta. Los de organización indirecta se dan por lo general en países muy desarrollados y lo es a través de sistemas múltiples tipo seguro o los llamados de prepago. Los sistemas de organización directa son aquellos que tienen una estructura propia y prestan servicios a través de sí o de convenios con prestadores. Se da en países en desarrollo que han alcanzado mayor organización de la seguridad social.

La retribución médica al profesional caracteriza también a esos sistemas. Los honorarios se establecen libre o concertadamente. En este último caso se hace necesario que el convenio tenga una referencia, a eso se lo llama arancel y está fijado en función de una tipificación. También puede darse a través de un salario fijo y estar calculado en horas de trabajo profesional. La retribución también puede estar en relación a la cantidad de personas protegidas y referidas a un profesional o institución y se denomina capitación. Cuando se establece por un monto determinado según demanda esperada o población cubierta se denomina CARTERA FIJA.

Observamos que las distintas formas de pago señalan la modalidad de contratación: por prestación o arancel, capitación, salario, y cartera fija. Cada uno de ellos ofrece ventajas y desventajas en relación al médico, paciente y prestatario.

Cualquiera de estas modalidades puede ser buena siempre que su aplicación se adecue a las necesidades e intereses legítimos de los sectores mencionados y del mismo sistema; cuando no es así, aparecen otras desventajas y controversias que no son propias del método en sí sino generadas por la incorrecta elección de la modalidad o por la falencia que pueda presentar sus instrumentos y organización.

Estas formas de remuneración tienen en común la necesidad de un organismo que controle la atención médica por la que se efectúa el pago, adquiriendo así características que hacen a la administración de cada sistema, al control de sus desviaciones y a la implementación de sus instrumentos.

RETRIBUCION POR ARANCEL (prestaciones)

Esta modalidad se efectúa a través del pago por acto médico, razón por la que necesariamente requiere un listado detallado de prestaciones. En nuestro país este catalogo constituye no solo un instrumento sin el cual no podría implementarse el sistema sino que adquiere real importancia como elemento que lo caracteriza y tipifica.

El mismo fue centralizando el interés de prestadores y prestatarios ya que fueron adicionándole un digesto normativo, a los efectos de favorecer la adecuación, aplicación e implementación del sistema, originando el NOMENCLADOR NACIONAL.

Este sistema arancelado de uso generalizado y que cuenta con la preferencia de muchos se difunde rápidamente por la aparición de las Obras Sociales, que convienen a través de esta modalidad la prestación de servicios con las entidades e instituciones médicas, permitiendo la cobertura rápida de servicios.

Surge la necesidad de controlar el sistema, la modalidad de las contrataciones y actualizar el listado, que por otra parte requiere ser ágil, fácil y comprensible, así fueron evolucionando las instituciones y el mismo Nomenclador tratando de salvar los inconvenientes que se presentasen, hasta que el estado a través de la entidad competentes se ocupa del problema tomando un rol de participación y decisión en la confección del instrumento del sistema arancelado.

Este sistema arancelado no es el único vigente en la actividad médica ya que hay también experiencias en capitación y cartera fija.

Cápita – Monto Fijo

Se caracteriza por dos elementos de peso: Se concesionan los servicios médicos a gerenciadoras privadas y limita el gasto global estableciendo el pago un monto fijo de dinero por todas las prestaciones, puede incluir las farmacéuticas, y se efectúan según el convenio en los distintos niveles.

Si bien este esquema es impulsado por muchos de los administradores de obras sociales, sobre todo porque logran reducir el gasto en forma unilateral, el sector prestador muestra reparos y plantea cuestionamientos al modelo propuesto.

En primer lugar, desde el sector prestador se alerta que este esquema dejará afuera a muchos profesionales que históricamente brindaron servicios para las obras sociales y que ahora, por no formar parte de una gerenciadora, (o no integrar el convenio propuesto) dejarán de hacerlo. Además, según algunos los prestadores, se producirá una marcada concentración de servicios en pocas manos, una situación que amenaza la fuente de trabajo de todo el sector.

Cápita: se establece con un padrón de afiliado, pagando a los prestadores un monto por la cantidad de afiliados a su cargo.

Monto Fijo: monto asignado por un período (generalmente un mes) para efectuar prestaciones a un universo de afiliados.

Módulo: valor que se acuerda, por resolver una patología. Contiene exclusiones, e inclusiones. Se otorga a patología resuelta.

a) Definiciones

Nomenclatura: Conjunto de las palabras técnicas y propias de una ciencia o facultad.

Nomenclador: Catálogo de nombres de tecnicismos de una ciencia o facultad.

Nomenclador de Prestaciones Médicas: Por lo anteriormente expuesto es el catálogo de nombres de técnicas médicas destinadas al tratamiento de una enfermedad o patología. Este catálogo no implica la adición de un significado de cada técnica (si no estaríamos hablando de un diccionario) ni la descripción de los procedimientos de la misma (si no estaríamos hablando de un manual), sólo el nombre y como veremos a continuación ciertos aspectos que individualizan y valoran una prestación médica.

b) Origen

Vamos a hacer un poco de historia de las instituciones creadas por los gobiernos a partir de la cual podemos encontrar el origen del Nomenclador de Prestaciones Médicas.

En la década del '70:

Se sanciona la Ley de Obras Sociales (23660) estableciendo un piso obligatorio para el impuesto al salario, dejando su administración a cargo de los sindicatos respectivos e impartiendo en sus anexos normativas y obligaciones para su seguimiento por las Obras Sociales.

< Como Autoridad de Aplicación de la citada ley en su artículo 25 se crea la Dirección Nacional de Obras Sociales – DINOS - que verificará la aplicación de la respectiva ley.

< Se faculta a la Administración Nacional del Seguro de Salud - ANSSAL – como autoridad de Aplicación del Sistema Nacional de Seguro de Salud – y la faculta para dictar las normas y procedimientos para aplicar las sanciones por incumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales.

< Se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales – I.N.O.S.- como organismo regulador de todo el sistema y administrador del Fondo de Redistribución.

c) Función de Nomenclador

A partir de allí; este Instituto, para poder cumplir su objetivo principal que es la regulación de todo el sistema de Obras Sociales diseña y aplica el Nomenclador de Prestaciones Médicas como uno de los instrumentos para controlar el cumplimiento de las Obras Sociales de sus obligaciones médicas asistenciales estableciendo en el mismo las pautas a tener en cuenta al momento de:

< Listar, clasificar y describir las prestación médico asistenciales.

< Individualizar unívocamente una prestación.

< Valorar una prestación

< Asociar procedimientos, pautas y entidades relacionadas a la valorización y normas de cobertura e interpretación de una prestación médica asistencial.

CARACTERISTICAS DEL NOMENCLADOR

Se señalan como desventajas del sistema arancelado que tienen énfasis en las enfermedades que genera mayor cantidad de prestaciones, que puede originar autoprescripciones, que requiere un sistema administrativo de control con su consecuente gasto de control y que puede dar una defectuosa distribución al ingreso médico, el Nomenclador es una herramienta que tiende a modificar estos errores.

El desvío esta dado por la sobre utilización y el fraude, en lo que hace referencia al gasto debe señalarse una característica particular dada por el médico que es el generador y orientador del mismo. Para satisfacer la formula "contener abusos + promover calidad" se echa mano al Nomenclador.

En el Nomenclador Nacional cabe distinguir tres aspectos fundamentales:

LOS QUE SE REFIEREN AL LISTADO EN SI: Puede decirse que es un catalogo de tipo mixto donde se observan códigos indicadores de una prestación, grupo de prestaciones diagnósticos y equipos médicos, preponderando los primeros.

Que el Nomenclador sea simple, por prestaciones o por diagnostico, mixto o compuesto, interesa no solo como una característica de su estructuración sino también como un modo de lograr un listado sencillo y de fácil aplicación con el menor número de códigos posible de modo tal de favorecer las tareas administrativas y de control. La inclusión de ciertas prestaciones al Nomenclador puede orientar la secuencia, el nivel, y la prevención en la atención medica.

LOS QUE SE REFIEREN A LAS NORMAS: El análisis de las normas introducidas al Nomenclador en general permite diferenciar aquellas referidas al listado en si como una forma de mejorarlo de otras que hacen al sistema como un medio de mantenerlo dentro de ciertos límites que históricamente parecen destacarse por su data y cantidad. Siempre es necesario modificar y mejorar el cuerpo normativo, con la finalidad de lograr cierta calidad en la provisión de asistencia médica que brinda el sistema.

La redacción de la norma adquiere fundamental importancia por lo cual no debe permitir controversias entre su interpretación textual su interpretación lógica y la del espíritu, causa, razón, u objetivo por lo que fue creada, si no es así se generan una serie de inconvenientes que no hacen fluido al sistema.

La norma o regla que se dicte debe ser equitativa, justa y fundamentalmente acordada para que sea respetada por ese compromiso.

El cuerpo normativo y reglamentario de un Nomenclador poco puede contribuir en la contención del fraude.

LO REFERIDO A LA VALORIZACION: Cada código se halla valorizado a través de unidades referidas a honorarios médicos y gastos lo que define el costo de la prestación según tabla del Nomenclador. Pero la erogación real es mayor dado que incluye gastos administrativos y control del sistema y los correspondientes a su desvío, debe distinguirse los que dependen del sistema, que debiera agregarse al costo de las prestaciones, y aquella dependiente del propio Nomenclador por defectuosa valorización o inclusión incorrecta. Debe existir una metodología tal que permita que las unidades que se asignan valoricen las prestaciones en forma equilibrada atendiendo a su estructura, proceso, complejidad, riesgo, etc. Debe haber una correcta proporción en lo que hace referencia a la distribución entre honorarios médicos y gastos.

Las normas pueden agruparse de la siguiente manera:

- Las de control, algunas aseguran cierto nivel de calidad.
- Las de aplicación.
- Las de acreditación para profesionales y servicios.

Los fines buscados son los de preservar, contener o dar solución a los desvíos observados u obtener un cierto resultado ante determinada situación, circunstancia estas que son previas al dictado de la norma.

Cuando se realizan valoraciones de las distintas prestaciones, se debe acertar una adecuada retribución sin exceder los límites de financiación del sistema, por lo cual ciertas prestaciones complejas y que solo requieren control de calidad uno no se debe sorprender cuando se otorgan importantes incrementos para que se ofrezcan con adecuado arancel ya que su peor en el gasto total del prestatario no resulta significativo.

El sistema necesita y usa del Nomenclador para que los prestadores facturen y los prestatarios liquiden, apareciendo áreas específicas.

El sistema requiere un área de control y de evaluación que se ha de llamar auditoria, cuyos integrantes no solo deben dominar ese instrumento sino también las características de la modalidad arancelada el I.N.O.S en 1976.

a) Estructura General del Nomenclador

Para comenzar a hablar de la estructura del nomenclador médico debemos primero definir lo que es una prestación médica:

...Definamos Prestación Médico Asistencial: es cualquier prestación médica simple o compleja que se realiza a una persona como parte de un tratamiento.

¿Entonces podemos hablar de una internación como prestación médico-asistencial?

Sí, esta es una prestación compuesta por otras más simples

¿Cuáles ejemplos denominaríamos como prestaciones simples?

En general y salvo excepciones, son las que no son divisibles en el tiempo de ejecución.

Por. Ej: una Consulta, un Electrocardiograma, una Sesión de Fisioterapia respiratoria etc. Ya que estas prestaciones no se pueden realizar en partes; o sea no se puede hacer media consulta (o cobrarla) y dejarlo al chico sentado en la camilla, medio electrocardiograma, o media sesión de rehabilitación respiratoria.

Por lo tanto en el Nomenclador Nacional están representadas todas las prestaciones medico-asistenciales simples enumeradas según un código único para cada una de ellas.

Nuestro nomenclador Nacional no ha sufrido cambios muy significativos en lo que respecta a su estructura con el paso del tiempo.

Consta actualmente de:

- 4 Secciones Principales: Que son las destinadas a clasificar e identificar las prestaciones médicas
- 3 Secciones Secundarias: Que permiten la consulta de aspectos relativos a las 4 Secciones Principales

En las cuatro secciones principales se han agrupado a las prestaciones médicas individuales según el sistema orgánico a tratar o según la patología o la especialidad del profesional que realiza cada práctica adoptando para clasificarlas el método decimal posicional de seis dígitos. Esto significa que se ha codificado cada práctica con un número de 6 cifras en el cual los dos primeros representan el grupo de prácticas relacionadas con el sistema orgánico a tratar, las dos segundas cifras corresponden a un subgrupo dentro del mismo y las dos últimas particularizan la prestación propiamente dicha; pudiendo existir este tipo de

subgrupos o no en cada grupo según la diversidad de prácticas a clasificar dentro de los mismos. Por Ej.

1) OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN OPERACIONES EN EL COLON Y EL RECTO

2) OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN OPERACIONES EN LA PARED DEL ABDOMEN, PERITONEO Y RETROPERITONEO

3) 08.05.24: APENDICECTOMIA

08.02.03: HERNIOPLASTIA OPERACIONES EN EL APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO OPERACIONES EN EL TESTICULO VAGINAL, CORDON ESPERMATICO Y ESCROTO.

Así es como finalmente tenemos una organización similar a la siguiente:

01 Sistema Nervioso Desde el 01.01.01 al 01.08.01

02 Aparato de la Visión Desde el 02.01.01 al 02.09.07

03 Otorrinolaringológicas Desde el 03.01.01 al 03.13.13

04 Endocrinológicas Desde el 04.01.01 al 04.03.01

05 Torácicas Desde el 05.01.01 al 05.05.01

06 De Mama Desde el 06.01.01 al 06.01.12

07 Cardiovasculares Desde el 07.01.01 al 07.10.02

08 Aparato Digestivo Desde el 08.01.01 al 08.10.03

09 Sistema Linfático Desde el 09.01.01 al 09.01.08

10 Urológicas Desde el 10.01.01 al 10.11.02

11 Ginecológicas Desde el 11.01.01 al 11.05.03

12 Traumatológicas Desde el 12.02.01 al 12.20.02

Intervenciones Quirúrgicas

13 En la piel y tejido subc Desde el 13.01.01 al 13.03.04

14 Alergia Desde el 14.01.01 al 14.01.04

15 Anatomía Patológica Desde el 15.01.01 al 15.02.03

Prácticas Especializadas

16 Anestesiología Desde el 16.01.01 al 16.01.05

17 Cardiología Desde el 17.01.01 al 17.03.01

18 Ecografías Desde el 18.01.01 al 18.06.01

19 Endocrinología Desde el 19.01.01 al 19.01.03

20 Gastroenterología Desde el 20.01.01 al 20.06.01

21 Genética Desde el 21.01.01 al 21.02.07

- 22 Ginecología Desde el 22.01.01 al 22.04.01
 - 23 Hematología Desde el 23.01.01 al 23.02.19
 - 24 Hemoterapia Desde el 24.01.01 al 24.12.03
 - 25 Rehabilitación Médica Desde el 25.01.01 al 25.01.06
 - 26 Medicina Nuclear Desde el 26.01.01 al 26.05.32
 - 27 Nefrología Desde el 27.01.01 al 27.02.02
 - 28 Neumonología Desde el 28.01.01 al 28.01.11
 - 29 Neurología Desde el 29.01.01 al 29.02.03
 - 30 Oftalmología Desde el 30.01.01 al 30.02.05
 - 31 Otorrinolaringología Desde el 31.01.01 al 31.01.25
 - 32 Pediatría 32.01.04
 - 33 Psiquiatría Desde el 33.01.01 al 33.03.02
 - 34 Radiología Desde el 34.01.01 al 34.20.14
 - 35 Terapia Radiante Desde el 35.01.01 al 35.03.15
 - 36 Urología Desde el 36.01.01 al 36.01.12
 - 37 Síndromes Clínicos Desde el 37.01.01 al 37.01.06
 - 38 Tratamientos Espec. Desde el 38.01.01 al 38.02.01
 - 40 Asistencia en Internac Desde el 40.01.01 al 41.01.01
 - 42 Asist en Cons y Dom Desde el 42.01.01 al 42.04.03
 - 43 Prest.Sanat. y de Enf Desde el 43.01.01 al 43.11.07
 - 01 Consultas Desde el 01.01 al 01.04
 - 02 Operatoria Dental Desde el 02.01 al 02.09
 - 03 Endodoncia Desde el 03.01 al 03.06
 - 04 Prótesis Desde el 04.01.01 al 04.04.12
 - 05 Preventiva Desde el 05.01 al 05.06
 - 06 Ortodoncia Desde el 06.01 al 06.04
 - 07 Odonto Pediatría Desde el 07.01 al 07.06.04
 - 08 Periodoncia Desde el 08.01 al 08.06
 - 09 Radiología Desde el 09.01 al 09.06
 - 10 Cirugía Bucal Desde el 10.01 al 10.16
 - 66 Baja Complejidad Desde el 66.00.01 al 66.09.99
 - 66 Alta Complejidad Desde el 66.10.01 al 66.11.95
- “Partes que conforman la definición de una prestación médica”
- a) Entidades que participan en una prestación médica:

Habiendo definido anteriormente lo que es una simple prestación médica, podemos razonar cuántas entidades intervienen en ella, nótese que hablamos de entidades y no solamente de seres humanos.

Partamos de la prestación médica más común de todas; “LA CONSULTA”, quedamos anteriormente era una práctica única e indivisible en el tiempo. Además no necesita de otro componente más que de la habilidad del especialista para realizarla por lo tanto sólo es una entidad (el especialista) quien interviene.

Sigamos con:

“UN ELECTROCARDIOGRAMA”, Depende de la habilidad del médico y de que exista un aparato para realizarlo, o sea que existen para esta práctica dos entidades intervinientes.

“UN DIA DE INTERNACION EN PISO”, que es el servicio de hospedaje que brinda el Sanatorio a un paciente internado. En éste no interviene ningún especialista solo se brinda como prestación este hospedaje por lo tanto sólo interviene una entidad que es el Sanatorio.

“UNA PRACTICA QUIRURGICA”, En ella se requiere que intervengan con su habilidad y conocimientos el especialista; ninguno, uno o más ayudantes, ninguno o un anestesista, y la institución que provee el quirófano para realizar la práctica en condiciones controladas y obligatorias. Esta práctica es indivisible en el tiempo pero debido al tipo de complejidad o procedimientos depende para su ejecución de varias entidades.

b) Concepto de Honorarios:

Se supone que nada se hace gratis en esta vida, por lo tanto las diferentes entidades que realizan la práctica necesitan de una retribución por su participación. En el caso de la retribución que requieren las entidades humanas, a cambio de su habilidad y conocimiento es llamada “HONORARIO”; en el diccionario encontraremos la definición: “... Gaje, sueldo de honor / Estipendio, sueldo que se da a una persona por su trabajo en algún arte “liberal”.

Por lo tanto es necesario pagar honorarios: Los especialistas, ayudantes y anestesistas.

c) Concepto de Gastos:

Se denomina gasto al costo o gasto asociado a la realización de una práctica, por ejemplo el rollo de papel especial para realizar una ecografía, o el costo de insumos para el mantenimiento de una habitación en un sanatorio, o las placas y material de contraste en una radiografía, etc.

d) Estructura general de una práctica en el Nomenclador

Así las cosas podemos decir que El valor o arancel de las prestaciones médico-asistenciales del nomenclador está definido por la suma de los honorarios y gastos requeridos por sus participantes necesarios.

¿Se podrá decir que toda prestación nomenciada está compuesta por honorarios y gastos?

Para responder esta pregunta analicemos más en detalle la prestación más común:

LA CONSULTA – Código de Nomenclador 42.01.01

Como dijimos, en ella participa sólo el especialista y su habilidad para realizarla, por lo que podemos decir que no se necesita más que los honorarios para tener el valor total de la prestación.

Por otra parte para:

UN DIA DE INTERNACION – Código de Nomenclador 43.01.01

La única entidad participe en la provisión de esta prestación es la Institución que aloja al paciente, que como entidad valoriza su arancel como gasto.

Entonces la respuesta a la pregunta anterior es: -Nó, en algunos casos... para las prestaciones sólo están arancelados los gastos, en otros pueden estar arancelados los honorarios y la proporción de estos valores varía según el tipo de prestación, ya que en algunas el gasto es más significativo y en otras lo es/son el/los honorarios.

“Origen y definición de Unidades”

Origen

Cuando se diseñó el Nomenclador Nacional de Prestaciones, se previó que con el paso del tiempo, los cambios constantes en el valor y denominación de la

moneda no influyeran en la forma de valorar cada práctica por lo que así como se utiliza el Metro como unidad para medir longitudes, se instituyeron la Unidades como denominación general para medir la habilidad requerida, conocimiento y recursos utilizados para realizar una prestación, partiendo de valorar la prestación más común que es la consulta y asignándole a la misma el valor de “10 Unidades”, a partir de esta prestación y según un acuerdo entre el I.N.O.S. y representantes de profesionales y especialistas de cada rubro o colegio o asociación implicada se llegó a discriminar y valorizar EN UNIDADES la Complejidad (Honorario) y costo (gasto) de cada prestación.

Definición

Unidad: Es la unidad (valga de redundancia) con que se mide la complejidad y costo de una prestación médica independiente de su valor monetario actual en el ámbito de la salud.

“Origen y Definición del Juego de valores”

Origen

Anteriormente vimos cómo se definen la Unidades de las prestaciones del Nomenclador, pero estas unidades eran insuficientes para determinar el valor monetario de cada prestación en cada momento desde su creación hasta ahora, así que se definió un valor monetario para cada unidad que sería redefinible en cualquier momento por un decreto o ley y que actualizaría automáticamente el valor monetario de todas las prestaciones del nomenclador sin que por eso se cambiaran las pautas de complejidad que definía a cada prestación. El cálculo sería simple; Tomar el valor vigente de la unidad y multiplicarlo por la cantidad de unidades de la práctica.

Cantidad de Unidades * Valor Monetario de la Unidad

Pero por ser cubiertos tantos ámbitos diferentes en Nuestro Nomenclador como ser: Las prestaciones quirúrgicas, las Sanatoriales, las Bioquímicas, las de Radiología, Las de Odontología etc.; y como para cada una no alcanzaba solo con definir su complejidad sino que cada rubro estaba diferenciado del otro por la composición de sus costos y el tipo de habilidades requeridas, se optó por crear lo que llamamos un Juego de Valores que son tomados de a pares (Un valor para multiplicar por las unidades de Honorarios y otro para multiplicar por las unidades de Gastos de cada prestación) según la sección y el rubro al que pertenece la prestación.

Definición:

El juego de valores es el grupo de valores monetarios definidos para ser usados en la valoración de las unidades de una prestación.

La última definición del Juego de Valores Oficial data del año 1991 y se llama Juego de Valores I.N.O.S. Aquí mostramos este juego de valores con los nombres dados oficialmente a estos coeficientes.

Juego de Valores I.N.O.S. para Honorarios

Nombre Valor Monetario

Galeno \$ 0.2326

Honorario Odontológico \$ 0.1123

Honorario Bioquímica \$ 0.1315

Juego de Valores I.N.O.S. para Gastos

Nombre Valor Monetario

Gasto Quirúrgico \$ 0.4927

Gasto Odontológico \$ 0.1123

Gasto Odont.Prótesis \$ 0.2548

Gasto Bioquímica \$ 0.9702

Gasto Radiológico \$ 0.3496

Pensión Sanatorial \$ 0.5634

Otros Gastos \$ 0.1226

En cada sección del Nomenclador se usa un par de estos valores para multiplicarlos por las unidades de cada prestación.

NORMAS GENERALES DEL NOMENCLADOR NACIONAL

Resumen Norma Código 99.12 INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Apéndice A: Número de Ayudantes

1 Ayudante hasta un Honorario de Especialista equivalente a los 252,75 Galenos

2 Ayudantes cuando supera los 252,75 Galenos

Apéndice C: Atención del post operatorio

Los honorarios del especialista incluyen toda atención del cirujano desde el día de la intervención hasta el egreso del paciente. Apéndice D: AnestesiaEl arancel para anestesista que figura en el capítulo para intervenciones quirúrgicas corresponde que sea facturado cuando se realiza anestesia general, peridural, raquídea o regional de los miembros. No debiendo ser facturada la anestesia local o troncular de los dedos. El honorario de anestesista incluye la intubación y toda maniobra para la realización de las mismas.Cuando la anestesia se realice en menores de 3 años a la columna de honorarios de anestesista se le sumarán 15.75 galenos.

Apéndice F: Horarios especiales

Toda intervención o práctica realizada entre las 21 hs. Y las 7 hs y desde las 18 hs. Del sábado hasta las 24 horas del domingo tendrán un recargo del 20% sobre los aranceles de honorarios y gastos establecidos independiente de la hora de ingreso del paciente siempre que su estado impida la postergación de la práctica y obliguen a su realización inmediata.

Apéndice G: Intervenciones múltiples

1) Por misma vía y para tratar la misma patología:

Honorarios: 100% de la de mayor valor y nada más (se consideran actos complementarios)

Gastos: 100% de la mayor + 30% de las restantes

2) Por misma vía y para tratar diferentes patologías:

Honorarios: 100% de la mayor + 50% de las restantes

Gastos: 100% de la mayor + 30% de las restantes

(Quedan excluidas de esta norma las que tengan un valor menor a 201.75 galenos, en ellas se aplicara la norma como las del punto (1).

3) Distintas vías:

Honorarios: 100% de la mayor + 75% de las restantes

Gastos: 100% de la mayor + 50% de las restantes

4) Para el caso de suturas múltiples:

Honorarios: 100% de la mayor + 50% de las restantes

Gastos: 100% de la mayor + 50% de las restantes

5) Para el caso de procedimientos ortopédicos o traumatológicos que no se encuadren en los incisos 1, 2 ó 3, como ser el caso de fracturas múltiples no quirúrgicas, o luxaciones o entorsis etc.

Honorarios: 100% de la mayor + 50% de las restantes facturando un solo código cuando se utilice un solo procedimiento de inmovilización.

Gastos: 100% de la mayor + 30% de las restantes