

# REESTRUCTURACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

CARIGNANO, FERNANDO

*"Lo único permanente es el cambio"*  
*Peter Drucker*

En nuestro país, como en el resto del mundo, ha tomado real vigencia el estudio del esquema de los costos en la salud, en razón del desequilibrio provocado prioritariamente por la ecuación:

$$\frac{\text{recursos limitados}}{\text{demandas infinitas.}}$$

Que el gasto en salud no parece tener techo, es una aseveración que, hoy por hoy, nadie discute. EE.UU. de Norteamérica (1) gasta casi diez veces más de lo que eroga la República Argentina por habitante/año en salud; sin embargo, 42.000.000 de habitantes de ese país son carenciados absolutos en ese rubro y se asisten solamente en servicios de guardia. (Figura 1).

En nuestro país, hubieron idas y retornos, largas discusiones y un sinnúmero de reuniones sobre el tema de la financiación de la salud. Pero lo cierto es que se han tomado muchas medidas a corto plazo pero ninguna de fondo. En mi opinión, se avecina un tiempo de cambios sustanciales, dado el necesario encuadramiento que requiere el rubro en el esquema

económico nacional.

El Dr. Riobó, médico que se desempeña en el Ministerio de Economía de la Nación, definió claramente cuatro objetivos del plan económico actual (2) (Figura 2):

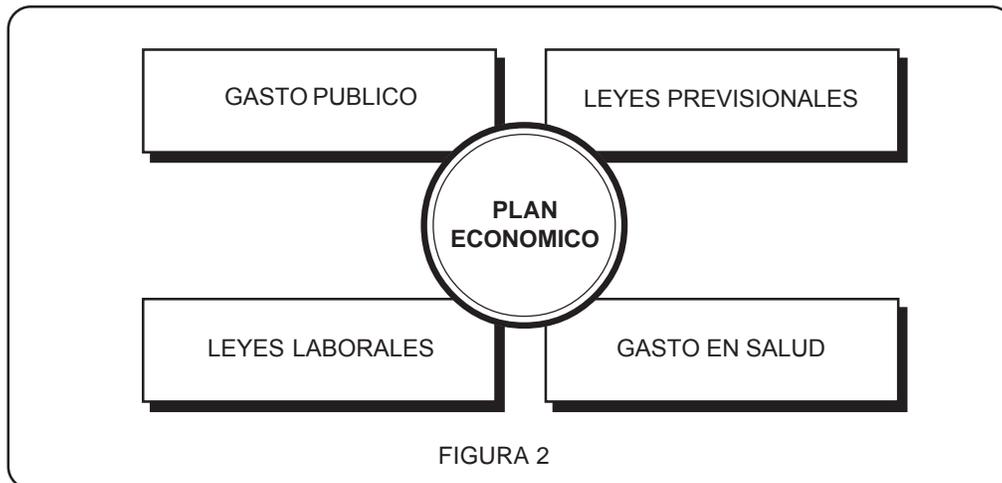
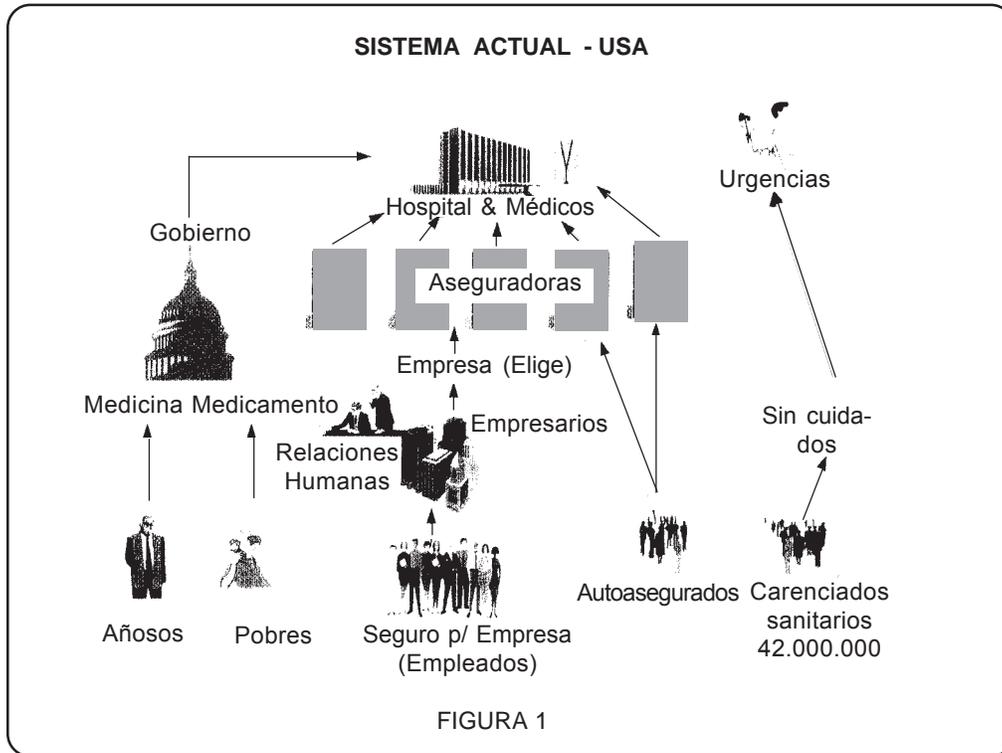
Esto equivale a decir que la salud es una de las "patas de la mesa", que tiene una previsión económica y que debe ajustarse a ella.

La desregulación que se pretendió llevar a cabo con el decreto 9/93, no ha tenido los efectos que esperaban sus redactores, debido principalmente a que la normativa contenía numerosos elementos reguladores en su contexto, convirtiendo el proyecto en una paradójal "desregulación regulada".

Además, las nuevas tecnologías -refiriéndome a las realmente beneficiosas-, los cambios en la farmacopea, la aparición de enfermedades de esta era y otro sinfín de factores, colaboran para que la presión de las demandas amenacen con hacer estallar el dique de contención que significa un recurso acotado.

Todos los sistemas de atención médica, con y sin fines de lucro, deberán ineludiblemente adaptarse a estos cambios, adoptando una nueva visión de su modalidad organizativa, reestructurando de raíz sus procesos administrativos y adquiriendo una nueva cultura prestacional. Aquellas que no lo hagan desaparecerán o retrocederán irremisiblemente, tal como

-----  
Dirección Postal: Dr. Fernando Carignano, Undiano 10,  
8000 - Bahía Blanca.

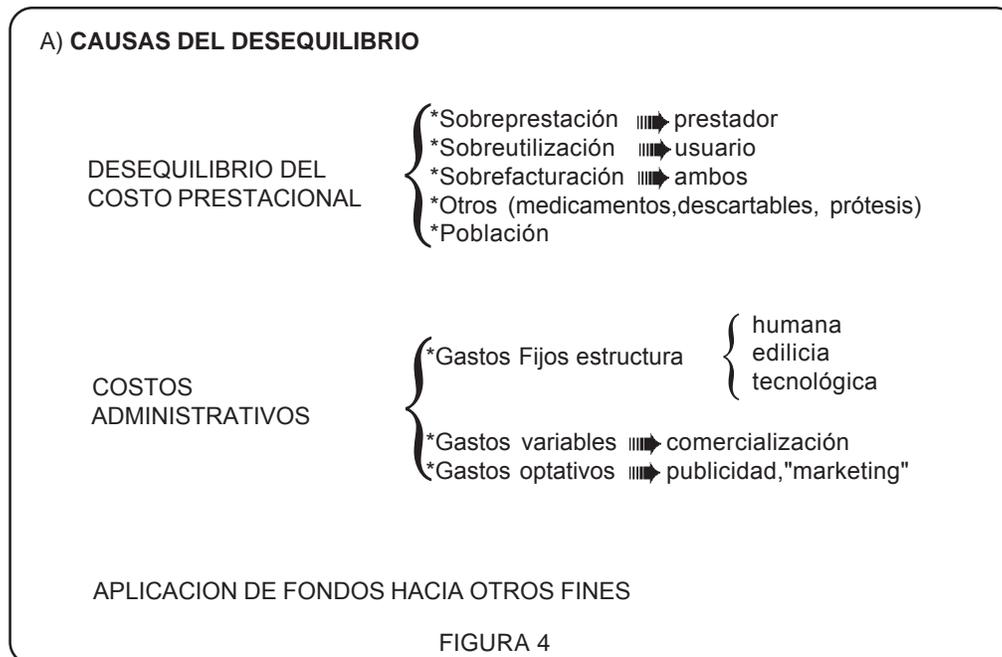
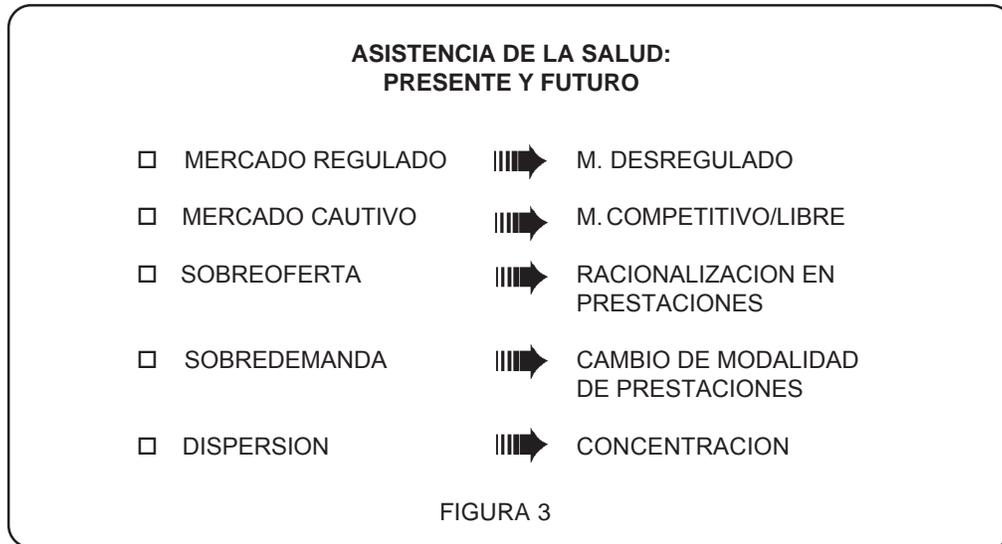


sucedió, y sucede, con otras empresas que, desoyendo la opinión casi unánime de esa “nueva” raza de socio-economistas (P. Drucker, T. Peters), han man-

tenido estructuras rígidas y han permanecido inermes a las vertiginosas modificaciones de esta última época (3). La dinámica gana, la estática pierde.

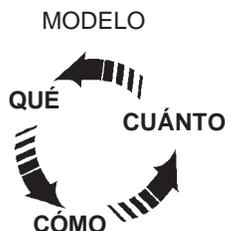
Así, algunos de los dirigentes de entidades gremiales médicas, pensamos, al igual que muchas otras personas estrechamente ligadas al espectro prestacional en salud (directores de medicina prepaga,

sociólogos, economistas), que los sistemas están experimentando un giro veloz que exige variaciones igualmente celeres en las modalidades prestacionales (4) (Figuras 3-4).



**B) ECONOMIAS DE LOS SISTEMAS ACTUALES**

La confección de un sistema actual, haciendo referencia estricta a los costos, debe contemplar las siguientes premisas:



**QUÉ**

PROGRAMA DE PRESTACIONES  
EQUIVALE PROGRAMA MEDICO  
EQUIVALE PLANES DE COBERTURA

**CÓMO**

MODELO PRESTACIONAL  
EQUIVALE A ESTRUCTURA PRESTACIONAL  
EQUIVALE A SISTEMAS DE SERVICIOS

**CUÁNTO**

CONOCIMIENTO DEL MONTO  
EN TERMINO DE COSTO

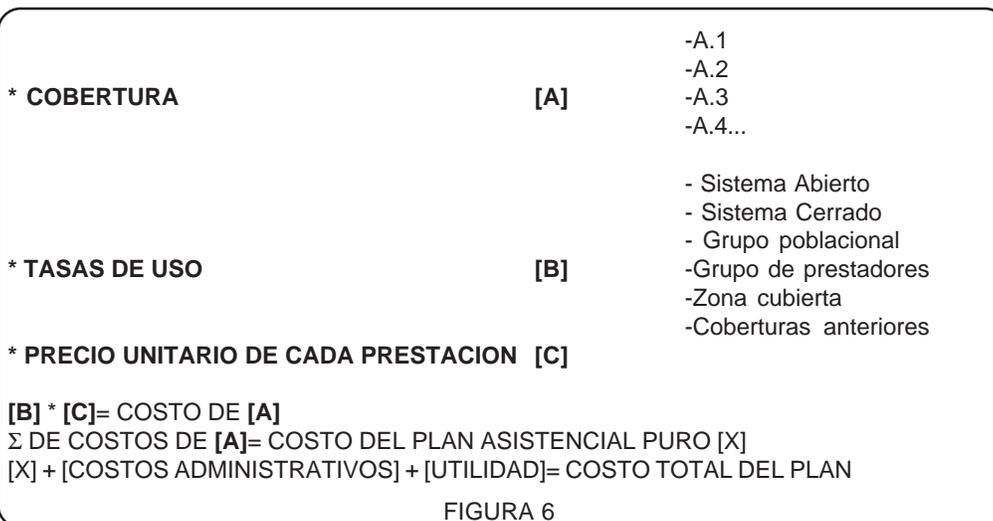
DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD SE  
DEFINE EL **QUÉ** Y EL **CÓMO**  
FIGURA 5

Las empresas de medicina prepaga, según sus propias declaraciones, gastan alrededor del 28% en administrarse (16% para gastos fijos, 7% para gastos variables y 5% para optativos, aproximadamente). Nuestra Asociación exhibe un costo administrativo del 10%. (4-5)

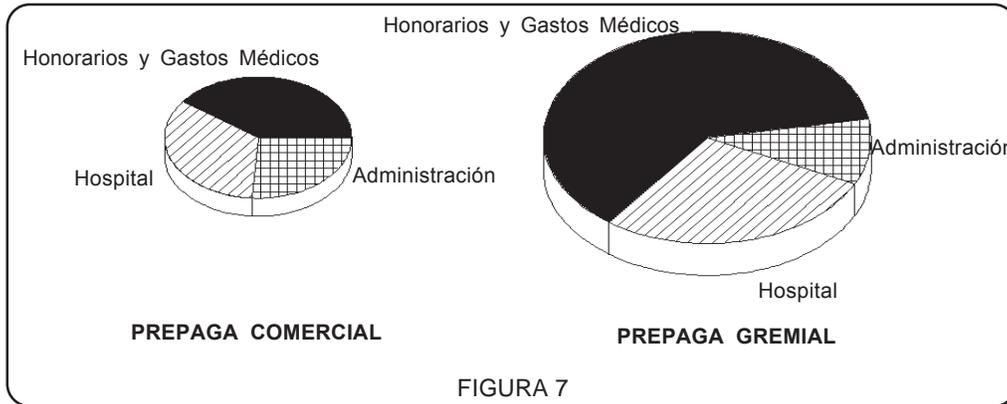
En Bahía Blanca, la diferencia la marca principalmente el valor de las prestaciones y, bueno es recordarlo, los planes de asistencia no tienen que dejar utilidades como deben hacerlo en una empresa con fines de lucro.

Los costos restantes, prestaciones y márgenes de utilidad, tienen una incidencia cambiante que depende fundamentalmente de la cobertura que se quiera brindar (listado de prestaciones, plan de asistencia, etc.) (Figura 5).

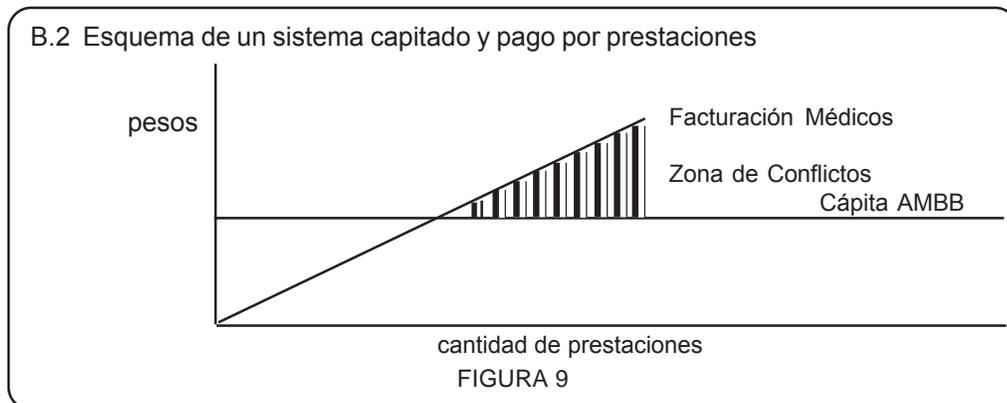
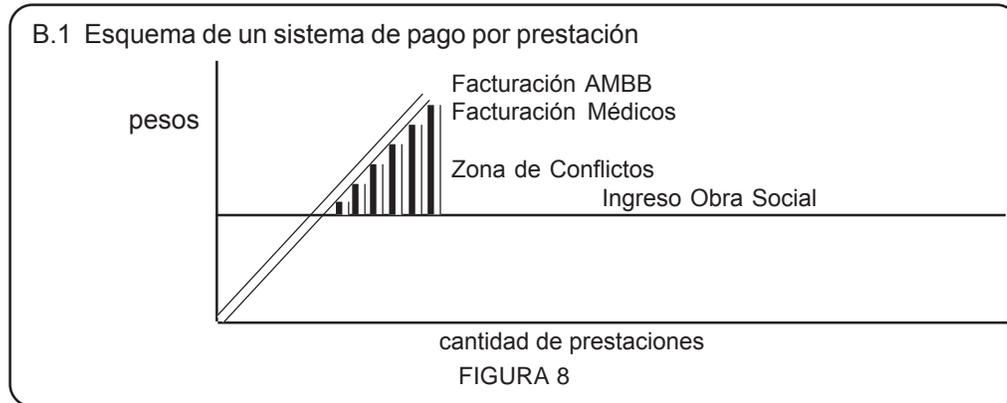
La metodología básica es (Figura 6):

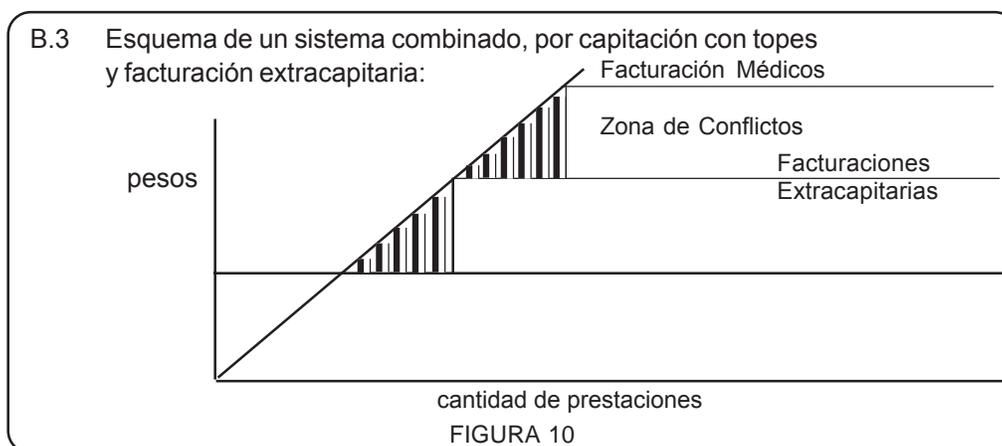


Las diferencias estadísticas en la distribución del gasto entre una prepaga comercial y gremial, se plasman en el siguiente gráfico (Figura 7):



Hoy por hoy, en nuestra ciudad, el sistema prestacional reconoce tres modalidades (Figuras 8, 9 y 10):





Rápidamente se deduce que las dificultades que se observan en la administración tienen un origen común: **el pago ligado a la prestación**. Esta condición, que torna imprevisible el gasto, ha llevado al cese de pago a varias entidades gremiales médicas y obras sociales; son los que se denominan **convenios de riesgo**.

### C) PROYECTOS DE SOLUCION

Al contrario de lo afirmado por algunos, las entidades gremiales médicas podemos, y debemos, gerenciar convenios de riesgo con obras sociales. De lo contrario, otros se ocuparán pero los resultados serán indudablemente diferentes.

Como sucede la mayor parte de las veces, la solución tiene múltiples facetas, algunas de ellas no fáciles.

#### C.1: Fusiones, "joint ventures" (alianzas estratégicas) y Uniones Transitorias de Empresas (UTES).

Las concentraciones de prestadores y de oferentes de prestatarias, son modalidades que se han desarrollado como respuesta para la reducción de costos y satisfacción de demanda.

Desgraciadamente, no en todos los casos se ha cuidado de preservar la calidad en la prestación, lo que originó un círculo vicioso que señalaremos más adelante.

Actualmente estamos asistiendo a la compra o asociación de varias empresas de medicina prepaga con grupos nacionales o extranjeros (Qualitas/Principal Financial Group; AMSA/APS/Medicus/O.M.San Jorge/Staff Médico S.A.), denotando una importante inversión, sobre todo foránea, en este tema. La estrategia de esta especie de "neocoloniza-

dores" puede consistir en descender los costos (aún a costa de balances negativos durante lapsos variables) hasta niveles imposibles de afrontar para la infraestructura local. Luego del empobrecimiento y/o quiebra, vendrá la compra o la contratación por precios de regulación mono u oligopólica

La conformación de una sólida alianza local entre prestadores pareciera ser la opción más conveniente para garantizar la subsistencia de todos. No obstante, como veremos luego, esto no nos eximirá de lograr la máxima eficiencia en la dirección ("gerenciación"): mayor beneficio con igual o menor costo es la fórmula que garantiza la sobrevivencia.

#### C.2 Financiamiento. Estructura de costos.

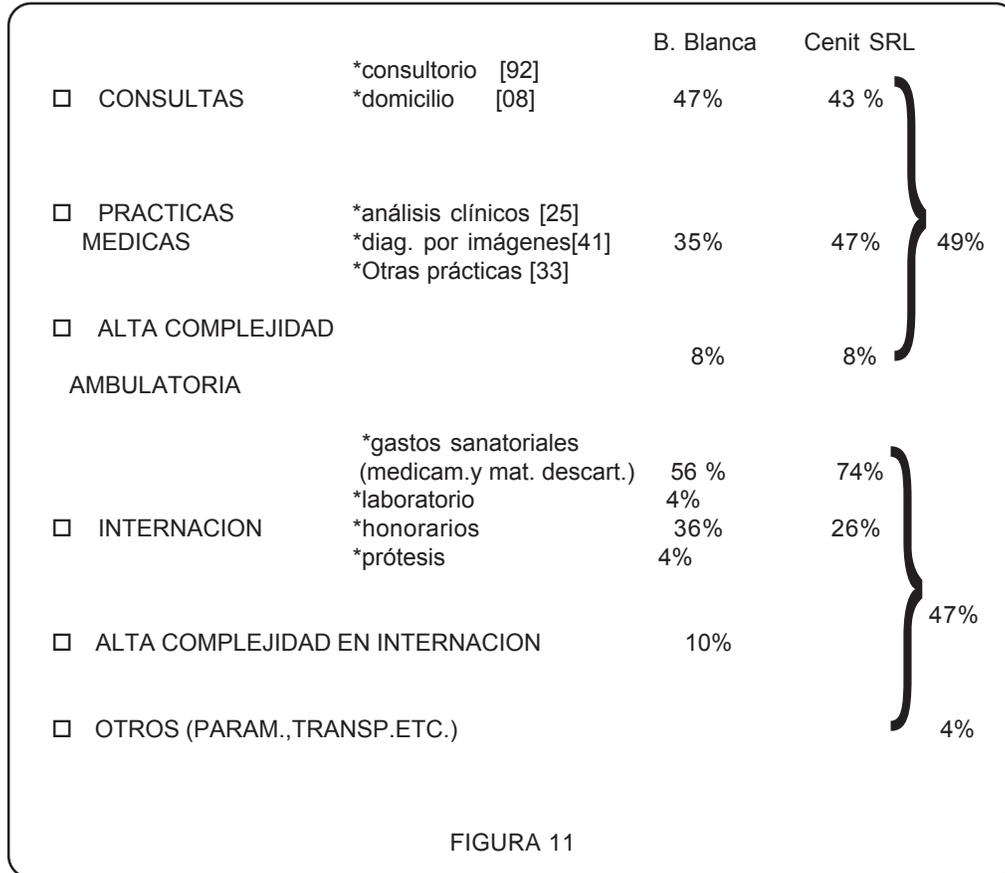
El conocimiento minucioso de la incidencia de cada una de las prestaciones a otorgar y su participación en el gasto final, es uno de los puntos más importantes, ya que permitirá la viabilidad del sistema.

La **regionalización**, es decir, adaptar un plan para cada zona con caracteres semejantes, es primordial a mi criterio. Es un error componer un plan para La Matanza y pretender trasladarlo con el mismo éxito a Bahía Blanca. Las conductas prestacionales, la distribución del ingreso y los costos unitarios por ejemplo, pueden ser muy diferentes, tornando falaz el cálculo del gasto total esperado.

El estudio previo del ámbito elegido y la aplicación del plan sobre un modelo observado (población beneficiaria y médica) son condiciones que deben tenerse en cuenta, caso contrario, se corre riesgo cierto de fracaso.

De todas formas, se puede bosquejar groseramente la composición del costo directo en un sistema tipo (B.Blanca en negrita, al lado se consignan las

cifras emitidas por Cenit S.R.L., una consultoría asesora de varias empresas de prepago de Capital Federal) (Figura 11).



Estas estructuras variarán de acuerdo al modelo retributivo, que asume las formas siguientes:

- a) Pago por prestación.
- b) Pago por distribución (índice, galeno móvil, etc).
- c) Pago con corresponsabilidad o de riesgo compartido.
- d) Misceláneas.

El último factor a adicionar, no por esto menos importante, es la profusa información que debe brindárseles a médicos y beneficiarios. Se procura que, con el conocimiento del sistema, ambos grupos se sientan parte de él y comprendan cabalmente ideas y objetivos.

En resumen, podemos compendiar lo dicho hasta aquí en:

- Estudio de población médica y de beneficiarios.
- Definición del modelo prestacional.
- Adecuación del costo al uso, general y particular, con racionalidad.
- Establecer formas retributivas.
- Educación de beneficiarios y médicos.

### C.3 Rol de los establecimientos asistenciales

Las diferencias en las tasas de uso que se observan, dependiendo de modalidad prestacional, se constituyen en una demostración palmaria de la necesidad de un cambio de los sistemas actuales (6) (Figura 12).

	Pago por Prestación	Pago por Cápita	Pago modulado (riesgo compartido)
EGRESOS AFIL./AÑO	0,12	0,086	0,083
DIAS DE ESTADA/EGRESO	5,80	4,00	3,80

(Tomado del Htal.Privado Centro Médico Córdoba S.A.)

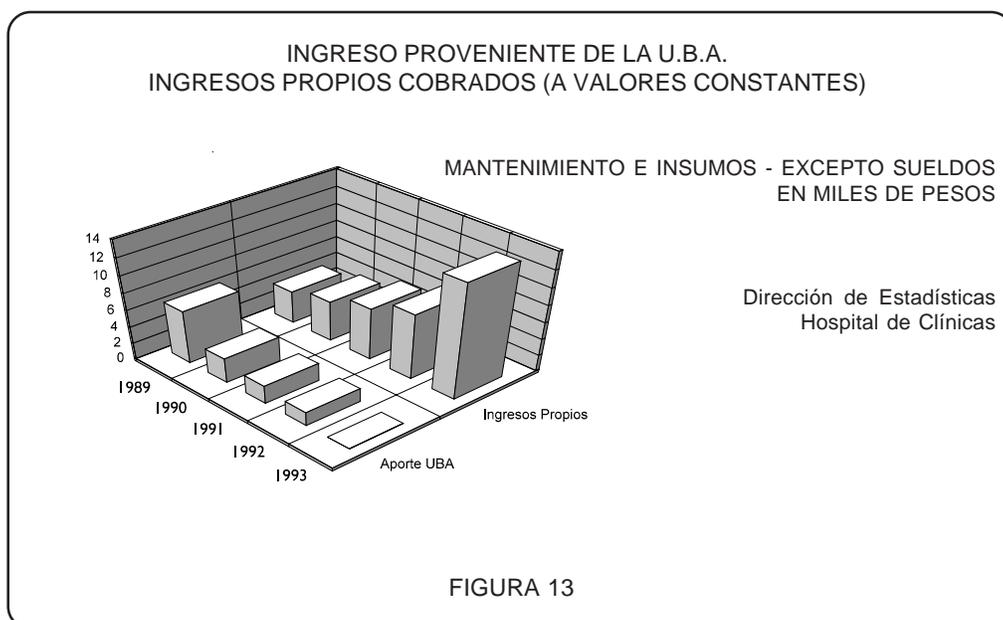
FIGURA 12

Por otro lado, los Hospitales públicos manifestaron que quieren competir en igualdad de condiciones con los centros privados, creando para ello el "hospital de autogestión". Se puede o no estar de acuerdo con la política que da lugar al desarrollo de este sistema, pero coincidiremos absolutamente en que está destinado a que el gobierno disminuya las partidas presupuestarias destinadas a la salud pública. El gráfico que sigue, presentado por el Director del Hospital de Clínicas "José de San Martín" demuestra lo dicho (7) (Figura 13).

Del total de pacientes asistidos en este hospital, sólo el 15% promedio son carenciados sanitarios (sin

obra social/no aportan), esta cifra demuestra evidentemente un proceso de selección.

Como se coincide actualmente en forma casi unánime, la implementación de un modelo de **riesgo compartido**, mediante sistemas modulados, parece ser la salida más viable. El axioma "yo facturo todo lo que puedo y Ud. tiene la obligación de pagarme" está en sus últimos estertores. La inversión ineludible que tendrán que hacer hospitales y sanatorios es en organización, que les permitirá lograr el mayor beneficio con un costo predeterminado, para afrontar con éxito el cambio en ciernes.



**C.4 El recurso humano**

**C.4.1 Evaluación**

La influencia que tiene el recurso humano en un sistema de salud es tal, que este elemento se convierte en un punto de inflexión que condiciona el éxito o fracaso de cualquier plan que quiera implementarse.

Ya describimos precedentemente algunos factores que condicionan, directa o indirectamente, las variaciones del costo con estricta referencia al recurso humano (pago ligado a la prestación, desvinculación con los sistemas, etc.).

No obstante, principal causante de un gasto prestacional inapropiado, aún no fue citado. La calidad médica, es reputada unánimemente como la mejor generadora de eficiencia (costo/beneficio),

dado que está absolutamente demostrado que los más capaces asisten mejor y gastan menos; expresión que es el "desiderátum" de cualquier financiador de sistemas.

Tomados individualmente, cada uno de estos profesionales puede parecer más caro que otros, pero, si tomamos globalmente el costo total de la atención, desde la primera consulta al diagnóstico, considerando el tiempo que media entre ambos y los medios complementarios usados, veremos que es mucho más bajo comparativamente con otros. Muchos asesores coinciden en que la diferencia de gasto puede llegar hasta el 65%.

MEJOR ASISTENCIA + MENOR COSTO = CALIDAD MEDICA

El problema principal radica en la medición de la calidad médica. ¿Qué se usa? ¿Cómo se aplican los datos que se obtengan?. La productividad, tan fácil de estimar en fábricas, se convierte aquí en un galimatías.

En primera instancia, la información juega un papel protagónico, puesto que nos permitirá comparar costos en llegar al mismo diagnóstico de varios profesionales, saber cuál es la media prestacional en cada especialidad y de determinado rubro, conocer cuál es valor generado en prestaciones en relación a lo que cuesta la especialidad en sí misma, repercusión en el gasto en relación a los diferentes ámbitos de actuación médica, etc.

Ejemplo: observamos en una tabla que presentara Amil Brasil (8) (aprox. 900.000 afiliados en el país vecino y 45.000 repartidos en dos estados de los EE.UU.de Norteamérica), las diferencias entre los valores propios (lo que cada especialidad se "guarda" para sí) y los generados (lo que origina con derivaciones o estudios complementarios). Cabe recordar, para una correcta interpretación de la tabla, que en Brasil está prohibida por la ley la autoderivación. (Figura 14).

Esta primera información permitirá establecer diferentes estrategias para cada especialidad, de acuerdo deba actuarse sobre el valor generado o el valor ejecutado.

ASISTENCIA		
ESPECIALIDAD	VALOR EJECUTADO EN U\$S (cobrado por especialista)	VALOR GENERADO EN U\$S (cobrado por otros)
Ginecología	77.868	143.349
Oftalmología	92.878	3.958
Pediatría	85.779	22.032
Ortopedia/Traumatología	208.129	35.870
Cardiología	59.013	93.066
Dermatología	56.809	7.304
Cirugía General	16.089	22.808
Otorrinolaringología	62.299	22.199
Angiología/ Cir. Vasc.	8.089	7.975
Clínica General	22.872	52.970
Urología	20.957	41.824

Tomado de Amil Brasil

**FIGURA 14**

Para la evaluación individual, esta información deberá complementarse con el costo comparativo por consulta/paciente.

Los sitios donde se realiza la primer consulta, son de importancia determinante. Cuando la primera atención se realiza en un hospital, el índice de prácticas complementarias e internación es mucho más alto que cuando se lleva a cabo en consultorios privados. Alejar a la primer asistencia de aquellos centros o corresponsabilizar al profesional "boca de acceso", podrían ser dos de la acciones a implementarse.

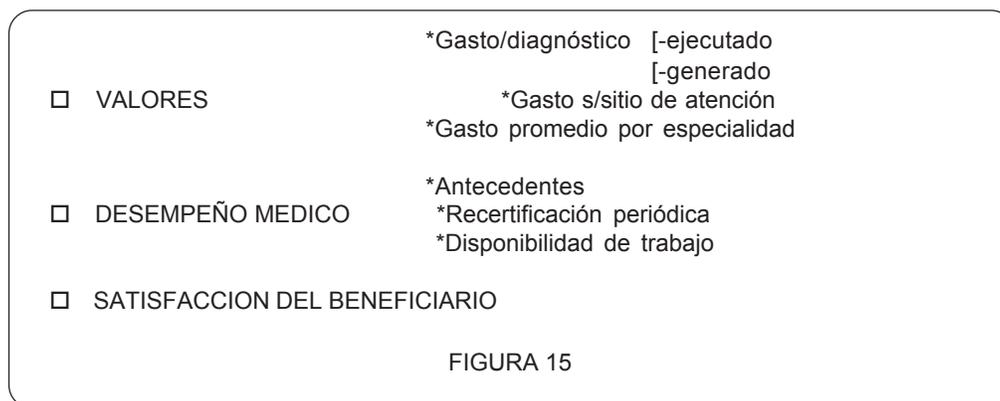
La formación del médico, medida por recertificaciones periódicas, se erige como el mecanismo más idóneo y equitativo para ubicar a cada profesional en su nivel correspondiente de calidad técnica. Su disponibilidad de horas de trabajo y fácil accesibilidad tendrán que ser también tomados en cuenta. (9).

Los promedios prestacionales de cada especialidad (perfil prestacional, padrones de desempeño), tomados de un modelo observado, son otro elemento

a considerar. Si bien pueden registrar un margen de error apreciable, permiten evaluar rápidamente aquellos prestadores que excedan groseramente la media.

La opinión del beneficiario, sobrevaluada a mi criterio por las empresas de prepago, debe tenerse en cuenta; pero, de ningún modo, es un elemento primordial de juicio. Las encuestas de satisfacción, tanto de beneficiarios como de médicos, son importantes y deben llevarse a cabo periódicamente; no obstante, tienen que ser justipreciadas adecuadamente, en especial por entidades como la nuestra, que no sólo tiene la obligación de ser eficiente sino que, adicionalmente, cumplen una función sanitaria indelegable.

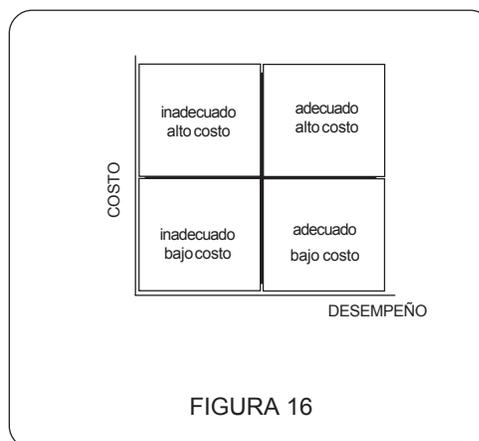
Con todos los factores antecitados, podría elaborarse una actitud asistencial que podríamos denominar "esperada", esto es, eficiente (Figura 15).



Aplicando estos parámetros, podremos tener médicos con desempeños adecuados o inadecuados, pero ambos pueden ser de alto o bajo costo. En el gráfico siguiente, tomado del servicio de informática de Amil Brasil, se muestra claramente la matriz de desempeño (Figura 16).

#### C.4.2 Retribución

En referencia a la equidad que debe contemplarse en la retribución y que seguramente tiene que diferenciar a los prestadores, la solución es, según mi opinión, mucho más clara. Los gremios médicos tienen, como uno de sus principios inalienables, brindar **igualdad de oportunidades** a todos sus profesionales asociados, es decir, no pueden "elegir"



los más convenientes para asistir a los afiliados de los prepagos que administren como lo hacen las empresas comerciales.

Por ende, deberían implementarse dos modalidades:

a) Acceso categorizado a ciertas prácticas médicas y quirúrgicas relacionando capacitación y complejidad de las prestaciones (similar al nomenclador adoptado por FEMEBA para las prácticas médicas);

b) Escalafonamiento arancelario en relación directa con la categorización apuntada en (a) y con la disponibilidad laboral de cada médico al sistema.

#### COMENTARIO FINAL

Tal como se ha expresado e intentado demostrar hasta aquí, reiterando lo dicho en la introducción, se avecina un cambio radical en el sistema de atención de la salud, previo pasaje por situaciones críticas que ya estamos comenzando a padecer. El necesario "encaje" del rubro salud dentro de un presupuesto preestablecido condicionará a esta premisa cualquier acción ulterior que quiera llevarse a cabo.

Las entidades gremiales médicas tendremos que aguzar nuestro ingenio brindar posibilidad de asistencia y financiación a obras sociales de muy desigual capacidad de pago. Pretender permanecer neutral en esta futura puja seguramente condicionará la desaparición, o acotamiento a una mera función social, de cualquier Asociación Médica.

"UNA CRISIS ES RIESGO  
Y OPORTUNIDAD".  
Proverbio chino.

#### Bibliografía

- 1- Autores varios: "Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología.". Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- 2- Riob A: Conferencia durante el transcurso de las Jornadas sobre perspectivas del sistema de atención de la salud, Asociación Médica de Bahía Blanca, 9 de setiembre de 1994.
- 3- Peters T: Liberation management. Editorial Atlántida, 1992, 502-10.
- 4- Abad CS: Conferencia sobre "Administración de costos en el sistema de salud", Park Hyatt Hotel, Buenos Aires, 22 de noviembre de 1994.
- 5- Lerner LS: Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de obras sociales seleccionadas. Cuad. Med. Sociales, Asociación Médica de Rosario, 1988, 45: 19-32.
- 6- Chiotti G, Presta H: Conferencia sobre "Incidencia de los modos de distribución económica en los costos de un sistema de salud", Park Hyatt Hotel, Buenos Aires, 23 de noviembre de 1994.
- 7- Henry EC: Conferencia sobre "Nuevos paradigmas de administración. La autogestión del hospital público. La experiencia del Hospital de Clínicas", Park Hyatt Hotel, Buenos Aires, 22 de noviembre de 1994.
- 8- Kropf A: Conferencia sobre "El impacto de los sistemas de información gerenciales en la planificación y reducción de costos de los planes de salud", Park Hyatt Hotel, Buenos Aires, 23 de noviembre de 1994.
- 9- Díaz Muñoz A, Levcovich M, Lima Quintana L y Ramos S: Sistemas de salud en procesos de reforma. Organ. Panam. de la Salud, 1994, 54-8.