Modelos de pago y seguro de salud:
¿Hacia una racionalización del sistema de salud rionegrino?

Lic. Liliana Mabel Alvarez

Introducción

En el presente artículo se analizan los modelos de pagos utilizados en la provincia de Río Negro durante el período 1994 – 1999, describiendo sus principales características, ventajas y desventajas; identificando los actores involucrados de los tres sectores que componen el Sistema de Salud, sus intereses, los recursos de que disponen, y cómo se dio el juego de fuerzas para que se implante un modelo de pago y no otro.

Los modelos de pago son herramientas de gestión que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. Esta cuestión se plantea como una problemática central para los modelos de financiamiento de la salud, como forma de distribuir los riesgos que involucra la actividad de brindar cobertura médica a las personas.

A comienzos de 1999, el Gobierno de Río Negro comenzó ha implementar los detalles finales para instituir el Seguro Público de Salud, concebido como modalidad de financiamiento solidario, mediante el cual se establecen los Contratos de Gestión así como los mecanismos de pago específicos.

El concepto de cobertura social para los sin cobertura implica rescatar el carácter de ciudadanía, más abarcativo que el de trabajador, como garantía del derecho de acceso a los servicios de salud.

El Sector Salud: un campo fragmentado

Históricamente, en la Argentina son tres los sectores sobre los que se estructura la oferta de salud: el privado, el de seguridad social y el público.

El **sector privado** presta preferentemente atención a los grupos de mayor poder adquisitivo, a través de la contratación directa de servicios y/o de la adhesión a sistemas de prepago. Este sector es el que cuenta con la mejor tecnología médica. La articulación con el sector público es relativamente baja.

En el **sector de la seguridad social (obras sociales)** se presta cobertura a la población de ingresos medios y asalariados del sector formal de la economía. El sistema de obras sociales presenta una alta fragmentación y desigual capacidad tecnológica y de realizar prestaciones. Es el principal financiador del sector privado por la contratación de servicios. El deterioro de este sector por el incremento del desempleo y por la crisis financiera que lo afecta -evasión de los aportes, corrupción- lleva a muchos de sus anteriores beneficiarios a buscar atención en el sector público.

Por su parte, el **sector público** atiende al resto de la población, principalmente a los vinculados a la economía informal, desocupados, subocupados y parte de los nuevos pobres que a partir de la crisis financiera de las obras sociales, por no poder afrontar el pago de coseguros, gastos de transporte y otros costos, recurren a sus servicios, en particular, los hospitalarios. El sector público es el que tiene mayor cantidad de efectores, infraestructura y equipamiento, pero en general se ve afectado por la crisis presupuestaria. Este sector es el que realiza las principales acciones de prevención y promoción. Los intentos de obtener recursos a través de modalidades autogestionadas, todavía no alcanzan la

importancia necesaria para resolver los problemas presupuestarios.

Asimismo, pueden mencionarse tres componentes del Sistema de Salud:

- El modelo financiador, que se refiere a la forma y modalidad con que la sociedad asigna los recursos económicos para salud;
- El modelo asegurador, que implica la organización de las entidades que aseguran a la población, el resarcimiento económico o la atención médica ante eventos de enfermedad, y
- El modelo prestador, que hace referencia a la organización de las entidades que hacen efectiva la atención médica a la población.

El modelo financiador se conforma de tres fuentes distintas de financiamiento:

- los impuestos sobre el salario
- las rentas generales y
- el gasto de bolsillo.

El modelo asegurador se compone de dos tipos de entidades bien diferenciadas:

- las Obras Sociales y
- las Empresas de Medicina Prepaga.

El modelo prestador se constituye por dos tipos de actores:

- los médicos, clínicas y sanatorios del sector privado, y
- los hospitales públicos.

Actores del sistema de salud

Se identifican como actores intervinientes en el diseño e implementación de los modelos de pago de los servicios de salud a los siguientes: dentro del subsector público se puede mencionar al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y al Consejo Provincial de Salud Pública (y dentro de éste a la Gerencia de Descentralización y Autogestión Hospitalaria). Dentro del subsector de obras sociales, la más relevante es el Instituto Provincial del Seguro de Salud, y algunas obras sociales no estatales de menor incidencia, y por último en el subsector privado se pueden mencionar la Federación Médica de Río Negro, la Federación de Clínicas, los Colegios: de Farmacéuticos, de Odontólogos, de Bioquímicos, entre otros. Y como portador y "calificador" de los servicios prestados, podemos identificar al usuario, que en este caso es generalmente afiliado al I.PRO.S.S. o carente de cualquier cobertura social y son ellos quienes recurren a los hospitales públicos.

La Obra Social Provincial, I.PRO.S.S. es la de mayor número de afiliados en la provincia, contando en la actualidad con 133.971, esto es aproximadamente el 25% de la población. Los mismos se discriminan en: afiliados obligatorios: 118.624, de los cuales son titulares 45.294 incluyendo empleados públicos provinciales (activos, retirados y jubilados y pensionados) y docentes y afiliados adherentes: 15.347 de los que son titulares 5.214. Se puede observar que los afiliados menores de 50 años son 115.289 esto es un 86%, de los cuales 47.927 son menores de 15 años, esto es un 35,8%.

En cuanto a las instituciones intermedias, las evidenciadas por esta investigación son: la Federación Médica de Río Negro y la Federación de Clínicas, el Colegio de Farmacéuticos, de Bioquímicos, de Odontólogos, etc. La primera agrupa a los profesionales médicos, y la segunda a los establecimientos asistenciales. No siempre las relaciones inter-federaciones son de armonía, por el contrario, durante el período analizado se puede observar una marcada regionalización en la defensa de

los intereses propios de cada área geográfica de la provincia. Así se manifiesta cuando en oportunidad de firmarse un convenio capitado de salud entre el Instituto Provincial del Seguro de Salud y la Federación Médica y de Clínicas y Hospitales Privados de Río Negro, la Cámara de Prestadores Médicos de la Zona Atlántica exige la regionalización total de los fondos y su gerenciamiento en relación a la cantidad de afiliados al I.Pro.S.S. de la zona y, la renegociación con el Instituto acerca de las prácticas excluidas en dicho convenio, que se pueden realizar en la zona. (Diario Río Negro, 03/04/1997)

Una nueva situación de conflicto entre ambas instituciones se plantea cuando los profesionales de los Colegios Médicos y las Cámaras de Prestadores de la Zona Atlántica comenzaron a renunciar, -octubre de 1998- a las listas de prestadores de la Federación Médicas y de Clínicas de Río Negro, con asiento en General Roca, porque no llegaban a una acuerdo ante las diferencias administrativas, básicamente en las liquidaciones del cobro del convenio capitado con la obra social provincial.

Esta medida fue calificada como "sin retorno" por la mayoría de los profesionales locales, ya que desde hace más de un año reclaman descentralizar las liquidaciones por zona. No obstante, existía la posibilidad de que el I.Pro.S.S. pagara por regiones, o bien que se estudie un contrato prestacional diferente con los médicos locales.

Breve reseña del contexto provincial

La crisis por la que atraviesa el país, y a la que no escapan las Provincias, es expresión de deterioro económico, de exclusión social y de pérdida creciente de la legitimidad institucional, desarrollada en una sociedad donde la pobreza -en su origen histórico- fuerza la condición de salud de la sociedad, expresada en un estancamiento de los principales indicadores de salud y de las condiciones de vida de vastos segmentos de la población, a pesar de ser una sociedad con grandes potencialidades.

La situación, durante el período analizado (1994-1999) se presentaba con los hospitales prácticamente paralizados, los empleados públicos provinciales y jubilados con retrasos en el cobro de sus haberes, agravado por la posibilidad de quedarse también sin atención en el sector privado de la salud, porque los médicos amenazaban –y de hecho, muchas veces lo hicieron- con cortar los servicios por la abultada deuda que la provincia mantenía con ellos. Los médicos preveían "consecuencias insospechadas."

A la tremenda crisis que afectaba a la salud pública de Río Negro, se sumaba el corte de todos los servicios que brinda la parte privada, debido a las deudas que el gobierno mantenía con los médicos privados.

Pero la posibilidad del corte del servicio no atañe solamente al I.Pro.S.S. y sus afiliados. El gobierno tampoco cumplía con los pagos de las derivaciones que tiene que realizar el hospital a la parte privada, con lo cual este servicio también se suspendía en ocasiones. (Diario Río Negro, 26/05/1995)

La obra social con mayor número de afiliados de Río Negro estaba virtualmente quebrada por el desfinanciamiento provocado por el propio Poder Ejecutivo que no cumplía con el pago de los aportes patronales y contribuciones personales de los afiliados. La crisis financiera del Estado provincial desatada en diciembre de 1994, no hizo más que agravar el desequilibrio financiero que padecía el I.Pro.S.S. ocasionada por el incumplimiento de los aportes patronales y personales, que en el caso de la Caja de Previsión Social ascendía a 30 millones de pesos acumulados desde 1991. (Diario Río Negro,

2/08/1995)

El atraso en los pagos salariales en el sector de la Salud Pública y la consiguiente retención de servicios motivaron que durante el año 1995 prácticamente no se hayan realizado ninguno de los programas preventivos que son los pilares de un sistema de salud. Los principales programas sin ejecutar son: el de Rehabilitación Nutricional, el de Inmunizaciones y el Plan Materno Infantil. Todo esto motivará, a juicio de los entendidos, que en los próximos años se advierta un incremento de los índices de mortalidad infantil, fallecimiento por causas evitables y que aumente también la incidencia de tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas.

Ante esta situación, una conjunción de actores -los representantes de los afiliados y de los prestadores privados, gremios y el mismo Instituto- reclamaron a los tres poderes del Estado la intangibilidad de los recursos del I.Pro.S.S. para impedir la sistemática violación de la autarquía financiera del organismo fijado por ley, obligando al Ejecutivo a cumplir con el pago de los aportes patronales y transferir las contribuciones personales retenidas a los afiliados. Además, solicitaron a los organismos de contralor, creados por la Constitución, la realización de una auditoría externa para verificar el estado financiero del organismo como así también el destino de los recursos.

La situación del Sistema de Salud era realmente grave, toda la población de la provincia sufría sus efectos. Quienes eran afiliados al I.Pro.S.S. soportaban cortes, que si bien eran por pocos días, se repetían constantemente en todas las prestaciones: médicas, asistenciales, odontológicas, bioquímicas, kinesiológicas y también en la provisión de medicamentos.

El resto de la población que no poseía obra social y que concurría a los hospitales públicos también experimentó las consecuencias de la crisis. Períodos de parálisis de los hospitales, disminución de las atenciones producidas por las retenciones de servicios de los empleados públicos del sector ante los atrasos salariales, en el pago de guardias médicas y de horas extras.

Asimismo, durante 1994 – 1999 muchos de los servicios médicos presentaron deficiencias, ya que los profesionales insatisfechos con la política salarial –de ajuste- renunciaban, lo que provocaba que algunas especialidades no fueran cubiertas por el hospital. A modo de ejemplo, se puede citar la renuncia de pediatras, cirujanos, anestesistas, etc.

Es importante aclarar, que el Instituto también mantenía una deuda importante con los hospitales públicos pero el reclamo que más se hacía escuchar era el de los prestadores privados, ya que con los primeros se implementaba un mecanismo de “compensación” entre el I.Pro.S.S. y el Consejo Provincial de Salud Pública (en representación de los hospitales públicos de la provincia).

Entre algunas de las propuestas alternativas para paliar la crisis a la que se venía haciendo referencia en párrafos anteriores, pueden mencionarse: la reestructuración administrativa del I.Pro.S.S., la propuesta de gerenciamiento privado del mismo y la tentativa de aumentar la recaudación de los hospitales públicos –la instrumentación de mecanismos de cobro a las obras sociales-. Las dos primeras propuestas serán explicitadas en conjunto como dos caras de una misma “estrategia de reforma” del instituto, en tanto que la tercera, por desarrollarse en otro sector del campo de la salud será analizada por separado.

En cuanto a la primera propuesta alternativa de reforma, el Estado provincial solicitó la realización de un diagnóstico de la obra social, en donde se señalaba que el déficit era consecuencia de una “estructura organizacional desarticulada” por lo que “no debería ignorarse el problema que se

presenta en la distribución de la planta de personal" aunque "las dificultades que enfrentaba el instituto no se resolvían sólo por la vía de la reducción de personal". En ese marco, se consideró reestructurar las delegaciones según cantidad de afiliados, concretar la "tercerización" de servicios de limpieza, cafetería, mantenimiento y contratación externa del servicio de desarrollo informático.

En lo que respecta a la segunda propuesta, la del gerenciamiento privado de la obra social, generó que varios actores del medio manifestaran su disconformidad ante la posibilidad de que una UTE conformada por la Federación Médica y de Clínicas y UPCN, gerenciara y concentrara todas las prestaciones de la obra social provincial. En este sentido, la Comisión de Defensa del I.Pro.S.S. manifestó: "...todos coincidimos en que las reformas a la Ley de I.Pro.S.S. deben hacerse por una de igual jerarquía, y que en la misma debe estar contemplada la autarquía, su concepto solidario, la vuelta al sistema por prestaciones, la libre elección del médico y lugar de traslado del paciente, como asimismo no deben faltar los mecanismos de control con auditorías trimestrales internas, auditorías semestrales externas y una red de control de usuarios".

Por otra parte, como alternativa de salida a la crisis financiera, se propuso aumentar la recaudación de los hospitales por las prestaciones que éstos les ofrecen a las obras sociales. De este modo, el C.P.S.P. intentando mejorar la recaudación de los hospitales por el cobro a las obras sociales licita la gestión de cobro, el asesoramiento y la incorporación de tecnología.

"Hoy no se discute que quien tiene una obra social debe pagar, porque sino estaríamos financiando a las obras sociales privadas", señaló el Secretario Ejecutivo del C.P.S.P., al referirse a la puesta en marcha del sistema que permitirá a los hospitales cobrar la asistencia a los pacientes que tienen cobertura social, a la vez que señaló que "se trabaja en el proyecto de ley, para implementar el Seguro Provincial de Salud, que dará cobertura a los rionegrinos que carezcan de obra social." (Diario Río Negro, 20/07/1998)

Modelos de pago

La modalidad de pago tanto a profesionales como a establecimientos del sector salud –tanto público como privado- genera puja de intereses entre subsectores e incluso entre entidades intermedias, ya que los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. El estudio y diseño de los modelos de contratación y pago más adecuados para cada situación se ha transformado en una especie de nueva alquimia que promete dar respuesta a gran parte de los desafíos de la gestión en salud.

El estudio de los modelos de contratación y pago de los servicios de salud requiere ser analizado bajo dos dimensiones: una social (porque involucra a un conjunto de actores que se articulan de múltiples formas, a veces más cooperativas y otras más conflictivas) y otra dimensión económica (ya que involucra flujos de recursos, incorpora valor y desarrolla bienes y servicios).

Cada modelo de pago implica una forma de dividir el riesgo financiero que involucra la enfermedad, facilita u obstaculiza la eficiencia asignativa, requiere diferentes mecanismos de control y regulación.

Los modelos de pago pueden considerarse una consecuencia de una política pública determinada. En este sentido, las políticas públicas se conciben como productos del Estado. Una política pública no es más que un "...conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una

determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil [...] la política estatal no constituye ni un acto reflejo ni una respuesta aislada, sino, más bien, un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas, que observadas en un momento histórico y en un contexto determinados permiten inferir la posición – predonimante- del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad". (Oszlack, O. y O´Donnell, G.1976)

En cuanto a la clasificación de los modelos de pago, se puede decir que existen varias alternativas para la remuneración de los servicios, cada una de las cuales presenta ventajas y desventajas específicas. Para obtener una visión general de los modelos de pago se mencionan a continuación diversas modalidades de clasificación para luego analizar cada alternativa con mayor detalle.

Los modelos de pago a prestadores pueden ser clasificados según tres cuestiones:

1.- ¿a quién se remunera?
2.- ¿cuándo se calcula el valor a ser pagado?
3.- ¿cómo se organiza la provisión del servicio?

1.- Según a quién se remunera

Los instrumentos de pago pueden remunerar: a) a profesionales, b) a establecimientos, c) a entidades intermedias. Entre los primeros los instrumentos de pago tradicionales son el salario, el pago por acto médico (también denominado pago por prestación) y el pago capitado. Entre los segundos se pueden listar distintas alternativas de presupuesto (en bolsa, por establecimiento, por servicio -que con frecuencia se lo denomina erróneamente Presupuesto por Programas-) los pagos por procedimiento o intervenciones, por día de estancia -también llamado paciente-día o cama caliente- y otras alternativas que representan unidades compuestas más complejas como los contratos programa o contratos de gestión. Por último en los casos se que se contrata con entidades intermedias se utiliza especialmente la cápita, e instrumentos como los contratos de riesgo y a los que ahora se agregan los más sofisticados modelos de pago por resultados.

2.- Según cuando se paga o cuando se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagados

Aquí se distingue entre instrumentos prospectivos y retrospectivos. La variable clave que justifica esta distinción es la previsibilidad del gasto dentro del sistema. Los instrumentos retrospectivos son mucho menos previsibles porque el asegurador o financiador debe pagar cada mes la factura que le presentan los prestadores y tiene poca capacidad para prever el monto total de dicha factura. En otras palabras, en modelos de pago retrospectivos como el pago por prestación cada mes el seguro firma un cheque en blanco a ser llenado por los prestadores. Los modelos de pago prospectivos son aquellos en donde la entidad aseguradora o financiadora preestablece los volúmenes a ser pagados con diferentes grados de rigidez.

3.- Según la organización del sistema

Aunque los aspectos organizacionales de un sistema de salud son múltiples, se destacarán aquí aquellos que importan especialmente en la definición de los instrumentos de pago. Una de las formas de diferenciar a los sistemas distingue, por un lado, aquellos que separan la financiación de la provisión del servicio, y por el otro, aquellos en donde el que financia provee los servicios directamente. Mientras que los primeros tenderían a financiar la demanda, los segundos tenderían a financiar la

oferta. Para los primeros la mayor parte de los costos de la atención médica serían variables mientras que para los segundos serían fijos.

Milton Roemer (1969) clasifica los modelos de atención en: de organización directa o indirecta. Los de organización indirecta se realizan a través de sistemas de seguro o prepagos. Mientras que los sistemas de organización directa son aquellos que cuentan con una estructura propia y pueden prestar servicios exclusivamente en sus establecimientos o también a través de una red convenida. En Argentina se suele llamar sistema abierto al primero y sistema cerrado al segundo.

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS DE PAGO.

SEGÚN A QUIÉN SE REMUNERA	**PROFESIONALES / ENTIDADES INTERMEDIAS**	Salario
		Acto médico / prestación
		Pago por Acto con Techos Individuales
		Capitado
	ESTABLECIMIENTOS	Por procedimientos
		Por Contrato de Gestión
SEGÚN CUÁNDO SE PAGA O CUÁNDO SE CALCULA EL VOLÚMEN DE PAGO	**PROSPECTIVOS**	La previsibilidad del gasto es anterior a la prestación del servicio.
	RETROSPECTIVO	No existe previsibilidad del gasto. Pago posterior por prestación.

Modelos de Pago observados en la provincia de Río Negro en el período 1994 – 1999

El Consejo Provincial de Salud Pública mantiene Convenios con la Obra Social Provincial, en lo que se refiere a:

Pago de facturación mensual por prestaciones realizadas por los Hospitales Públicos. Este convenio establece la forma en que el I.PRO.S.S. abonará a los Hospitales las prestaciones que éstos realizan a los afiliados a la Obra Social Provincial, como así también el alcance de las prácticas reconocidas.

Cápita con Hospitales y Centros de Salud de la Región Sur, mediante el cual se incorpora el sistema de pago Por cápita a los Hospitales de esta zona, por las prestaciones médico-asistenciales, odontológicas y de laboratorio que se brinden a los afiliados al I.PRO.S.S. Su modificación establece una retribución unitaria diferencial según el grado de complejidad de los servicios prestados oscilando los valores desde $ 2.- para los Centros de Salud, $ 3.50 para los Hospitales de baja complejidad (Complejidad III) y $ 5.- para Hospitales de mediana complejidad (Complejidad IV) e incluye a los Hospitales de General Conesa, Sierra Grande y Guardia Mitre, en virtud de ser únicos prestadores.

Prestaciones de hemodiálisis a pacientes indigentes sin cobertura de Obra Social, con Insuficiencia Renal Crónica. Se refiere a que el Instituto brinda al C.P.S.P. prestaciones de hemodiálisis con riñón artificial a pacientes con insuficiencia renal crónica, sin cobertura social. Como consecuencia de este último se generan acreencias en favor del I.PRO.S.S. que el C.P.S.P. ha ido cancelando por el mecanismo de compensación con saldos deudores generados en concepto de facturación y cápitas hospitalarias. Establece los valores del pago por prestación, y unifica ante los prestadores el pago de las prestaciones de Salud Pública y la Obra Social, a cargo de esta última.

Asimismo el Consejo Provincial de Salud Pública tiene firmado un convenio con Fundación Médica de Río Negro y Neuquén (FMRNN) -Octubre de 1993- que abarca prácticas de diagnóstico por imágenes, de alta y baja complejidad, y tratamiento oncológico a través de un sistema de pago capitado.

El subsector público se relaciona con el privado utilizando la infraestructura y tecnología de este último sector, mediante derivaciones ante patologías que superan la complejidad del sector oficial. Las derivaciones se realizan dentro o fuera de la provincia según la necesidad, con los condicionamientos citados al tratar el tema de sistemas de referencia y contrareferencia.

En síntesis, el C.P.S.P. ha implementado, en el período bajo estudio, seis sistemas de pago diferentes, según los servicios, las zonas geográficas de la provincia y los prestadores existentes en las mismas, a saber:

- pago por salario a los profesionales de los hospitales públicos
- pago por prestación a los hospitales públicos de la provincia
- pago por prestación para el servicio de hemodiálisis
- cápita a los hospitales públicos que son único prestador
- cápita para los servicios de alta complejidad
- pago por prestación con techos

Es importante señalar aquí en qué consiste cada modelo de pago y algunas ventajas y desventajas de la implementación de cada uno de ellos.

a) Salario. En este sistema el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo dado.
Como ventajas pueden mencionarse que posee alta previsibilidad y que no estimula la sobreprestación.
Como desventaja, no incentiva la productividad; no favorece la relación médico-paciente; puede estimular la subprestación; aumenta el peso relativo de los costos fijos.

b) Pago por prestación. Constituye la forma más desagregada ya que la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico le brinde al paciente. El grado de desagregación está llevado a su máximo exponente.
Como aspecto positivo puede señalarse la alta productividad, tanto en términos de pacientes atendidos como de servicios brindados; el amplio control del precio; la buena relación médico-paciente (permite y estimula la libre elección) lo que implica también un alto grado de satisfacción del usuario, el cálculo de la remuneración es relativamente simple y facilidad en el manejo administrativo.
Como aspecto negativo, incentiva la sobrefacturación; desincentiva prácticas más costo-efectivas como la prevención y requiere numerosos controles para su gestión.

c) Cápita. Pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico por un período

determinado. La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios. A cada institución se le asigna un número de pacientes potenciales por los cuales se les paga un valor fijo por cápita por período de tiempo determinado.
Como ventajas se puede mencionar la sencillez administrativa, facilita la presupuestación; permite estimular la continuidad en la atención, y mejora la efectividad en la actividad médica, incluso puede ajustarse la cápita por riesgo o por edad.
Como desventaja, la ausencia de incentivos explícitos para prestar servicios preventivos; proporciona estímulos para derivar la actividad a otras áreas del sistema; puede generar falta de capacidad operativa, comprometiendo la calidad y puede generar selección de clientes (tomar los de menor riesgo y rechazar al resto).

d) Pago por acto con techos individuales. Ante la verificación de que el método de pago a los prestadores determina el nivel del gasto en asistencia, algunas entidades financiadoras han optado por introducir techos al gasto asistencial. No es el único método disponible para controlar los costos médicos, pero si es el más efectivo cuando los médicos son pagados por acto.
Su aspecto positivo consiste en que puede ser útil para corregir conductas inadecuadas de los médicos sin perder el estímulo a la productividad.
Su aspecto negativo radica en que requiere de un buen sistema de auditoría.

Antes del anuncio de alejamiento del presidente de la obra social –a fines de 1996- ya parecía haber consenso sobre la aplicación de un sistema de "techos". La modalidad, que para algunos es una variante de la capitación, implica fijar un monto máximo por afiliado, de alrededor de $13, lo que sumaría un total de 1.700.000 pesos. Así, el I.Pro.S.S. pagaría hasta $13 por afiliado pero cuando el médico facturase por debajo de ese tope pagaría el monto exacto y cuando lo hiciera por encima pagaría sólo hasta ese tope. Las diferencias se acumularían en un fondo compensador, que sería redistribuido cada tres o seis meses.

La propuesta contaba con el visto bueno de las organizaciones profesionales pero con la cerrada oposición de los gremios. En efecto, los sindicatos no contradecían el sistema de techo, pero se negaban a la compensación a través de un fondo que favoreciera a los médicos. Preferían que las diferencias se reinviertan en la obra social. Pero uno de los puntos focales de esta negociación debía pasar por la transferencia de riesgos del Estado al privado.

De todos modos, lo que resulta claro para los operadores de uno y otro lado es que 1997 iba a ser un año definitorio para reconvertir la modalidad de prestación entre los profesionales y el I.Pro.S.S.

Este nuevo sistema capitado traslada el riesgo financiero al prestador, quien en épocas de poca demanda puede notar diferencias a favor pero en meses de mayor prestación corre el riesgo de perder dinero. Obliga además, a cuidar tratamientos y a no hacer, por ejemplo, exámenes de más, mientas que al contrario de lo que sucede en la actualidad, la obra social es la encargada de auditar a las empresas para que no se realicen prácticas de menos. Inclina también al prestador a profundizar la prevención para evitar que la gente se enferme. Por otro lado, al trasladar la administración al privado, la obra social podría manejarse con un ínfimo porcentaje de empleados estatales. (Diario Río Negro, 30/12/1996)

Cuando surge la cápita, en la provincia de Río Negro, se venía dando todo un proceso de discusión sobre los modelos de pago más adecuados, iniciada por el sector privado. Pareciera que este modelo de pago, los ampara y les "asegura" el cobro por las prestaciones realizadas. Este interés por el cambio de modelo tiene sentido si recordamos que durante todo el período analizado el I.Pro.S.S.

mantuvo una deuda con los prestadores por un monto significativo.

En una experiencia inédita de convenio por fuera de las Federaciones Provinciales, la Cámara de Prestadores Médicos de la Zona Atlántica comenzó a analizar con el Ejecutivo provincial un convenio con el I.Pro.S.S. de prestación médica por el sistema de cápita, el primero en su tipo en la provincia. Así es que los privados proponen un convenio –en principio por tres meses- por el sistema de cápita que implica el pago por adelantado de un monto fijo de las prestaciones mensuales, modalidad que los médicos consideran adecuada para poner freno al desfinanciamiento que provoca el retraso permanente del I.Pro.S.S. en los pagos.

Posteriormente, en 1997, el I.Pro.S.S. y las Federaciones Médicas y de Clínicas firmaron un convenio de cápita para las prestaciones médico-sanatoriales, atención ambulatoria e internación. Según un funcionario del Instituto "los acuerdos presentan características similares, estableciéndose el valor cápita de 11 pesos por cada uno de los 115.000 afiliados, cobertura en toda la provincia y eliminación del plus o arancel diferencial". (Diario Río Negro, 13/03/1997)

Las entidades se comprometen a brindar a todos los afiliados al I.Pro.S.S. todas las prestaciones de primero, segundo y tercer nivel del Nomenclador Nacional, con la sola excepción de las excluidas, que incluyen las que serán brindadas por otros prestadores. También comprende las derivaciones que autorice la Federación. Numerosas prestaciones fueron excluidas del acuerdo, pero el I.Pro.S.S. asegura que serán brindadas por otros prestadores, salvo aquellas que ya estaban excluidas del sistema de seguridad social, como las cirugías plásticas. Entre las prestaciones excluidas –aquellas que implican alta complejidad- la mayoría seguirán siendo brindadas por la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

El chequeo anual gratuito para aquellos pacientes mayores de 45 años de edad, podrá hacerse ahora pero con pago de un coseguro, al tiempo que seguirán sin ser reconocidos por el I.Pro.S.S. los materiales descartables y los medicamentos antihemofílicos, material radioactivo y otros importados.

Para los casos de localidades en que no existen prestadores médicos y clínicas privados, el I.Pro.S.S. resta del monto final a pagar mensualmente a las federaciones la suma de 43 mil pesos, que serán remitidos a los hospitales que serán los que brindarán el servicio en esas localidades.

En aquellas localidades donde existan otros prestadores privados, las federaciones deberán pagar al sistema público por aquellos pacientes que se atiendan en los hospitales.

Este nuevo convenio por cápita comenzó a regir a partir del 1º de abril –por un plazo de 30 días- el convenio es renovable automáticamente por iguales períodos de no mediar comunicación en contrario efectivizada en forma fehaciente por cualquiera de las partes. (Diario Río Negro, 18/03/1997)

Posteriormente, otro contrato de locación médico – asistencial, firmado a comienzos del mes de abril de 1998, para los afiliados al I.Pro.S.S. fija una cápita mensual de 15,10 pesos por cada afiliado o beneficiario incluido en el padrón, lo que teóricamente implicaría un ahorro de casi 300 mil pesos a favor de la obra social.

El documento dispone además el traslado de las bocas de expendio a las delegaciones del I.Pro.S.S.. El sistema informático será aportado por el prestador, previendo participación del personal de la obra social y el manejo será realizado por empleados de las Federaciones, hasta tanto el personal provincial se capacite. Asimismo, se establece la creación de un Comité de Evaluación y Seguimiento

del funcionamiento integral de lo acordado y el cuerpo está integrado por dos representantes del I.Pro.S.S. y uno por cada una de las Federaciones.

En el texto el prestador se compromete al no cobro de ningún tipo de plus o arancel adicional. Las prestaciones incluyen consultas, interconsultas y prácticas programadas o de urgencia en internación o ambulatorias y en la totalidad de las especialidades clínicas y quirúrgicas incluyendo material e instrumental. (Diario Río Negro, 19/04/1998)

La reforma del Sector Salud.

Las propuestas en Río Negro, sobre el Seguro Provincial de Salud.

En noviembre de 1.995 el Gobierno electo difundió un documento denominado "Reforma del Sector Salud", explicitando las políticas sectoriales a implementarse en la gestión de gobierno que se iniciaba en medio de una grave crisis social.

El mismo establecía que:

> "En Río Negro el Estado Provincial es garante del derecho Constitucional a la Salud, y debe asegurar el acceso a una cobertura básica y suficiente en forma equitativa y gratuita, acorde al estado actual de desarrollo del conocimiento científico y las posibilidades de sostenimiento financiero por la Comunidad, a todos los rionegrinos con protección privada o de la seguridad social.
> La prestación de salud debe brindarse en base a un esquema de racionalidad en la oferta y calidad en las prestaciones, independientemente del sub sector que posea la infraestructura o los recursos requeridos para cada caso en particular: el objetivo central es asegurar el acceso de la gente a los servicios necesarios.
> Por tales motivos, es responsabilidad indelegable del Estado Provincial ejercer su potestad en la regulación, control y fiscalización de la oferta, integralmente; y en garantizar el financiamiento, ya sea desde Rentas Generales para la población sin cobertura, o desde las instituciones financiadoras correspondientes, evitando el subsidio indeseado a las mismas, así como en el desarrollo de programas de Salud básicos para el conjunto de la Comunidad."

El Seguro Provincial de Salud.

El Seguro Provincial de Salud (SPS) concebido como una modalidad de financiamiento solidario, implica el sostenimiento por parte de todos los miembros de una comunidad (independientemente de su estado de salud) del costo de la atención de aquellos que efectivamente sufren el riesgo de enfermar; así como el sostenimiento de aquellas acciones de carácter público que tienden a controlar o disminuir los riesgos a que el conjunto de la Comunidad se ve sometido, y por los cuales el pago a cargo de los individuos no resulta posible, ya que se trata de acciones que, a través de su carácter individual, benefician al conjunto de las personas.

El objetivo primero de un seguro público es, entonces, asegurar la universalidad de la cobertura, es decir, garantizar el financiamiento para la atención de la salud de todos los ciudadanos.

Por otra parte, los seguros públicos implican un fuerte rol regulador y administrador por parte del Estado; responsable de asegurar la equidad en la distribución de los recursos, y la calidad de los servicios financiados con los fondos públicos. Pero además, el SPS aspira a convertirse en el Ente regulador y administrador del conjunto de la Seguridad Social Provincial; en este sentido debería tender a concentrar la oferta (Red Prestadora Integral), con una administración autárquica (Ente Administrador), regulando calidad y normas de gestión.

Como una de las actividades de preparación del Seguro Provincial se Salud, se deberá establecerse el Programa de Cobertura Básica (PCB) entendiéndose por tal al conjunto de prestaciones que, en cada nivel de atención, serán consideradas bajo cobertura del SPS, a los efectos de la adecuada estimación de costos, su adecuada provisión presupuestaria, y la necesaria normatización de la información prestacional.

Los mecanismos de pago.

El SPS podrá diferenciar los mecanismos de pago según niveles de atención. Las modalidades de contratación y pago con los hospitales públicos podrían ser formalizadas bajo la forma de Contratos de Gestión, suscritos entre la agencia compradora y cada Hospital descentralizado.

Los objetivos institucionales se acuerdan en el marco del Contrato de Gestión, así como los mecanismos de pago. El Gobierno Provincial propone, al menos inicialmente, constituir un “mix”. Efectivamente, se propone un esquema que incluye modalidades de pago capitado, modulado y por prestación (combina entonces modalidades prospectivas y retrospectivas); habida cuenta de los objetivos que, en términos generales, se propone el propio SPS: fortalecer la atención primaria (modificando el modelo de atención), mejorar la eficiencia y la calidad de las prestaciones (estimular la normatización, desarrollar prácticas más costo - efectivas) y controlar el gasto (relacionado con todo lo anterior, más el reforzamiento de los controles de auditoría).

Conclusiones

En el Sistema de Salud rionegrino interactúan, básicamente, tres actores, que se corresponden a tres sectores que componen dicho sistema: existe, en primer lugar, un actor público, representado por el C.P.S.P. y los hospitales públicos rionegrinos. Un segundo actor, que representa al sector de las Obras Sociales, en este caso particular el I.Pro.S.S. y un tercer actor privado, integrado por las Federaciones de profesionales y de establecimientos asistenciales.

Estos actores son quienes luchan por imponer un modelo de pago específico, que puede variar según las características del contexto.

En la provincia de Río Negro tuvo lugar un cambio del modelo prestacional, originado en la crisis financiera y en la necesidad (presión) de los prestadores privados (médicos y clínicas) de asegurarse el pago de sus servicios.

En la provincia de Río Negro se han implementado diferentes modelos de pagos, que varían según los prestadores y la complejidad de las prestaciones. Es así que el C.P.S.P. paga a través de la modalidad de salario a los profesionales que trabajan en los hospitales públicos.

El I.Pro.S.S. paga por prestaciones a los hospitales públicos que atiendan a sus afiliados.

El C.P.S.P. y el I.Pro.S.S. adoptan la modalidad por prestación para el servicio de hemodiálisis de aquellos pacientes con o sin cobertura social.

El C.P.S.P. paga por cápita a los hospitales públicos y centros de salud de la región sur por las prestaciones médico-asistenciales, por ser estas instituciones las únicas prestadoras en esa región.

El C.P.S.P. cuenta con un convenio capitado para las prestaciones de alta complejidad, con la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén.

Últimamente el I.Pro.S.S. utiliza el sistema capitado para pagar a sus prestadores (que corresponden al sector privado: Federación Médica y federación de Clínicas).

Al implementarse el sistema capitado se consiguieron varios objetivos: previsibilidad del gasto; control del mismo; fácil presupuestación y administración, a lo que suma el control de las prestaciones y/o auditorías (que desde el sector médico de la zona atlántica) se pedía que fuera realizada en forma conjunta.

Por otra parte, desde el gobierno provincial se ha impulsado la implementación del Seguro Provincial de Salud, intentando asegurar la universalidad de la cobertura a todos aquellos habitantes que no estén incluidos bajo el sistema de Seguridad Social.

El Estado asume así el rol de administrador, financiador y regulador de este nuevo componente en el Sistema Rionegrino de Salud.

Bibliografía citada y de consulta

Consejo Provincial de Salud Pública - Río Negro. Proyecto de Reforma del Sector Salud - PRESSAL - Informa para el Banco Mundial. 1.997

Gobierno de Río Negro. Reforma del Sector Salud 1995 - 1999.

KATZ, J. y MUÑOZ, A. (1.988) Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad. Centro Editor de América Latina - CEPAL. Buenos Aires.

OFFE, Claus. (1990) Contradicciones en el estado de bienestar. Alianza Editorial, México.

OSZLACK, O. y O´DONNELL, G. (1976) Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Cedes, Buenos Aires.

SARANDÍA, R. - VILOSIO, J. - PEREYRA, R. - BEOLA, N. y MEIRIÑO, C. (1996) La reforma del sector salud en la provincia de Río Negro. En: V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES.

SENADO DE LA NACIÓN. Secretaría Parlamentaria. Dirección Comisiones. (1986) La salud pública en la Argentina. Colección Estudios Legislativos y Parlamentarios nro. 1.-

TENTI, E. (1993) Política Social en Argentina: elementos para una agenda de la investigación. Mimeo, Buenos Aires.

TOBAR, F. ROSENFELD, N. y REALE, A. (1998) Modelos de pago en servicios de salud. En: Cuadernos Médico Sociales. Nro. 74. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

VILOSIO, J. y PEREYRA, R. (1998) Seguro Provincial de Salud. Aportes para la construcción de un Seguro Público de Salud para todos los Rionegrinos. Secretaría de Estado de Salud Pública. Consejo Provincial de Salud Pública. Gobierno de Río Negro.

AGUIRRE, Adolfo y GODOY, Daniel (1999) Las Obras Sociales en Argentina. Historia, pasión y ...muerte? I.O.M.A., democratización versus despojo.

IRIAT, Celia, MERHY, Emerson y WAITZKIN, Howard. (1994) La atención gerenciada en América Latina. Su papel en la reforma de los sistemas de salud. Instituto de Estudios y Formación C.T.A.

Fuentes de Información

- Ley 60/59. Creación del Consejo Provincial de Salud Pública.
- Ley 453/65. Creación de la Obra Médico Asistencial (O.M.A.) Reglamentada mediante Decreto 358/66.
- Ley 868/73. Creación del Instituto Provincial del Seguro de Salud.
- Decreto 1510/91. Reestructuración Administrativa. Intervención del I.Pro.S.S.
- Ley 2.570 / 92. Reforma del sub-sector público de salud. Provincia de Río Negro. Reglamentada mediante Decreto 525/93, Decreto 1322/94 y Ley 2727/94.
- Decreto 578 / 93. Creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión (HPA). Adhesión provincial mediante Decreto 23 / 96.
- Ley 2753 / 94. Modifica Ley del I.Pro.S.S. (Deroga ley 868/73 Creación del I.Pro.S.S.) reglamentada mediante Decreto 839/94.
- Decreto 1362/94. Normalización del I.Pro.S.S. Constitución de la Junta de Administración.
- Ley 3280 / 99. Creación de Seguro Provincial de Salud.
- Diario Río Negro. Período 1994 – 1999.

Reseña biográfica

Liliana Mabel ALVAREZ

Licenciada en Administración Pública (Universidad Nacional del Comahue, sede Viedma, año 2000)

Cursando la Maestría en Administración Pública Provincial y Municipal. Convenio Universidad Nacional de Córdoba – Universidad Nacional del Comahue. 2000-2001.

Ayudante de cátedra, en la Licenciatura en Administración Pública, U.N. del Comahue.

Becaria de Iniciación en la Investigación. Período: 2000-2001. Tema de Beca: “Modelos de Pago de los Servicios de Salud en la Provincia de Río Negro, 1994 – 1999” . Director: Mstr. Carlos La Serna. Co-directora: Lic. Gladys E. Castiglioni. En el marco del Proyecto: “Análisis de Políticas de Salud. Respuestas a la crisis del estado de Bienestar: el caso de Río Negro”.

Universidad Nacional del Comahue. Centro Universitario Regional Zona Atlántica.
Esandi y Ayacucho, Viedma. Río Negro (8500) Tel: 02920 – 429067 – 422921 – Fax: 02920 – 423198
e-mail: proyectosalud@infovia.com.ar