

# **Propuesta Metodológica para el Costeo Regional del PMO**

## **Aplicación al Noroeste Argentino<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup>El presente documento borrador es parte del proyecto ARG/10/022\_ PNUD, sobre Fortalecimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud. El mismo fue coordinado por Daniel Maceira (CEDES/CONICET), y elaborado conjuntamente con Pedro Kremer, Ariel Melamud, Alfredo Palacios, con los aportes de Sofía Olaviaga, Benjamín Surace, Facundo Pesa, Matías Ormeño, Rubén Roa y Viviana García. Se agradecen los aportes, comentarios e información recibida por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, Obras Sociales Nacionales y Provinciales consultadas, prestadores públicos y privados del Noroeste Argentino y otras instituciones intermedias –Colegios y Círculos Médicos y Asociaciones de Clínicas y Sanatorios-. Las opiniones vertidas son de absoluta responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan aquellas de PNUD y la Superintendencia de Servicios de Salud. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## 1. Introducción

Equidad en el acceso y eficiencia asignativa constituyen objetivos claramente no cuestionados en cualquier sistema de salud, en la medida que a partir de ellos se promueve la garantía uniforme al cuidado o restauración de la salud de la población, a la vez que se valora la capacidad de priorizar objetivos, asignar recursos y gestionar presupuestos como herramientas necesarias para alcanzar dicha garantía.

En una estructura organizacional como la del sistema de salud argentino, alcanzar estos objetivos constituye un desafío de política pública, en la medida que coexisten mecanismos particulares de asignación de recursos a nivel geográfico (descentralización provincial y municipal en objetivos sanitarios, recaudación y administración), y una profunda atomización en la gestión de fondos de aseguramiento que permiten alcanzar la garantía de atención: más de novecientos fondos sociales con capacidades técnicas, financieras y de gestión operan simultáneamente en el sector (Maceira, 2012).

En este marco, las autoridades sanitarias a nivel nacional cuentan con fuertes restricciones para asegurar la homogeneidad de atención, y recursos relativamente limitados para llevarlos a cabo: menos del diez por ciento del gasto total en salud surge del Tesoro Nacional, o aproximadamente un 16% del gasto público total –incluyendo provincias y municipios (Ministerio de Salud, 2009).

Sin embargo, el Estado Nacional alberga un grupo de instituciones con capacidad de establecer estructuras regulatorias de amplio alcance que, más allá de su función de financiamiento, definen estrategias de aseguramiento, provisión y organización de servicios, y pautas de conducta de amplio alcance.

Particularmente, la Superintendencia de Servicios de Salud cuenta entre otras responsabilidades, con la facultad de definir, costear y dar cumplimiento al Programa Médico Obligatorio (PMO), un cuerpo amplio de garantías de derecho de acatamiento obligatorio para todas las instituciones nacionales de seguridad social (Obras Sociales Nacionales Sindicales y de Personal de Dirección), y las empresas de medicina prepaga, que es utilizada como parámetro de atención, en contenido y precio, para las instituciones de seguridad social provincial.

De este modo, el PMO proporciona un mecanismo de amplio alcance para asignar recursos, establecer estrategias de atención y cobertura, promoviendo una tendencia hacia la equidad del sistema de aseguramiento social y privado en el país.

Actualmente, el PMO cuenta con un precio único, descansado fundamentalmente en una mirada nacional homogénea, sin considerar las sustanciales diferencias entre provincias y regiones. Algunos trabajos con mayor nivel de especificación han intentado estructurar un planteo más refinado del lado de la demanda de servicios de salud, considerando en algunos casos, la presencia de patrones demográficos heterogéneos por sexo y edad, que permitieran una mayor adhesión del costeo teórico a la realidad local.

Sin embargo, los criterios de corrección requeridos para el establecimiento de un costeo adecuado implican la inclusión de otros factores relevantes para otorgar al instrumento de distribución de fondos de la Seguridad Social de criterios diferenciados vinculados con aspectos epidemiológicos y de la estructura del mercado prestador. La falla en la incorporación de mecanismos que capturen las diferencias entre provincias y regiones lleva a una ineficiente asignación de recursos, en tanto no incorpora el peso epidemiológico de los distintos componentes del paquete de servicios según el área de cobertura sanitaria, como tampoco permite la posibilidad de discriminar la oferta sanitaria de cada submercado nacional. Esto último da cuenta de la escasez relativa de recursos o la abundancia de los mismos, lo cual varía entre áreas geográficas, afectando la capacidad de negociación de los sistemas nacionales de aseguramiento social, como también los mecanismos de fijación de precios en cada jurisdicción.

La falta de ajustes de este tipo no se condice con las diferentes realidades provinciales del país, restringiendo la acción reguladora de la Superintendencia de Servicios de Salud. Ello dificulta también la capacidad de la autoridad de control para asegurar criterios que converjan a una equidad y calidad uniforme de los servicios ofrecidos en el área de los seguros sociales financiadores de un tercio de la cobertura nacional.

Estudios recientes realizados sobre la estructura de los sistemas provinciales muestra la diversidad de ofertas en instituciones públicas y privadas, sus mecanismos de contratación y pagos, y su dependencia prestacional. Ello opera sobre las capacidades de atención de cada provincia, sus modos de derivación y organización de redes de atención, como también de las diferenciales de costos en cada espacio geográfico. De modo directo, tales diferencias influyen en la identificación de la influencia de la escala prestacional sobre los costos, tanto en términos absolutos, como ponderada por requerimientos epidemiológicos particulares.

El presente trabajo sugiere una metodología estandarizada que permita, a partir de la información disponible por la Superintendencia y en el Ministerio Nacional de Salud y aquella originada en el trabajo de campo llevado a cabo en el Noroeste del país como parte de este estudio piloto, avanzar en un modelo de uso más racional de los recursos financieros existentes, facilitando el cálculo y actualización posterior en un contexto sectorial dinámico.

## **2. Ejes de la Propuesta**

La metodología desarrollada incluye una secuencia de trabajo que se apoya en los siguientes ejes.

1-Perfil demográfico de la seguridad social: Construcción de perfiles provinciales, incorporando variables de sexo, edad, condiciones de pobreza, presencia de cobertura y afiliación a obras sociales. La fuente de información utilizada es la base de datos de afiliación y beneficiarios a Obras Sociales Nacionales de la Superintendencia de Servicios de Salud.

2-Perfil epidemiológico: Con fuente en los datos obtenidos a partir de la información provista por las Obras Sociales Nacionales a la Superintendencia de Servicios de Salud (Resoluciones 650 y 331), resultados de entrevistas a prestadores y aseguradores, y utilizando como soporte aquella información generada por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas Sanitarias, se elaboró una serie de indicadores que permitan inferir los perfiles sanitarios de la población usuaria de los servicios de salud de cada provincia e institución en la región.

Ambos elementos (perfil demográfico y perfil epidemiológico por OSN), permiten identificar una distribución de indicadores vinculados con tasas de uso que den cuenta de las diferencias entre grupos de beneficiarios dentro de la región.

3-Estructura del mercado prestador: A partir de la información existente en el Ministerio de Salud de la Nación (Guía de Establecimientos Sanitarios 2001, SISA 2011), la información provista por la Superintendencia de Servicios de Salud sobre contratos por Obra Social y alta de prestadores, y fundamentalmente el trabajo de campo en cuatro provincias del NOA, se establece la estructura de la oferta sanitaria disponible, pública y privada.

4-Costos de intervenciones por tipo: Conjugando la información obtenida mediante el desarrollo de los ítems anteriores se diseñó una tipología de sistemas provinciales que permite diferenciar grupos de costos en base a tres criterios (oferta prestacional-perfil epidemiológico-perfil demográfico). El análisis se llevó a cabo por segmentos prestacionales: ambulatorio, medicamentos, derivaciones, e internación, y dentro de éste último entre primer, segundo y tercer nivel de atención. En cada caso, se considera que tanto precios

abonados como cantidades provistas se ajustan por región del país, para lo cual se aplica al caso del NOA la prueba piloto del proyecto.

Más allá de estos aspectos, a ser considerados en las siguientes páginas, el desarrollo del documento reconoce tres restricciones. Ellas son:

- El proyecto no avanza en una discusión crítica de los contenidos del PMO. Se toma la constitución del mismo en el estado actual, y sugiere una metodología de costeo que permita avanzar sobre los aspectos mencionados. De todos modos, cambios en los contenidos del mismo no afectarían significativamente los criterios utilizados, debiéndose en cada caso considerar la necesidad de un análisis complementario que ajuste los parámetros tenidos en cuenta en estas páginas.
- La presente propuesta metodológica da cuenta de las limitaciones informativas existentes al momento del desarrollo del proyecto, y busca en ese contexto resolver la falta de insumos. La incorporación de estructuras informativas más completas facilitarían el proceso de expansión y cálculo de costos, reduciendo o sustituyendo alguno/s de los pasos metodológicos incorporados en este documento.
- Tercero, la información disponible, así como la normalmente recogida para la estimación de funciones de costos en servicios de salud, posan su mirada en la intersección entre la demanda efectiva en el servicio de salud y la presencia de oferta prestacional bajo ciertas condiciones de financiamiento. Ello implica que las necesidades de los usuarios no satisfechas por el sistema sanitario (ya sea por falta de acceso geográfico a servicios, o por limitaciones financieras para el pago de los mismos y sus consumos asociados) no se ven reflejadas en el sistema de salud, como tampoco los costos de la capacidad ociosa no traducida en prestaciones efectivas. Adicionalmente, la necesidad de utilizar servicios de salud no traducida en demanda efectiva (ya sea por falta de información sobre la presencia de enfermedad, por mayor nivel de aversión al riesgo, por falta de conductas preventivas por parte de los usuarios, no incentivadas por el sistema), no encuentran un correlato en la utilización del sistema. Por tanto, la metodología de costeo del PMO toma en consideración sólo los servicios prestados, existiendo una brecha entre “necesidad de cuidado de la salud” y la “demanda efectiva satisfecha por la oferta sectorial”. Resolver esta brecha requiere de herramientas más amplias de recolección de información, que incluyan no sólo la consulta a usuarios sobre sus necesidades percibidas, sino también sobre los factores de riesgo no necesariamente observables por los propios beneficiarios del sistema.

### **3. Antecedentes Nacionales**

Los estudios previos respecto de metodologías de costeo del PMO emplean un método tradicional, mediante el cálculo y expansión de tasas de uso y precios de mercado de un conjunto de prestaciones, a partir de lo cual se estima el valor unitario de la canasta a costear. Los productos alcanzados se encuentran validados por las fuentes de información utilizadas.

Este trabajo avanza sobre los aportes realizados por esta literatura, proponiendo incorporar dos elementos significativos desde una mirada del PMO como instrumento de política sanitaria:

- (i) las características diferenciales de las variadas realidades locales, que impiden una corrección del precio del PMO por sus determinantes demográficos, epidemiológicos, de estructura de prestadores y financiadores. Su inclusión permite reconocer la presencia de heterogeneidad en sus respectivas estructuras de demanda, utilización, necesidades y oferta, y

- (ii) la necesidad de incluir una metodología de actualización de costos mediante un set seleccionado de variables de índole demográfico, epidemiológico, y de estructura del mercado prestador.

Desde esta perspectiva, la presente propuesta pretende avanzar sobre lo habitualmente realizado, capitalizando las experiencias previas y proponiendo una herramienta de costeo que refleje las realidades locales, a nivel regiones y provincias, y pueda ser actualizada de forma relativamente sencilla a través de la incorporación de indicadores locales ya existentes y cuyo relevamiento es sistemático.

## **4. Marco contextual y Revisión de Experiencias en la Literatura**

### **4.1. Aspectos Conceptuales de las Canastas de Servicios Asistenciales**

#### **4.1.1 Definición, objetivos y finalidad**

Los Conjuntos de Prestaciones Sanitarias (CPS) o Canasta de Servicios Asistenciales (CSA)<sup>2</sup> comenzaron a definirse progresivamente a la medida del avance de la concepción del derecho a la salud en los diferentes países. Los CPS surgen de una serie de factores que atraviesan demandas y necesidades de la población, procesos demográficos, creciente tecnologización, y envejecimiento poblacional, que interactúan con la esfera del financiamiento sectorial. Este financiamiento, fuera público o privado, obligatorio o voluntario, de financiación por rentas generales o sistemas bismarckianos, afronta cada vez mayores desafíos, tanto como porcentaje del PBI asignado como en los mecanismos de aseguramiento, gestión y prestación de los mismos (Maceira, 2001).

Frente a un mercado de por sí imperfecto, la presencia de los CPS pueden ser leídos desde distintos puntos de vista. En sistemas solidarios los CPS se vinculan con el aseguramiento de un quantum de prestaciones que permitan afrontar los distintos niveles de atención, ya sea prevención primaria, secundaria o terciaria, aunque la prevención cuaternaria se está haciendo más creciente en muchos países debido a la alta medicalización. De este modo, el diseño de un CPS es entendido como el derecho que les asiste a los beneficiarios o derecho-habientes.

Más allá que algunos consideren que acotar el CPS atenta contra el derecho a la salud, ha sido demostrado que más prestaciones no necesariamente implican mejores resultados. Ejemplo de ello son los EE.UU., que con casi un 17% de su PBI en salud no obtiene mejores indicadores que otros países que gastan la mitad. La no delimitación de las coberturas no sólo es imposible, si no que incluso no sería deseable, aún cuando los recursos fueran infinitos. Más allá de los orígenes del financiamiento, los CPS desde esta perspectiva constituyen el contrato social básico entre financiadores y beneficiarios, en cuanto a salud se refiere.

OPS-OMS (2003) ha definido a los conjuntos de prestaciones como un modo de explicitar relaciones entre necesidades, derechos y obligaciones. Adicionalmente, se reconoció al CPS como un modo indirecto de definir qué se produce, con qué medios y para quién. Los CPS entendidas de este modo resultan un instrumento de definición de políticas sanitarias y de regulación del mercado, a la vez que plausibles de fiscalización y control, facultad inherente e indelegable de los gobiernos nacionales.

Existen objetivos a alcanzar cuando se diseña un CPS, algunos de los cuales fueron explicitados en documentos de la OPS-OMS en los años 2000, 2002 y 2003:

---

<sup>2</sup> Los CPS agrupan al conjunto de prestaciones de salud de un Programa Médico Obligatorio (PMO). También suelen denominarse Conjunto de Prestaciones Asistenciales (CPA), prestaciones médicas obligatorias, paquetes de prestaciones de salud, etc.

- Asegurar a la población contra los eventos catastróficos;
- Distribuir los riesgos sociales;
- Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos;
- Reducir la carga de la enfermedad;
- Mejorar la equidad en el acceso a los servicios;
- Reducir los problemas de abuso o riesgo moral y contener los costos derivados;
- Estimular la solidaridad entre los agentes del seguro de salud, y,
- Facilitar la participación pública y la transparencia en la toma de decisiones.

Varios autores han contribuido en la definición conceptual de las CSA, por ejemplo Roa - Maceira (2010) las definen como “un conjunto de servicios de salud -prácticas, procedimientos y tecnologías- que los financiadores de las prestaciones sanitarias están obligados a cubrir de forma implícita o explícita”. A su vez, Busse R. y Schreyögg J (2005), diferencian entre un Conjunto de Servicios y un Catálogo de Beneficios. En el primer caso se hace referencia a la totalidad de servicios, actividades y bienes cubiertos por un seguro o por un Servicio Nacional de Salud (SNS), mientras que el segundo caso se utiliza para referirse al documento en el cual se detallan y enumeran los servicios, las actividades o los bienes que componen la canasta, pudiéndose incluir aquí también las tecnologías específicas a utilizar en cada prestación cubierta. Dentro del conjunto de servicios, los autores establecen tres niveles de cobertura, comúnmente utilizados en la literatura que trata la temática de las CSA, que son representadas por:

- La “Altura” que indica el costo de la cobertura y es el peso relativo que tiene el porcentaje de recursos cubiertos por el asegurador en la cobertura total. Se utiliza para contrastarlo con los costos que deben ser financiados en forma conjunta entre el prestador y el beneficiario;
- La “Profundidad” que indica cuáles son los servicios cubiertos;
- La “Amplitud” de la cobertura que indica la extensión de la población cubierta.

Es importante considerar que cuando se realizan estudios de costos, las canastas de servicios deberían clasificarse de modo tal que puedan analizarse y compararse uno o más CPS en función de los niveles de cobertura que cada una de ellas presenta.

#### **4.1.2 Diseño y cobertura de los CPS**

Roa y Maceira (2010) marca una diferencia entre Demanda y Necesidad al momento de hacer consideraciones para diseñar una canasta. La necesidad puede ser vista como el requerimiento para restablecer o sostener la salud, y que se transforma en demanda cuando esta es requerida. La demanda es el requerimiento del bien o servicio de salud, efectivamente canalizado. Estas dos situaciones suelen presentarse no sólo en relación a lo que el paciente necesita y demanda, sino también a las demandas que no son justificables, presentes normalmente en casos de presencia de tercer pagador (estudios costosos de alta complejidad que carecen de efectividad clínica comprobada, por ejemplo).

Desde esta perspectiva, es relevante considerar que la definición de un CPS lleva, por definición, a considerar el impacto de la garantía de derechos, en la medida que las Necesidades se transformen en Derechos que se traducen en Demandas del sistema. Debido a que el CPS determina las obligaciones que tienen los agentes financiadores de servicios con respecto a sus afiliados, es importante considerar que en este mercado prevalecen muchas de las características de los mercados imperfectos, tales como

información asimétrica, externalidades, etc.<sup>3</sup>. En este marco, la definición de una CSA puede ser vista como un modo de orientar la demanda hacia ciertas prestaciones, las que se encuentran sujetas a patrones culturales sobre el cuidado de la salud. Diferencias en acceso a la educación y a información estandarizada (Internet), patrones de acceso previos, entre otros elementos, afectan los modos de consumo y el vínculo entre el ciudadano y la demanda sanitaria. Por tales motivos, es recomendable que las CSA contemplen la posibilidad de realizar estudios de simulación sobre la respuesta de los beneficiarios frente a las prestaciones de promoción y atención de la salud.

Bobadilla y Musgrove (1994) consideran que al diseñar una canasta se debe pensar en una cobertura de prestaciones que, partiendo de la atención primaria, promueva la prevención de la salud, y hacia niveles superiores de complejidad permita asistir al paciente en forma integral. En cualquier caso, la definición de los servicios a ser cubiertos por el asegurador debe ser, en primer lugar, una lista detallada que explicita bajo cuáles circunstancias la persona tiene asegurado el acceso y, en segundo lugar, cuáles serán tanto los recursos financieros destinados como así el acceso efectivo<sup>4</sup>. Si bien en este punto resulta evidente que las líneas de trabajo impulsadas por los Ministerios de Salud tendrán una gran influencia en estas decisiones, esto no debe desatender la importancia que tiene construir un marco regulatorio de la CSA, que debe delimitar y monitorear la utilización de servicios en forma adecuada y eficiente.

Adicionalmente, algunas canastas son enunciadas en forma positiva, mencionando todas los ítems que entran dentro de las prestaciones posibles, pero también muchas veces resulta útil la elaboración de listados negativos que especifiquen cuáles prácticas no son reconocidas dentro del CPS y la razón de estas exclusiones (Roa y Maceira, 2010).

Existe también la posibilidad de hacer listados explícitos o implícitos. Algunos países han incluido en su legislación catálogos de beneficios explícitos con exclusiones<sup>5</sup>, mientras que otros mantienen la legislación tradicional con sus listados de beneficios implícitos (Inglaterra). En general, los países de la OECD que tienen Servicios Nacionales de Salud tienen una definición de la canasta que determina los derechos y las obligaciones que tienen los proveedores de los servicios de salud, y los que tienen Seguros Sociales de Salud definen, en cambio, los derechos de las personas aseguradas.

#### **4.1.3 Las CSA y los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)**

En algunos sistemas de salud se considera que para construir una CSA es necesario tener una idea lo más exacta posible de lo que en gestión de la salud se denomina producto hospitalario. Esto es saber cuántos pacientes se atienden, cuáles son las prácticas médicas más frecuentes, cuál es el costo de atención, cuáles son los resultados alcanzados, etc. Si bien el producto hospitalario se refiere al producto de una institución puntual, en el plano de la política sanitaria agregada se trabaja con la misma idea.

Debido a la variedad de patologías que se atienden, las mismas representan un enorme caudal de información y recursos. Por ello, se torna necesario encontrar algún método por medio del cual se pueda medir el producto hospitalario a los efectos de diseñar la CSA más adecuada para una sociedad, en un momento y en un lugar específico.

Una clasificación que ha sido muy difundida para construir CSA toma como unidad de clasificación el diagnóstico y construye GRD. Estos permiten identificar grupos de pacientes según sus patologías y en función de ellas se pueden estimar los recursos que serán

---

<sup>3</sup> Este término es utilizado en la teoría económica para referir a las “fallas de mercado”, las cuales no permiten alcanzar un resultado óptimo, tanto por el lado del consumo como por el lado de la producción.

<sup>4</sup> OMS (2010).

<sup>5</sup> Por ejemplo, cirugías estéticas.

necesarios para asistir a todos los pacientes de un mismo grupo<sup>6</sup>. A su vez, esta medición permite hacer un análisis de la casuística hospitalaria, o bien case-mix, esto es, cuál es la respuesta del hospital y cuál es la complejidad de esa respuesta frente a la diversidad de las demandas. En síntesis, el objetivo de los GRD es estimar los recursos necesarios para asistir a las personas en función de los grupos a los que pertenecen.

Los antecedentes de los GRD se remontan a Estados Unidos, donde se construyeron bajo el paradigma de un sistema de salud formado principalmente por hospitales costo-efectivos; y, con ello sobrevino la idea de hacer un control más estricto de los precios de prestaciones. Esta implementación generaba, en ese entonces, dudas acerca de que esta nueva interpretación de la salud afectara la calidad y atención de los servicios. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha detectado que en algunos países que utilizan GRD el gasto en asistencia se mantuvo en el mismo nivel que antes de la implementación o inclusive ha aumentado, mientras que la cantidad de días de permanencia disminuyó al tiempo que aumentó la esperanza de vida (Forgione, 2004).

Si bien no existe una cantidad recomendable de GRD, se puede afirmar que a la hora de definir su extensión habrá que considerar a las instituciones con que se trabaje, la cantidad de patologías que se atiendan, el nivel de complejidad de las mismas y las características epidemiológicas y sociodemográficas de la población. Cabe advertir que existe un trade-off entre definir en mayor o menor detalle los GRDs y perder información o hacer demasiado restrictivo el listado. Por ejemplo, en contraste con los 46 grupos definidos en la OECD, la lista de Estados Unidos cubre 500 diagnósticos.

Otro aspecto a considerar es que los GRD no deben ser estáticos en el tiempo. Se trata de grupos que pueden cambiar su lógica en función de la evolución epidemiológica y de la aparición de especialidades, eventualidades o tecnologías dentro de cada área<sup>7</sup>.

## **4.2. Experiencias internacionales en la definición de paquetes de servicios**

En esta sección realiza una descripción general de los sistemas de salud de España, Inglaterra, Colombia y Chile, el alcance de las CSA vigentes, sus fortalezas y desafíos.

### **4.2.1 El caso de España y el Sistema Nacional de Salud**

En España los servicios de salud son gratuitos para todos los residentes, incluyendo inmigrantes ilegales en situaciones de emergencia, y los copagos se restringen a los medicamentos. Si bien la cobertura de beneficios es amplia, existen ciertos servicios –como el cuidado de largo plazo y servicios odontológicos–, cuya cobertura está limitada dependiendo de cada región. Cabe notar que el Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>8</sup> no define explícitamente una CSA. Sin embargo, el Decreto Real 63/95 y la Ley 16/03 establecieron el marco general de los beneficios. Las Comunidades Autónomas (CA) deben definir los beneficios, y establecer el régimen de copagos (por ejemplo: prótesis ortopédicas). El Decreto Real 63/95 delineó los beneficios SNS para cada servicio:

- Atención Primaria: cubre medicina general y cuidado pediátrico en centros médicos y el hogar, así como programas de prevención y promoción de la salud, y rehabilitación.
- Atención Especializada: cubre especialidades médicas y quirúrgicas agudas, ambulatorias o de internación.

---

<sup>6</sup> Esta clasificación se denomina de “iso-consumo”. Se utiliza otra clasificación de tipo “iso-gravedad”.

<sup>7</sup> Por ejemplo, el surgimiento de un brote de sarampión puede ser una buena razón para crear un GRD y hacer una rápida planificación que coordine esfuerzos para bloquear la expansión de la enfermedad.

<sup>8</sup> Creado en 1986 mediante la Ley General de Sanidad Nro. 14.



- Beneficios Complementarios: prótesis, productos ortopédicos, sillas de rueda, transporte, dietas complejas, tratamientos con oxígeno en el hogar, etc.
- Beneficios Farmacéuticos: usuarios pagan el 40% del medicamento prescrito para pacientes ambulatorios por médicos del SNS y el 100% prescrito por médicos privados, excluyendo a ciertos grupos (jubilados, discapacitados y personas accidentadas en el trabajo) del copago. Existe un copago inferior para ciertas drogas de enfermedades crónicas, con un monto máximo de copago.

Por su parte, la Ley 16/03 amplía los beneficios e intenta equilibrarlos entre las CA del país<sup>9</sup>. Además, la norma garantiza el derecho de los ciudadanos a contar con una segunda opinión médica y establece plazos máximos para la atención médica según enfermedad (regula las listas y los tiempos de espera). Si bien las CA pueden aprobar sus respectivas CSA, deben incluir como mínimo los beneficios definidos en el SNS.

La financiación de la salud es responsabilidad de las CA en el marco de los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica. En caso de incluirse una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del SNS se acompañará de un análisis económico sobre la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer.

A pesar de los esfuerzos por equilibrar el sistema de salud entre las CA, las diferencias entre los beneficios provistos han ido aumentando. Así, existen 18 sistemas de salud en España, con diferencias subjetivas y objetivas. En el primer caso por el reconocimiento de los derechos de salud a extranjeros; mientras que, en el segundo caso por las brechas cuantitativas en el acceso a los beneficios, y cualitativas respecto a listas de espera, regulaciones de eutanasia, libertad para elegir al doctor y al centro médico, entre otras.

#### **4.2.2 El caso de Inglaterra y el Sistema Nacional de Salud**

El SNS inglés se creó en 1948 a los fines de proveer un cuidado de la salud “universal y gratuito” a todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago. Dado que el cuerpo legislativo determinó amplias categorías para los servicios de salud que debe proveer el SNS, la responsabilidad en la provisión no es absoluta sino que depende de cierto grado de discrecionalidad. Esta se manifiesta a la hora de determinar si un requerimiento es razonable y si el SNS tiene capacidad financiera para proveerlo.

De acuerdo a la Ley del Servicio Nacional de Salud (1977)<sup>10</sup>, la Secretaría de Estado es responsable de proveer los requerimientos de salud que considere necesarios, incluyendo: (i) la internación hospitalaria (incorpora los servicios psiquiátricos de alta seguridad); (ii) otro acomodo necesario para los servicios demandados; (iii) servicios médicos (incluye los quirúrgicos), odontológicos y de enfermería; (iv) cualquier otro tipo de servicio que sea requerido para el tratamiento de enfermedades.

La responsabilidad de proveer estos servicios se transfirió a las autoridades de salud de los Gobiernos Locales, las cuales se denominan Fondos de Atención Primaria (Primary Care Trust, PCTs) y deben proveer servicios generales de salud, servicios odontológicos generales, servicios farmacéuticos y servicios oftalmológicos generales.

Dado que la legislación primaria no especifica los servicios que incluye y/o excluye la CSA inglesa, existe una legislación secundaria sobre contratos profesionales que define los compromisos en materia de ciertos servicios. Por ejemplo, los Contratos de Servicios Médicos Generales (General Medical Service Contracts, 2004) especifican los servicios esenciales que deben proveer los profesionales generalistas, los cuales incluyen tratamientos de emergencias, tratamientos con pacientes crónicos, terminales y

<sup>9</sup> Las CA tienen las competencias de los servicios de salud desde 2002. Dichas competencias habrían sido reconocidas en la Constitución de 1978. Así las CA pueden gestionar y legislar su sistema de salud.

<sup>10</sup> *National Health Service Act, 1977.*

discapacitados. Para las prácticas odontológicas, las Regulaciones sobre Servicios Odontológicos Generales (General Dental Services, 1992) especifican las tarifas de 400 prácticas odontológicas. Por su parte, las Regulaciones sobre Servicios Oftalmológicos Generales (General Ophtalmic Service, 1986) definen las tarifas para ciertos servicios oftalmológicos. La Secretaría de Estado determina las tarifas y las actualiza anualmente. A ciertos pacientes se entregan vouchers para reducir o eliminar el gasto de bolsillo<sup>11</sup>.

En el marco de que el sistema no explicita los compromisos, sino establece apenas ciertas exclusiones, con el tiempo han ido tomando mayor relevancia los mecanismos de control de la calidad interna. Estos permiten asegurar a los ciudadanos un acceso oportuno a los servicios de salud. Los estándares nacionales son guiados por el Marco Nacional de Servicios (National Service Frameworks, NSFs) y el Instituto Nacional para una Salud y Clínica de Excelencia (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE). Por su parte, la Comisión de Cuidado de la Salud (Healthcare Commission) es el principal ente regulador del SNS, controla el cumplimiento de todas las organizaciones del sistema y las garantías de los tiempos de espera<sup>12</sup>.

En particular, el NSFs identifica las principales intervenciones que se deben proveer y planifica y diseña estrategias para mejorar la implementación del SNS. En tanto que, el NICE evalúa si las tecnologías (nuevas o existentes) en el mercado deben incorporarse al SNS; elabora una guía de tratamientos para aplicarse a personas con ciertas enfermedades; evalúa si los procedimientos e intervenciones para el diagnóstico y tratamiento son seguras y costo efectivas. En caso que dictamine incluir ciertas tecnologías al SNS, los gobiernos locales son responsables de garantizar los recursos.

Finalmente, el Grupo de Recursos para la Atención de la Salud (Health Care Resource Group, HRG) elabora el sistema de tarifas para los pagos de productos hospitalarios (denominado DRG). Un detalle de procedimientos clínicos, tratamientos y diagnósticos se incluye en la lista de 550 tarifas HRG para el cuidado de pacientes en internación.

#### **4.2.3 El caso Colombiano y el Programa Obligatorio de Salud**

En el año 1993, Colombia inició una reforma del sector de la Salud implementando un modelo de atención en función de los principios de la cobertura universal. Este modelo en la actualidad se denomina Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y asegura la cobertura universal a través del Plan Obligatorio en Salud (POS). Se trata de un plan explícito, que brinda cobertura a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Tiene como objetivos excluir la competencia por precios y al mismo tiempo estimular la competencia por calidad. El sistema está compuesto por los dos regímenes que se describen a continuación.

El Régimen de los Contribuyentes (RC) que se financia con aportes de los trabajadores y de los empleadores en función del nivel de ingreso. El POS-C cuenta con 22 EPS y en su diseño incluyó el conjunto de prácticas disponibles en el sector.

El Régimen Solidario (RS) que se financia con aportes del sector público provenientes del gobierno central y de los gobiernos territoriales, y en el que participan 47 EPS. La cobertura del régimen es básica y está restringida solamente a la atención primaria, la cobertura para tratamientos de HIV y el Plan Materno-Infantil.

La diferencia en la disponibilidad de cobertura entre ambos regímenes tiene su origen en la lógica del sistema. Originalmente el financiamiento global del sistema buscaba un equilibrio de los recursos con transferencias desde RC al RS. Para lograr un piso igual en ambos sistemas y evitar la competencia por precio, todas las EPS reciben una unidad de pago por capitación sin discriminar la población intrínseca. A pesar de los esfuerzos realizados, el

---

<sup>11</sup> La elegibilidad es por edad, enfermedad (o riesgo) e ingreso. Los *vouchers* se actualizan anualmente.

<sup>12</sup> Su evaluación se publica en su reporte anual denominado *Annual Health Check report*

problema que impide la igualdad y equidad en el acceso surgió con la imposibilidad de redireccionar los recursos desde el RC hacia el RS y de las diferencias poblacionales existentes en uno y otro grupo de beneficiarios (brecha de la demanda).

En la actualidad ambos regímenes se rigen por Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (MAPIPOS). Allí se describen en forma general los derechos de los beneficiarios que luego son especificados en el “Listado de Intervenciones” para cada nivel de atención. Detalladamente definen cuáles son las prácticas, exámenes de laboratorio y diagnóstico, y consultas que corresponden a cada POS. Si bien los esfuerzos apuntaron a definir una base igualitaria entre POS-C y POS-S, la complejidad del lenguaje con que están definidos impide una interpretación unívoca de las obligaciones que tienen los actores públicos y privados (CEPAL, 2009). Como consecuencia, esto hace que los usuarios en muchas ocasiones no tengan claridad sobre sus derechos de salud frente al plan. Asimismo, la problemática del lenguaje con que están especificadas las prestaciones incluidas en cada plan ha generado un gran aumento de la judicialización en el sector debido a las distintas interpretaciones que tienen cada uno de los actores respecto de los deberes establecidos en el MAPIPOS (CEPAL, 2009).

El Ministerio de Protección Social de Colombia (2008) publicó una Evaluación del POS que aborda los principales problemas que enfrenta el organismo regulador para: (i) Realizar un seguimiento de las variables epidemiológicas, (ii) Analizar la inclusión y permanencia de las tecnologías haciendo análisis de costo-efectividad, e (iii) Incluir principios de control surgidos de la medicina basada en la evidencia. En este sentido, los objetivos iniciales planteados en el POS-S no pudieron alcanzarse en tanto los problemas de financiamiento no permitieron ampliar el paquete para lograr una cobertura igualitaria con el POS-C. En definitiva, el paquete cubierto por el POS-S resulta insuficiente para atender todas las necesidades, aumentando el gasto de bolsillo.

#### **4.2.4 El caso Chileno y el Plan AUGE**

El sistema de Salud en Chile está formado por entidades públicas y privadas. El Ministerio de Salud es la entidad rectora del sistema, y desde allí se determinan los lineamientos generales de la política sanitaria para cada uno de los sectores. En el año 1979 se realizó una profunda reforma de salud y las instituciones creadas en ese entonces continúan vigentes. Se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), cuya estrategia principal es la Atención Primaria de Salud que quedó a cargo de los Municipios. En dicha reforma se creó un seguro público de salud denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se unificaron las Instituciones Privadas bajo el nombre de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En la actualidad las ISAPRE y el FONASA están reguladas por la Superintendencia de Salud, creada en el año 2005.

Actualmente, el sistema de salud chileno asegura la protección social en salud mediante el acceso a planes de salud que cubren el 70% de las patologías más frecuentes. El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) comenzó a implementarse en 2004 a través del Régimen General de Garantías en Salud. El AUGE se fundamenta en las Garantías Explícitas en Salud (GES) que fueron identificadas en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Se trata de un conjunto de cuatro garantías que responden a los objetivos 2000-2010 planteados por el Estado<sup>13</sup>: (i) Garantías explícitas de Acceso, a través de FONASA y de las ISAPRE, (ii) Garantías explícitas de Calidad, (iii) Garantías explícitas de Oportunidad y (iv) Garantía explícita de Protección Financiera.

---

<sup>13</sup> Los objetivos de las reformas en salud chilenas en el 2000 eran: i) Mejorar los logros sanitarios alcanzados; ii) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población; iii) Disminuir las desigualdades observadas; y, iv) Prestar los servicios de Salud acordes a las expectativas de la población.

Para la delimitación y el abordaje de los problemas prestacionales y sanitarios que serían priorizados en las GES, el Ministerio de Salud utilizó cuatro fuentes de información: estudios chilenos basados en la encuesta nacional de salud, estadísticas de egresos hospitalarios, datos epidemiológicos, datos sobre atención en el SNSS y, por último, estudios realizados por especialistas nacionales e internacionales.

En función de la demanda estimada se organizó el sistema de turnos y se realizó un seguimiento de la demanda que permitió adaptar el Plan AUGE a las realidades observadas. Es importante destacar que a diferencia de lo sucedido en Colombia, el plan chileno contempló la creación de mecanismos que permitieron incorporar la atención de nuevos problemas de salud, no previstos originalmente. En el presente existen 69 problemas en el listado de enfermedades prioritarias, cuyas prestaciones se costearon<sup>14</sup>.

Los problemas del AUGE son el incumplimiento de las garantías por déficit en la oferta de especialistas e inasistencia de los pacientes a la consulta. En cuanto a los recursos hospitalarios se registraron importantes desgastes en los bienes de capital que no habían sido previstos y un incremento en el consumo de insumos más allá de lo estimado. Asimismo, la garantía de cumplir con los plazos que se pautaron para la atención del conjunto de prestaciones ejerció una fuerte presión sobre el sistema. Los plazos de atención fueron establecidos en función de la demanda estimada y de la oferta de servicios, pero en algunos casos la demanda efectiva excedió a la estimada inicialmente. No obstante, el Estado decidió cumplir con las garantías de atención y contrató servicios adicionales en el sistema privado. El fuerte incremento del gasto generó un desfinanciamiento y endeudamiento en el sector. Debido a la mayor demanda de servicios médicos, imprevista por el Estado, los precios aumentaron considerablemente provocando una transferencia de recursos del sector público hacia el sector privado.

#### **4.3. Reseña de la experiencia sobre la aplicación del PMO en Argentina**

El concepto de salud bajo el cual se organiza el PMO responde a la idea de que la atención de la salud se compone de cuatro funciones: la prevención de episodios que puedan comprometer la salud, la promoción de la salud, la rehabilitación y la recuperación del estado de salud. En Argentina para los asegurados en el sistema nacional de salud, estas cuatro formas de atención se expresan a través de los derechos que tienen los beneficiarios de la CSA, especificada en el PMO.

La Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) define al PMO de la siguiente forma:

“El Programa Médico Obligatorio es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.”

La Ley 23.660 (1989) define las entidades que quedan comprendidas bajo la denominación Obras Sociales y que serán luego las instituciones que deberán dar cumplimiento al PMO. De acuerdo al artículo 1° de dicha Ley, quedan comprendidos en las disposiciones:

- a) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo;
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que hayan sido creados por leyes de la Nación;
- c) Las obras sociales de la administración central nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, incluyendo las Obras Sociales Universitarias;

---

<sup>14</sup> Para un detalle del costeo del Plan AUGE, ver “Verificación del costeo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas”. Informe elaborado para el Ministerio de Salud de Chile por la Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado;
- e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios;
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas; y,
- g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito.

En el año 1995 se creó el programa de prestaciones médico–asistenciales, a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud. El programa se formalizó en el Decreto 492/95 y recibió el nombre de PMO. En 1996 se publicó la Resolución 247/96 que estableció la entrada en vigencia del PMO. La SSSalud a través del PMO<sup>15</sup> obliga a los Agentes del Seguro de Salud a brindar las prestaciones comprendidas en la CSA.

Las Obras Sociales Provinciales y la atención sanitaria provista por el sector público no se encuentran obligadas a cumplir con el PMO. Las entidades de Medicina Prepaga, Mutuales y Cooperativas se encuentran obligadas a dicho cumplimiento, a través de la ley N° 26.682 de Medicina Prepaga que también introdujo modificaciones, en las que establece que se incluirán a las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones. Por Decreto 1993/2011 se reglamentó la Ley de Medicina Prepaga, en tanto que por Decreto 1991/2011 se modificó dicha ley incluyendo a las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, expresando que el sistema de salud “debe necesariamente contemplar la integración y articulación de todos los subsectores involucrados”.

Los recursos financieros de las coberturas que cumplen con el PMO se obtienen principalmente de los aportes patronales que representan el 6% del salario del trabajador más un 3% que se descuenta directamente del sueldo bruto. Las Obras Sociales también reciben ingresos provenientes básicamente de cuotas de independientes que se asocian a la cobertura o del aporte adicional de un trabajador para obtener un plan superador.

La SSSalud define las prestaciones del PMO y las divide en ocho capítulos: Atención Primaria, Atención secundaria, Internación, Salud Mental, Rehabilitación, Odontología, Medicamentos y Otras coberturas (cuidados paliativos, prótesis, traslados, etc.). En cada uno de los capítulos se describen las prestaciones y los niveles de cobertura en medicación. El precio de los medicamentos que paga el beneficiario tiene un descuento del 40% sobre el valor de venta normal en el caso de suministrarse en farmacias (ambulatorios) y del 100% en el caso de internación. El Anexo III del PMO contiene el listado general de medicamentos que, a su vez, está acompañado por el Anexo IV que define los precios de referencia.

Asimismo existe un listado de medicamentos para el tratamiento de enfermedades catastróficas de baja incidencia y elevado costo. Estos tratamientos son reintegrados a las OSN con el aporte del Fondo Solidario de Redistribución que gestiona la Administración de Programas Especiales (APE) y obtiene sus recursos también de los aportes de los trabajadores. Puede financiar el total del valor de los tratamientos o un porcentaje de ellos. Algunas enfermedades que tienen el 100% de cobertura son, por ejemplo, el HIV, Miastenia Gravis y Esclerosis Múltiple, entre otras.

Con el transcurso del tiempo el PMO se ha ido modificando en línea con el cumplimiento de los principios rectores de un CPS: Eficiencia, Equidad y Justicia. En el 2000 se realizó la primera modificación integral del PMO a través de la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud. La misma incluyó un aspecto clave de la atención sanitaria que es el cuidado de la salud, desde la perspectiva de la prevención y bajo el paradigma de la atención primaria de

---

<sup>15</sup> Para mayor información, ver

<http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=beneficiarios&opc=pmoprincipal>

la salud. El sentido de la incorporación de esta perspectiva respondía a un doble objetivo: disminuir la incidencia de casos y disminuir los costos financieros que implican la atención tardía. Sucesivamente se continuó ampliando la canasta, hasta que con la Resolución 1/2001 del Ministerio de Salud se derogó la Resolución 247/96 y se comenzó a trabajar sobre un PMO que incluyó también prácticas odontológicas, fonoaudiología, y atención psicopedagógica.

En Marzo de 2002, respondiendo a las necesidades de la situación socioeconómica del país y dentro del contexto de la Ley 25.561 sobre la declaración del Estado de Emergencia Pública, se declaró el Estado de Emergencia Sanitaria. El Decreto 486/02 suspendió la vigencia del PMO y convocó al Ministerio de Salud a definir los servicios básicos de atención que darían origen a un Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). Finalmente se formalizó el PMOE a través de la Resolución 201/02 y se incluyeron, además, dos aspectos claves de la regulación en materia de salud: la obligatoriedad de especificar principios de Medicina Basada en Evidencia y la confección de estudios del tipo Costo-Efectividad. La especificación de estos dos conceptos ha tenido un impacto a nivel sectorial, actualizando las metodologías de evaluación en línea con las sugerencias y la literatura internacional sobre el tema.

La vigencia del PMOE se extendió hasta diciembre de 2004 cuando se convocó a un llamado para redefinir el nuevo PMO. A pesar de las modificaciones, el concepto funcional del programa continúa siendo una canasta de prestaciones obligatorias.

En el año 2007 se estableció la vigencia plena del PMO declarado en la Resolución 1991/05, mientras que se agregaron algunos considerandos al incluir la perspectiva y lineamientos del Plan Federal de Salud. Por otra parte, se dejó constancia de la necesidad de actualización de las prestaciones, tanto médicas como farmacéuticas en el artículo 2 de la Resolución 1714/07 del Ministerio de Salud donde se enuncia que:

“En el marco de sus atribuciones, este Ministerio determinará el mecanismo de actualización que se sustente en análisis sistemáticos y pormenorizados de cargas de enfermedades y de la medicina basada en la evidencia, permitiendo tomar decisiones adecuadas respecto a la incorporación y/o baja en el catálogo de prestaciones incluidas en el PMO.”

La metodología de valorización de Bruni (2005) se aplicó al PMOE, parte de establecer la tasa de uso esperada de cada servicio y le aplica a ella el precio de referencia del mercado. El cálculo supone, implícitamente, que la utilización es homogénea en el tiempo, lugar y población, dando lugar a tasas de uso relativamente estables. Por lo tanto, no considera factores relacionados con la oferta, tales como características del mercado prestador, calidad y volumen de las obras sociales, entre otros, los cuales terminan orientando –como se mencionó anteriormente- el consumo y gasto del PMO. Tampoco incorpora factores relacionados con la demanda, tales como cambios en la estructura epidemiológica y demográfica de la población a servir. Tal como lo indica el autor, el trabajo realiza un análisis macro del sistema, no parte de estudios de casos ni de una muestra estadística representativa (con encuestas) de consumo y gasto del PMO.

El análisis de sensibilidad que propone el estudio se concentra en mostrar las variaciones relativas en el costo del PMOE, cuando se producen cambios en los precios y/o cantidades de las prestaciones, excluyendo eventuales repercusiones que tengan los cambios epidemiológicos y demográficos sobre la demanda y el costo del PMO.

Se identificaron las 80 prestaciones más representativas del PMOE y se agruparon en: Prestaciones ambulatorias de baja y media complejidad; Prestaciones de internación o 2do. nivel; Prestaciones ambulatorias de alta complejidad; Prestaciones de internación de alta complejidad; y Otras prestaciones incluidas en el PMO.

Adicionalmente, el estudio realiza un análisis general de los valores prestacionales por región. La cobertura geográfica ha sido la Ciudad de Buenos Aires, Conurbano de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Tucumán, Salta, San Luis, Misiones y Mendoza. Entre los principales

hallazgos, se destaca que –como se suponía desde el comienzo- las empresas prestadoras están radicadas en su mayoría en las capitales provinciales; no existe dispersión en los costos de las prestaciones de alta complejidad (valorizados por módulos), pero sí en las ambulatorias y de internación convencional. Las disparidades en los precios no responden a factores de calidad sino a prácticas oligopólicas o monopólicas. Se concluye que hay provincias con poca capacidad para brindar el PMO.

Las fuentes de información consultadas han sido la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), la Resolución de la SSS 650/1997, la Sindicatura SSS, el Estudio comparativo valores prestacionales obras sociales nacionales, el Programa reconversión obras sociales, las Obras sociales provinciales de Buenos Aires, La Pampa, Rio Negro, Tucumán, Chubut, Neuquén y Misiones, y diversas Prepagas.

Por su parte, el estudio de Van der Koy et al. (2010) también calcula el costo del PMO a través del producto de los precios y las tasas de uso. Los primeros corresponden al valor de las prestaciones al primer bimestre de 2010 y los segundos a la tasa de utilización del cuarto trimestre de 2008 y el primer trimestre de 2009<sup>16</sup>. Para estimar las tasas de uso y los precios del conjunto de prestaciones considerado se elaboró una muestra representativa de 20 obras sociales, redes prestacionales, confederaciones, prepagas, etc. La cobertura poblacional y geográfica fueron activos entre 0-65 años de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano de la Provincia de Buenos Aires (350.000 afiliados).

El trabajo actualiza la matriz diseñada en estudios anteriores que muestra el comportamiento promedio del PMO. Si bien se identificó una baja dispersión de valores en consultas y egresos, se encontró una mayor dispersión en las prácticas de diagnóstico y tratamiento. La ponderación de cada segmento en el costo del PMO es la siguiente: Programas preventivos (6%), Prestaciones ambulatorias (40%), Prestaciones con internación (30%), Prestaciones especiales (incluye subsidios APE) (11%), y gastos de bolsillo (13%).

## 5. Descripción de la Metodología

Se considera que el valor nacional del PMO no responde a un esquema socio-epidemiológico único, ni refleja una estructura de oferta uniforme a lo largo del país. Por lo tanto, el precionacional del PMO reconoce un argumento constituido por una suma ponderada de PMOs regionales, cada uno de ellos con una lógica particular, vinculada con aspectos idiosincráticos. De tal modo:

$$\text{PMO Nacional} = \left(\frac{1}{N}\right) \sum_{r=1}^6 \theta_r * \text{PMO}_r \quad \text{con } r = 1 \dots 6 \quad (1)$$

donde

$$\text{PMO}_r = \delta (D, E \times U, S, F; \beta) \quad (2)$$

*D*: vector de variables demográficas (sexo, edad),

*E*: vector de variables epidemiológicas (prevalencia de enfermedades),

*U*: vector de patrones de utilización, que multiplica al vector *E*,

<sup>16</sup> Luego se anualizaron mediante una extrapolación.

$S$ : vector de las características de la oferta sanitaria,

$F$ : vector de las características de los financiadores,

$\beta$ : vector de coeficientes de incidencia de cada variable. Ellos establecen la variación en significancia y dirección de cada uno de los componentes de los vectores de variables entre regiones.

$N$ : población total del país

$\theta$ : ponderador poblacional de la región  $r$

Los componentes regionales del precio del PMO que dan lugar al costo (para el financiador) a nivel nacional, constituyen entonces el promedio ponderado por población de cada región. A fin de alcanzarlo, el presente trabajo propone una metodología de cálculo que parta del nivel local y escale a nivel sub-nacional y nacional.

Esta metodología, si bien uniforme a lo largo de las regiones, requiere de un abordaje particular en cada una de ellas, a fin de conocer los elementos epidemiológicos, demográficos, de oferta y financiamiento de cada caso. Estos determinantes llevarán a estimar los coeficientes diferenciados por región ( $\beta$ ). Los valores de estos coeficientes de incidencia serán particulares en cada una de ellas, permitiendo no sólo incorporar al precio del PMO las distintas realidades locales, sino también permitir, mediante el estudio de estos diferenciales, el planteo de políticas específicas relacionadas con cada provincia y región, constituyendo tal análisis un aporte en sí mismo al debate de política sanitaria.

### **PRIMERA ETAPA**

Para llegar a tal punto, y en **primer lugar**, se realiza un costeo del Programa para la Región NOA, tomando como fuente de información la tasa de uso y los precios de los servicios brindados, provistos por los prestadores. En función de la información solicitada se busca determinar de manera tradicional el valor de la canasta de prestaciones correspondiente al efector  $j$  para los servicios  $a$ ,  $i$  y  $c$ , por ejemplo.

En este sentido, el valor efectivo de la canasta de prestaciones podrá ser definido como:

$$PMO_j = \sum_{a=1}^A \Omega_j U_{aj} \cdot P_{aj} \cdot \rho_{aj} + \sum_{i=1}^I U_{ij} \cdot P_{ij} \cdot \rho_{ij} + \sum_{c=1}^C U_{cj} \cdot P_{cj} \cdot \rho_{cj} \quad (3)$$

Donde  $PMO_j$  es el costo de la canasta de prestaciones provista por el efector  $j$ ,

$U$  da cuenta de la tasa de utilización de las prestaciones,

$P$  representa el precio acordado con los financiadores de la salud, y

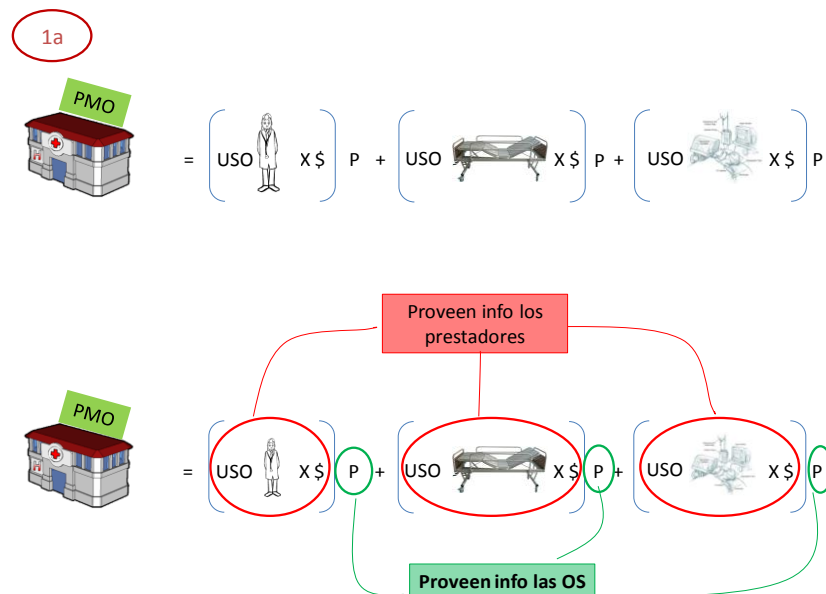
$\rho$  da cuenta de la tasa de incidencia de la prestación en el efector  $j$ .

Las prestaciones se dividen en tres grupos, que serán representados por cada uno de los términos de la anterior ecuación.



El primer término da cuenta del costo de las prácticas “a” vinculadas a las prestaciones habituales del primer nivel de atención. Vale aclarar que si bien los efectores que proveyeron la información son propios del segundo y tercer nivel, en todos ellos se realizan consultas y prácticas que resultan propias del mismo (tal es el caso de la vacunación, las consultas a médicos generalistas, la toma de Papanicolaou, etc.)

El segundo término representa el costeo tradicional de las prácticas “i” vinculadas al segundo nivel de atención -entre ellas se encuentran típicamente las consultas a especialistas, la internación general, y los estudios complementarios de complejidad media- para el efector  $j$  ajustado por la tasa de uso, mientras que el tercero da cuenta del costo de las “c” prácticas vinculadas a intervenciones del tercer nivel de atención (internación en unidades críticas, cirugías complejas, etcétera), también ajustadas por la tasa de uso de dichas intervenciones. La suma teórica de este tercer término refleja en parte la información regional provista por APE en este tipo de prácticas.



El listado de prácticas surge del set de prestaciones incluidas en los formularios de relevamiento diseñados y utilizados para este proyecto, y que se incluyen en el Anexo I y II del trabajo. Estos formularios requieren información complementaria sobre tres grupos de variables:

- Perfil demográfico de los pacientes atendidos en cada prestador (sexo y edad),
- Tasa de participación de las Obras Sociales en las prestaciones brindadas por cada prestador.
- Características del mercado prestador en el que participa cada oferente y peso relativo.

Estos tres grupos de variables servirán de variables explicadoras en la segunda etapa metodológica, de estimación de costos PMO para la región.

Para cada una de las provincias participantes en el estudio NOA se define una muestra representativa de prestadores públicos y privados en base a ubicación geográfica, escala y complejidad, que permita la expansión de resultados al universo.

La cantidad de prestaciones reportada por los distintos oferentes a nivel regional será consistida con la información recogida tanto en las entrevistas con financiadores, como también con aquella recogida sistemáticamente por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), a través de las Resoluciones 650, la Resolución 331, los requerimientos particulares realizadas mediante la SSS a Obras Sociales de particular incidencia en la

Región NOA, y aquella información provista por la Administración de Programas Especiales (APE).

En tanto la unidad de costeo en este estadio es el prestador, y el mismo no necesariamente concentra el total del gasto provincial y regional, se optó por establecer un mecanismo de expansión al total del sistema que descansa en un concepto de “área de atención”, que permite imputar a cada clínica el gasto no producido dentro de ella, sino en su zona de influencia. A partir de ello se posibilita incluir consultas ambulatorias, consumo de medicamentos y derivaciones fuera de la provincia/región.

**Medicamentosos** es el cuarto término a incorporar, el cual se incorpora en la ecuación como una expansión del gasto clínico. El gasto en medicamentos se estima con la información suministrada por un grupo de financiadores sobre los veinte medicamentos más relevantes en términos de gasto, para los grupos ambulatorios (40%), crónicos (70%) y de internación (100%) en el marco del PMO. Luego, dicho gasto se expande al resto de las obras sociales a través de un indicador de perfil epidemiológico de sus afiliados (participación porcentual de los estudios de alta complejidad en los estudios totales). Finalmente, el gasto total en medicamentos se distribuye a los efectores de acuerdo a la participación que tienen las obras sociales que financian las prestaciones en las clínicas.

**Derivaciones** es el quinto término a incorporar. El gasto en derivaciones de prestaciones cubiertas por el PMO que no pueden brindar los efectores de las provincias del NOA se estima con la información de cantidad y costos de las derivaciones que informan un grupo de financiadores. La misma se expande al universo completo de obras sociales de acuerdo a su perfil epidemiológico, medido con el tipo de egresos. Se agrega además en este término un factor diferencial asociado a la incidencia de derivaciones que resulta diferente en cada jurisdicción. Este dato debe ser tenido en cuenta ya que la incidencia de derivaciones por problemas complejos, hacia fuera de la provincia o de la región, depende de la capacidad instalada para cada caso. El mecanismo de expansión considera por una parte diferente necesidad de derivación entre instituciones de seguridad social, en base a su heterogéneo perfil sanitario, al tiempo que asume igual capacidad de absorción de diagnósticos de los efectores de cada provincia, aunque con diferencias entre ellas a nivel regional.

**Consultas Ambulatorias Externas:** El sexto término a incorporar es el de las consultas ambulatorias financiadas por las obras sociales, pero de ocurrencia por fuera de las clínicas estudiadas, sino en consultorios particulares o bien en policonsultorios externos sin internación. Estas consultas ambulatorias se estiman de acuerdo a la información suministrada por los financiadores a la SSS en el marco de la Resolución 650/97, descontadas el subgrupo de consultas informadas por las respectivas clínicas.

Estos términos ajustan la tasa de uso del establecimiento por una teórica “área de influencia”, a partir de un término multiplicador  $\Omega_j$  por tipo de consumo que actúa como un expansor, donde A es el número total de prácticas a y j es el efector. Las consultas se asignan a cada establecimiento en base a un indicador del tamaño (cantidad de camas) y los costos de las consultas considerados son los informados por cada efector. Se plantea la existencia de una relación teórica entre la escala del efector con internación y el número de consultas ambulatorias.

Ello requiere la estimación de un vector expansor  $\Omega_j$  **multiplicativo** que permite la inclusión de este tipo de intervenciones en el modelo y el cálculo posterior de coeficientes.

De la suma de los cálculos de gasto expandido por área de influencia de cada establecimiento se obtiene el precio de la canasta de prestaciones a ser cubierta para la seguridad social en la provincia y la región. Eventualmente, el peso relativo de cada obra social en cada clínica permitiría una suma de costos a través de los establecimientos que diera lugar al cálculo del PMO del financiador.

1b



## SEGUNDA ETAPA

Una vez calculado el costo del PMO para la región, la propuesta contiene una **segunda etapa** de estimación de los determinantes de tal costo, a fin de estandarizar una metodología de cálculo sistemática que incorporeno sólo variables regionales asociadas con la estructura de oferta del mercado prestador y de comportamiento del efector, es decir, tamaño, acceso a financiamiento, reputación, etc., sino también a los determinantes socio-económicos-epidemiológicos de cada una.

En consecuencia, se estima una función de costos de la canasta de prestaciones a nivel efector como la siguiente:

$$\widetilde{M}_j = \beta_0 + \beta_1 MP_j + \beta_2 PS_j + \beta_3 S_j + \beta_4 F_j + \beta_5 Q_j + \beta_6 D_j + \beta_7 L_j + \varepsilon_j \quad (4)$$

Donde  $\widetilde{M}_j$  es el costo de la canasta en el efector  $j$  calculado en la etapa 1, la que será explicada por:

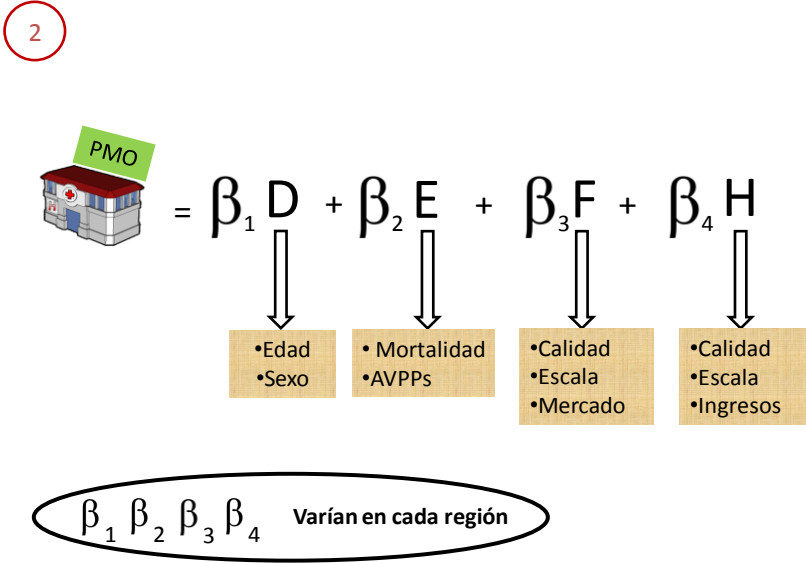
- $MP$  será un conjunto de variables que dan cuenta las características del mercado prestador en el que operan los  $j$  efectores,
- $PS$  representa el perfil socio-demográfico de la población a cargo que tiene el efector  $j$ ,
- $S$  da cuenta de la escala del efector,
- $F$  representa el vector de las características de los financiadores que contratan sus servicios (participación relativa, perfil epidemiológico, variables vinculadas con la capacidad de pago, etc.),
- $Q$  busca dar cuenta de la calidad con la que dicho efector brinda sus prestaciones,
- $D$  representa la diversidad de los servicios médicos brindados por el efector  $j$ ,
- $L$  representa la ubicación del efector, y
- $\varepsilon_j$  es un término de error que se asume satisface los supuestos clásicos.

En el conjunto de variables  $MP$  que dan cuenta de las características del mercado prestador se consideran la participación percibida en el mercado que posee el prestador y el número de potenciales rivales, obtenido por auto reporte en los cuestionarios circulados a nivel local.

En el perfil socio-demográfico representado por  $PS$  incluye el porcentaje de mujeres que atiende el efector, y la población a cargo categorizada en rangos de edad (mayores de 65, porcentaje de mujeres, niños menores de cinco años, etc.).

La escala prestacional del efector surge de la incorporación de variables tales como el número de camas o camas críticas, cantidad de personal, etc. En tanto que los indicadores vinculados con el financiamiento pueden incluir indicadores tales como peso relativo de cada financiador en la atención de la institución, gasto promedio de cada una de ellas, razón beneficiario/titular, etc.

Por el lado de la incorporación de variables de calidad, el proyecto considera una amplia variedad de alternativas, las cuales han sido obtenidas mediante las entrevistas a prestadores y seguros, como también surgen de la información provista por la Superintendencia de Servicios de Salud. Un detalle de ellas se encuentra en la sección siguiente.



El objetivo de esta etapa es la de acceder al conocimiento de las variables explicativas del valor del PMO y la incidencia relativa de cada una de ellas, obteniendo los valores del vector  $\beta$ . Estos valores muestran la importancia relativa de cada vector de variables en explicar el precio del PMO calculado, el que difiere entre regiones. Su identificación permitirá establecer un mecanismo simplificado de cálculo a futuro, sistematizando la información necesaria para acceder a un precio del PMO con capacidad automática de ajuste, en función del peso relativo de cada componente.

A partir de la información recogida, cada prestador se encontrará caracterizado por una serie de variables que constituyen una matriz de triple entrada: características de la oferta, características de las obras sociales y otros aseguradores que contratan con cada uno de los prestadores, y el perfil socio sanitario de la población atendida por cada uno de ellos. De ella surgen las siguientes variables explicativas a ser tomadas en cuenta:

**Ajuste por características del mercado prestador**

Se tomarán indicadores que den cuenta de la cantidad de prestadores, el tamaño de los mismos medido a través de camas de internación, indicadores de complejidad mediante la consideración de sus camas críticas, la presencia de residentes, y la disponibilidad de acreditación de calidad. Cada una de estas dimensiones será representada por indicadores que fueron testeados en la ecuación original (2). Los argumentos considerados plantean que a mayor cantidad de prestadores, menor concentración del mercado –más competencia-, y

mayor escala de producción, facilitan la negociación de contratos por parte de la oferta con sus financiadores vis a vis instituciones de menor escala. La calidad y el *mix* de servicios de las instituciones prestadoras califican asimismo la producción de servicios, afectando el vector de precios.

### **Ajuste por volumen y calidad de las obras sociales**

Las obras sociales presentan diferente penetración en las provincias. Allí donde cuentan con mayor población a cubrir, naturalmente gozan de mayor poder de negociación frente a los prestadores. Por ello, un indicador a utilizar en el ajuste será la cantidad y concentración de los beneficiarios de la seguridad social nacional, esperando que en aquellos medios donde los beneficiarios sean mayor cantidad y se encuentren más concentrados en pocas entidades, el precio abonado (costo, desde la perspectiva del financiador) cuente con precios más bajos. Por otra parte, las OSN pueden ser analizadas desde una perspectiva de calidad institucional y fortaleza económica, tal que afecte la definición de los valores de la canasta: entidades de mayor riesgo financiero y de menor calidad de cobertura, es probable que transfieran riesgos sobre los precios fijados en las negociaciones. A tal fin, se diseñaron algunos indicadores de “calidad” cuyos proxy son las tasas de reclamos recibidos por las entidades, categorizado por tipo de reclamo, así como las bajas por opción de otras coberturas que realizan los afiliados. Estas variables fueron tomadas en cuenta al momento de categorizar a las instituciones financiadoras, afectando los indicadores a ser utilizados en la implementación econométrica.

### **Ajuste por factores epidemiológicos de la población a servir**

Las características demográficas y epidemiológicas de la población bajo cobertura de las obras sociales inciden concretamente en sus cargas sanitarias y en las tasas de uso de las distintas prestaciones del PMO. Por ello, se utilizarán variables adicionales en el ajuste de la ecuación que estarán orientadas a reflejar esas características de salud-enfermedad. De este modo, y más allá de las características demográficas de los municipios que albergan a las instituciones de salud, el ejercicio propuesto sugiere un efecto indirecto de las características poblacionales sobre los costos de los prestadores, asociado con indicadores que capturan las diferencias epidemiológicas entre instituciones de la seguridad social.

## **TERCERA ETAPA**

Una **tercera etapa** del estudio, necesaria para dar robustez a la estimación de los parámetros, parte de un proceso de generación de datos que permite expandir la estimación realizada al total de instituciones prestadoras no incluidas en la muestra utilizada en la primera etapa metodológica. Para ello se identifica la representatividad de los prestadores considerados en la estimación, lo cual reduce los esfuerzos de recolección de información, facilitando el cálculo del PMO regional. Alternativamente, la disponibilidad de información relevante y sistemática recogida a nivel de institución oferente para el total de la oferta sanitaria permitiría ajustar la presente metodología, proveyendo elementos para generar un espacio de análisis de políticas, simulando escenarios demográficos, epidemiológicos y financieros.

Es importante notar que, debido a que el proyecto trabaja con un conjunto de efectores de la región NOA, el número de observaciones disponibles es acotado, por lo que será necesario hacer uso de métodos de remuestreo y bootstrap a fines de mejorar la precisión de las estimaciones realizadas.

Una muestra pequeña de efectores implica ciertas dificultades a la hora de estimar los parámetros de interés presentados en la ecuación (4) de la etapa 2.

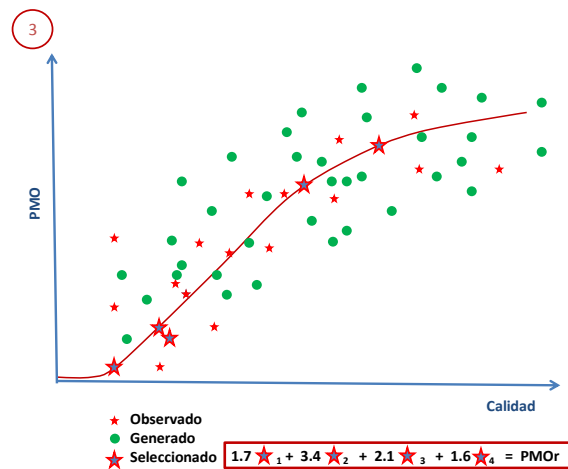
Por ejemplo, podríamos estar interesados en determinar si existe relación entre el porcentaje de población a cargo que es mayor a 65 años en un determinado efector y el costo que tiene la canasta de prestaciones en dicho establecimiento. En principio podría pensarse que existe una relación positiva entre ambas variables (un efector con mayor proporción de personas mayores a 65 años en su población a cargo podría tener un mayor nivel de costos para la canasta de prestaciones que otro cuya población a cargo presenta menor proporción de persona mayores), pero bien podría suceder que no exista relación entre tales variables.

Un análisis de regresión permite determinar si efectivamente existe una relación como la antes mencionada y su signo (que en nuestro caso suponemos positivo, ya que consideramos una relación positiva). Lo mismo es válido para todas las variables consideradas en la etapa 2 (tamaño, acceso a financiamiento, calidad, etc.).

Sin embargo, la existencia de relación o no entre el costo de la canasta de prestaciones y las variables antes mencionadas va a depender, asimismo, del número de observaciones con el que uno cuenta en la base de datos.

Cuando se trabaja con una muestra pequeña, el análisis estadístico puede tornarse impreciso, por lo que los test estadísticos podrían llevar a afirmar que, continuando con nuestro ejemplo, no existe relación estadística entre el porcentaje de personas mayores en un efector y el costo de su canasta de prestaciones. Al acceder a una base de datos más amplia de efectores podría verificarse que tal afirmación se volviera incorrecta.

En nuestro caso en particular, disponemos de una base limitada, por lo que recurriremos a los métodos de remuestro estadístico y bootstrap, con la finalidad de obtener mayor precisión en las estimaciones propuestas.



El método bootstrap se caracteriza por generar múltiples muestras de efectores a partir de una muestra original, siendo estas nuevas muestras obtenidas por medio de la técnica de muestreo aleatorio con reposición. Cada una de ellas poseen el mismo número de observaciones que la muestra original, y para cada una de estas muestras sea realiza el análisis de regresión anteriormente planteado.

Este método tiene la particularidad de que conforme se incrementa el número de muestras generadas a partir de la base original mayor será la precisión con la que sean estimados los parámetros de interés. Al mismo tiempo, pueden generarse intervalos de confianza para los estimadores, de manera de determinar si los mismos presentan valores válidos desde el punto de vista estadístico.

## 6. Características de la Base de Datos

La base de datos construida para el proyecto de costeo del PMO incluye una serie de variables a nivel de prestador, surgida de las encuestas a instituciones públicas y privadas de cuatro de las provincias del NOA (Tucumán, Salta, Jujuy y Santiago del Estero), así como de los insumos provenientes de una selección de Obras Sociales Nacionales y Provinciales que complementan el set de data utilizada en la aplicación de la metodología desarrollada en la sección anterior. A continuación se describen las variables que se utilizan, y sus respectivas fuentes de información, según cada etapa:

**Primera etapa:** En ella se hace uso de la información vinculada a la tasa de utilización de las prácticas de salud previamente definidas, los precios asociados a las mismas (precios acordados con los financiadores) y la tasa de incidencia correspondiente a cada una de las prestaciones. Dentro del paquete de prestaciones, se definirán tres grupos de prácticas de salud, a saber: primero, segundo y tercer nivel de atención.

**Segunda etapa:** En esta etapa se hace uso de la información de caracterización y comportamiento de los prestadores de salud (tamaño, acceso al financiamiento, calidad, etc.) y de las instituciones financiadoras, ya que el análisis de estas últimas revela, de manera indirecta, información pertinente sobre diversos aspectos vinculados a los prestadores que resultan relevantes a la hora de determinar el costo del PMO.

**Mercado prestador:** El comportamiento del mercado prestador será caracterizado por dos variables:

1. La participación que posee el efector en el mercado local de provisión de cuidados médicos. Esta variable será construida para cada uno de los efectores representativos dentro de cada una de las provincias del NOA haciendo uso de la información de caracterización del efector contenida en el formulario de prestadores. La participación del efector en el mercado prestador será medida a través del tamaño relativo del mismo, que puede ser representado por el número de camas generales y el número de camas de cuidados críticos.
2. El número de potenciales rivales que identifica cada prestador en su segmento de mercado. Esta variable es obtenida por el método de auto-reporte (existe una pregunta específica en el formulario de prestadores).

**Perfil demográfico de la población a cargo del prestador:** Esta información permitirá la caracterización de la población objetivo a cargo del efector, habida cuenta de que la composición de la misma define, al menos en parte, el perfil de riesgo asumido por el prestador. El perfil demográfico está representado por la composición en términos de género y edad de la población a cargo del prestador. En particular, se considerará el porcentaje de mujeres a las que se les brindan servicios médicos, y por otra parte se tendrá en cuenta la participación de los diferentes grupos etarios en las prestaciones realizadas por el efector. En este sentido, se considerará la proporción de la población menor de 5 años y los mayores a 65. Esta información es obtenida del formulario de prestadores.

**Tamaño:** La escala de operaciones de un prestador en una provincia será representada por el número de camas generales y el número de camas de cuidados críticos de las que dispone la instalación. Esta información es obtenida del formulario de caracterización de los prestadores.

**Acceso y riesgo del financiamiento:** El aspecto vinculado al financiamiento de las operaciones del efector está representado por dos variables.

1. Acceso a financiamiento para prestaciones vía obras sociales. Esta variable se define como la tasa de participación que poseen las obras sociales en el total de la facturación del prestador, y se obtiene del formulario de caracterización de prestadores.



2. Riesgo del financiamiento al cual puede acceder el prestador. Esta variable es construida haciendo uso de información provista por financiadores y prestadores.

En función de la información de caracterización y comportamiento de las obras sociales, puede construirse un ranking de riesgo financiero de financiadores en el NOA, que estará en función de su escala de operaciones (sus beneficiarios totales), y del perfil socio-demográfico y epidemiológico de la población a cargo. Por otra parte, cada uno de los efectores considerados en el estudio informa cuáles son sus cuatro principales financiadores de salud, expresando la tasa de participación de los mismos en el financiamiento total del efector.

En virtud de esto, puede definirse un indicador de riesgo financiero del prestador como la suma del riesgo financiero asumido por las cuatro obras sociales principales con las que se opera, ponderada por la tasa de participación de dichos financiadores en la facturación total del efector. De esta manera, el riesgo financiero del efector estará representado por:

$$RFP_j = \sum_{f=1}^4 \omega_f \cdot RFF_f$$

Donde  $RFP_j$  es la posición de riesgo financiero del prestador  $j$ ,  $RFF_f$  es el riesgo financiero asumido por la obra social  $f$ , y  $\omega_f$  da cuenta de las  $f$  tasas de participación de las obras sociales en el financiamiento del efector  $j$ . La suma de los ponderadores no necesariamente será igual a la unidad, cuando los cuatro financiadores más importantes de un efector no cubran el 100% de las operaciones realizadas por este último.

**Calidad:** La calidad con la que un efector brinda prácticas de salud es un elemento de gran importancia a la hora de realizar un análisis de costeo de un paquete de prestaciones. En tal sentido, existen múltiples medidas que nos permiten aproximar tal atributo.

1. Presencia de acreditación de calidad, número de residentes y proporción de enfermeras universitarias en el establecimiento. Esta información será obtenida del formulario de prestadores.
2. Calidad de las obras sociales como mecanismo de revelación indirecta de la calidad del prestador. Esta variable es obtenida haciendo uso de la información provista por los financiadores, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y los prestadores.

En función de la información de caracterización y comportamiento de las obras sociales, puede construirse un ranking de calidad de los financiadores, el que estará en función de la escala de operaciones, los trasposos netos de beneficiarios, y los reclamos realizados por los beneficiarios a la SSS. Por otra parte, cada uno de los efectores considerados en el estudio informa sobre cuáles son sus cuatro principales financiadores de salud, expresando la tasa de participación de los mismos en el financiamiento total del efector.

Si existe autoselección de las obras sociales en prestadores, en el sentido de que buenos financiadores escogen buenos prestadores para realizar operaciones, entonces la información sobre la calidad de los primeros revela información sobre la calidad de los últimos. En virtud de esto, puede definirse un indicador de calidad del prestador como la suma de calidades de las cuatro obras sociales principales con las que se opera, ponderada por la tasa de participación de dichos financiadores en la facturación total del efector. De esta manera, la calidad con la que el efector brinda prestaciones estará representada por:



$$CP_j = \sum_{f=1}^4 \omega_f \cdot CF_f$$

Donde  $CP_j$  es la calidad del prestador  $j$ ,  $CF_f$  es la calidad de la obra social  $f$ , y  $\omega_f$  da cuenta de las  $f$  tasas de participación de las obras sociales en el financiamiento del efector  $j$ . Al igual que en el caso anterior, no necesariamente la suma de los ponderadores debe sumar el 100%.

**Diversidad de servicios:** La diversidad de servicios de salud brindados por cada efector incidiría en el costo del PMO y es obtenida del formulario de caracterización de prestadores.

**Ubicación:** La ubicación del efector (situado en la ciudad capital o en el interior de la provincia) puede jugar un rol a la hora de explicar los costos vinculados a la provisión de cuidados médicos. Esta información será obtenida del formulario de caracterización de los prestadores.

En el Anexo 5 se presentan datos complementarios que surgen del análisis de la base de datos generada. Si bien algunos de estos datos no fueron incorporados necesariamente en la estimación del PMO, se observa que son relevantes para profundizar el conocimiento sobre las características de la seguridad social nacional en la región, y alimentar eventualmente decisiones de política y regulación.

## 7. Análisis de la Información reportada por los efectores

El estudio desarrolló una base de datos principal que contiene información comprehensiva sobre los efectores, su población a cargo y los financiadores de la salud.

En particular, incluye información sobre la estructura de los prestadores, su nivel de complejidad, aspectos vinculados a la calidad con la que el mismo brinda prestaciones, su nivel de gasto en prestaciones, los aspectos demográficos de su población a cargo y la participación de las obras sociales en su financiamiento.

Las principales fuentes de datos para construir esta base han sido los Formulario de Prestadores y Financiadores desarrollado por el proyecto (presentes en los Anexos 1 y 2), INDEC (variables demográficas), información relevada por la Superintendencia de Servicios de Salud, e información sobre estructura de los prestadores, originada tanto en las entrevistas de campo como en la información disponible a nivel ministerial (Guía de establecimientos sanitarios).

A continuación se presenta una tabla con un resumen de las principales variables que han sido consideradas en el análisis y su descripción estadística asociada.

En términos de la ubicación geográfica, la muestra precisa que el 65% de los efectores que reportaron información se encuentran en el interior provincial. En relación a la estructura de los efectores, el número promedio de camas generales es de 36, mientras que en promedio son 8 las camas de cuidados críticos. Cuando nos concentramos en el nivel de complejidad de los mismos, medido a través del ratio camas críticas camas generales, nos encontramos con un valor de 0.18, lo que indica que de cada diez camas generales existen casi 2 de cuidados críticos. Por otra parte, existe tomógrafo en sólo el 4% de los efectores que reportaron información.

El promedio de residentes en cada efector es cinco, mientras que la proporción de enfermeras universitarias en relación al total de enfermeras es de casi un 30%.

Los financiadores nacionales de la salud sostienen aproximadamente un 23% de las prácticas brindadas por los efectores, correspondiendo el resto a las Obras Sociales

Provinciales, prepagas y PAMI, principalmente en el sector privado. Por otra parte, el porcentaje de personas mayores a 65 en las localidades en las que se encuentran ubicados los efectores es de casi un 8%.

A fin de establecer un indicador de solvencia financiera de las OSN que permitiera ser utilizado como un indicador proxy de calidad prestacional de los efectores, se procedió a construir un índice que clasifica a las instituciones de seguridad social en tres grupos, de alta, media y baja capacidad de pago. Este índice de "riesgo financiero" partió de la definición de dos umbrales de ingreso, no homogéneo en términos de la cantidad de OSN involucradas en cada grupo, donde el tipo 3 corresponde a las instituciones relativamente más solventes.

En términos del gasto mensual derivado de la realización de prácticas de salud, se observa que el gasto clínico total ha sido en promedio de \$1631797 para los efectores que reportaron información, donde la participación del gasto del primer nivel sobre los dos restantes es obviamente menor.

Para mayor información sobre las variables referidas a los financiadores y gastos de prestaciones ver el Anexo 3.

**Tabla 7.1**

**DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EMPLEADAS EN EL ANÁLISIS**

Tipo	Variable	Descripción	Mean	Std.Dev.	Min	Max
<i>VARIABLES GEOGRÁFICAS</i>	d_capital	Dummy factor de la ciudad capital, 1=Si 0=No	0.35	0.48	0	1
	d_salta	Dummy factor de Salta, 1=Si 0=No	0.26	0.44	0	1
	d_santiago	Dummy factor de Santiago, 1=Si 0=No	0.45	0.50	0	1
<i>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</i>	mujeres_por	% de mujeres en la jurisdicción del factor	50.64	1.48	46.80	52.40
	may_65_por	% de mayores de 65 años en la jurisdicción del factor	7.71	1.32	4.08	10.97
	men_5_por	% de menores de 5 años en la jurisdicción del factor	9.62	1.35	8.10	13.91
<i>VARIABLES DE ESTRUCTURA DEL PRESTADOR</i>	d_publico	Dummy factor público, 1=Si 0=No	0.50	0.51	0	1
	camas	Cantidad de camas generales del factor	35.57	41.62	2	388
	camas2	Cantidad de camas generales del factor al cuadrado	2990.46	11226.02	4	150544
	camas_criticas	Cantidad de camas de cuidados críticos del factor	7.81	10.20	0	44
	camas_totales	Camas totales (generales y críticas) del factor	45.59	33.93	6	165
	product	Productividad del factor (ratio ingresos/camas)	27.30	33.59	2.17	140
<i>VARIABLES DE COMPLEJIDAD DEL PRESTADOR</i>	ratio_camas	Ratio de camas críticas sobre camas generales del factor	0.18	0.33	0	2.40
	d_tomografo	Dummy factor con tomógrafo, 1=Si 0=No	0.04	0.19	0	1
<i>VARIABLES DE CALIDAD DEL PRESTADOR</i>	residentes	Número de residentes del factor	5.46	10.73	0	52
	enf_univ_por	% de enfermeras universitarias sobre el total de enfermeras del factor	28.82	22.35	0	70
	d_normas	Dummy factor con cumplimiento de normas, 1=Si 0=No	0.15	0.37	0	1
<i>VARIABLES DE FINANCIADOR</i>	osn_por	% de la participación de las OSN en la facturación del factor	22.88	14.59	5	48
	os_t1	% de la participación de las OSN tipo 1 en la facturación del factor	10.73	14.73	0	70
	os_t2	% de la participación de las OSN tipo 2 en la facturación del factor	2.26	3.02	0	10
	os_t3	% de la participación de las OSN tipo 3 en la facturación del factor	1.85	3.47	0	11
<i>VARIABLES DE GASTO DEL PRESTADOR</i>	g_nivel1	Gasto del factor en prestaciones de baja complejidad	182344	332523	0	1717100
	g_nivel2	Gasto del factor en prestaciones de media complejidad	700307	701933	15000	3490000
	g_nivel3	Gasto del factor en prestaciones de alta complejidad	749145	896403	0	4058000
	g_total	Gasto del factor en el total de las prestaciones	1631797	1489744	182100	5732500

## Primer paso: cálculo de estructuras de costos y determinantes

En función de la información disponible, se postula un modelo de regresión que tiene por finalidad hallar los determinantes del gasto clínico de los efectores, es decir, se estima una función de producción 'agregada' de cuidados médicos aún cuando los diferentes niveles de gastos presentan funciones de producción específicas (la estimación para cada nivel de gasto se presenta a continuación).

De acuerdo con ello, se toma como variable dependiente al gasto del efector en el total de las prestaciones clínicas y se utiliza como variable independiente al porcentaje de personas mayores de 65 años en la jurisdicción del efector (perfil demográfico), las camas críticas (estructura del prestador), la tasa camas críticas sobre camas institucionales (nivel de complejidad), participación de las obras sociales nacionales tipo 3 (financiadores), la dummy de efector público y una dummy si el prestador es residente en la provincia de Salta (geografía del efector).

**Tabla 7.2**

DETERMINANTES DEL GASTO TOTAL DEL EFECTOR	
may_65_por	366544.8* (196893.3)
camas_criticas	34981.83** (16650.6)
ratio_cam	1668028*** (473320.7)
os_t3	141057.8* (76986.35)
d_publico	-750398.5 (567382.6)
d_salta	274140.2 (638056.6)
constante	-3714716* (1919862)
R2	0.615

Notas: Variable dependiente: Gasto del efector en el total de las prestaciones. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*, \*\*, y \*.

La proporción de personas mayores de 65 años, el número de camas críticas, el ratio de camas críticas camas generales y la participación de las obras sociales tipo 3 son estadísticamente significativas, y el R2 del modelo asciende a 0.615, lo que implica que el modelo planteado explica más del 61% de la variabilidad del gasto clínico reportado por los efectores.

Surge del análisis que a mayor proporción de personas mayores de 65 años en la población atendida, mayor será el gasto clínico del efector a igualdad de condiciones. Algo similar

sucede con las camas críticas, que reflejan mayor complejidad de la institución y por tanto un mayor gasto promedio, corregido por otros factores.

En relación al rol de los financiadores se observa que a mayor participación de las obras sociales del tipo 3 (mejor calificación) mayor es el gasto del efector, probablemente vinculado a la calidad 'indirecta' del efector, es decir, calidad medida a través de los financiadores con los cuales desarrollan vínculos contractuales. Las variables geográficas no jugarían un rol relevante en el gasto total del efector, aunque posiblemente los aspectos geográficos se manifiesten a través de diferentes perfiles demográficos que absorberían parte de la significatividad estadística de la aplicación econométrica, como se mencionó anteriormente.

A continuación se realizará un análisis similar al expresado anteriormente, donde la variable a explicar es el nivel de gasto del efector para cada uno de los niveles, primero, segundo y tercer nivel de cuidados.

**Tabla 7.3**

DETERMINANTES DEL GASTO EN EL NIVEL 1 DEL EFECTOR	
may_65_por	45271.01 (40672.74)
residentes	14350.3*** (3627.234)
d_publico	-304463.4** (112011.1)
d_capital	-202099.9 (137425.7)
constante	-73897.14 (307604.6)
R2	0.475

Notas: Variable dependiente: Gasto del efector en prestaciones de baja complejidad. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*\*, \* y  $\dagger$ .

El primer nivel de atención muestra un ajuste del 47,5% y evidencia que la cantidad de residentes trabajando en la institución, y la variable dummy que reconoce la presencia de un prestador público resultan ambas estadísticamente significativas y con signo contrario. En el primer caso, la mayor presencia de residentes en el efector implica mayor gasto en el nivel 1, claramente vinculada a la estructura de la "función de producción de servicios de salud" en ese nivel, más trabajo intensivo. Por otra parte, la dummy de efector público presenta signo negativo, lo que refleja un menor costo promedio que un prestador privado a igualdad de condiciones. Asimismo, ello podría indicar cierta especialización por parte de los efectores públicos en este nivel de complejidad.

La posibilidad de poder establecer una estimación por nivel permite poder separar la existencia natural de distintas funciones de producción, con mayor presencia relativa de recursos humanos en el primer nivel, de variables de infraestructura y posiblemente medicamentos en el segundo y de mayor tecnología en el tercero, como veremos más adelante en esta sección. La primera regresión de gasto total, está planteada desde una

estimación envolvente de la estructura productiva de la institución, sin discriminar entre niveles, cumpliendo una función distinta desde la mirada del análisis de política.

En la medida que la calidad de la información es más satisfactoria, y las unidades respondientes se incrementa, la capacidad de establecer mayores niveles de profundidad en el análisis se potencia. A los fines expositivos, el trabajo avanza fundamentalmente sobre la estructura de costos totales, aunque es posible establecer para cada nivel los componentes principales del gasto individualmente. Ello se constituye en una herramienta valiosa de planificación, en la medida que es posible identificar los incrementos de precios de cada componente relevante por nivel, y ajustar los costos de servicios en función de ellos.

**Tabla 7.4**

DETERMINANTES DEL GASTO EN NIVEL 2 DEL EFECTOR	
camas_totales	2722.42* (1586.47)
product	22161.18*** (2900.92)
enf_univ_porc	11308.53*** (3949.67)
d_publico	-253712.8 (227613.3)
constante	-226145.2 (169364.6)
R2	0.84

Notas: Variable dependiente: Gasto del efector en prestaciones de media complejidad. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*, \*\* y \*.

Del estudio de regresión del segundo nivel de atención, en el cuadro previo, es posible identificar un ajuste altamente satisfactorio (84%), donde prevalecen tres variables significativas al 99% de confianza, todas ellas con signo positivo. La primera, definida por el número de camas, ofrece una lectura de escala prestacional, en tanto mayor capacidad instalada genera mayor capacidad de atención y mayores costos. La segunda variable surge del análisis de la tasa de egresos por cama, aproximando a un índice de productividad que afecta positivamente al gasto del prestador (mayor rotación incrementa la cobertura, a iguales niveles de calidad). En tercer lugar, la mayor calidad prestacional, corregido por el efecto de productividad, puede ser explicada por el indicador que muestra el peso de las enfermeras matriculadas sobre el total, con influencia positiva sobre el gasto. En este caso, las variables demográficas no encontraron gran significancia estadística, como tampoco la propiedad pública o privada del efector.

En el cuadro siguiente se presentan los resultados del tercer nivel de atención, donde razonablemente la naturaleza pública reduce el costo promedio, al tiempo que la escala prestacional (en este caso, reflejado en las camas críticas disponibles), lo aumenta. El ajuste de regresión es el menos satisfactorio de los tres niveles, lo que sugiere la necesidad de mayor información para una mirada acabada, particularmente en un nivel de cuidado donde las especificidades prestacionales, en términos de recursos humanos y particularmente en tecnología, son más variadas.

**Tabla 7.5**

DETERMINANTES DEL GASTO EN NIVELES DEL EFECTOR	
camas_criticas	21545.76* (13071.73)
d_publico	-602725.5* (332019.1)
d_capital	153695.1 (370016.4)
constante	310904.9 (347992.2)
R2	0.24

Notas: Variable dependiente: Gasto del efector en prestaciones de alta complejidad. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*\*, \* y  $\dagger$ .

Del análisis de los determinantes de los distintos niveles de gasto surge expresamente que diferentes niveles de complejidad implican diferentes funciones de producción. Prueba de ello es que los determinantes de la función de producción general constituyen una mirada del conjunto, que no necesariamente permite aprovechar la especificidad del análisis que explica el gasto en los distintos niveles de complejidad. Sin embargo, y a raíz de la limitada cantidad de prestadores en cada uno de los niveles, se trabajará con la estimación de la función de producción de cuidados médicos agregada.

### Segundo paso: Expansión de la información al resto de los efectores

Aproximadamente unas cuarenta instituciones brindaron información para construir la base de datos que dio lugar a las estimaciones del paso siguiente. A fin de poder generalizar el modelo es necesario ampliar esta muestra significativa escogida a nivel provincial, y expandir los cálculos al total de los prestadores incluidos en el estudio. Para ello se utiliza el set de estimadores  $\beta$  identificado en el paso previo, reemplazando los datos de las observaciones institucionales de costos al total del universo.

Sin embargo, la falta de información al momento de realizar este estudio hace necesario no sólo el cálculo de los costos totales, sino la estimación de algunas variables explicativas para las instituciones que no se encuentran dentro de las entidades participantes del muestreo. En el paso anterior se identificó a la hora de explicar el gasto total que las variables vinculadas con la población mayor de 65 años en el departamento de residencia del prestador, así como el número de camas críticas, el ratio de camas y la participación de las OSN en el efector han sido variables estadísticamente significativas. Con la finalidad de realizar un análisis con mayor grado de robustez se generarán datos adicionales a través de métodos de simulación e imputación de valores para los efectores que no respondieron el cuestionario. Dado que el porcentaje de personas mayores de 65 años se encuentra disponible para todos los efectores, es necesario simular los indicadores de camas críticas y la participación de las OSN del tipo 3.

A continuación se muestran las tablas que contienen los resultados de la simulación e imputación de valores para cada una de las variables mencionadas.

**Tabla 7.6**

**REGRESIÓN PARA LA IMPUTACIÓN DE CAMAS CRÍTICAS A EFECTORES**

mujeres_porcentaje	2.314*** (0.710)
camas	0.213*** (0.032)
camas2	-0.0003*** (0.00009)
d_publico	-3.441* (1.814)
d_salta	0.433 (2.018)
constante	-116.595*** (36.803)
R2	0.69

Notas: Variable dependiente: Número de camas críticas del efector. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*, \*\*, y \*\*\*.

**Tabla 7.7**

**REGRESIÓN PARA LA IMPUTACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS OS TIPO B EN EFECTORES**

may_65_porcentaje	-0.85* (0.463)
camas	0.0005 (0.005)
d_publico	-2.702* (1.418)
d_capital	0.049 (1.280)
d_salta	2.236* (1.249)
constante	8.127** (3.711)
R2	0.37

Notas: Variable dependiente: Participación de las OS Tipo B en el financiamiento del efector. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*, \*\*, y \*\*\*.

El método de imputación utilizado parte de suponer la existencia de una relación entre la variable a simular y sus posibles determinantes, y con este método se completan los datos faltantes de los efectores a causa de su no respuesta.



En la regresión de camas críticas el R2 fue de 0.69, siendo el porcentaje de mujeres, camas, camas2 (indicador del número de camas elevado al cuadrado, que brinda la posibilidad de capturar una relación no lineal entre gasto y camas) y la dummy de efector público estadísticamente significativas. En el caso de la regresión de la participación de las OSN tipo 3 en la facturación, el poder predictivo del modelo es algo menor. Las variables porcentaje de mayores de 65 años, dummy de público y dummy de la provincia de salta también han resultado relevantes estadísticamente.

A partir de este paso generador de variables, se procedió a estimar la totalidad del gasto clínico a nivel de prestador para las provincias respondientes, permitiendo contar con un número mayor de observaciones para realizar las estimaciones. Los cuadros siguientes muestran los resultados de este ejercicio, donde en primer lugar, el gasto total es calculado para el total de las instituciones de las provincias consideradas. El segundo cuadro muestra la re-estimación de vector de coeficientes a partir de la utilización del total de variables generadas por el proceso de simulación por prestador, que supera a las doscientas instituciones, y encuentra resultados consistentes con la regresión originaria.

**Tabla 7.8**

REGRESIÓN PARA LA IMPUTACIÓN DE GASTO TOTAL A EFECTORES	
may_65_por	346364.6** (167107.6)
camas_criticas_est	28850.48** (13921.51)
ratio_camias_est	1726911*** (427518.8)
os_t3_est	123277.5* (67785.48)
d_publico	-740035.8 (476531.2)
d_salta	292802.8 (506606.7)
constante	-2717426* (1490163)
R2	0.605

Notas: Variable dependiente: Gasto del efector en el total de las prestaciones. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*\*, \* y .

**Tabla 7.9**

**DETERMINANTES DEL GASTO TOTAL ESTIMADO DEL EFECTOR**

may_65_por	169869.7*** (27147.17)
camas_cri~st	21345.62*** (3274.401)
ratio_cama~t	1764774*** (130364)
os_t3_est	88166.67*** (25094.67)
d_publico	-352863.9*** (73672.38)
d_salta	141767.2* (76448.44)
constante	-1155313*** (239955.8)
R2	0.76

Notas: Variable dependiente: Gasto estimado del efector en el total de las prestaciones. Regresiones por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar entre paréntesis. Significancia al 1%, 5% y 10% denotada por \*\*\*, \*\* y \*.

A continuación se presenta una pequeña tabla de estadísticas descriptivas para las variables que fueron simuladas. En particular se observa que la media de las camas críticas simuladas es ligeramente inferior a la media de las reportadas (6.47 vs. 7.81). Consecuencia de esto el ratio camas críticas sobre camas es ligeramente inferior para los datos simulados que para los reportados (0.17 vs. 0.18). La mayor diferencia se encuentra presente en el gasto total, en donde el gasto promedio de los efectores que reportaron fue de 1631797, mientras que el gasto imputado promedio de los efectores que no reportaron información fue de 604.684. Si las decisiones del efector de responder o no el cuestionario se encuentran explicados por sus propias características (tamaño, facturación, etc.), la brecha de gasto resultaría razonable.

**Tabla 7.10**

**DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EMPLEADAS EN EL ANÁLISIS**

Tipo	Variable	Descripción	Mean	Std.Dev.	Min	Max
Expansiones	camas_criticas_est	Cantidad de camas de cuidados críticos estimadas del efector	6.47	8.36	0	44
	ratio_camias_est	Ratio estimado de camas críticas sobre camas generales del efector	0.17	0.24	0	2
	os_t3_est	% estimado de la participación de las OSN del tipo B en la facturación del efector	1.30	1.79	0	11
	g_total_est	Gasto estimado del efector en el total de las prestaciones	604684.30	848661.90	0	5732500

**Tercer paso: Expansiones de consumos del área sanitaria**

Como fuera mencionado en la sección anterior, el análisis del gasto por efector con internación excluye el gasto ambulatorio, tanto en consultas como en medicamentos, así como las derivaciones que no se canalizan en los prestadores locales. A fin de incorporar los

al modelo de costeo, se optó por estimar expansores para estos tres argumentos. Esta sección da cuenta de la metodología de cálculo propuesta para llevarlo a cabo.

### Consultas ambulatorias

El fundamento de esta operación es el de incorporar aquellas consultas ambulatorias que no suceden en las clínicas y hospitales relevados, sino en consultorios particulares y policlínicas de establecimientos sin internación. Por ello, se decidió realizar una asignación de estas consultas a las clínicas, y a los valores de cada prestador. Para realizar la asignación de los precios, se contó con datos de costos por consulta de los Círculos Médicos de Salta y de Jujuy, quienes informaron consultas de cada especialidad y sus montos unitarios. La cantidad total de consultas informadas por provincia y por obra social de la región, para un período determinado de tiempo se obtuvieron a través de información provista por la Superintendencia mediante datos de la Resolución 650, las que fueron contrastadas con la información provista por los Círculos Médicos. De esta manera la diferencia entre las consultas totales y las reportadas por medio de la resolución 650 fueron las que debieron ser asignadas a los prestadores.

Las consultas reportadas para un mes promedio en las provincias de Salta, Santiago del Estero y Tucumán fueron 173.751 consultas por mes. Los prestadores relevados reportaron 34.865 consultas por mes, resultando en el 20% aproximadamente.

En un segundo paso, las consultas totales fueron distribuidas utilizando como factor de asignación la cantidad de camas de los prestadores, información disponible no sólo para las instituciones que respondieron a la muestra, sino para el universo prestacional de las provincias consideradas. De esta forma, se obtuvo un factor multiplicador a través del cual puede obtenerse la cantidad de consultas ambulatorias que correspondería a un efector. Ese factor es 15.65. Así, una clínica con cien camas, tendría asignadas unas 1565 consultas ambulatorias por mes, adicionales a aquellas efectivamente ocurridas en las instalaciones de la institución.

Respecto de los costos de las consultas, se evaluaron los valores provistos por los prestadores y se tomaron los promedios para cada provincia. El costo medio de las consultas para la región es de \$57.8. En Santiago \$61.25, en Salta \$41.8 y en Tucumán \$65.5

### Derivaciones

La expansión y asignación de las derivaciones se desarrollo tomando como parámetro la cantidad de derivaciones fuera de las provincias, y sus costos, para aquellas obras sociales de las cuales se logró obtener tales datos. La Tabla presentada a continuación presenta la población a cargo de una obra social promedio de reporte, y la cantidad de personas derivadas en un período de 18 meses. La última columna expresa una tasa de derivaciones cada 100 beneficiarios, en ese período de tiempo.

**Tabla 7.11 – derivaciones por provincia para una obra social de referencia**

Provincia	Población a cargo	Derivados	Tasa
Salta	11379	43	0.38
Santiago	6181	65	1.05
Tucumán	8714	18	0.21

Para continuar, se mensualizaron las derivaciones y se calculó la masa total de derivados de todas las obras sociales y para cada provincia tomando estos parámetros pero ajustando según el perfil epidemiológico de cada obra social, medido a través de datos de internaciones y de estudios de alta y baja complejidad (Resolución 650).

El resultado es el número de derivados que cada provincia presenta cada mes, siendo en total 67 de toda la región y 40 de las tres provincias bajo análisis. La asignación de las derivaciones a los prestadores se realizó también a través del indicador de camas generales. En cada provincia existe entonces un multiplicador asociado a las camas institucionales a fin de llegar al total de unidades y costos asociados de derivaciones. Esos multiplicadores son para Salta 0.003524, para Tucumán 0.00182, y para Santiago 0.00599.

A su vez, cada provincia presenta diferentes costos unitarios por derivación. En Santiago del Estero, el costo promedio estimado de una derivación para la Obra Social de Gastronómicos es de \$8917, en Salta es de \$6197 y en Tucumán de \$5306. Estos factores multiplicadores de cada provincia y el costo asociado en cada caso fueron utilizados al momento de expandir y asignar las derivaciones.

## **Medicamentos**

Existe una importante proporción de medicamentos que se prescriben a los beneficiarios de las obras sociales por fuera de los prestadores relevados. Por ello, el reporte de recetas y sus costos debió ser ampliado para considerar esta diferencia. Los datos utilizados fueron el gasto total en medicamentos ambulatorios para cada provincia y para la región. Dicha información se recibió de un grupo de doce obras sociales reportantes, a partir de las cuales el gasto de los demás instituciones debió ser estimado. Esta estimación se realizó en función del indicador aproximado de perfil epidemiológico construido para cada obra social en función de la información reportada mediante la Resolución 650 de la SSSalud. En el caso de aquellas obras sociales para las cuales no disponía de los indicadores epidemiológicos, se asignó un gasto mensual en medicamentos por persona igual a la media de la región. El gasto en medicamentos presentó variaciones no relevantes en general, y su promedio es de \$ 9.23 por persona por mes. Finalmente, el gasto total en medicamentos para la región, fue dividido entre las provincias bajo análisis y en los prestadores, en función de las camas de internación, tal como se realizó en los pasos anteriores.

La seguridad social nacional presentaría, según las estimaciones realizadas, un gasto en medicamentos ambulatorios de \$ 10.459.295 tan sólo en las provincias de Salta, Santiago del Estero, y Tucumán. Respecto de la asignación por cama, cada cama representa para el efector un gasto mensual en medicación ambulatoria de \$ 942.5

Finalmente, teniendo en cuenta que los medicamentos ambulatorios representan sólo una fracción del gasto en total en medicamentos (debe contemplarse el gasto en drogas especiales, con planes de cobertura al 100%, y de alto costo como son los inmunosupresores, la medicación para VIH y las drogas oncológicas), se identificó a través de información provista por los financiadores que el gasto en estos medicamentos representa un 59% adicional al gasto en drogas ambulatorias comunes. Por ello, al resultado de la estimación para cada clínica, se lo multiplicó por 1.59 a fines de arribar al costo total de los medicamentos asignados a cada efector.

## **Cuarto paso: cálculo de gasto total estimado por provincia y por componente**

A partir de la metodología desarrollada en las secciones previas e implementadas en los pasos anteriores de esta sección, fue posible estimar para cada clínica y sanatorio de las tres provincias con reporte de gasto institucional los costos totales y por niveles, utilizando el grupo de estimadores  $\beta$  de las Tablas 7.8 y 7.9. A partir de ello, cada establecimiento cuenta

con una estimación de costo total, el que luego fue expandido a fin de incorporar gastos de consultas ambulatorias, medicamentos y derivaciones.

**Tabla 7.12: a, b, c y d**

**Gasto Estimado en Establecimientos, por nivel. \$2011**

<b>Niveles</b>	<b>salta</b>	<b>tucumán</b>
<b>1</b>	561.000	3.635.700
<b>2</b>	3.994.355	11.380.620
<b>3</b>	6.198.400	11.281.250
<b>Total Clínicas</b>	<b>35.370.921</b>	<b>68.595.035</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Gasto Total Estimado por Componente, en pesos 2011**

	<b>salta</b>	<b>tucumán</b>
<b>Clínica</b>	35.370.921	68.595.035
<b>Ambulatorio</b>	2.414.534	4.173.279
<b>Derivaciones</b>	80.561	39.294
<b>Medicamentos</b>	5.320.194	5.868.222
<b>Total</b>	<b>43.186.210</b>	<b>78.675.830</b>
<b>Total per capita</b>	<b>93,94</b>	<b>106,86</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Gasto per capita Estimado por Componente, en pesos 2011**

	<b>salta</b>	<b>tucumán</b>
<b>Clinicas</b>	76,94	93,17
<b>Ambulatorio</b>	5,25	5,67
<b>Derivaciones</b>	0,18	0,05
<b>Medicamentos</b>	11,57	7,97
<b>Total per capita</b>	<b>93,94</b>	<b>106,86</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Gasto Estimado por Componente, en % del Total**

	<b>salta</b>	<b>tucumán</b>
clinicas	81,90	87,19
ambulatorio	5,59	5,30
derivaciones	0,19	0,05
expansión medic	12,32	7,46
<b>total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia.

La suma por nivel de atención, por composición del gasto y por provincia arroja resultados preliminares, los cuales se reportan en las Tablas 7.12 (a, b, c y d), donde se reportan valores preliminares, y sólo a título especulativo, para las provincias de Salta y Tucumán, donde la calidad de la información resultó más satisfactoria. En la primera tabla se muestra el cálculo total de costos para el total expandido de establecimientos para las provincias de Tucumán y Salta, para cada uno de los tres niveles de atención, así como para el conjunto

asistencial. La segunda tabla agrega al total previo, las expansiones por consultas ambulatorias, gasto en medicamentos y derivaciones, brindando un total general por provincia y una aproximación al costo unitario en cada una de las dos jurisdicciones. La tercera tabla permite una lectura en pesos por persona para cada una de las categorías y para el total, en tanto que la última Tabla 7.12.d refleja el peso porcentual de cada categoría de gasto en el conjunto.

Se observa que en la provincia de Tucumán, el gasto reportado para el segundo y el tercer nivel de atención resulta similar, en tanto que para Salta, el tercer nivel de atención duplica el costo del segundo. Es necesario tomar en cuenta para este análisis, que al haberse relevado establecimientos que en su mayoría asisten problemáticas del segundo nivel de atención, es posible sobreestimar el gasto de este nivel, por una cuestión de volumen de prácticas relevadas.

Posteriormente se presenta el costo total del paquete en esas provincias, junto con su desagregación por los principales rubros. Se observa que el costo total estimado del PMO por persona por mes, resulta superior en Tucumán respecto de Salta. (\$106.8 frente a \$93.9), y la misma se encuentra ligada principalmente al gasto reportado directamente por los prestadores, en los diferentes niveles de atención. Tucumán presenta, asimismo, un menor costo en medicamentos que Salta. El gasto en consultas ambulatoria no muestra diferencias relevantes entre las provincias, y el gasto por derivaciones resulta de bajo valor proporcional al gasto total, en ambos casos.

De todos modos, la estructura relativa de gastos por componente resulta relativamente similar, lo que le otorga credibilidad a las estimaciones realizadas. De todos modos, refinamientos futuros en la recolección de la información permitirán profundizar en la capacidad de análisis de los montos encontrados. Es por ello que se sugiere considerar los valores encontrados como indicativos hasta que el proceso de estimación de costos sea depurado y se generalice la dinámica de recolección de datos a nivel prestacional y de institución de seguridad social.

## 8. Mecanismos de seguimiento de resultados

El propósito de la presente sección es el de avanzar en el diseño de un mecanismo que permita dar seguimiento a la metodología desarrollada y facilite la actualización del costeo del PMO a futuro para la región del NOA.

En primer lugar, la metodología propuesta se vería beneficiada por el desarrollo de una estrategia sistemática de recolección de información a nivel prestador y financiador con periodicidad trimestral o cuatrimestral. Ello facilitaría la recolección de información a la vez que permitiría refinar los mecanismos de estimación de los vectores de **determinantes** del gasto (estructura socio epidemiológica, oferta y marco financiador), como de los **componentes** del gasto, tanto institucional (primer, segundo y tercer nivel) como de aquellas erogaciones extra hospitalarias -ambulatorias, medicamentos, etc- y extra provinciales –derivaciones.

Más allá de la necesidad de perfeccionar el mecanismo de obtención de data por parte de la SSSalud, el proceso de actualización puede analizarse desde tres perspectivas:

- Una primera *aproximación institucional*, definiendo un grupo reducido de clínicas y sanatorios que, dada su representatividad, potencialmente puedan ser utilizadas para la expansión del gasto;
- Una segunda *aproximación sistemática*, mediante la identificación de trazadoras por nivel de atención que sirvan de pauta para actualización periódica del PMO regional del NOA, en este caso.
- Una *aproximación sistémica*, donde se incorporan los cambios no sólo en precios sino en las variables que determinan el gasto en salud en la región.

### **Aproximación institucional**

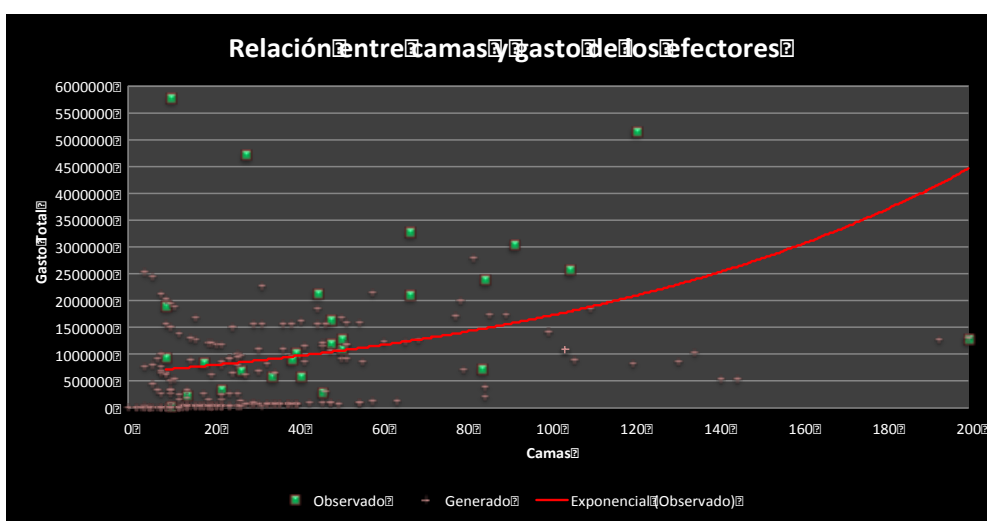
La misma se alcanza a partir de la estimación de una curva de tendencia de los costos totales de las clínicas y sanatorios entrevistados, a fin de establecer a partir de un criterio consistente la representatividad de un sub-grupo de prestadores, sobre los cuales se intensificarán los requerimientos de información. A partir de ello, la ponderación de los costos resultantes de un conjunto reducido de oferentes permitiría expandir el gasto total y constituir un mecanismo sencillo de seguimiento básico del PMO.

En el gráfico presentado abajo, y a modo ilustrativo, se observa la relación entre el indicador “camas de internación”, como determinante de la escala de atención, y el gasto total de cada uno de los prestadores relevados (puntos verdes) en el marco del proyecto. La función muestra que existe una relación positiva y creciente entre estas dos variables, producto probable de la asociación entre escala y nivel de complejidad. Las cruces de color rojo representan los datos generados al expandir la muestra al total poblacional con fines de incrementar la robustez de los resultados, bajo los criterios discutidos en la sección previa, en el segundo paso.

Este gráfico permite, más allá de observar la relación entre las variables escogidas, identificar aquellas clínicas u hospitales que mejor representan la relación entre el gasto y las camas, y que surge de la observación de cuáles se encuentran ubicadas sobre la línea de tendencia o muy cercanas a ella (en términos estadísticos, serían aquellas que minimizan la dispersión entre el costo observado y el estimado que surge de la función alcanzada en el ejercicio econométrico).

De este modo, es posible escoger una familia de instituciones que, ponderadas adecuadamente, permitirían expandir el gasto al total de la provincia o la región, estableciendo un mecanismo simplificado de cálculo.

Figura 8.1



### Aproximación sistemática

La propuesta metodológica presentada en este documento sugiere la presencia de una relación del gasto total en salud para la definición regional del PMO que reconoce dos aspectos: la estructura del gasto y los determinantes del mismo, abordando mecanismos de cálculo y estimación de ambos aspectos.

Desde la perspectiva de la **estructura de costos**, la información recogida y las estimaciones realizadas a través de ella permiten establecer por provincia y para el total regional NOA un precio promedio del PMO, asociado a la estructura de sus componentes. La misma, para el caso particular de la provincia de Tucumán, a modo de ejemplo, resulta discriminada por nivel de atención del siguiente modo:

Tabla 8.1

Gasto de los efectores según nivel de complejidad de las prácticas

	Monto (\$)	Participación (%)
Nivel 1	4923300	11.17
Nivel 2	18908299	42.92
Nivel 3	20226916	45.91
Total	44058515	100

Fuente: elaboración propia

Del total estimado, se observa una apertura por nivel, que se representan porcentualmente en la última columna de la Tabla 8.1. Ello permite identificar el peso relativo de los distintos niveles de complejidad en el total del gasto a nivel efector, para luego desagregar al interior de cada uno de ellos a los fines de establecer las trazadoras de cada uno, facilitando el proceso de actualización de precios, manteniendo constantes los factores socio-sanitarios y prestacionales de la jurisdicción.

De la apertura del gasto de cada uno de los niveles es posible identificar los componentes principales participantes en cada uno de ellos, y reflejados en las Tablas 8.2, 8.3 y 8.4 a continuación.



**Tabla 8.2**

<b>Gasto de los Efectores en las Prácticas del Nivel 1 de Atención</b>		
Práctica	Monto(\$)	Participación(%)
Consultas de especialidades básicas	3068450	62.33
Prácticas de rutina de baja complejidad	1004700	22.72
Rx simple	736450	14.96
<b>Total</b>	<b>4809600</b>	<b>100</b>

En el ámbito del primer nivel de atención, las consultas a especialidades básicas representan el mayor porcentaje del gasto (62.3%), seguidas por prácticas de baja complejidad (22.7%). Resulta de interés observar que el seguimiento de un grupo pequeño de prestaciones permitiría trazar con relativa precisión el gasto del nivel.

**Tabla 8.3**

<b>Gasto de los Efectores en las Prácticas del Nivel 2 de Atención</b>		
Práctica	Monto(\$)	Participación(%)
Internación general	11693914	61.85
Recetas	2370000	12.53
Consultas de especialidades	1863150	9.85
Consultas de guardia	1183400	6.26
Ecografías	566900	3.00
<b>Total</b>	<b>17677364</b>	<b>93</b>

Por otra parte, en lo respectivo al segundo nivel, la Tabla precedente muestra que un conjunto de cinco grupos de prestaciones podría dar cuenta de un 93% del gasto de este nivel. Hacia adentro del mismo, se observa que la internación en servicios no críticos explicaría el 61% del gasto, en tanto que la prescripción de medicamentos es responsable del 12.5%. Las consultas ambulatorias en especialidades y las guardias de emergencias explicarían el 9.8% y el 6.26% respectivamente.

Finalmente, en el caso de las prestaciones del tercer nivel, la internación en unidades críticas como terapia intensiva, neonatología y unidad coronaria sería responsable del 60.6% del gasto del nivel, seguida de tres intervenciones cardiovasculares: angioplastias, procedimientos hemodinámicos (estos dos rubros presentan alta superposición) y cirugías cardiovasculares. Este rasgo hacia lo cardiológico se explica en parte por la relativa densidad de centros especializados en esta rama en las provincias estudiadas.

**Tabla 8.4**

Gasto de los factores en las prácticas de Nivel 3 de atención		
Práctica	Monto (M\$)	Participación (%)
Internación en Unidades Críticas	12257156	60.60
Angioplastias	1998500	9.88
Hemodinamias	1487750	7.36
Cirugías de Corazón	1413000	6.99
Laboratorio de Alta Complejidad	827900	4.09
<b>Total</b>	<b>17984306</b>	<b>89</b>

A partir de esta información es posible plantear una ecuación de comportamiento del Gasto Total promedio como la suma ponderada de los componentes por nivel de atención para el momento t0, cuando se ha realizado la estimación.

$$GTS_{t=0}^p = \sum_{\alpha=1}^A \mu_{\alpha} GTS_{t=0}^{\alpha,p} + \sum_{i=1}^I \mu_i GTS_{t=0}^{i,p} + \sum_{c=1}^C \mu_c GTS_{t=0}^{c,p}$$

donde  $\mu$  es el peso relativo de cada componente en el total del gasto clínico, y GTS se encuentra discriminado por nivel (primero, segundo y tercero), y al interior de cada uno de ellos por la suma de los servicios y prestaciones que lo componen, de acuerdo a las Tablas previas.

Como cada una de estas categorías de gasto se encuentran precizadas en el momento t=0, es posible construir una ecuación polinómica donde periódicamente cada una de ellas se multiplique por un índice de actualización de precios específico del bien o servicio trazador de referencia. Tomando un índice de precios con base 1 en, por ejemplo, enero 2012 para cada uno de los bienes o servicios seleccionados como componentes principales de la estructura de costos por nivel, el incremento del precio del PMO en t=1 para la región o provincia del NOA estará dado por una suma de ponderaciones de costos de cada trazador con precio actualizado por nivel, a lo largo de los tres niveles de atención.

A modo de ejemplo, y sabiendo que el segundo nivel cuenta con componentes principales en los gastos de internación, recetas, consultas a especialistas, consultas de guardia, y ecografías, sumando entre todos ellos un 93%, podrán construirse índices de precios por trazador que permitan automáticamente actualizar el valor del PMO, quedando el 7% restante reflejar, potencialmente, el promedio simple de las tasas de cambio de precios de los trazadores principales.

De este modo, el mecanismo de actualización es permeable a cambios de precios específicos por nivel, con influencias diferenciales en cada uno de ellos de rubros como recursos humanos, medicamentos, tecnología, etc. Criterios similares se utilizan en el cálculo de gastos de prácticas externas a las clínicas (medicamentos, ambulatorias y derivaciones).

Es importante remarcar que tanto los trazadores seleccionados como el peso de cada intervención es resultante de la secuencia metodológica propuesta de recolección de datos, la estimación del vector de características regionales y la expansión sugerida al universo prestador, dadas las características de los patrones sociales y epidemiológicos de la población del ámbito geográfico considerado. De este modo, la potencial actualización de precios se apoyaría en un esquema regional específico.

Esta metodología debería eventualmente ser objeto de un observatorio de precios y prestaciones, y es potencialmente fuente de refinamiento a partir de un mayor flujo de información. Bajo este escenario, se constituye en una herramienta de interacción con actores del sector, brindando señales a financiadores y prestadores, como también con otras áreas del Gobierno Nacional (tal es el caso del vínculo con la Secretaría de Comercio al momento de fijar actualizaciones de precios de cuotas de prepagas).

Asimismo, dicha actualización no sólo podrá considerar fenómenos de cambios de precios de la economía, sino también premiar mecanismos que favorezcan el uso de determinadas prácticas y la aplicación de programas específicos. Ello aumentaría la capacidad rectora de las instituciones nacionales, requiriendo una estrategia de acción orientada no sólo a condicionar aumentos de precios, sino también emitir señales de política sanitaria.

Considerando la extensión de esta metodología a otras regiones del país, es posible imaginar una matriz de ponderadores corregidos por características regionales y provinciales, idiosincráticos de cada una de ellas, que multipliquen de modo diferenciado los distintos trazadores de bienes y servicios del sistema.

Así, la autoridad nacional estaría en condiciones de otorgar a la sociedad una matriz de corrección de precios sectorial con una periodicidad a definir, mediante la publicación de una grilla de trazadores por nivel de atención y sus expansores, que tendrán efectos diferenciados a partir de las realidades locales. Esta familia de índices podrían recibir un nombre que se asocie con la naturaleza de seguro social que se propone brindar a la política sanitaria, por ejemplo MAFiDeSS (Módulo de Actualización del Financiamiento del Derecho Solidario de Salud), existiendo MAFiDeSS ambulatorios, de medicamentos, de alta complejidad, etc.

### **Aproximación sistemática**

Finalmente, la metodología provee de instrumentos que permiten analizar la necesidad de actualización del precio del PMO más allá del incremento de costos en sus componentes.

Tal es el caso de cambios en perfiles demográficos y epidemiológicos de la población atendida, modificaciones en las estructuras de la oferta, cambios en los mecanismos de financiamiento y pago de las Obras Sociales, etc.

Ello se canaliza a través de las ecuaciones que han estimado los determinantes del costo global y por nivel de atención del PMO, que captura la influencia de cada determinante del gasto, y a partir del cual se permite estimar la composición del mismo. Asimismo, este mecanismo permitiría considerar análisis de sensibilidad y simulaciones de diferentes efectos extra o intra-sectoriales en el costo del Programa Médico Obligatorio, con diferenciación provincial y regional.

La matriz presentada en la página siguiente da resumida cuenta de la metodología propuesta. La misma, sobre el eje vertical, muestra la composición del gasto, permitiendo observar por nivel el peso relativo de los distintos trazadores para la región del NOA. Esta observación se complementa con los resultados en el cálculo de los coeficientes de determinación del gasto (escala, calidad, perfil demográfico, etc.) y los expansores del gasto ambulatorio, de medicamentos y derivaciones.

COMPOSICIÓN DEL GASTO CLÍNICO				COEFICIENTES DE LAS VARIABLES EMPLEADAS EN EL ANÁLISIS								EXPANSION						
Nivel de atención	Práctica	% sobre Nivel de Gasto	% sobre Total de Gasto	Constante	Geográficas		Demográficas	Estructura			Complejidad	Calidad		Financiadores	Multiplicadores			
					d_capital	d_salta	may_65_por	d_publico	camas_critic	camas_totales	produktividad	ratio_cam	residentes	enf_univ_por	os_13	Consultas	Derivaciones	Medicamentos
<b>Total de Gasto Clínico</b>				-3714716*	274140,2		366544.8*	-750398,5	34981.83**			1668028***			141057.8*	15,65	Salta 0.003524 Tucumán 0.00182 Santiago 0.00599	942,5
<b>Nivel 1</b>	1.1. Consultas a especialidades básicas	62,33	6,96	-73897,14	-202099,9		45271,01	-304463.4**				14350.3***						
	1.2. Prácticas de rutina de baja complejidad	22,72	2,54															
	1.3. Rx simple	14,96	1,67															
<b>Total del Nivel</b>																		
<b>Nivel 2</b>	2.1. Internación general	61,85	26,54	-226145,2				-253712,8	2722.42*	22161.18***		11308.53***						
	2.2. Recetas	12,53	5,38															
	2.3. Consultas a especialidades	9,85	4,23															
	2.4. Consultas de guardia	6,26	2,69															
	2.5. Ecografías	3,00	1,29															
	2.6. Otros	7,00	3,00															
<b>Total del Nivel</b>																		
<b>Nivel 3</b>	3.1. Internación en unidades críticas	60,60	27,82	310904,9	153695,1			-602725.5*	21545.76*									
	3.2. Angioplastias	9,88	4,54															
	3.3. Hemodinamias	7,36	3,38															
	3.4. Cirugías de corazón	6,99	3,21															
	3.5. Laboratorio de alta complejidad	4,09	1,88															
	3.6. Otros	11,09	5,09															
<b>Total del Nivel</b>																		

#### ***Variables de calidad***

<b>residentes</b>	Número de residentes del efector
<b>enf_univ_por</b>	% de enfermeras universitarias sobre el total de enfermeras del efector
<b>d_normas</b>	Dummy efector con cumplimiento de normas, 1=Si 0=No

#### ***Variables de los financiadores***

<b>osn_por</b>	% de la participación de las OSN en la facturación del efector
<b>os_t1</b>	% de la participación de las OSN de tipo 1 en la facturación del efector
<b>os_t2</b>	% de la participación de las OSN de tipo 2 en la facturación del efector
<b>os_t3</b>	% de la participación de las OSN de tipo 3 en la facturación del efector

#### ***Variables geográficas***

<b>d_capital</b>	Dummy efector de ciudad capital, 1=Si 0=No
<b>d_salta</b>	Dummy efector de Salta, 1=Si 0=No
<b>d_tucuman</b>	Dummy efector de Tucumán, 1=Si 0=No
<b>d_santiago</b>	Dummy efector de Santiago, 1=Si 0=No

#### ***Variables de complejidad***

<b>ratio_cam</b>	Ratio de camas críticas sobre camas generales del efector
<b>d_tomografo</b>	Dummy efector con tomógrafo, 1=Si 0=No

#### ***Variables demográficas***

<b>mujeres_por</b>	% de mujeres en la jurisdicción del efector
<b>may_65_por</b>	% de mayores de 65 años en la jurisdicción del efector
<b>men_5_por</b>	% de menores de 5 años en la jurisdicción del efector

#### ***Variables de estructura del prestador***

<b>d_publico</b>	Dummy efector público, 1=Si 0=No
<b>camas</b>	Cantidad de camas generales del efector
<b>camas_criticas</b>	Cantidad de camas de cuidados críticos del efector
<b>camas_totales</b>	Camas totales (generales y críticas) del efector
<b>product</b>	Productividad del efector (ratio egresos camas)

## 9- Conclusiones

El PMO se constituye en una herramienta clave en la reducción de la fragmentación en el sistema de salud argentino, en tanto establece en un plano de igualdad la garantía de aseguramiento de las estructuras de más de trescientas instituciones de seguridad social y medicina prepaga, al tiempo que sirve de referencia del subsistema de Obras Sociales Provinciales. Este conjunto de instituciones alcanza, según la Encuesta de Consumo de los Hogares del 2005, influencia sobre el 60% de la población del país.

Asimismo, el PMO como instrumento regulatorio ofrece la posibilidad de reglar sobre la gran mayoría de los prestadores públicos y privados de la Argentina, a pesar que no existen fuentes públicas nacionales significativas de financiamiento a prestadores, ni potestad de rectoría directa del Ministerio Nacional.

De este modo, y a pesar de la descentralización provincial en funciones (financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios), el PMO permite al Estado Federal definir pautas de acción sobre la casi totalidad del sistema, constituyéndose en uno de los instrumentos más relevantes de política sanitaria.

Fortalecer el PMO, dotándolo de mayor flexibilidad frente a diferentes necesidades y perfiles sanitarios y demográficos, realidades de los mercados prestadores, y un marco metodológico riguroso y con capacidad de actualización sistemática constituye el objetivo del presente trabajo.

La metodología propuesta de costeo del PMO con corrección regional permite un refinamiento significativo del instrumento utilizado hasta el momento, y constituye una posibilidad de debate y aportes de distintos actores involucrados en su operatoria, tanto desde el sector prestador como el financiador.

Desde una mirada sistémica, el PMO es un instrumento de regulación de alto efecto expansivo potencial para incorporar eficiencia y equidad en el sistema, en tanto es tomado como referencia para aquellos actores financiadores que no necesariamente deben brindar esa cobertura, como es el caso de las obras sociales provinciales. Por ello, resulta muy relevante conocer sus costos y elaborar una metodología de actualización que resulte reproducible con la frecuencia necesaria en función de los cambios económicos y propios del sector salud que curse el país.

De la presente investigación, pueden extraerse conclusiones relacionadas tanto con sus resultados como con el proceso de relevamiento y sistematización de la información.

La metodología propuesta ha demostrado ser apropiada, en tanto identifica diferencias entre provincias con perfiles epidemiológicos y demográficos similares. Esto muestra entre otras cosas, que la estructura del mercado y otras variables estudiadas resultan relevantes en la construcción de los costos del PMO. Por ello, puede asumirse que de expandir la metodología al resto de las jurisdicciones se identificarían diferencias interprovinciales de alto interés a fines del conocimiento del mercado interno y de la regulación del mismo.

Surge así que complementar la información disponible en la Superintendencia de Servicios de Salud con datos provenientes de los prestadores lleva a la construcción de una matriz que habilita el análisis de indicadores complementarios y valiosos para la definición de instrumentos de política.

Avanzar en esta dirección resulta relevante, además, a la luz de la reciente reglamentación de la ley de prepagas, mutuales y cooperativas, que explícitamente habilita a la Superintendencia de Servicios de Salud a solicitar información a nivel de los prestadores.

De este modo, un instrumento como el presente abre la posibilidad de estimar un costo de PMO no solamente por región y por provincia sino por institución financiadora, e incluso por prestador y por nivel de atención, incorporando factores asociados con las características particulares de los beneficiarios.

La falta de disponibilidad de información al momento de realizar este estudio fue cubierta parcialmente por instrumentos de recolección de datos desarrollados ad hoc, que mostraron ser apropiados para la estimación de coeficientes robustos. Sin embargo, la estandarización de este método requiere de una profundización en los mecanismos de recolección de información mediante normativas de frecuencia regular, tanto para prestadores como para financiadores, así como el desarrollo de estudios de caso y evaluaciones en terreno.

Resulta necesario incorporar elementos a la normativa que estipula el tipo y flujo de información provenientes de las obras sociales, así como incorporar requerimientos de información a los prestadores. En el Anexo 4 se incorpora un modelo de resolución en esta dirección.

## 10- Referencias

- Bastías, G. et al. (2007): "Reforma de salud en Chile: El Plan AUGE o régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución". Universidad Católica de Chile.
- Bruni, J. (2005): "Valoración del Programa Médico de Emergencia".
- Cubillos, T. et al. (2008): "Evaluación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud colombiano y lineamientos para su reforma". Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Fetter, R. et al (1980): "Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups". 92 North American Actuarial Journal, Volume 5, Number 4. Medical Care 18 (Suppl.), pg.1–53.
- Forgione, D. et al. (2004): "The Impact of DRG-Based Payment Systems on Quality of Health Care in OECD countries". Journal Health Care Finance 31 (1), pg. 41–54.
- Gattini, J. et al. (2011): "Salud en Chile 2010, Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile". OPS-OMS, Santiago de Chile.
- Giedion, U. et al. (2009): "Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México". CEPAL, Serie 219 Financiamiento del Desarrollo.
- Maceira, D. (2001): "Dimensiones Horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de America Latina y el Caribe", Centro de Estudios de Estado y Sociedad", Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID). No.2.
- Maceira, D., (2006): "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.
- Maceira, D. (2012, en prensa): "Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina", In Health Systems Analysis: Health Systems Financing, Financial Risk Protection Through Health Systems Development in Latin America and the Caribbean, Knaul FM, Wong R, Muiser J, Guerrero R and Arreola Ornelas Eds. Harvard University Press-IDRC-FUNSAUD. Boston, MA.
- Roa, R. y Maceira, D. (2011): "Cómo definir una Canasta de Servicios Asistenciales: claves para aumentar la eficiencia del sistema de salud", Documento de Políticas Públicas N°93, CIPPEC.
- Mason, A. (2005): "Does the English NHS have a Health Benefit Basket". Euro Journal of Health Economics 1, pg.18-23.
- Ministerio de Salud (2009), "Primer Boletín de la Dirección de Economía de la Salud", pg.26.
- Ministerio de Salud de Chile (2007): "Verificación del costeo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas". Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.
- OMS-OPS (2003): "Conjunto de Prestaciones en Salud: Objetivos, diseño y aplicación". Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la OMS.
- Puig-Junoy, J. et al (2005): "Spanish Health Care Benefit Report". Universidad Pompeu Fabra. Health Basket Project.
- Scheller-Kreinsen et al. (2009): "The ABC of DRGs". The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Euro Observer, Volume 11, Number 4.
- Schreyogg (2006): "Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups: A comparison of nine European countries". Health Care Manage Science 9, pg.215–223
- Van der Koy E., Lima Quintana L., Pezzella H. "Estimacion del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Medico Obligatorio." Universidad del Salvador, Buenos Aires. 2010



# ANEXO 1

## Encuesta a Prestadores

CARACTERIZACION DEL PRESTADOR						
Nombre de la institución:	_____					
Ciudad:	_____					
Provincia:	_____					
Proporción de mujeres atendidas	_____					
Proporción de menores de 5 años atendidos	_____					
Proporción de mayores de 65 años atendidos	_____					
Proporción de financiadores (en %)	OSN:	OSP:	Estado Prov:	Prepagas:	PAMI:	PROFE: Privados:
Principales OSN en la facturación:	1 _____	% 2 _____	% 3 _____	% 4 _____	% 5 _____	% _____
Cantidad de camas:	_____					
Cantidad de camas de cuidados críticos:	_____					
Cantidad de residentes:	_____					
Enfermeras universitarias/total de enfermeras:	_____					
Tasa 2010 de infecciones intrahospitalarias:	_____					
Acreditación de normas de calidad (SI/NO):	_____					

LISTADO DE PRACTICAS Y PRESTACIONES PARA PRESTADORES							
Nombre de la institución:							
DESCRIPCION	Forma habitual de contratación (marcar con x)			UNIDAD DE MEDIDA	Prestaciones por mes	ARANCEL EN \$	
	Capita	Prestación	Módulo			Mínimo	Máximo
<b>PROGRAMAS PREVENTIVOS</b>							
<b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>							
<b>EMBARAZO</b>							
LABORATORIO					Determinaciones		
ECOGRAFÍAS					Ecografías		
PSICOPROFILAXIS					Señales		
INMUNIZACIÓN					Vacunas		
<b>INFANTIL</b>							
LABORATORIO					Determinaciones		
INMUNIZACIÓN					Vacunas		
<b>INTERVENCIONES PREVENTIVAS SOBRE EL CANCER</b>							
PAPANICOLAU					PAPs		
COLPOSCOPIA					Colposcopias		
MAIMOGRAFIA					Mamografías		
SOMF					Determinaciones		
FIBROCOLONOSCOPIA					Endoscopías		
<b>PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE</b>							
<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>							
Colocación de DIU					Colocaciones		
Hormonal oral					meses/tratamiento		
Hormonal inyectable					meses/tratamiento		
<b>CONSULTAS</b>							
<b>CONSULTAS MEDICAS</b>							
CLINICO/ PEDIATRA/ GINECOLOGO/GRAJE/FAMILIAR					Consultas		
CONSULTAS ESPECIALIZADAS					Consultas		
CONSULTAS EN GUARDA DE EMERGENCIAS					Consultas		
CONSULTAS PSICOTERAPIA					Consultas		
<b>CONSULTAS ODONTOLÓGICAS</b>							
Consultas odontológicas					Consultas		
<b>ESTUDIOS Y PRACTICAS</b>							
<b>LABORATORIO</b>							
PRACTICAS DE RUTINA baja complejidad					Determinaciones		
Laboratorio AC (IRE-ELISA-HORM-etc)					Determinaciones		
Laboratorio No Nomenclados					Determinaciones		
<b>DIAGNOSTICO POR IMÁGENES</b>							
<b>ECODIAGNOSTICO</b>							
Ecocardiograma					Ecocardiogramas		
Ecodoppler					Ecodopplers		
ECOGRAFÍAS					Ecografías		
<b>RADIOLOGIA (incluye medicamentos)</b>							
Rx Contrastada					Estudios		
Rx Simple					Placas		
<b>OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN</b>							
CAMARA GAMMA (incluye material radiactivo)					Estudios		
TAC (con o sin contraste, incluye material de contraste)					Tomografías		
RMN (con o sin contraste, incluye material de contraste)					Resonancias		
DENSITOMETRIA					Densitometrias		
<b>PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>							
<b>CARDIOLÓGICAS</b>							
GASTROENTEROLOGÍA (No incluir fibrocolonoscopia)							
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (No incluir PAP y colposcopia)							
NEUMONCOLOGÍA							
NEUROLOGÍA							
ORL							
OPHTALMOLOGÍA (incluye RFG y cirugía refractiva)							
UROLOGÍA (incluye litotripcia)							
DERMATOLOGÍA							
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICION							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
HEMOTERAPIA							
GENÉTICA HUMANA							
ALERGIA							
QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS							
OTRAS PRACTICAS							
BIOPSIAS GUIADAS							
FEKILIZACIÓN							
PRACTICAS ODONTOLÓGICAS							
<b>MEDICAMENTOS AMBULATORIOS (valor por receta)</b>							
Recetas					Recetas		
<b>INTERNACION</b>							
<b>INTERNACION CLÍNICA, QUIRÚRGICA y ESPECIALIZADA</b>							
Internación en sala gal, cuidados estándar e internados					Días		
UCO, UTI, UCI					Días		
<b>INTERVENCIONES EN INTERNACIONES CARDIO-VASCULARES</b>							
Intervenciones					Intervenciones		
Angioplastias Coronarias y Periféricas (incluido stents)					Intervenciones		
Cirugías de corazón, pericardio y grandes vasos					Cirugías		
Cirugías de corazón y grandes vasos litotripcia					Cirugías		
Colocación de Marcapasos (no incluido el MP)					Colocaciones		
<b>INTERNACION SANAT PARA CUIDADOS PALIATIVOS</b>							
Internación					Días		
<b>INTERNACION EN SALUD MENTAL</b>							
HOSPITAL DE DIA					Días		
INTERNACION PSQUIATRIA					Días		
INTERNACION DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC.)					Días		
Internación					Días		
<b>PRESTACIONES ESPECIALES</b>							
<b>AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS</b>							
Traslados SAM					Traslado		
Traslados CIA Simple					Traslado		
Traslados CIA UTM					Traslado		
Visitas (verdes)					Visitas		
Urgencias y Emergencias (Rop + Amarillo)					Consultas		
<b>PROTESIS, ORTESIS, IMPLANTES</b>							
Protésis intramedulares					Protésis		
Vasculares					Protésis		
Neurológicas					Protésis		
Oreales					Dientes		
Varios					Protésis		
Lentes intraculares					Lentes		
Marcapasos y cardioresusritadores					Marcapasos y CD		
Implante coclear					Implantes		
Ocamplifonos y prótesis					Ocamplifonos		
<b>ÓPTICA</b>							
Provisión de anteojos					Anteojos		
<b>DIALISIS CRÓNICA</b>							
hemodialisis					Pacientes		
dialisis peritoneal					Pacientes		
<b>TERAPIA RADIANTE (Precio por tratamiento completo)</b>							
ACELERADOR LINEAL CONVENC					Pacientes		
BRQUITERAPIA					Pacientes		
TELECOBALTO					Pacientes		
RADIOTERAPIA 3D					Pacientes		
<b>PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE</b>							
EMBOLIZACIONES					Procedimientos		
DISCAPACIDAD					Pacientes		
<b>DROGADEPENDENCIA</b>							
<b>MEDICACIONES ESPECIALES</b>							
Oncológicos					Pacientes		
HIV					Pacientes		
Medicaciones especiales					Pacientes		

# ANEXO 2 - Encuesta a Financiadores

LISTADO DE PRACTICAS Y PRESTACIONES PARA FINANCIADORES							
Nombre de la institución							
Ciudad							
Provincia							
DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO BENEF/ANO	Prestaciones por mes	COSTO EN \$ POR UNIDAD	GASTO POR MES	VALOR CAPITARIO POR MES	PORCENTAJE del gasto
<b>PROGRAMAS PREVENTIVOS</b>							
<b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>							
<b>EMBARAZO</b>							
LABORATORIO							
ECOGRAFIAS							
PSICOPROFILASIS							
INMUNIZACION							
<b>INFANTIL</b>							
LABORATORIO							
LECHE Y MEDICACION							
INMUNIZACION							
<b>INTERVENCIONES PREVENTIVAS SOBRE EL CANCER</b>							
PAPANICOLAU							
COLPOSCOPIA							
LABORATORIO							
MAMMOGRAFIA							
SCMP							
FIBROSCOPICO							
<b>PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE</b>							
<b>METODOS ANTICONCEPTIVOS</b>							
Colocación de DIU							
Hormonal oral							
Hormonal inyectable							
<b>SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS</b>					0.00	0.00	0.00
<b>CONSULTAS</b>							
<b>CONSULTAS MEDICAS</b>							
CLINICO PEDIATRI							
SINECOLOGO/GRAL/FAMILIAR							
CONSULTAS ESPECIALIZADAS							
CONSULTAS EN GUARDIA DE EMERGENCIAS							
CONSULTAS PSICOTERAPIA							
<b>CONSULTAS ODONTOLÓGICAS</b>							
Consultas odontológicas							
<b>SUBTOTAL CONSULTAS</b>					0.00	0.00	0.00
<b>ESTUDIOS Y PRACTICAS</b>							
<b>LABORATORIO</b>							
PRACTICAS DE RUTINA baja complejidad							
Laboratorio AC (RIE-ELISA-ICROM-etc)							
Laboratorio No Nomenclados							
<b>DIAGNOSTICO POR IMAGENES</b>							
<b>ECODIAGNOSTICO</b>							
Eecocardiograma							
Eecopleg							
ECOGRAFIAS							
<b>RADIOLOGIA (incluye medicamentos)</b>							
Rx Contrastada							
Rx Simple							
<b>OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN</b>							
CAMARA GAMMA (incluye material radiactivo)							
IAC (con o sin contraste, incluye material de contraste)							
RMN (con o sin contraste, incluye material de contraste)							
<b>PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>							
<b>CARDIOLÓGICAS</b>							
GASTROENTEROLOGIA (No incluir fibroscopias)							
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (No incluir PAP y colposcopia)							
NEUMONCOLOGIA							
NEUROLOGIA							
ORL							
OPHTALMOLOGIA (incluye RFG y cirugía contrastada)							
UROLOGIA (incluye litotricia)							
DERMATOLOGIA							
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION							
ANATOMIA PATOLOGICA							
HEMATOLOGIA							
GENETICA HUMANA							
ALERGIA							
QUIRURGICAS AMBULATORIAS							
OTRAS PRACTICAS							
PROPRIAS GUANAS							
FERTILIZACION							
<b>PRACTICAS ODONTOLÓGICAS</b>							
<b>SUBTOTAL ESTUDIOS Y PRACTICAS</b>					0.00	0.00	0.00
<b>MEDICAMENTOS AMBULATORIOS (valor por receta)</b>							
Recetas							
<b>SUBTOTAL MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</b>					0.00	0.00	0.00
<b>INTERNACION</b>							
<b>INTERNACION CLINICA, QUIRURGICA Y ESPECIALIZADA</b>							
Internación en sala gral, cuidados estandar e intermedios							
ICD, UCI, UCIH							
<b>INTERVENCIONES EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES</b>							
Hemodinamias							
Angioplastias Centrales y Periféricas (incluido stents)							
Cinillas de corazón, pericardio y grandes vasos							
Cinillas de corazón y grandes vasos infantil							
Colocación de Marcapasos (no incluido el tipo)							
<b>INTERNAC SANAT PARA CUIDADOS PALIATIVOS</b>							
Internación							
<b>INTERNACION EN SALUD MENTAL</b>							
HOSPITAL DE DIA							
INTERNACION PSQUIATRIKA							
<b>INTERNACION DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC.)</b>							
Internación							
<b>SUBTOTAL INTERNACION</b>					0.00	0.00	0.00
<b>PRESTACIONES ESPECIALES</b>							
<b>AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS</b>							
Traslados S/M							
Traslados C/M Simple							
Traslados C/M LITM							
Visitas (vered)							
Urgencias y Emergencias (Rojos a Admisión)							
<b>PROTESIS, ORTESIS, IMPLANTES</b>							
Prótesis traumatológicas							
Vasculares							
Neurológicas							
Ortesis							
Varios							
Lentes intraculares							
Marcapasos y cardioresusitadores							
Implante coclear							
Otoplastias y prótesis							
<b>OPTICA</b>							
Procción de anteojos							
<b>DIALISIS CRONICA</b>							
hemodialisis							
Diálisis peritoneal							
<b>TERAPIA RADIANTE (Precio por tratamiento completo)</b>							
ACELERADORA LINEAL CONVENC.							
BROUTERAPIA							
TELECOBALTO							
RADIOTERAPIA 3D							
<b>PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST TRANSPLANTE</b>							
<b>EMBOlizACIONES</b>							
<b>DISCAPACIDAD</b>							
<b>DROGADependencia</b>							
<b>MEDICACIONES ESPECIALES</b>							
Oncologicos							
HIV							
Medicaciones especiales							
<b>SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES</b>					0.00	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>					0.00	0.00	0.00

## ANEXO 3 - Cuadros de Apoyo Sección 8

Cuadro A3.1: Participación de las OSN en el financiamiento del efector

### ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARTICIPACIÓN DE LAS OSN EN EL FINANCIAMIENTO DEL EFECTOR

Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max
artvs	6	.	6	6
asunt	10.17	10.50	1	30
boreal	5.83	6.46	1	18
colmed	6.25	5.56	1	12
docentes	2	.	2	2
esmaunse	3	.	3	3
ingsanmartin	4	.	4	4
iose	2.67	0.58	2	3
luzyfuerza	0.56	1.34	0	5
osam	1.83	1.44	1	3.50
oscctp	30	.	30	30
osde	4.50	0.71	4	5
osdepym	2	.	2	2
osdop	6.35	6.26	0.80	20
osecac	0.78	2.49	0	12
osfe	1.83	1.89	0.50	4
osjera	2	1.41	1	3
osmata	0.33	1	0	4
osmedica	2	1.41	1	3
ospaca	1	.	1	1
ospacarp	3	.	3	3
ospat	9.13	13.93	1.50	30
ospe	5.67	1.53	4	7
ospecon	13	10.44	6	25
ospegap	0.59	2.21	0	10
ospiaalim	25	.	25	25
osplad	4	2.65	1	6
osprera	6.56	5.72	2	20
ospsa	1.50	.	1.50	1.50
osseg	2	.	2	2
osuthgra	10	.	10	10
pasteleros	1	.	1	1
patronesdecabotaje	0.11	0.58	0	3
policiafederal	1	.	1	1
prensa	3.75	3.18	1.50	6
reddeseg	4.67	4.49	0.50	12.50
sancor	3	.	3	3
uocra	22	.	22	22
up	5.67	4.04	2	10
uta	10	.	10	10

**Cuadro A3.2: Cantidad, precio y monto gastado por las prestaciones brindadas por el efector**

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA CANTIDAD, PRECIO Y MONTO GASTADO POR LAS PRESTACIONES BRINDADAS POR EL EFECTOR				
Variable	Mean	Std. Dev.	Min	Max
laborato~1_q	3516.667	5616.123	150	10000
laborato~1_p	66.5	29.5618	14	94
papanicola~q	10		10	10
papanicola~p	25		25	25
colposcopi~q	27		27	27
mamografia_q	122	75.63068	50	230
mamografia_p	204.5	30.07214	163	235
fibrocolon~q	17.5	3.535534	15	20
fibrocolon~p	430	63.63961	385	475
clinico_fa~q	2323.125	4056.939	120	16700
clinico_fa~p	72.78947	20.2116	40	95
consul~das_q	1358.333	1168.867	150	4500
consul~das_p	75.08	17.50219	40	96
consul~ias_q	1213.125	770.8672	300	2800
consul~ias_p	62.55	12.17623	45	93
practicas~q	5284.273	5489.926	1100	18500
practicas~p	43.66667	41.98809	14	115
laborato~c_q	612.3	450.6657	150	1500
laborato~c_p	142	127.7908	31	287
laborato~s_q	320.8333	549.1486	5	1400
laborato~s_p	245	179.1647	80	400
ecocardiolog~q	58	69.78539	10	180
ecocardiolog~p	195	39.68627	150	1925
ecodoppler_q	158.8889	185.5529	25	600
ecodoppler_p	395.7143	62.94366	320	500
ecografias_q	406.4286	262.5791	100	1100
ecografias_p	97.52632	26.20935	48	150
rx_contras~q	75.71429	80.79958	30	250
rx_contras~p	153.375	103.2237	26	275
rx_simple_q	925	681.6159	50	2500
rx_simple_p	41.54545	12.07014	23	60
camara_gam~q	230	113.1371	150	310
rmi_incluy~q	60		60	60
rmi_incluy~p	645		645	645
pract_cons~p	75		75	75
cardiologi~q	386.1667	236.7365	80	650
cardiologi~p	86.5	42.82133	49	135
gastroente~q	155.3333	42.25321	116	200
ginecologi~q	175	187.2165	25	500
ginecologi~p	52		52	52
neumonolog~q	96.5	91.04395	20	200
neumonolog~p	76	20.88061	52	90
neurologia_q	154	116.0517	22	240
neurologia_p	52		52	52
ori_q	640		640	640
ori_p	52		52	52
oftalmolog~q	50		50	50
oftalmolog~p	300		300	300
urologia_i~q	90.33333	96.23063	20	200
urologia_i~p	50		50	50
dermatolog~q	205	63.63961	160	250
dermatolog~p	52		52	52
endocrinol~q	321	323.8549	92	550
endocrinol~p	52		52	52
anatomia_p~q	100		100	100
hemoterapi~q	54	5.656854	50	58
hemoterapi~p	418.6667	114.019	345	550
alergia_q	267	80.61017	210	324
alergia_p	52		52	52
quirurgica~q	60.4	46.29579	15	117
quirurgica~p	515	14.14214	505	525
otras_pr~s_q	78.5	54.44722	40	117
biopsias_g~q	10	7.071068	5	15
recetas_q	7520	10578.32	40	15000
recetas_p	158		158	158
intern~ios_q	876.08	464.4772	750	1500
intern~ios_p	504.5	170.2862	300	900
uco_uti_uc~q	400.7273	313.1451	36	1300
uco_uti_uc~p	1454.909	319.5571	700	1750
hemodinami~q	381.215	48.02808	10	1000
hemodinami~p	3828.286	2033.15	1848	6750
angiopasti~q	18.875	28.62785	1	70
angiopasti~p	14797.14	7087.881	8580	30000
cirugias~n_q	6	7.81025	0	22
cirugias~n_p	34833.33	2857.738	30000	39000
cirugias~l_q	2.142857	1.573592	1	5
cirugias~l_p	30857.14	2561.147	28500	35000
colocaci~s_q	6.333333	5.612486	2	20
colocaci~s_p	4731.429	7298.407	1750	21250
internac_c~q	30		30	30
internac_c~p	315	70	315	455
internac~1_p	700		700	700
internac~2_q	60		60	60
internac~2_p	300		300	300
traslad~sm_p	300	141.4214	200	400
traslad~e_p	400	141.4214	300	500
traslad~im_p	425	176.7767	300	550
visitas_ve~p	300		300	300
urgencias~p	300		300	300
protesis_t~q	14.5	7.030546	8	25
protesis_t~p	8283.333	4957.15	2950	12750
vasculares_q	4	1.414214	3	5
neurologic~q	2		2	2
lentes_int~q	20		20	20
marcapasos_q	7	6.715653	2	20
marcapasos_p	45750	3535.534	43250	48250
hemidialis~q	20		20	20
embolizaci~p	1		1	1
embolizaci~q	40000		40000	40000
oncologico~q	25		25	25
tac_incluy~q	202.2222	103.6554	110	430
tac_incluy~p	412.2222	155.2037	300	810
g_laborato~o	28425	18302.71	11700	54000
g_ecografias	22390	7665.005	17250	31200
g_laborato~1	61700	69459.84	7500	140000
g_mamografia	29140	16210.41	11410	48300
g_fibrocol~a	7412.5	406.5864	7125	7700
g_clinico~rr	191778.1	374986.1	4800	1553100
g_consul~das	103508.3	94039.24	7500	337500
g_consul~ias	78893.33	52368.32	21600	182000
g_practica~p	111633.3	52856.63	17600	172500
g_laborato~c	165580	196323.9	12400	420000
g_laborato~s	10600	10873.82	400	2000
g_ecocardi~a	6100	1509.967	4500	7500
g_ecodoppler	61357.14	65554.03	12500	195000
g_ecografias	43607.69	28601.76	8500	114400
g_rx_contra~a	6806.667	9216.912	1040	25000
g_rx_simple	36822.5	29339.13	1750	110000
g_tac_incl~e	82516.67	47843.21	38500	172000
g_rmi_incl~e	38700		38700	38700
g_cardiolo~s	40716.67	37308.99	7350	81000
g_ginecolo~a	26000		26000	26000
g_neumonol~a	1040		1040	1040
g_neurologia	10400		10400	10400
g_Orl	33280		33280	33280
g_urologia~a	2550		2550	2550
g_dermatol~a	13000		13000	13000
g_endocrin~a	28600		28600	28600
g_hemoter~a	27500		27500	27500
g_alergia	10920		10920	10920
g_recetas	2370000		2370000	2370000
g_intern~ios	467756.6	335652.5	15000	1330000
g_uco_uti~n	583674.1	508144.4	25200	1885000
g_interv~ios				
g_hemodina~s	247958.3	380218.4	27500	1012500
g_angiopas~s	333083.3	441781.7	12500	1050000
g_cirugias~n	235500	330946.4	0	858000
g_cirugias~l	69916.67	46390.1	28500	142500
g_colocaci~s	40801.43	76486.13	3500	212500
g_intern~vos	9450		9450	9450
g_internac~2	18000		18000	18000
g_protesis~as	73750		73750	73750
g_marcapasos	336875	135234.2	241250	432500
g_emboliza~s	40000		40000	40000

## ANEXO 4 - Borrador de Resolución

Habida cuenta de las dificultades para encontrar información sistematizada, que permitiera una mayor facilidad en el procesamiento de la información, y atento a las funciones que le son inherentes a la Superintendencia de Servicios de Salud, las cuales no sólo se limitan a la regulación de obras sociales y prepagas, sino también a su fiscalización y control, se entiende que es necesario iniciar un relevamiento sistemático de serie de datos, que incluyan al sector prestador, el cual hoy sólo se ve obligado a la inscripción en un registro. Esto impide un conocimiento más acabado de las características de la oferta prestacional, y por ende de la plausibilidad de cumplimiento del programa médico obligatorio, en cualquier región de la Argentina.

En este sentido, se sugiere una o varias resoluciones que den cuenta de la información que a continuación se detalla.

- Caracterización del prestador, de modo tal que en una primera etapa declaren su capacidad instalada, incluyendo dispositivos médico/tecnológicos por marca y año.
- Financiadores a los que se brindan las prestaciones, quedando obligados a comunicar en plazo no mayor a 72 horas, todas las altas, bajas y/o modificaciones contractuales, a la vez que especificar qué tipo de contratos tienen establecidos con los mismos (cápita-modulo-prestación), así como el listado de personal profesional.
- Datos de consultas, internaciones y prácticas discriminadas por igual ítems que la resolución 650/97, así como los valores de las mismas de modo de alimentar una base de datos permanentes que permita calcular los gastos por efector de cada uno de los agentes del seguro de salud o prepagas.
- En caso de existir, el stock de medicamentos que el prestador posee.
- Motivos de consultas, discriminadas por Obra Social. De igual modo causas de internación y mortalidad. Incluyéndose los mismos dentro de la resolución 650.

Se propone además avanzar en la aplicación de la Resolución 331, a fin de obtener datos de medicamentos del 40% y 100%, ya que por problemas operativos hoy sólo están disponibles los del 70%. De este modo la SSSalud, en ejercicio de la facultad que le es impuesta como organismo de control, tendría una base de datos completa sobre las ventas realizadas, datos que hoy sólo son posibles de obtener a través de mandatarias, droguerías o empresas multinacionales.

A fines logísticos, se sugiere el armado de una base de datos específica para que la información sea cargada desde la propia obra social, evitando de este modo la necesidad de soportes magnéticos.

Estas recomendaciones de normativa, en caso de constituirse, evitarían un gran número de problemas, que se han suscitado en el relevamiento de la información. Considerar estas incorporaciones resulta de especial interés en estos momentos, en los que la actividad regulatoria sobre las empresas de medicina prepaga, mutuales y cooperativas incrementará la carga de trabajo y la necesidad de brindar respuesta en menor tiempo.

A continuación se presenta, de modo ilustrativo, una propuesta de Resolución en la que se incorporan las sugerencias mencionadas:

VISTO

Que a partir de la ley 23.660, 23.661 y 26.682 la Superintendencia de Servicios de Salud está facultada como el organismo de regulación, fiscalización y control de los agentes del seguro de salud, así como de entidades de medicina prepaga, mutuales y cooperativas.

La necesidad de contar con información fehaciente, en tiempo y forma, y atento a las nuevas tecnologías que facilitan estas acciones.

Que resulta necesario profundizar la presencia del Estado, como garante de la suficiencia financiera y cumplimiento del PMO.

#### EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

#### RESUELVE

- 1) La extensión de la obligatoriedad de cumplimiento de la resolución 650/97 y modificatorias a todos los sujetos que se establecen en la ley 26.682.
- 2) Que dicha extensión no se limita al financiador sino también al sector prestador.
- 3) Que dicha información sea presentada ante la Gerencia de Gestión Estratégica, siendo cargada vía Internet, acorde a un aplicativo desarrollado por la propia Sub-Gerencia de Informática.
- 4) Que dicho material constituye un insumo necesario para validar la consistencia de las actuaciones de la sindicatura de la SSSalud.
- 5) Que la no provisión de los datos requeridos, mas los agregados tales como motivo de consulta y motivos de internación, o medicamentos al 40%, habilitan a la suspensión de los prestadores, toda vez que la suministración de la misma se demore más allá de 90 días.
- 6) Que dicha falta de datos será comunicada por la Gerencia de Gestión Estratégica a la Gerencia de Control Prestacional a fin de tomar las medidas pertinentes.
- 7) Esta medida impone un lapso no mayor a 90 días, desde su publicación en el Boletín Oficial, para el cumplimiento de la misma.
- 8) Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha revisado el marco normativo y presta conformidad a esta resolución.
- 9) Archívese y publíquese en el Boletín Oficial.

## ANEXO 5 - DATOS COMPLEMENTARIOS

A continuación, se presenta un análisis de información complementaria utilizada a lo largo del proyecto, surgida de la base de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

La Tabla A5.1 resume información proveniente de las Obras Sociales Nacionales, y refleja las variables seleccionadas y utilizadas en el análisis. Dichas variables son:

Las 288 obras sociales nacionales incluidas en la base de datos de la SSSalud, cuentan con una cantidad de titulares promedio de 21.609 personas, con una importante dispersión, alcanzando extremos que se extienden desde 1 hasta 861 mil individuos titulares. En relación a los beneficiarios totales, la media es de 66.466 personas, con un máximo de 4.259.535 personas (PAMI<sup>17</sup>), seguido por OSECAC, con 1.9 millones. Con respecto a la proporción de titulares sobre los beneficiarios totales, el promedio es del 43.6%, con extremos entre 16 y 100%.

El total entre aportes y contribuciones de tales instituciones refleja un promedio de 7.7 millones de pesos, en tanto que los extremos se encuentran entre 185 pesos (OS Papel Misionero) y 229 millones (OSECAC), observándose una muy importante dispersión. El ingreso promedio de las obras sociales es de \$ 415 pesos por titular con extremos que se extienden desde \$ 54 (OS vendedores ambulantes) hasta \$ 1244 (OS YPF) por titular. Observando el promedio de ingresos por titular, se observa en el sistema una brecha que va desde el 1% de esa media, hasta 28 veces ese valor.

El 7.3% de la población de las obras sociales nacionales se localiza en la región del NOA. Entre esa población, existe una media de 36% de mujeres, 2.5% mayores de 65 años, y 2.8% menores de 5 años.

**Tabla A5.1 – Descripción general de variables utilizadas**

Variable	Observaciones	Media	Desvío	Mínimo	Máximo
Cantidad de titulares	288	21,609.5	65,669.3	1.0	861,888.0
Beneficiarios totales	288	66,466.6	295,720.3	0.0	4,259,535.0
% Titulares	287	43.6	16.1	0.0	100.0
Ingreso total de la OS	288	7,777,786.0	21,700,000.0	185.7	229,000,000.0
Ingreso promedio	288	415.9	229.3	54.9	1,244.1
Ingreso relativo al promedio	288	0.0	2.8	-1.0	28.4
% benef en NOA	287	7.3	16.7	0.0	98.3
% Mujeres	259	36.2	24.6	0.0	100.0
% Mayores 65	272	2.5	7.2	0.0	76.7
%Menores 5	272	2.8	3.4	0.0	14.9
Reclamos prestaciones x mil	287	1.2	8.3	0.0	132.5
Reclamos afiliaciones x mil	288	0.3	1.7	0.0	27.0
Reclamos medicamentos x mil	288	0.1	0.4	0.0	4.3
Reclamos discapacidad x mil	288	1.1	9.4	0.0	147.5
Reclamos totales x mil	287	2.6	13.6	0.0	163.9
% de pago a recl HPGD	288	0.8	5.5	0.0	89.0
Neto AB decenio	286	213.2	59,362.9	-796,846.0	240,544.0
AB cada 100 benef	285		746.5	-12,550.0	267.2

Elaboración propia en base a datos provistos por la SSS

Existe un sistema de reclamos que la Superintendencia de Servicios de Salud recibe, registra y clasifica en cuatro categorías: medicamentos, prestaciones, afiliaciones y

<sup>17</sup>Si bien en este anexo se incluye en el análisis al PAMI, cabe notar que no tiene PMO y tampoco una población con un perfil epidemiológico similar al de las obras sociales analizadas en el presente proyecto.



discapacidad. Se confeccionó un indicador de reclamos recibidos cada mil beneficiarios, que muestra una media de 2.6 reclamos cada mil. Sin embargo, el límite superior de la curva muestra valores de hasta 163.9 reclamos (OS Ministerio de Economía y de Obras y Servicios Públicos).

Otra variable utilizada registra la proporción de lo cobrado a través de la SSS, por parte los Hospitales Públicos de gestión Descentralizada. Esta variable representa que, ante altos valores de cobro en segunda instancia a través de la institución, la obra social habría rechazado una alta cantidad de reclamos de cobro, que luego fueron considerados apropiados por la Superintendencia. Inversamente, una alta participación de reclamos de los hospitales, que no se refleje en aprobaciones de cobro por parte de la SSS, implicaría que los rechazos en primera instancia fueron apropiados por parte de las obras sociales. La media de cobros sobre los reclamos es baja (0.8%). Sin embargo, el extremo del espectro es alto (de 89% de los reclamos cobrados), implicando que algunas entidades rechazan una importante cantidad de reclamos en primera instancia, que luego deben abonar.

Finalmente, a lo largo de la última década se registraron las altas y bajas por opción en el sistema. Tratándose de un neto de altas y bajas, la media debería ser de cero personas. Sin embargo, es de 213 personas, debido seguramente a un error de carga de la información. La obra social que más afiliados cedió fue OSECAC con 796 mil personas, en tanto que más de 240 mil personas eligieron una misma obra social (Obra Social de los Comisarios Navales) en el marco de la desregulación, probablemente asociado este fenómeno a los convenios de las entidades con empresas de medicina prepaga.

La Tabla A5.2 refleja la media de afiliados de las obras sociales en las provincias del NOA, y algunas características demográficas de la población. En las provincias de la región, la media de afiliados de la seguridad social nacional es de 500 a 1.900 afiliados por obra social. Las mujeres representan alrededor del 30% de la población de afiliados en el NOA, y los mayores de 65 años, entre el 2 y 4% de las obras sociales. Los menores de 5 años representan promedios menores al 1% de las obras sociales en la región.

**Tabla A5.2 – Demografía provincial de las Obras Sociales**

Variable	Observaciones	Media	Desvío	Mínimo	Máximo
% mayores 65 Tucuman	241	3.9	10.8	0.0	75.2
% mayores 65 Salta	231	2.9	10.4	0.0	100.0
% mayores 65 Santiago	230	3.2	9.1	0.0	78.4
% mayores 65 Catamarca	258	2.1	8.4	0.0	83.3
% mayores 65 Jujuy	224	2.9	9.0	0.0	75.9
% Mujeres Catamarca	272	38.3	19.2	0.0	100.0
% Mujeres Jujuy	288	28.1	25.0	0.0	100.0
% Mujeres Salta	288	30.1	23.6	0.0	100.0
% Mujeres Santiago	288	28.0	25.2	0.0	100.0
% Mujeres Tucuman	288	30.2	23.6	0.0	100.0
% menores5 Catamarca	288	0.3	1.1	0.0	13.0
% menores 5 Jujuy	288	0.3	1.1	0.0	10.0
% menores5 Salta	288	0.7	1.3	0.0	9.1
% menores5 Santiago	288	0.3	0.9	0.0	6.7
% menores5 Tucuman	288	1.0	2.0	0.0	13.0
Afiliados Catamarca	288	510.7	2,228.6	0.0	23,554.0
Afiliados Jujuy	288	788.7	4,266.0	0.0	49,469.0
Afiliados Salta	288	1,413.4	8,186.0	0.0	100,594.0
Afiliados Santiago	288	767.3	4,584.5	0.0	63,283.0
Afiliados Tucuman	288	1,915.5	9,908.5	0.0	128,208.0

### **Taxonomía de las Obras Sociales a nivel NOA y Nación**

Los Cuadros A5.3 y A5.4 presentan una caracterización de las Obras Sociales (OS) que operan en las provincias del NOA y en la totalidad del territorio nacional respectivamente, clasificándolas de acuerdo a su población (cantidad de beneficiarios) y al aporte promedio.

**Cuadro A5.3. Taxonomía de las Obras Sociales del NOA**

		Aporte promedio			
		Bajo Hasta \$207	Medio bajo \$208 hasta \$416	Medio alto \$417 a \$624	Alto Más de \$625
Obras Sociales	<b>Minúsculas</b> Hasta 1000 beneficiarios	Cant. OS: 14 Beneficiarios: 2082 Aporte Prom.: \$150	Cant. OS: 101 Beneficiarios: 15892 Aporte Prom.: \$296	Cant. OS: 30 Beneficiarios: 5963 Aporte Prom.: \$477	Cant. OS: 38 Beneficiarios: 5359 Aporte Prom.: \$830
	<b>Pequeñas</b> 1001 hasta 10000 beneficiarios	Cant. OS: 4 Beneficiarios: 13815 Aporte Prom.: \$164	Cant. OS: 42 Beneficiarios: 153803 Aporte Prom.: \$306	Cant. OS: 16 Beneficiarios: 69444 Aporte Prom.: \$496	Cant. OS: 3 Beneficiarios: 9157 Aporte Prom.: \$963
	<b>Intermedias</b> 10001 hasta 100000 beneficiarios	Cant. OS: 1 Beneficiarios: 27861 Aporte Prom.: \$196	Cant. OS: 16 Beneficiarios: 433847 Aporte Prom.: \$291	Cant. OS: 3 Beneficiarios: 46480 Aporte Prom.: \$513	Cant. OS: 2 Beneficiarios: 23597 Aporte Prom.: \$700
	<b>Grandes</b> Más de 100000 beneficiarios	Cant. OS: 2 Beneficiarios: 635886 Aporte Prom.: \$132	Cant. OS: 1 Beneficiarios: 110725 Aporte Prom.: \$265	Cant. OS: 0	Cant. OS: 0

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS, en base a Maceira, 2006.

**Cuadro A5.4. Taxonomía de las Obras Sociales Nacionales**

		Aporte promedio			
		Bajo Hasta \$207	Medio bajo \$208 hasta \$416	Medio alto \$417 a \$624	Alto Más de \$625
Obras Sociales	<b>Minúsculas</b> Hasta 1000 beneficiarios	Cant. OS: 6 Beneficiarios: 1359 Aporte Prom.: \$137.32	Cant. OS: 9 Beneficiarios: 2643 Aporte Prom.: \$293.76	Cant. OS: 5 Beneficiarios: 2572 Aporte Prom.: \$514.4	Cant. OS: 8 Beneficiarios: 7285 Aporte Prom.: \$910.72
	<b>Pequeñas</b> 1001 hasta 10000 beneficiarios	Cant. OS: 9 Beneficiarios: 52664 Aporte Prom.: \$151.84	Cant. OS: 58 Beneficiarios: 299645 Aporte Prom.: \$282.66	Cant. OS: 16 Beneficiarios: 94450 Aporte Prom.: \$488.29	Cant. OS: 24 Beneficiarios: 78353 Aporte Prom.: \$875.36
	<b>Intermedias</b> 10001 hasta 100000 beneficiarios	Cant. OS: 5 Beneficiarios: 172239 Aporte Prom.: \$188.45	Cant. OS: 78 Beneficiarios: 2395326 Aporte Prom.: \$319.33	Cant. OS: 24 Beneficiarios: 799366 Aporte Prom.: \$510.64	Cant. OS: 11 Beneficiarios: 330858 Aporte Prom.: \$838.12
	<b>Grandes</b> Más de 100000 beneficiarios	Cant. OS: 6 Beneficiarios: 6130478 Aporte Prom.: \$164.05	Cant. OS: 19 Beneficiarios: 6407018 Aporte Prom.: \$310.82	Cant. OS: 8 Beneficiarios: 1726938 Aporte Prom.: \$532.08	Cant. OS: 2 Beneficiarios: 643503 Aporte Prom.: \$699.57

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS, en base a Maceira, 2006.

En primer lugar, se observa que si bien el segmento de menor escala “OS minúsculas” –disponen de menos de 1000 beneficiarios- concentra nada menos que el 62,5% de las OS (un total de 183) que se desempeñan en el NOA, las mismas apenas disponen del 1,9% de los beneficiarios de la seguridad social de dicha región. Estas cifras contrastan fuertemente con lo evidenciado a nivel nacional, en donde la OS minúsculas tienen escasa participación representando menos del 10% del total de las OS que operan en el país, y sólo concentran al 0,06% de los beneficiarios de la seguridad social nacional. En dicho segmento, y a nivel

NOA, existe una gran cantidad de OS (suman en total 68) que cuentan con un aporte medio alto y alto (promedio), de \$ 477 y \$ 830, respectivamente. Sin embargo, en el grupo de aporte promedio medio bajo (de \$ 296) se encuentran la mayor cantidad de OS de la región (101).

Por su parte, en el segmento “pequeñas” –que tienen entre 1.001 y 10.000 beneficiarios- existen 65 OS y representan el 22,2% de las OS presentes en la región, contando con el 15,8% de los beneficiarios de la seguridad social del NOA. A nivel nacional, el mismo segmento adquiere mayor importancia en tanto da cuenta de 107 OS en total, aunque sólo representan el 2,73% de los beneficiarios totales del país. Nuevamente, a nivel NOA las OS con un aporte promedio medio bajo (de \$ 306) son mayoría, en cantidad y beneficiarios, y lo mismo es cierto a nivel nacional. Por el contrario, en las de aportes bajos (\$ 164) y altos (\$ 963) operan la menor cantidad de OS del segmento (4 y 3 respectivamente) que a la vez tienen menos beneficiarios. Una vez más, este hecho también está presente en el análisis de las OS a nivel nacional.

Vale destacar que, a diferencia de las OS de menor población, la cantidad de OS con una población “intermedia” –que tienen entre 10.001 y 100.000 beneficiarios- representa el 14,3% de las OS totales de la región y el 34,2% de los beneficiarios de la seguridad del NOA. Es decir, las OS “intermedias” comienzan a concentrar el mercado en cuanto a la cantidad de beneficiarios. La mayoría de las OS de tamaño “intermedio” reciben aportes promedio del tipo medio bajos (promedio \$ 291) y acumulan la mayor cantidad de beneficiarios del segmento, mientras que las de aportes bajos y altos son la minoría en cantidad y beneficiarios. El efecto concentración del mercado evidenciado en el NOA no parece estar presente a nivel nacional, al menos para el mismo segmento, ya que las OS intermedias representan el 41% del total, pero sólo cuentan con el 19% de beneficiarios. No obstante se confirma lo observado en el NOA respecto a que el grupo de aporte medio bajo nuclea a la mayor cantidad de población de la seguridad social que pertenece al segmento intermedio.

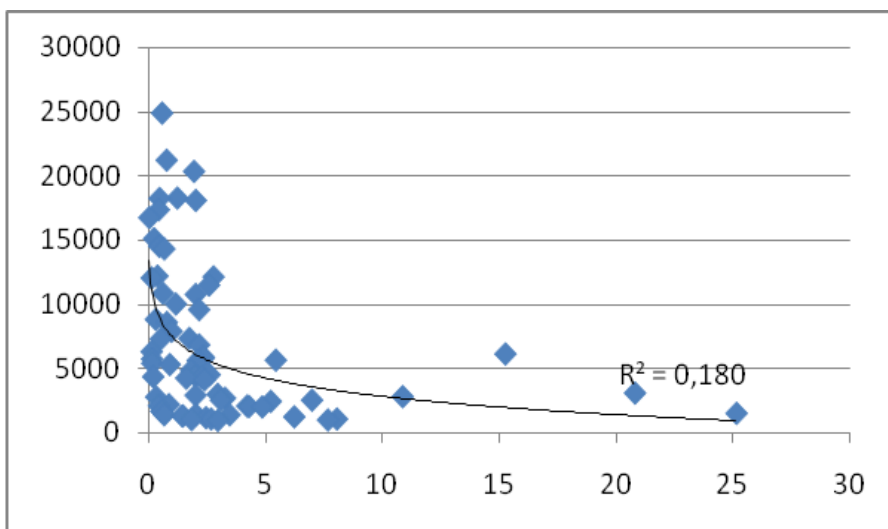
Por último, en el segmento de mayor población (superior a 100.000 beneficiarios) existen en la región NOA solamente 3 OS, únicamente con un promedio bajo (\$ 132) y medio bajo (\$ 265). Si bien las mismas representan tan sólo el 1% de las OS de la región, los beneficiarios incluidos llegan al 48% del total. En particular, OSPRERA y PAMI, cuyos afiliados tienen un aporte promedio de apenas de \$ 183 y \$ 80 respectivamente, concentran el 18,5% y 22,4% de los beneficiarios. Asimismo, los afiliados a la OS de Empleados de Comercio presentan un aporte promedio de \$ 265, y la entidad suma el 7,1% de los beneficiarios de la región. A nivel nacional la concentración del mercado financiador es de menor magnitud, pero aún así es importante, dado que el 12,1% de las OS de tamaño “grande” nuclean casi el 78% de los beneficiarios de la seguridad social. En este caso, las OS con aportes bajo y medio bajo son quienes tienen mayor cantidad de beneficiarios y comparten dicha población en prácticamente la misma proporción.

### **Análisis de los reclamos presentados a las obras sociales**

En el Gráfico A5.1 se observa que no existe una fuerte relación entre los reclamos totales que los beneficiarios de las OS efectúan a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) por los cuatro motivos relevados (afiliación, discapacidad, medicación y prestaciones) y el tamaño o escala de la OS. Si bien existe un leve relación negativa entre reclamos (cada 1000 afiliados) y la población total de la OS, la misma no es marcada y presenta una coeficiente de determinación de 0,18. Esta suave relación negativa entre reclamos y escala podría estar explicada a partir de que las OS grandes disponen de economías de escala tanto para mejorar su gestión administrativa como lograr bajos contratos con los mejores prestadores.

### Gráfico A5.1. Reclamos por escala de la OS del NOA

OS entre 1000 y 25.000 afiliados. Reclamos cada 1.000 beneficiarios



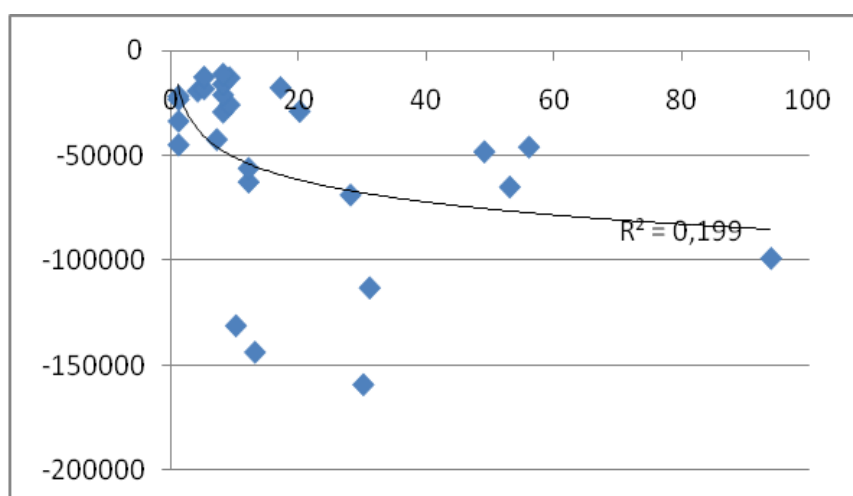
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SSS.

### Reclamos y altas y bajas por opción

Por su parte, el Gráfico A5.2 muestra la relación que existe entre los reclamos totales de los beneficiarios de la OS del NOA y las bajas netas (traspasos) a nivel nacional. En principio se esperaría que las OS con mayor cantidad de reclamos sufran la mayor cantidad de bajas en cuanto a sus afiliados. Nuevamente, si bien la relación entre ambas variables es en el sentido esperado (negativa), no existe una vinculación muy fuerte, en tanto arrojan un  $R^2$  de 0,2.

### Gráfico A5.2. Reclamos totales a OS NOA por bajas netas

OS con más de 10.000 bajas netas

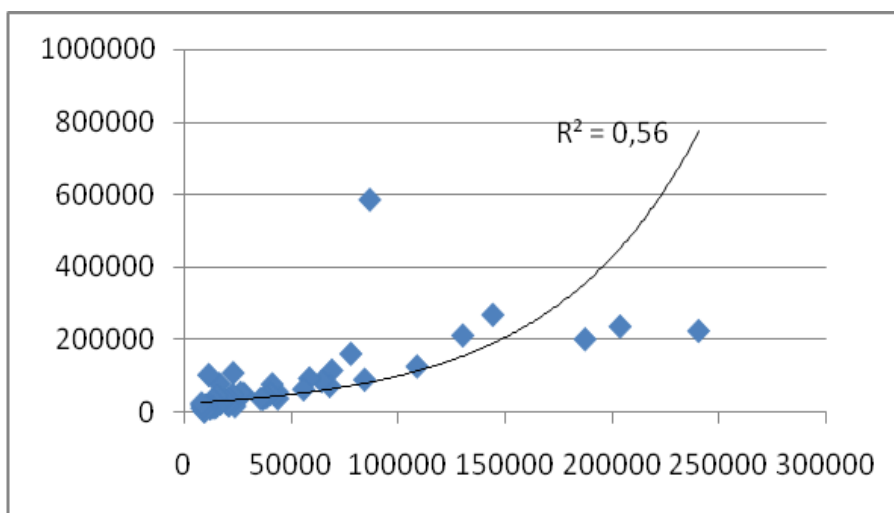


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SSS.

El Gráfico A5.3 presenta la relación entre la escala de las OS y las altas netas (o la incorporación de afiliados provenientes de otros financiadores), con el objeto de identificar si existe una tendencia hacia una mayor concentración en el mercado asegurador. Se aprecia que existe una relación positiva entre ambas variables, es decir que las OS de mayor población tienden a captar nuevos afiliados que se dan de baja de las OS de menor escala. Aquí la escala explica con mayor intensidad las altas netas de las OS, observando un  $R^2$  mayor de 0,56.

**Gráfico A5.3. Altas netas por escala de OS (total país)**

*OS con más de 8.000 altas netas*



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS.

### Solicitudes de reembolso al APE

El APE (Administración de Programas Especiales) es una entidad encargada de cubrir las prestaciones de alto costo de manera de evitar emergencias financieras por parte de las obras sociales. Dicho organismo cuenta con una resolución (500/2004) donde se enumeran las prácticas y prestaciones que pueden ser presentadas por las obras sociales para su reembolso. Sin embargo, la institución cuenta con la potestad de cubrir otras prestaciones aunque las mismas no se encuentren incluidas en el texto de la mencionada resolución. Por otra parte, actualmente el APE cubre además, por reglamentaciones posteriores, algunas prácticas que no necesariamente resultan de gasto catastrófico, pero que pueden resultar igualmente catastróficas para las obras sociales más pequeñas, por una cuestión de volumen y probabilidad de ocurrencia. Este es el caso de la cobertura por nacimiento.

A continuación, se evaluaron las características de las 108 obras sociales que han presentado a lo largo del año 2010, solicitudes de reembolsos a la Administración de Programas Especiales (APE).

Se observa en la Tabla A5.5 que entre las 108 obras sociales que han hecho presentaciones, el ingreso promedio es ligeramente menor que en el grupo que no lo ha hecho. Se trata además de obras sociales con una mayor proporción de menores de 5 años, de mayores de 65, y de mujeres, con lo cual se asume que sostienen un riesgo epidemiológico superior.

**Tabla A5.5 – Obras sociales frente a la presentación por reintegros al APE**

No presentaron a APE				
Variable	Observ	Media	Mínimo	Máximo
Beneficiarios totales	180	36,583.0	0.0	4,259,535.0
Proporción de titulares	178	44.4	0.0	100.0
Ingreso promedio	180	409.0	54.9	1,154.9
menores de 5 años	164	1.6	0.0	14.9
Mayores de 65 años	164	2.2	0.0	76.7
Mujeres	164	34.7	0.0	100.0
Reclamos x mil benef	179	2.8	0.0	163.9
Presentaron a APE				
Variable	Observ	Media	Mínimo	Máximo
Beneficiarios totales	108	116,271.0	1,052.0	1,971,025.0
Proporción de titulares	108	42.5	3.5	75.1
Ingreso promedio	108	399.6	129.6	1,244.1
menores de 5 años	108	4.4	0.0	9.1
Mayores de 65 años	108	2.8	0.0	62.5
Mujeres	108	43.6	7.3	60.8
Reclamos x mil benef	108	2.7	0.0	30.4

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS.

Se ha desarrollado un modelo logístico de tipo probit, destinado a identificar el potencial explicativo de la cantidad de beneficiarios y del ingreso promedio, frente a la chance de realizar presentaciones por reembolsos al APE. Allí se identifica que la mayor probabilidad de realizar presentaciones al APE desde las provincias del NOA, radica lógicamente en la mayor presencia de beneficiarios en la región. Asimismo, cuanto mayor resulta la cantidad de beneficiarios totales de una obra social, mayor es la probabilidad de la misma de realizar presentaciones al APE para reintegros. Además, se observa una relación inversa pero estadísticamente no significativa en cuanto al ingreso promedio de una obra social, y sus probabilidades de realizar esas presentaciones por reintegros al APE.

**Tabla A5.6 – Probabilidades de presentar reintegros al APE**

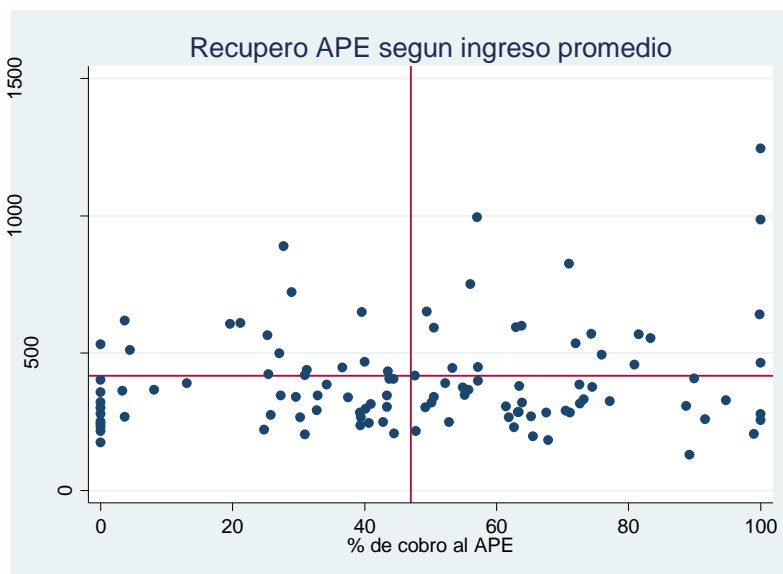
Probit - Presenta APE	Coef
Beneficiarios Totales	0.0000468 *
Beneficiarios en la región	0.033 **
Ingreso promedio	-0.0002351
Constante	-0.255

\*= significativo al 0.5 \*\*= significativo al 0.1

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS.

En otro aspecto, el Gráfico A5.4 muestra que no existiría un patrón definido entre las probabilidades de cobro al APE luego de las presentaciones, y el ingreso de las entidades

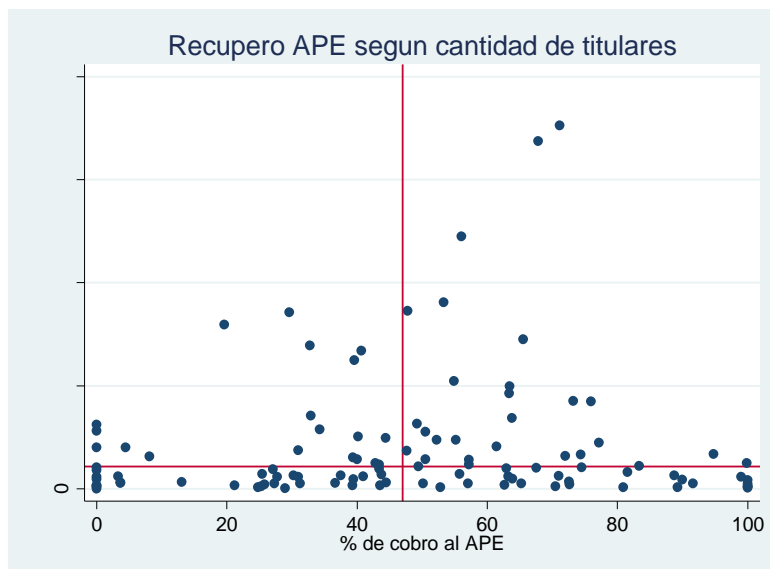
**Gráfico A5.4 – Relación entre ingreso de las obras sociales y recupero al APE**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS.

De la misma forma, el Gráfico A5.5 estaría reflejando la falta de un patrón definido entre la proporción de cobro al APE respecto de las solicitudes presentadas, y la cantidad de titulares de las obras sociales (la escala).

**Gráfico A5.5 – Relación entre cantidad de aportantes y recupero al APE**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la SSS.

Este análisis refleja que no habría un factor intrínseco de las obras sociales, que se encuentre directamente relacionado con la probabilidad de obtener mayores recursos de la institución ante las presentaciones efectuadas.

La pregunta que requiere aún un análisis adicional radica en los motivos implicados en que alrededor de 180 obras sociales no hubieran realizado presentaciones al organismo en cuestión. La primera respuesta a evaluar, tiene que ver con la posibilidad de que las restantes obras sociales no tuvieran beneficiarios en la región del NOA, con lo cual sería imposible recibir presentaciones de ellas para gestionar reintegros. La Tabla A5.7 refleja que, efectivamente, la media de beneficiarios en la región por parte del grupo que ha realizado presentaciones al APE por prácticas en el NOA (14.4%) resulta considerablemente mayor que la media del grupo que no lo ha hecho (2.9%).

**Tabla A5.7 – Proporción de beneficiarios en la región del NOA y presentación al APE**

No presentaron a APE				
Variable	Observ	Media	Mínimo	Máximo
% Beneficiarios en NOA	179	2.9	0.0	95.3
Presentaron a APE				
Variable	Observ	Media	Mínimo	Máximo
% Beneficiarios en NOA	108	14.4	0.2	98.3

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del APE

Sin embargo, si bien las medias de ambos grupos resultan estadísticamente significativas, puede observarse que en cuanto a los máximos y mínimos, el grupo que no ha realizado presentaciones al APE cuenta con obras sociales que contienen muy altos porcentajes de beneficiarios radicados en la región bajo estudio (la Obra Social del Personal del Ingenio Ledesma cuenta con un 95.3% de sus beneficiarios localizados en el NOA, y la Obra Social de Trabajadores de Perkins Argentina cuenta con un 49% de sus beneficiarios en la región).

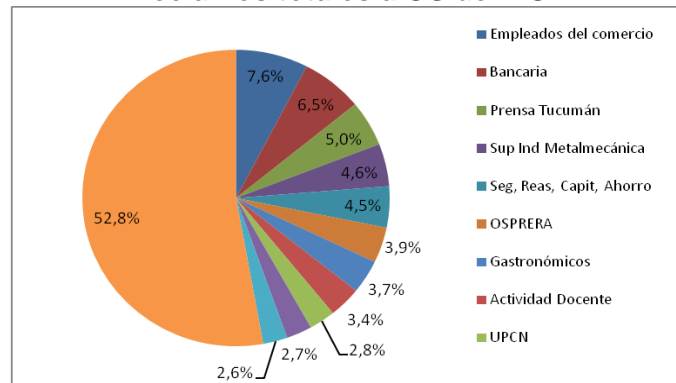
Avanzando en posibles explicaciones, la hipótesis de que 180 obras sociales no hubieran debido afrontar prestaciones de alto costo en el período informado resulta rápidamente rechazada, en tanto puede apreciarse que las diferencias epidemiológicas entre un grupo y otro no resultan tan marcadas como para justificarlo.

Continuando, se analizan las alternativas de que esas obras sociales se hubieran abstenido de realizar las presentaciones correspondientes. Esto tendría a su vez dos orígenes explicativos: (1) esto sucede por falta de expectativa de cobro, o (2) esto sucede por falta de capacidad para realizar las presentaciones en términos de gestión administrativa. En este último caso sería de esperar que las obras sociales que no han realizado presentaciones fueran aquellas de menor volumen, con sedes administrativas en provincias lejanas a la Ciudad de Buenos Aires, y con escasos recursos económicos. Bajo esta lógica, la hipótesis cae rápidamente en cuanto se observa que entre las obras sociales que no han hecho presentaciones se encuentran algunas de gran cantidad de beneficiarios, localizadas en Buenos Aires, y con ingresos totales y aportes promedio relativamente altos. Luego, volviendo a la primera hipótesis, al no haberse identificado variables relacionadas con las entidades que disminuyan sus probabilidades de obtener los recursos reclamados, no puede afirmarse que algunas entidades cuenten con menos chances de cobro que otras.



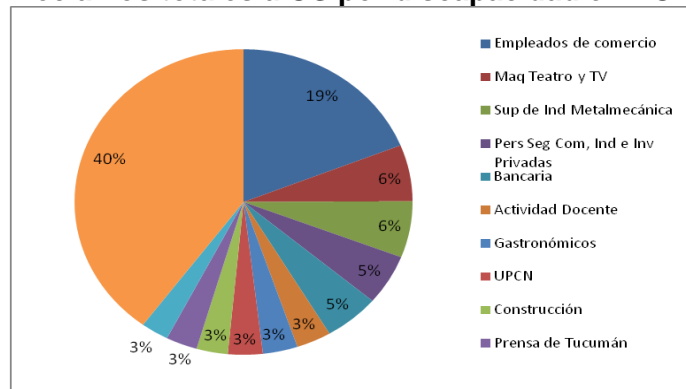
## DISTRIBUCION DE LOS RECLAMOS TOTALES A OS DEL NOA

**Gráfico A5.1.**  
**Reclamos totales a OS del NOA**



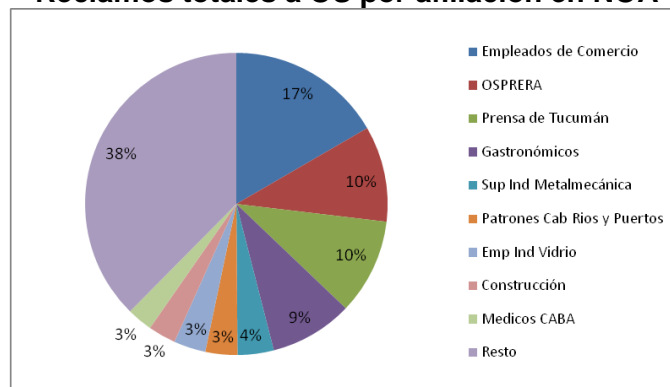
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.2.**  
**Reclamos totales a OS por discapacidad en NOA**



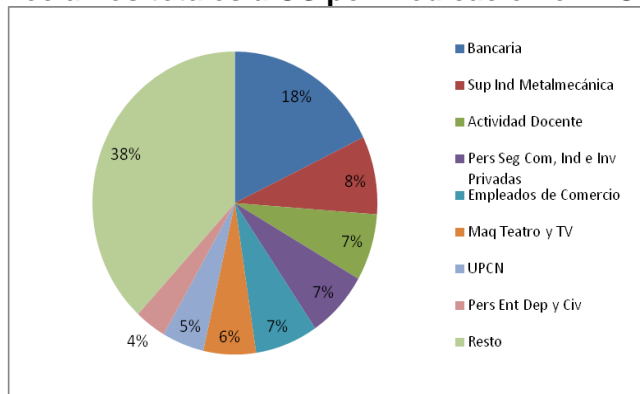
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.3.**  
**Reclamos totales a OS por afiliación en NOA**



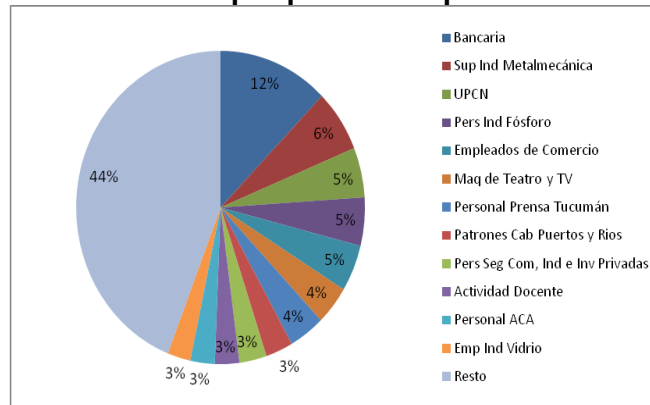
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.4.**  
**Reclamos totales a OS por medicación en NOA**



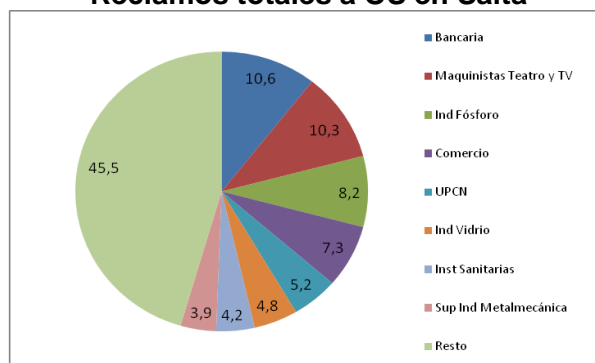
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.5.**  
**Reclamos totales a OS por problemas prestacionales en NOA**



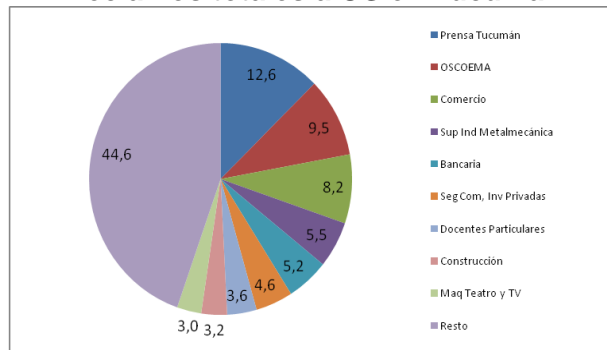
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.6.**  
**Reclamos totales a OS en Salta**



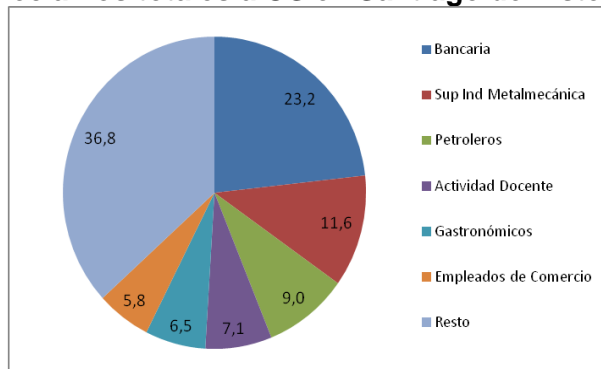
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.7.**  
**Reclamos totales a OS en Tucumán**



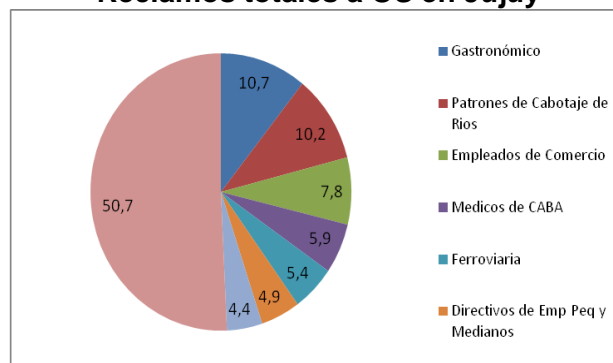
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.8.**  
**Reclamos totales a OS en Santiago del Estero**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.

**Gráfico A5.9.**  
**Reclamos totales a OS en Jujuy**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Subgerencia de Servicios al Beneficiario de la SSS.