

5

FORMAS DE PAGO Y SUBSIDIOS CRUZADOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS: EL CASO DEL CONVENIO CAPITADO DEL HOSPITAL «DR. LEÓNIDAS LUCERO» DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA CON PAMI

Celeste Aleixechuk (*)

Director asociado Hospital «Dr. Leónidas Lucero» Bahía Blanca (Argentina)

Marcela Clark (**)

Universidad Nacional del Sur (Argentina)

Karina Temporelli (***)

Universidad Nacional del Sur (Argentina)

RESUMEN

El Hospital «Dr. Leónidas Lucero» es un Hospital Público cuyo objetivo es brindarle servicios de salud a la población del Partido de Bahía Blanca, priorizando a aquella sin cobertura de salud y de bajos recursos. En la práctica presta servicios indistintamente a pacientes sin cobertura social como a aquellos que cuentan con ella. El objetivo del trabajo es realizar un análisis económico financiero de la implementación del convenio capitado «PAMI» (Programa de Atención Médica Integral) con el Hospital. Se pone en evidencia que en el período analizado, el valor recuperado por la Institución en concepto de cápita, fue en todos los casos, inferior al costo generado por la atención de los pacientes de dicha cápita. Se concluye que si bien el mecanismo de autogestión se implementó con el fin de recuperar los costos de los pacientes con SS, en este caso esto no se logra, generando un déficit en perjuicio de la Institución.

PALABRAS CLAVE:

Administración Financiera de Hospitales, Financiación de la Salud, Administración hospitalaria.

ABSTRACT

The Hospital «Dr. Lucero Leonidas» is a public hospital which aims to provide health services to the population of the Bahía Blanca, giving priority to those without health insurance and low income. In practice serves patients either without social security and those who have it. The objective of this study is to analyze financial and economic implementation of capitation agreement «PAMI» with the Hospital for which we conducted a retrospective and descriptive study for the period between 2006 and 2010. It shows that in the analyzed period, the value retrieved by the institution was in all cases less than the cost generated by the patient care. We conclude that although the mechanism of self-management was implemented in order to recover the costs of patients with SS, in this case this is not achieved, resulting in a deficit to the detriment of the institution.

KEY WORDS:

Financial Management, Health Financing, Hospital Administration.

(*) E-mail: celestealex@hotmail.com/(**) E-mail: mmarcela-clark@gmail.com / (***) E-mail: ktempo@criba.edu.ar

RECEPCIÓN: 06/08/13

ACEPTACIÓN FINAL: 14/10/13

1 INTRODUCCIÓN

El Hospital de Agudos «Dr. Leónidas Lucero» de la ciudad de Bahía Blanca (HMALLBB) es un Hospital Público y como tal su principal objetivo es brindarle servicios de salud a la población del Partido de Bahía Blanca, priorizando a aquella sin cobertura social y de bajos recursos. No obstante ello, en la práctica, el HMALLBB presta servicios indistintamente a pacientes sin cobertura social como a aquellos que cuentan con ella.

Un claro ejemplo de ello es que durante el año 2010, en el área de internación, se registró una producción de 7663 egresos hospitalarios de los cuales el 48,67 % contaba con algún tipo de cobertura en salud.

Para brindar estos servicios asistenciales, el HMALLBB cuenta con un presupuesto anual, que administra independientemente, dado que es un ente descentralizado.

En la formulación del Presupuesto anual se proyecta tanto el Cálculo de Recursos como el Presupuesto de Gastos. En «El Cálculo de Recursos se incluirán todos los rubros de ingresos previstos para financiar el Presupuesto» y «el proyecto de «Presupuesto de Gastos» deberá contener la totalidad de los gastos que se prevean para el ejercicio».¹

Analizando el Cálculo de Recursos del HMALLBB, se observa que las principa-

les partidas de ingresos están representadas por los Aportes de la Municipalidad de Bahía Blanca, esto es, los fondos que transfiere anualmente el Municipio al Hospital para asegurar su funcionamiento y por la cuenta afectada Recursos Genuinos, en la que se registra las cobranzas por la facturación a las distintas entidades financiadoras (Obras Sociales², Prepagas, Aseguradora de Riesgo de Trabajo (ART), Seguros). En este sentido se aclara que por ser un Hospital de Autogestión, el HMALLBB factura a diversas entidades financiadoras los gastos de atención brindados por el mismo, a sus respectivos afiliados.

La idea central de la «autogestión» consiste en financiar la atención de las franjas poblacionales con capacidad de pago, a través de sus obras sociales o aseguradoras de salud y destinar los recursos de origen municipal a la cobertura de los pacientes con menores recursos. Los ingresos provenientes de la Seguridad Social (SS), se originan a partir de diferentes modalidades de facturación: por prestación, por módulo y por cápita.

Actualmente, el principal convenio entre la SS y el HMALLBB está representado por el convenio con el Programa de Atención Médico Integral (PAMI³), que es una Obra Social con sistema de pago capitado, esto es, el HMALLBB recibe una suma fija mensual por la totalidad de pacientes incluidos en su cápita.

En este tipo de convenios, dado que el ingreso es directamente proporcional a la cantidad de cápitass asignadas por la Obra Social (OS) a cada prestador, e independiente del número de prestaciones brindadas al paciente, el incentivo para el prestador sería el aumento del número de individuos de la cápita, con el fin de incrementar la financiación, o la limitación de la cantidad de prestaciones, para aumentar el beneficio.

Atento a que el HMALLBB es una institución pública sin fines de lucro, y como tal no tiene como objetivo incrementar el beneficio económico, la cantidad de prestaciones no es una variable contemplada para limitar el gasto, ya que la calidad de la prestación pretende el óptimo independientemente del monto de recupero del gasto.

En la situación antes planteada podría ocurrir entonces que los ingresos generados por la facturación de OS mediante la modalidad de cápita, fueran insuficientes para compensar el gasto originado en la atención de pacientes cubiertos mediante esta forma de pago.

Se plantea como problema que este hecho podría ocasionar la transferencia de fondos destinados a pacientes sin cobertura social y de bajos recursos, hacia la cobertura de prácticas que deberían ser financiadas por la obra social PAMI, afectando la financiación del HMALLBB para la atención de los pacientes sin cobertura social y de recursos insuficientes.

Dado que en el HMALLBB el convenio PAMI es el de mayor importancia desde el punto de vista de la cantidad de prestaciones que se ofrecen a los afiliados dentro del grupo de pacientes con obra social, se propone analizar los efectos de este contrato en el financiamiento del hospital.

El objetivo del trabajo es analizar desde el punto de vista económico financiero la implementación del convenio capitado «PAMI» (Programa de Atención Medica Integral) con el Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero» de Bahía Blanca (HMBB).

2 MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

Se define como «mercado sanitario» aquel en el que se comercializan bienes y servicios destinados al diagnóstico y tratamiento de la salud de las personas (Tobar, 2003). En este mercado es posible identificar, como en cualquier otro sector de la economía, la oferta y la demanda, las que en forma general pueden describirse de la siguiente manera:

- *Demanda:* está representada por quienes requieren el uso de los servicios para la atención de su salud. En principio se corresponde con los pacientes o usuarios del sistema de salud.

- *Oferta:* está representada por quienes brindan esos mismos bienes y servicios para el diagnóstico o tratamiento de la salud de las personas. Se los denomina proveedores o prestadores de servicios de salud. Las instituciones hospitalarias quedan comprendidas en este punto.

Existe en este mercado un tercer grupo de actores de gran importancia, que son los financiadores del sistema de salud. Los financiadores están representados por quienes realizan el pago de la asistencia sanitaria, esto es, aquellas personas o instituciones que finalmente pagan el consumo que el paciente hace por el uso del sistema.

Al existir en el sector sanitario oferentes y demandantes, podría darse que el mecanismo propio de funcionamiento del mercado sea el que regule la producción y utilización de los servicios sanitarios de manera óptima. En el mercado de la asistencia sanitaria, se han descripto fallas, tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda, que impiden el funcionamiento libre del mismo y que impactan directamente en el gasto final de salud de una población. Entre estas fallas se destaca la asimetría de la información, que provoca bajo ciertas condiciones, inducción de la demanda (Temporelli, 2009).

El concepto de asimetría de información refleja que un agente posee información que el otro desconoce: «alguien sabe más sobre algo». En una relación bilateral asimétrica una de las partes, llamada principal, contrata a la otra llamada agente, para que efectúe un trabajo o tome ciertas decisiones. El objetivo es que el agente realice una acción que beneficie al principal. Específicamente, en el área de salud esta problemática se traduce en la información asimétrica entre el médico y el paciente. Debido al desconocimiento del paciente de lo que necesita adquirir para restaurar su salud individual, delega sus decisiones de compra en el médico. Las decisiones más significativas de lo que se debe «comprar» son adoptadas por el médico por cuenta del paciente.

El paciente necesita la intervención del médico aunque enfrenta grandes dificultades para evaluar la certeza y calidad de sus decisiones. El médico tiene pericia clínica superior, y actúa con autonomía en sus decisiones. La posibilidad de una conducta oportunista por parte del profesional, asociada con el rol de agente respalda la hipótesis de la demanda inducida por la oferta.

De acuerdo con estos conceptos, el paciente está fuertemente condicionado en sus decisiones de demanda por el proveedor: médico u organización asistencial. En términos de mercado, esto significa que el médico o la institución centralizan la oferta y la capacidad de generación de demanda de los mismos servicios por ellos ofrecidos. En otros términos, representa la posibilidad de creación, por parte de los proveedores, de su propia demanda y por lo tanto la erosión de uno de los principios fundamentales que hacen al funcionamiento del mercado: la separación entre la demanda y la oferta.

Si la información que manejan el agente y el principal es asimétrica y existe, además, conflicto de intereses entre ambas partes, aparecen consecuencias no deseables en esa relación contractual, como la inducción de la demanda.

Otra característica del mercado de la asistencia sanitaria es la incertidumbre de las personas respecto de la necesidad futura de demandar atención sanitaria. La difícil predictibilidad de la necesidad individual de servicios sanitarios y los costos cada vez más elevados de los mismos, ha propiciado diversas formas de cobertura de este riesgo, a través de obras sociales y seguros privados de salud (Arrow, 1963).

Por lo tanto la mayor parte de las decisiones significativas, en servicio, calidad y gasto, que afectan a la restauración de la salud individual de las personas, son tomadas por los proveedores por cuenta del paciente y de sus recursos de financiación.

Las características expuestas fundamentan en parte, dado que existen otras causas, el crecimiento del gasto en salud: el proveedor de servicios, por

un lado, según su relación contractual con el financiador, no está obligado a considerar el costo económico de sus decisiones y el paciente, por otra parte, si no afronta en forma directa el pago de los servicios demandados, tampoco tiene «incentivos» para limitar el gasto.

Un incentivo puede definirse como un inductor de una acción. Los incentivos están claramente orientados a estimular determinadas modificaciones en la conducta de las personas. En general se clasifican en positivos (alentando) o negativos (castigando) una conducta y pueden ser de carácter financiero o no.

En el ámbito de los sistemas de salud, la utilización de incentivos orientados a modificar las conductas de los proveedores, a fin de atenuar las consecuencias de las características del mercado expuestas, ha sido muy discutida. En las últimas décadas, la preocupación por la contención de los costos en salud, ha trasladado el énfasis desde la conducta del paciente a la del proveedor de servicios, fundamentalmente modificando los sistemas de pago.

Existen investigaciones orientadas a evaluar cómo los incentivos presentes en las modalidades de pago pueden modificar la conducta del médico hacia pacientes individuales. En general se verifica que, entre los métodos de pago, los sistemas de capitación y de salarios, se asocian con menor tasa de hospitalización que los sistemas de pago por prestación (Temporelli, 2010; Belmartino, 2005). También se ha estudiado que, en los casos en que a los profesionales se los ha participado en el riesgo financiero de las instituciones hospitalarias incluyendo penalidades por déficit en la financiación de atención hospitalaria, se ha verificado menor cantidad de atención de visitas por paciente (Dafny, 2003).

Los sistemas de pago a prestadores de salud, son esencialmente importantes para la eficiencia del sistema, porque las decisiones sobre gasto y nivel de producción dependen, en última instancia, de los prestadores sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago y los incentivos que estas generan son capaces de influir sobre ellos (Álvarez *et al.*, 2000; Glazier *et al.*, 2009).

Los sistemas de pago pactados entre proveedores han ido evolucionando en el tiempo. Algunas de estas modalidades tienden a desalentar el consumo innecesario de recursos, en tanto que otras incentivan la sobrestimación de servicios. Estas formas de pago varían también según las características propias de los sistemas donde se efectúan (Gosden *et al.*, 2001).

El modelo argentino puede definirse dentro de lo que la literatura considera un modelo segmentado. La población está dividida en tres grandes grupos generando tres subsistemas: los habitantes de ingresos bajos que son atendidos principalmente por el subsector público, los trabajadores formales que se desenvuelven en el marco de la seguridad social y la población con capacidad de pago

y sin cobertura de obra social que puede contratar una aseguradora privada. En este contexto, cada grupo está respaldado sanitariamente por instituciones diferentes y con distintas relaciones contractuales. Los mecanismos de pago que vincula cada forma de financiamiento con la oferta de servicios sanitarios, ya sea pública o privada, determina una parte importante de la conducta de los agentes y de los resultados sanitarios (Acuña y Chudnosky, 2002).

En las relaciones existentes en Argentina entre las entidades financiadoras y las instituciones hospitalarias, se pueden describir los siguientes mecanismos de pago:

- *Acto médico o prestación*: el monto total facturado por el prestador al financiador se determina por la cantidad de unidades de servicio prestadas a cada paciente: consultas, estudios diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, días de internación. El monto facturado está en directa relación con la cantidad de prestaciones que se le da al paciente: se paga por cada práctica recibida por el paciente. En este sistema, si bien se estimula la competencia profesional y el esfuerzo por prestar un buen servicio al paciente, tiende a acrecentar la cantidad de prestaciones, es decir, desde el punto de vista económico, este sistema tiende a incrementar el gasto sanitario.

- *Cápita*: el financiador abona un monto fijo al prestador por la atención de un número determinado de personas, independientemente de la cantidad de prestaciones que se le brinde a los usuarios. Este sistema presenta como ventaja, desde el punto de vista económico, la mayor posibilidad de planificar el gasto. Desde el punto de vista de la calidad de la asistencia tiene ciertas desventajas, dado que *no* estimula la competencia médica, favoreciendo la derivación.

- *Módulo*: Es una modalidad que se fija fundamentalmente para el área de internación hospitalaria. El financiador abona un monto fijo al efector por la atención que se le va a brindar al paciente. El módulo puede determinarse, según convengan las partes, por patología, por procedimiento, etc. Uno de los objetivos de los sistemas de pago por módulo y por cápita ha sido trasladar el riesgo desde el financiador hacia prestador de servicios.

- *Presupuesto fijo*: En esta modalidad se define un monto fijo para un período de tiempo, frecuentemente anual, calculado en base al presupuesto de gastos del período anterior, dada su simplicidad es la modalidad más utilizada por el Estado para transferir recursos a los hospitales públicos (Montoya y Willington, 1999).

En el contexto de los hospitales públicos de autogestión, donde algunas de las preocupaciones principales son la recuperación de costos mediante el cobro de los servicios prestados a aquellas personas con algún tipo de cober-

tura y la firma de convenios con obras sociales, los temas relacionados a la existencia de múltiples pagadores cobran especial importancia. La posibilidad de que cambios en los precios fijados por un pagador alteren los precios, la calidad o la cantidad de servicios prestados a otros pagadores es denominado «cost-shifting» y se refiere a la posibilidad que tienen los hospitales de cargar costos de atención de pacientes a otro pagador (Clark, 2007).

Estas situaciones pueden generar problemáticas relacionadas tanto con la eficiencia como con la equidad.

Basándonos en estos conceptos nos proponemos realizar el análisis del impacto del convenio de PAMI con el HMALLBB, como primer paso de un proceso que colabore con la Institución para encontrar una forma de financiación del gasto equitativa.

3 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cuyo ámbito de análisis es el Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero», de la Ciudad de Bahía Blanca.

La fuente secundaria de información utilizada para el desarrollo del trabajo es el Sistema de Registro Computarizado del Hospital, éste está compuesto por un conjunto de módulos interconectados de gestión hospitalaria, con carga individual de datos a cargo de cada Servicio, distribuidas por red local sobre el mismo sistema.

Este Sistema que fue diseñado por el Departamento de Sistematización de Datos del Hospital. Los datos que se observan en los cuadros de este trabajo fueron provistos por el Departamento de Estadística y por el Departamento de Contaduría del HMBB. El período de análisis es el comprendido entre los años 2006 y el 2010.

4 RESULTADOS

4.1. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL HMALLBB Y EL PAMI

PAMI es una obra social cuyo acrónimo significa «Programa de Atención Médica Integral», dentro de ella se incluyen jubilados, pensionados, personas mayores de 70 años sin jubilación y ex combatientes de Malvinas de la Argentina. Su gestión se encuentra bajo control estatal federal.

Actualmente el PAMI registra 36 Unidades de Gestión Local (ex delegaciones regionales); tiene más de 550 bocas de atención en todo el país y redondea 3 200 000 afiliados, asumiendo su papel de obra social más grande del país.

El convenio firmado entre el PAMI y el HMALLBB ha variado sus condiciones a lo largo de los años. Desde el 1º de junio del año 2006 hasta la actualidad bajo la denominación INSSJyP (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados) se firmó un convenio bajo la modalidad de pago por cápita.⁴

4.2. ESTRUCTURA DE INGRESOS DEL HMALLBB EN EL PERÍODO 2002–2010

Como ya se expuso el Cálculo de Recursos del HMALLBB, está integrado por distintas fuentes de financiamiento, las cuales se describen a continuación:

- Aportes de la Municipalidad de Bahía Blanca, es la principal fuente de ingresos y comprende las transferencias de fondos que la Municipalidad realiza periódicamente al Hospital con la modalidad de presupuesto fijo.

- Ingresos de la Seguridad Social, le sigue en importancia a la anterior, e incluye los ingresos por facturación de servicios asistenciales a las diferentes entidades financiadoras del sistema de salud, entre las que se pueden mencionar Obras Sociales, Prepagas, ART y Compañías de Seguro. Es importante resaltar que los distintos grupos de entidades, reconocen diferentes modalidades de facturación, a saber: por cápita, por módulo y por prestación. Se tomarán como sinónimos en este trabajo, los términos «Seguridad Social» (SS), y «Obras Sociales» (OS). Al utilizar estas denominaciones se incluyen a las obras sociales sindicales y prepagas, ART, Seguros y todo tipo de cobertura de servicios de salud que la Institución pueda facturar de alguna manera por el mecanismo de autogestión.

- Documento de Salud Laboral originados en la cobranza del Documento de Salud Laboral, el cual es otorgado por el HMALLBB.

- Otras fuentes de ingreso de menor importancia relativa como las donaciones.

En el Cuadro 1 se analiza la estructura de financiamiento del HMALLBB en el período 2002–2010 observando que el 91,34 % de los recursos, en promedio, son aportados por la Municipalidad de Bahía Blanca; en tanto que la recaudación por Facturación a las Entidades de la Seguridad Social, es el 7,71 % del total, promedio de igual período.

Cuadro 1.

Evolución del cálculo de Recursos. Período 2002–2010

Rubro	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingresos corrientes									
Aportes MBB	13.100.000,00	13.812.336,79	15.216.600,00	19.297.600,00	24.607.870,10	29.730.000,00	40.034.429,43	52.283.991,11	69.403.594,59
Doc salud laboral	93.707,05	120.071,80	124.748,90	187.186,20	208.372,90	203.723,90	200.096,40	290.772,45	439.868,80
Donaciones	21.136,05	23.972,70	9.908,44	9.407,09	13.465,26	11.763,61	3.461,00	29.414,00	4.800,00
Otros	10.768,19	13.677,42	34.407,10	80.455,74	61.930,82	91.099,48	99.782,20	170.373,53	165.329,04
Ingresos de capital									
Anticipo jubilados	-	-	-	150.000,00	44.829,33	40.698,93	31.144,38	-	-
Superavit ej. anterior	-	200.000,00	200.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	-	-	-
Total recursos presup.	13.225.611,29	14.170.058,71	15.585.664,44	19.724.649,03	25.036.468,41	30.177.285,92	40.368.913,41	52.774.551,09	70.013.592,43
Facturado a obras soc.	1.399.620,38	1.085.829,01	1.496.969,47	1.402.270,73	2.423.112,81	3.090.659,85	4.439.886,42	5.431.892,32	5.930.555,61
Cobranzas a obras soc.	880.669,68	1.141.291,07	1.332.919,62	1.511.004,48	1.591.213,22	2.875.232,90	3.973.740,27	4.538.401,66	5.840.120,66
Total	14.106.280,97	15.311.349,78	16.918.584,06	21.235.653,51	26.627.681,63	33.052.518,82	44.342.653,68	57.312.952,75	75.853.713,09
Incidencia de las cobranzas a las obras sociales en el presupuesto	6,24%	7,45%	7,88%	7,12%	5,98%	8,70%	8,96%	7,92%	7,70%
Incidencia de aporte MBB en el presupuesto		90,21%	89,94%	90,87%	92,41%	89,95%	90,28%	94,22%	92,88%
Aportes para obras								1.718.923,26	1.050.815,78

Fuente: elaboración propia en base a datos del área de estadísticas del HMBB.

En el Cuadro 2 se presenta un análisis de los egresos hospitalarios en el período 2006 a 2010. Se entiende como «egreso hospitalario» el retiro de los servicios de hospitalización, de un paciente que ha ocupado una cama del hospital (vivo o fallecido).

Cuadro 2.

Egresos de internación período 2006–2010

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Con Obra social	2951	3392	3536	3471	3794	17.144
Sin Obra social	4733	4040	3847	4192	4001	20.813
<i>Total egresos</i>	7684	7432	7383	7663	7795	37.957
% con Obra social	38,40%	45,64%	47,89%	45,30%	48,67%	45,17%
PAMI total	1241	1315	1295	1232	1373	6.456
PAMI capita	1241	817	1295	1232	1373	5.958
PAMI extracapita		498				498
% PAMI sobre Os	42,06%	38,77%	36,62%	35,49%	36,19%	37,68%
% PAMI capita sobre Os		24,09%	36,62%	35,49%	36,19%	34,75%

Fuente: elaboración propia en base a datos del área de estadísticas del HMBB.

Aquí se expone la cantidad total de egresos anuales de internación con cobertura social y sin cobertura. A su vez, de los egresos con cobertura, se analiza qué porcentaje tienen cobertura de PAMI, y cuántos corresponden a la financiación por la cápita. PAMI TOTAL corresponde a todos los pacientes cubiertos por la OS PAMI. PAMI EXTRACÁPITA corresponde a pacientes que son cubiertos por la OS PAMI pero no se encuentran incluidos en la cápita asignada al HMBB. Estos pacientes pertenecen a otras instituciones. PAMI CÁPITA incluye a los pacientes cubiertos por la cápita asignada al HMBB.

Como se observa en el Cuadro 2, en el período 2006 al 2010 del total de egresos hospitalarios el 45,17 % tiene algún tipo de cobertura de salud. A su vez, del total de egresos con cobertura en el mismo período el 34,75 % corresponde a pacientes de PAMI incluidos en el convenio capitado siendo la obra social con mayor número de egresos hospitalarios en esta institución.

Analizando los recursos hospitalarios totales en ese mismo lapso, se observa que, en promedio, solo el 7,85 % de los ingresos monetarios del HMBB, corresponde a la financiación generada a partir de la facturación a entidades de la SS.

4.3. IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS INGRESOS PROVENIENTES DEL CONTRATO CON PAMI

Como se citó previamente, la partida del Cálculo de Recursos denominada Cobranza a Obras Sociales, incluye los ingresos generados a partir de la facturación a distintas entidades financiadoras de la Seguridad Social (SS). Actualmente el PAMI, mantiene con el HMALLBB un contrato de los que se denominan capitado. Esto es, el HMBB recibe un importe fijo mensual por la cantidad de cápitas asignadas, el que será analizado en el período 2006–2010 con el fin de determinar la importancia relativa del convenio en la financiación de la Institución. Se excluye el año 2006, debido a que en el mes de julio de ese año comienza la nueva modalidad de contratación (Cuadro 3).

Cuadro 3.

Evolución de los recursos de las obras sociales

Año	Facturado	Cobrado a Obras sociales	PAMI total	PAMI capita	% PAMI total/ cobrado	% PAMI capita/cobrado
2007	\$ 3.090.659,85	\$ 2.875.232,90	\$ 1.665.825,81	\$ 1.462.703,41	57,94%	50,87%
2008	\$ 4.439.886,42	\$ 3.973.740,27	\$ 2.608.425,69	\$ 2.258.467,57	65,64%	56,83%
2009	\$ 5.431.892,32	\$ 4.538.401,66	\$ 3.237.264,20	\$ 2.963.074,93	71,33%	65,29%
2010	\$ 5.930.555,61	\$ 5.840.120,66	\$ 3.847.849,42	\$ 3.442.150,73	65,89%	58,94%
Total período	\$ 18.892.994,20	\$ 17.227.495,49	\$ 11.359.365,12	\$ 10.126.396,64	65,94%	58,78%

Fuente: elaboración propia en base a datos del área de estadísticas del HMBB.

En base a los datos del Cuadro 2 y 3 es posible observar que si bien dentro de los «egresos hospitalarios» de pacientes con OS en el período 2007 al 2010, los pertenecientes a la cápita de PAMI corresponden al 34,75 %, el porcentaje de cobranza de PAMI (por sistema capitado) sobre el total cobrado a las OS oscila entre el 50,87 % y el 65,29 %. En promedio, en el período analizado, la recaudación de la cápita de PAMI representó el 58,78 %. Esto es, de la recuperación de gastos que realiza el HMBB de la SS, más del 50 % corresponde a los ingresos por PAMI.

4.4. ESTIMACIÓN DEL COSTO DE LOS PACIENTES DE PAMI ATENDIDOS EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN DEL HMBB

El objetivo en este punto es estimar el costo total y el costo promedio de los pacientes de PAMI, en el período 2007–2010.

En este sentido, en el Cuadro 4 se exponen, para los períodos 2007, 2008, 2009 y 2010 los egresos de internación anuales (pertenecientes a la cápita de PAMI) y promedio de egresos mensuales, obtenido a partir de la división de los egresos anuales por doce. En el período se observa un incremento tanto de los egresos anuales como, obviamente, del promedio mensual, llegando en el año 2010 a un promedio de 114 egresos mensuales.

Cuadro 4.

Estimación de Costos por paciente de PAMI

Concepto	2007	2008	2009	2010
<i>Egresos anuales</i>	817	1.295	1.232	1.373
<i>Promedio egresos mensual</i>	68	108	103	114
<i>Días de internación anual</i>	4.547	7.703	6.899	7.657
Días terapia intensiva	317	521	522	570
Días clínica médica	2.904	5.180	4.710	5.320
Días cirugía por año	1.322	1.997	1.660	1.766
Días pediatría por año	4	5	5	1
<i>Promedio días de estada</i>	5,57	5,95	5,6	5,58
Prom. terapia intensiva por paciente	0,39	0,4	0,42	0,41
Promedio días piso por paciente	5,18	5,55	5,17	5,16
Costo total	\$ 1.604.802,29	\$ 3.457.044,91	\$ 4.032.063,55	\$ 4.765.275,54
Costo promedio por paciente	\$ 1.964,26	\$ 2.669,53	\$ 3.272,78	\$ 3.470,70

Fuente: elaboración propia en base a datos del área de estadísticas del HMBB.

Los días de internación anual corresponden, para cada período, a la suma anual de los días de internación de los egresos pertenecientes a la cápita de PAMI (en todos los servicios del hospital).

El «promedio días de estada», representa la cantidad de días que, en promedio, permaneció internado un paciente en el Hospital. Surge como resultado de la división entre el total de días de internación anuales de los pacientes de PAMI y el número de egresos hospitalarios pertenecientes a la cápita de PAMI en ese mismo período. Si se analizan los días promedio de estada por año del período en estudio, es posible observar que éste se mantiene estable en un rango de 5,95 y 5,57 días por paciente.

A continuación se muestra el total de días de internación en cada servicio del hospital para este grupo de pacientes (Terapia Intensiva, Clínica Médica, Cirugía y Pediatría). Luego se calcula el promedio de días de internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y en el resto de las salas. Esta diferenciación se realiza debido a que el costo del «día de internación» en UTI es superior al costo del resto de las salas. Analizando estos datos se pone en evidencia nuevamente, que no hay una variación significativa en el promedio de días de internación en UTI y lo mismo ocurre en las salas de internación.

En el mismo cuadro se consigna el «costo total» de los egresos de cada período anual. El costo se define como la valoración económica de los consumos de cada proceso de internación, entendiéndose como consumo la cantidad de prestaciones brindadas a cada paciente durante el proceso de internación, ya sea en concepto de insumos o de productos intermedios (Montoya y Willington, 1999).

El «costo promedio por paciente» internado perteneciente a la cápita de PAMI, se estimó dividiendo el costo total anual con el número de egresos hospitalarios de la cápita de PAMI del mismo período.

4.5. COMPARACIÓN DE LOS COSTOS REGISTRADOS CON EL VALOR PERCIBIDO EN CONCEPTO DE CÁPITA ANUAL

En este punto se comparan los ingresos anuales provenientes de la cápita de PAMI en el período 2007 a 2010, con el costo total anual de los egresos de internación del mismo período.

En el Cuadro 5 se expone lo «cobrado por cápita anual», que tal como se expuso en el Cuadro 3, representa la suma percibida anualmente por la Institución con el fin de solventar todas las necesidades en salud correspondientes al segundo nivel de atención. En la fila siguiente se expone el costo total anual de los egresos del período, calculado previamente en el Cuadro 4.

Cuadro 5.

Relación entre el costo total anual de pacientes de PAMI y cobro efectivo

Concepto	2007	2008	2009	2010
Cobrado por cápita anual	\$1.462.703,41	\$2.258.467,57	\$ 2.963.074,93	\$3.442.150,73
Costo total anual de internación de pacientes capitados	\$1.604.802,29	\$3.457.044,91	\$4.032.063,55	\$4.765.275,54
Diferencia anual	\$ -142.095,88	\$-1.198.577,65	\$-1.068.988,62	\$-1.323.124,81

Fuente: elaboración propia en base a datos del área de estadísticas del HMBB.

Del análisis del Cuadro 5 se pone en evidencia que en el período analizado, el valor recuperado por la Institución en concepto de cápita, fue inferior al costo generado por la atención de los pacientes de dicha cápita. En los últimos tres años analizados el déficit anual supera el millón de pesos.

139

5 CONSIDERACIONES FINALES

En los hospitales públicos de autogestión la recuperación de los costos mediante el cobro de las prestaciones a los seguros de aquellos pacientes con algún tipo de cobertura, se logra a partir de diferentes modalidades de facturación. En el caso analizado, el mayor porcentaje de ingresos responde a un sistema de facturación por cápita, lo que significa, un ingreso fijo, sujeto a la cantidad de cápitass, y una prestación variable. Este sistema de pago implica un mayor riesgo para el prestador de servicios. La implementación de estos convenios puede generar subsidios cruzados entre diferentes pagadores. Desde el punto de vista económico estas situaciones son poco eficientes y en muchos casos inequitativas.

El trabajo evidencia que en el período analizado, el valor recuperado por la Institución en concepto de cápita de PAMI, fue inferior al costo generado por la atención de los pacientes de dicha cápita, generando un déficit en perjuicio de la Institución, lo que implicaría una transferencia de fondos municipales, cuyo objetivo principal es la atención de los ciudadanos más vulnerables y de bajos recursos, hacia pacientes con cobertura social.

El trabajo pone de manifiesto la importancia de realizar este tipo de análisis para optimizar los convenios realizados por las Instituciones con los diferentes seguros, evitando el subsidio cruzado entre el Sector Público y otras fuentes de financiamiento.

NOTAS

¹ Reglamento de Contabilidad de la Provincia de Buenos Aires, art. 57.

² Seguros de salud obligatorios relacionados con la actividad laboral, financiados con aportes del trabajador y del empleador.

³ Obra social de jubilados y pensionados, de personas mayores de 70 años sin jubilación y de ex combatientes de Malvinas que funciona bajo control estatal federal.

⁴ Reglamento del Registro de Prestadores Individuales —Resolución 284/05.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña C. y Chudnovsky, M. (2002). «El sistema de salud en Argentina». UDSA. Disponible en: <http://www.udesa.edu.ar/Faculty/Tommasi/cedi/dts/dt60.pdf> (consultado 29/05/2013).

Arrow, K. (1963). «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», *American Economic Review*, n° 53, pp. 941–73.

Alvarez, B.; Pellisé, L. y Lobo, F. (2000). «Sistema de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE», *Revista Panamericana de Salud Pública* 8 (1)–2, pp. 55–70.

Belmartino, S. (2005). «Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina», *Salud Colectiva*, 1 (2), pp. 155–171.

Clark, M. (2007). «La Definición y Cuantificación de la Producción en el Área de Producción Hospitalaria». Tesis de magister en Administración de Empresas, Universidad Nacional del Sur, Argentina. Mimeo.

Dafny, L. (2003). «How Do Hospitals Respond to Price Changes», NBER Working Paper n° 9972. Disponible en: <<http://www.nber.org/papers/w9972.pdf>> (consultado 18/11/2012).

Glazier, R.; Klein-Geltink, J.; Kopp, A.; Sibley, L. (2009). «Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation», *Canadian Medical Association Journal*, 180 (11), pp. 72–81.

Gosden, T.; Forland, F.; Kristiansen I.; Sutton, M., Leese, B.; Giuffrida, A; Sergison, M. y Pedersen, L. (2001). «Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review», *Journal of Health Services Research & Policy*; 6 (1), pp. 44–55.

Montoya, S.; Willington, M. (1999). «El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis de las alternativas para Argentina». Disponible en: <<http://www.funsalud.org.mx/red-jlb/pdf/Argentina2.pdf>> (consultado 05/03/2013).

Temporelli, K. (2009). «Oferta y Demanda en el sector sanitario. Un análisis desde la Economía de la Salud». *Estudios Económicos* 26 (53), pp. 73–87.

Temporelli, K. (2010). «Algunas reflexiones sobre la inducción de la demanda y su relación con los sistemas de pago en los mercados de asistencia sanitaria», *Ciencias Económicas*, 28 (2), pp. 355–365.

Tobar, F. (2000). «Herramientas para el análisis del sector salud». Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Herramientas.pdf> (consultado 03/10/2012).

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO:

Aleixechuk, Celeste; Clark, Marcela y Temporelli, Karina (2013). «Formas de pago y subsidios cruzados en los hospitales públicos: el caso del convenio capitado del Hospital “Dr. Leónidas Lucero” de la ciudad de Bahía Blanca con PAMI», *DAAPGE*, año 13, N° 21, 2013, pp. 125–141. Santa Fe, Argentina: UNL.
