



INDICADORES DE GESTIÓN PARA ENTIDADES FINANCIADORAS: EL CASO DE LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

MANAGEMENT INDICATORS FOR HEALTH FUNDERS: THE CASE OF THE PROVINCIAL HEALTH INSURANCE

Autores

Mg. Sandra Canale; CPN Héctor De Ponti; Lic. Mariano Monteferrario

E-mail

scanale@fce.unl.edu.ar

Eje temático

Contabilidad de gestión

Palabras claves: salud-consulta por beneficiario-costo prestacional

Resumen

En Argentina el sistema de salud combina distintos modelos, lo que deriva en la existencia de una importante segmentación, la que -en principio- se ve materializada por la convivencia de distintos subsistemas, a saber: público, seguridad social y privado. Por otra parte, el sistema político federal de nuestro país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen –también- en la segmentación geográfica.

En este marco, en los últimos años las obras sociales provinciales (OSP) se han convertido en actores relevantes dentro del esquema sanitario argentino. Se observa que este colectivo suele reflejar las características de fragmentación del sistema de seguros múltiples: falta de coordinación de políticas, programas e instrumentos de gestión comunes o compartidos para lograr mayor eficiencia asignativa, mejor poder de negociación con los prestadores y aumento de la calidad en los servicios que reciben los beneficiarios, motivo por el cual la generación de información para la gestión es de suma necesidad.

Como objetivos, en esta ponencia se plantea analizar la cobertura poblacional de las OSP en el país, diferenciando las regiones Centro y NOA y avanzar en la cuantificación de un componente de la demanda sanitaria de la población cubierta -la tasa de consultas-, determinando su costo prestacional en las regiones mencionadas, para el período 2011-2014.

La investigación realizada es descriptiva cuantitativa. La misma permitió generar informes de la estructura demográfica de la población beneficiaria, entendiendo que la misma es un condicionante relevante de la demanda prestacional. Por otra parte, las estadísticas de beneficiarios desagregados por regiones, edad y sexo, permitieron dimensionar la estructura necesaria y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población de cada región estudiada.

1. Introducción

El mercado de la salud se caracteriza por la existencia de numerosas fallas. Las imperfecciones están asociadas de modo fundamental a las asimetrías de información; la incertidumbre acerca de la ocurrencia de la enfermedad y su gravedad, así como también la incógnita respecto al tratamiento más adecuado; la ausencia de un producto homogéneo; la tendencia a la agremiación y asociación de los oferentes así como también a la presencia de externalidades y bienes públicos. Es importante considerar que cuando hay fallas de mercado se corre el riesgo que los recursos no sean asignados de una manera socialmente eficiente por el mercado, lo que brinda argumentos en pos de la intervención del Estado para mejorar la eficiencia.

Por otra parte, la búsqueda de la equidad es otra razón que justifica la intervención pública en salud, ya que las características de los servicios sanitarios llevan a interrogarse si se está en presencia de un bien meritorio y de importancia vital para un país, puesto que el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un grado de mayor bienestar general. Así, muchos países elevan la salud como un derecho de los ciudadanos y desarrollan acciones para que la calidad y cantidad de servicios sanitarios demandados por individuos con

la misma necesidad, no difieran en función de variables socioeconómicas, tratando de lograr que la recuperación, mejora o mantenimiento de la salud no dependa de los recursos del individuo sino de la necesidad de alcanzar un determinado nivel de salud.

En líneas generales, el papel que asumen los gobiernos cuando intervienen en el mercado de la salud puede adoptar dos modalidades. Una de ellas, se manifiesta a través de la intervención indirecta y puede ser descrita como una función donde los Estados ajustan el entorno en el que los distintos actores del sistema actúan, en pos de lograr decisiones privadas más eficientes. Esto puede ocurrir a través de la introducción de impuestos y subvenciones que influyen en los incentivos privados o a través de otras formas de regulación o reglamentación de la actividad individual. La segunda, es una intervención directa y se caracteriza por la provisión pública de los recursos que no son proporcionados a niveles correctos o adecuados por parte del sector privado (Jack, 1999).

A nivel mundial no existe un acuerdo generalizado respecto al rol del Estado en el área sanitaria, lo que deriva en la existencia de distintos sistemas de salud que tratan de brindar respuestas más o menos organizadas a los problemas de salud de la población con desiguales resultados. La doctrina se ha encargado de estudiarlos involucrando distintas variables: formas organizativas y de gestión, alternativas de financiamiento, grado de cobertura y modelos de atención. Ello ha originado la descripción de modelos teóricos que difícilmente puedan hallarse aplicados en sus formas más puras, no obstante, en algunos países *“...se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al modelo. Cuándo no existe una hegemonía neta la identificación de los modelos es más difícil (González García y Tobar, 1997:114)”*.

En Argentina el sistema de salud combina distintos modelos, lo que deriva en la existencia de una importante segmentación, la que -en principio- se ve materializada por la convivencia de distintos subsistemas, a saber: público, seguridad social y privado. La fragmentación observada demanda un significativo

trabajo de coordinación y articulación en pos de lograr el uso eficiente de los recursos y niveles aceptables de equidad en la cobertura. Sin embargo, en la práctica “..... *no sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores –público, seguridad social, privados-, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.*(Bisang y Cetrángolo, 1997:23)

En líneas generales, el sistema sanitario de nuestro país asienta sus bases en la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes, con independencia de que cuenten, además, con algún tipo de aseguramiento social o privado. La ciudadanía, en su conjunto, a través del pago de impuestos financia estas prestaciones y el Estado -en sus diversos niveles- asegura, de alguna forma más o menos efectiva, el financiamiento de este grupo afectando recursos del presupuesto público.

Dentro de la seguridad social se incluye a beneficiarios vinculados, en el presente, al sistema laboral, los que aportan –junto a su grupo familiar- a una Obra Social. Este grupo involucra, también, a aquellos que desarrollaron actividades en su etapa activa y a su retiro reciben los beneficios de aseguramiento para población pasiva del INSSJP (a través de su Programa de Adultos Mayores Integrados PAMI) o sistemas de retiro específicos de algunas actividades. La fuente de financiamiento surge mayoritariamente de aportes del trabajador y contribuciones del empleador, calculados ambos, como un porcentaje de las retribuciones brutas.

Finalmente, el subsistema privado engloba a los usuarios que cuentan con capacidad propia de aporte, o carecen de la posibilidad de pertenecer al grupo antes descrito y contratan un seguro de salud, al que adhieren de manera voluntaria, a través del pago de una cuota de la cual se financian las prestaciones de salud.

Es importante considerar que la segmentación del sistema sanitario argentino no sólo se trasluce de la coexistencia de los subsectores, sino también porque al interior de cada uno de ellos se observa una importante dispersión. En



el caso de la seguridad social y el subsector privado se visibiliza que ambos están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto a cantidad y tipo de población que agrupan, recursos financieros disponibles por afiliado y modalidades operatorias.

El sistema de seguridad social agrupa a más de 300 obras sociales solamente dentro del sistema nacional (ley 23660/61), una cantidad importante de obras sociales con leyes específicas fuera de dicho sistema, las obras y servicios sociales provinciales y un interesante número de cajas y servicios sociales de profesionales que se replican en todas las provincias. En tanto que, los seguros privados, reproducen el esquema múltiple de las obras sociales introduciendo un elemento adicional de distorsión, ya que al tener valores de comercialización en función de los planes de cobertura, limitan el financiamiento en función del ingreso al valor de la cuota.

Finalmente, el sistema político federal de nuestro país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen –también- en la segmentación geográfica, habida cuenta que son veinticuatro las jurisdiccionales provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública y brindando cobertura a los empleados públicos provinciales y de los municipios a través de las obras sociales provinciales. Estas jurisdicciones no cuentan con el mismo nivel de recursos asignados a la atención de la salud.

En este marco, en los últimos años las obras sociales provinciales (OSP) se han convertido en actores relevantes dentro del esquema sanitario argentino. En el año 2008 el gasto de las mismas representó el 0,74% del PBI (PNUD, OPS, CEPAL, 2011). Por su parte, de acuerdo a los datos censales del año 2011 se advierte que del total de población país con cobertura formal, el 25% son afiliados a obras y servicios sociales de los estados provinciales (OSP), lo que indica que, uno de cada cuatro asegurados pertenece a este colectivo, agrupando casi 7.000.000 de beneficiarios que anualmente consultan 35 millones de veces a sus médicos (Monteferrario, De Ponti y Canale, 2014; Torres, 2015), mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia en todo el país.

En otro orden, los datos censales evidencian que, la sumatoria de la población cubierta por las jurisdicciones provinciales a través de la salud pública y de la que posee cobertura de la seguridad social provincial, representa –en promedio- el 52% de la población del país, cifra que justifica el rol fundamental que ocupan los estados provinciales en la construcción de políticas públicas sanitarias y la necesaria interacción que requiere el sector, para poder generar una sinergia positiva de las partes.

No obstante lo expresado, se observa que, al interior, este colectivo, suele reflejar las características de fragmentación del sistema de seguros múltiples: falta de coordinación de políticas, programas e instrumentos de gestión comunes o compartidos para generar mayor eficiencia asignativa, mejor poder de negociación con los prestadores y aumento de la calidad en los servicios que reciben los beneficiarios.

En este marco, el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), acuerda en 2011 un proyecto con la Universidad Nacional del Litoral para el desarrollo del Observatorio de Seguridad Social Provincial cuyo principal propósito es el monitoreo de los sistemas provinciales de atención de la salud y el desarrollo de indicadores de gestión, en la búsqueda de conformar una base de datos única que permita mejorar los sistemas de información para la toma de decisiones de las obras sociales provinciales.

En la consideración de que hasta el momento la entidad no contaba con información sistematizada para realizar evaluaciones comparativas entre las distintas obras sociales provinciales, se planteó avanzar en la generación de indicadores que posibilitaran identificar la demanda global de la población a través de las principales estadísticas y tasas de producción; determinar los valores prestacionales de mercado para las principales prestaciones brindadas por las Obras Sociales Provinciales y avanzar en el diseño de indicadores de resultados epidemiológicos

Conocer la cantidad y la ubicación geográfica de los usuarios cubiertos por las obras sociales provinciales es fundamental para la planificación sanitaria, en

pos de dimensionar la cantidad de recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos necesarios para satisfacer esa demanda y para identificar la oferta de prestadores requeridas para su atención. Por ello, **los objetivos** de este escrito son:

-Analizar la cobertura poblacional de las OSP en el país, diferenciando las regiones Centro y NOA.

-Avanzar en la cuantificación de un componente de la demanda sanitaria de la población cubierta, la tasa de consultas y determinar su costo prestacional en la Región Centro y la Región NOA para el período 2011-2014.

2. Metodología

La investigación realizada es descriptiva cuantitativa. Incluye relevamiento de información secundaria y primaria. Dentro de las primeras se aborda bibliografía específica, así como también estadísticas publicadas por organismos oficiales.

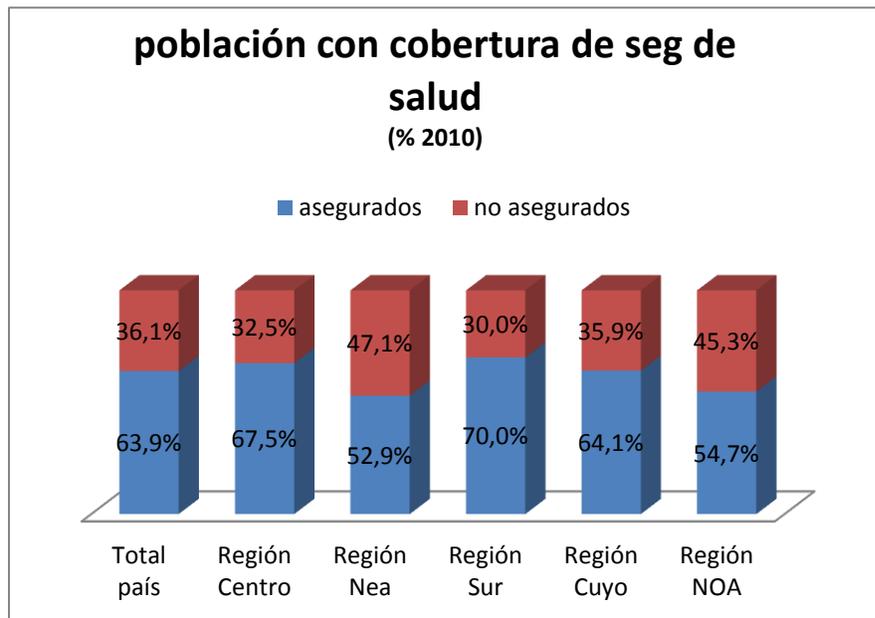
Para la generación de datos primarios se aplicó una encuesta durante cuatro años consecutivos, abordando los siguientes ejes temáticos: formas de contratación vigentes; tipologías de prestadores contratados; plazos de pago; total de beneficiarios, grupos familiares, distribución por edades; volumen anual de un grupo de prestaciones significativas (consultas ambulatorias, días cama en piso y en área crítica, imágenes, etc.); valores de referencia provinciales; monto y desagregación de los principales componentes del costo prestacional. Las respuestas recibidas alcanzaron el 69% de los encuestados con una representatividad del 75% del universo seleccionado.

Los datos se procesaron en función de las distintas regiones que componen la COSSPRA, a saber: Región NOA: Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Salta, Tucumán y La Rioja. Región NEA: Entre Ríos, Chaco, Misiones, Corrientes y Formosa. Región Centro: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires y Santa Fe. Región Cuyo: Córdoba, Mendoza, San Luis y San Juan. Región Sur: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Chubut.

3. Resultados

De acuerdo a los datos del censo 2010, sobre una población total país de 40.117.096, aproximadamente el 64% de los argentinos tienen cobertura formal de Obra Social o Plan de Salud, en tanto que el 36% restante no la tiene y su atención sanitaria está a cargo exclusivamente del Estado. Si se desagrega esta información en función de las regiones COSSPRA se visibilizan importantes dispersiones, teniendo en cuenta que en la región NOA la población sin cobertura presenta valores más elevados que el promedio nacional, ubicados alrededor del 45%, en tanto que en la Región Centro, se observa un porcentaje en torno al 32%, por debajo de la media.

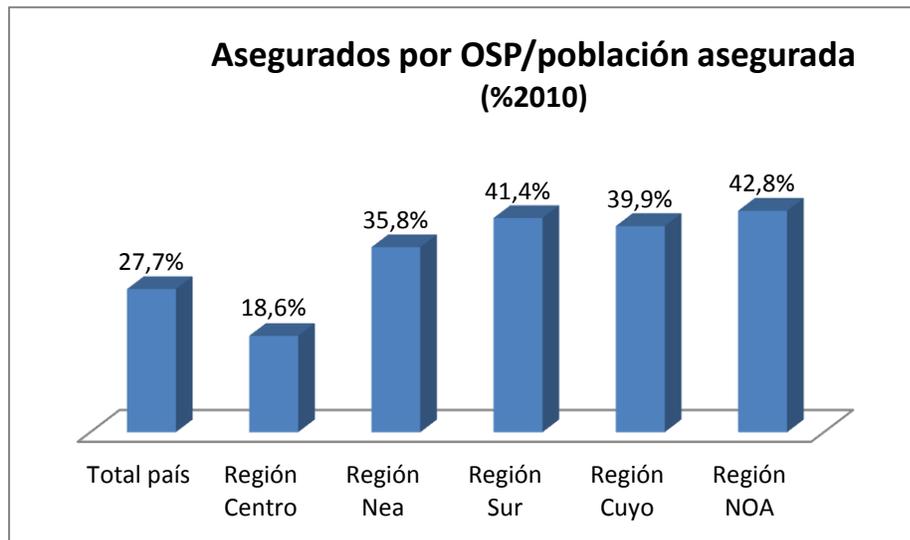
Gráfico 1. Desagregación de la población país con cobertura por región



Fuente: Indec censo 2010

Del total de población con cobertura, poco más de uno cada cuatro, un 27% pertenece a afiliados a OSP. Aquí, nuevamente se observan diferencias regionales, dado que en NOA esta cifra asciende al 43%, en tanto la región Centro se halla en valores cercanos al 18%.

Gráfico 2-Asegurados por OSP desagregados por región

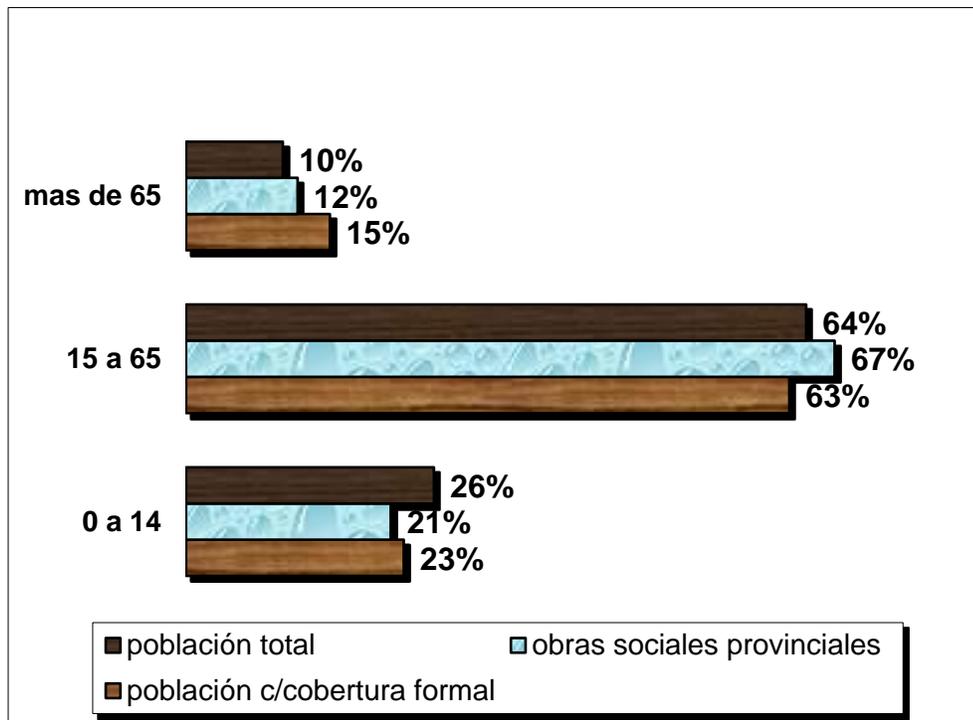


Fuente: Indec censo 2010. OSSP COSSPRA UNL

Atendiendo que la identificación de la demanda global de atención médica por parte de la población y el costo de las principales prestaciones son relevantes para la planificación sanitaria de estas entidades, se generaron indicadores que posibilitan analizar la estructura demográfica y las principales tasas de consumo y costos para consultas.

La información relevada en el año 2014 evidencia que el 40% de la población pertenece a la región Centro, en tanto NOA participa con un 15% sobre el total país, no observándose diferencias significativas regionales por los grupos etarios (edad y sexo).

Gráfico 3.- Perfiles etarios asegurados Obras Sociales Provinciales por región



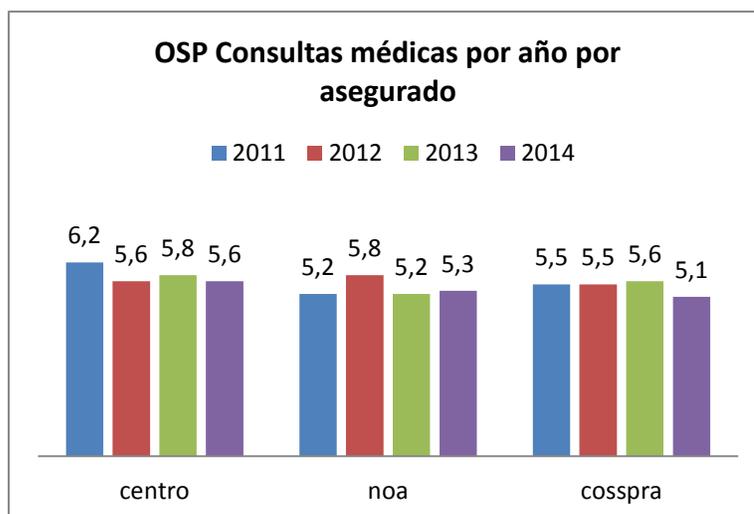
Fuente: Indec censo 2010. Cosspra OSSP

Con los datos de la encuesta se generó el indicador tasa de consulta por afiliado año, reconociendo que el mismo es identificado por la doctrina como una importante señal de utilización o consumo y accesibilidad de servicios, ya que la consulta médica define la tendencia del público para demandar atención, a la vez que advierte –también- en qué medida los servicios están disponibles (McStravic, 1978; Marracino, Abadie y Vera Figueroa, 2000).

Los resultados obtenidos arrojan una tasa promedio país para el período 2011/2014 en valores entre 5,1 y 5,5 consultas año por afiliado, donde la Región

Centro presenta valores superiores (cerca de 6 consultas), en tanto que en la región NOA, oscila - en el período analizado- entre 5,2 y 5,3 consultas año.

Gráfico 4-Indicador consultas afiliados a OSP

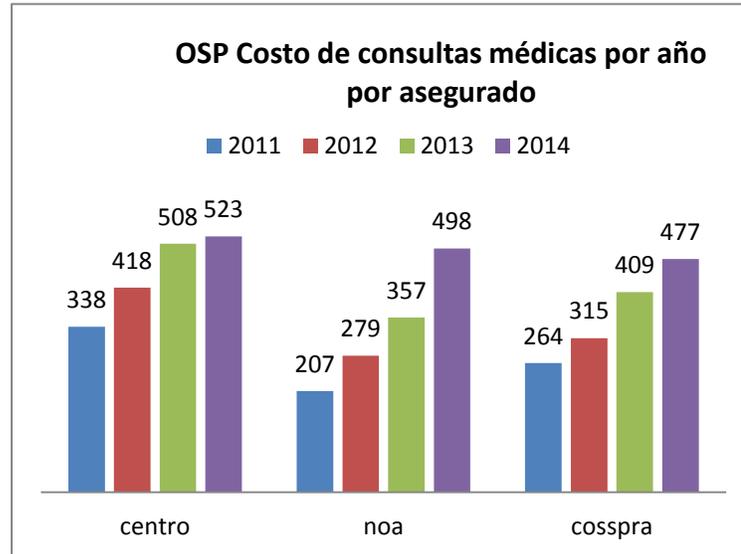


Fuente: Cosspra. Ossp.

Luego, vinculando este indicador con el valor consulta se determinó el costo prestacional para el mismo período, donde los resultados arrojan que la región Centro presenta valores por encima de la media país, en tanto la Región NOA presenta un costo inferior a la región centro, no sólo por la incidencia de la menor cantidad de consultas por afiliado, sino también, porque los valores consulta promedio son inferiores.

Las variaciones anuales en el costo por consulta por afiliado no están ligados a mayor demanda sino a las variaciones de precios unitarios de la consulta, vinculados a la depreciación monetaria. Es importante considerar que el costo prestacional permite medir más adecuadamente el impacto de la prestación en el presupuesto dado que vincula precio y cantidad.

Gráfico 5-Costo de la consulta OSP por Región



Fuente: Cosspra. Ossp.

4. Conclusiones

El universo poblacional analizado, beneficiarios de Obras Sociales Provinciales, es suficientemente representativo de la población con cobertura de seguro de salud (por encima del 25% del total), mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia en todo el país.

La investigación realizada posibilitó generar informes de la estructura demográfica de la población beneficiaria, entendiéndose que la misma es un condicionante relevante de la demanda prestacional. Las estadísticas de beneficiarios desagregados por regiones, edad y sexo, permiten dimensionar la estructura necesaria y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población de cada región.



Luego, se construyó la tasa de consulta por beneficiario año, reconociéndola como un indicador que agrega información para la toma de decisiones, entendiendo que la misma está influenciada por la demanda efectiva de la población bajo cobertura (con incidencia de necesidad de atención, accesibilidad) y la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores. Su vinculación con el valor consulta permitió analizar el costo prestacional, observándose diferencias entre las dos regiones analizadas.

Bibliografía

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). Descentralización de los servicios de salud en Argentina. Proyecto Regional sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: el rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.

Canale, S., De Ponti, H., Monteferrario, M. (2014). "Indicadores de consumo y gastos en salud para evaluación de gestión de obras sociales provinciales". Revista FABICIB, 1914; 15; 135-50

González García, G. y Tobar, F. (1997). Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD. 304 páginas.

Jack W. (1999). Principles of Health Economics for Developing Countries. World Bank Institute, World Bank publications.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

Indec. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010

Marracino C., Abadie J.P., Vera Figueroa M. (2000). Indicadores para el monitoreo de sistemas de atención médica. Consultado en <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/MarracinoVeraFigueroaAbadieINDI CADORES.PDF>

McStravic, R.E., (1978). Determining Health Needs. Health Administration Press, Ann Arbor, 31-53.

Maceira, D.; Cejas, C. y Olaviaga, S. (2011). ¿Por qué apostar a los seguros provinciales de salud?", Documento de Políticas Públicas / Recomendación N° 76 CIPPEC, Buenos Aires.

Torres Rubén (2015). Política Sanitaria en el país de los argentinos. Ediciones ISALUD (pag. 103 a 116)