

Determinantes que intervienen en recupero de costos en Unidades de Atención Primaria de la Salud y de Respuesta Inmediata

Estudio de caso: Municipio de Vicente López



**Por Ana Flavia
Martínez Parolari**

Odontóloga (UBA)

Especialista en Periodoncia.

**Jefa del Centro Odontológico "Paul Harris"
Municipalidad de Vicente López**

**Magister en Economía y Gestión
de la Salud (Universidad ISALUD)**

Los municipios en la República Argentina suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico. El Municipio de Vicente López de la Provincia de Buenos Aires recupera costos de la seguridad social, prepagas y seguros. Este estudio cuali-cuantitativo utilizó una encuesta cerrada al personal administrativo municipal involucrado en el proceso de recupero. El abordaje cualitativo describió y analizó el desempeño del recurso humano con la aplicación del sistema de incentivos económicos explícitos, el "Fondo Operativo de Recupero y Distribución" (FORD), así como también la descripción y el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del proceso de recupero de costos. El estudio retrospectivo abarcó el período de enero a diciembre del año 2015. Se llevó a cabo en el ámbito de las Unidades de Atención Primaria (UAP) y las Unidades de Respuesta Inmediata (URI) del Municipio. Se obtuvo conocimiento de los procesos de facturación y sus características en APS municipal con todos los factores involucrados para poder implementar una mejora en el proceso, evitando inequidad en el gasto público social e ineficiencia en el uso de los recursos.

Introducción

La falta de complementariedad y coordinación de los subsectores del sistema de salud suele provocar superposición

**Director de tesis:
Mg. Jorge Paola**

de cobertura, acciones y gasto. Por su parte, el armado de los sistemas de salud locales descentralizados no fue un proceso lineal, sino pendular, con idas y vueltas, además de arrastrar y mantener la misma matriz caracterizada por la fragmentación de prestadores que distingue al sistema de salud de nuestro país.

El Ministerio de Salud de la Nación en el año 2000 sancionó el Decreto 939/00 que creó el régimen de “Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada” (HPGD). Uno de sus objetivos fue hacer más eficiente su financiamiento. Uno de los medios para conseguirlo es la eliminación de los subsidios cruzados encubiertos desde el subsector público a la seguridad social y prepagos.

Para evitar la superposición de subsidios, el Municipio de Vicente López utiliza un proceso de facturación a la seguridad social y un incentivo económico para el personal de salud a través del FORD.

En Argentina muchos de los centros de salud carecen de capacidad organizativa y tecnológica para llevar adelante el desafío de recuperar costos o incrementar en forma significativa sus recursos genuinos. Según datos de 2014 relevados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) dependiente de la cartera sanitaria nacional, de los 1.928 efectores inscriptos sólo 384 gestionaron recuperos. Durante el gobierno de facto se sancionó el decreto-ley 8801/77 que creó el sistema de Atención Médica

Organizada (SAMO). En ese período los hospitales de la provincia de Buenos Aires adquirieron ciertos grados de autonomía administrativa. El SAMO es una norma provincial excepcional cuyo régimen redistributivo permitió recuperar los costos de atención a pacientes con seguridad social para que ese dinero se reinvirtiera en el sector público de salud. Actualmente 79 hospitales públicos dependen del Ministerio de Salud bonaerense. El mecanismo utilizado para cobrar la atención de pacientes mutualizados presenta fugas que van en detrimento de la financiación y la calidad del servicio. Dichas fugas de recursos se transforman en un subsidio a las aseguradoras y obras sociales.

Los requisitos formales para que las prácticas realizadas a la seguridad social puedan ser facturadas dependen más de la declaración voluntaria del paciente con cobertura que del propio hospital. Esto representa una debilidad del sistema de información. Los pacientes deben proporcionar cada vez que se atienden fotocopias de DNI, credencial de obra social y recibo de sueldo. Estos requisitos formales no siempre son respetados, tal vez por la falta de conciencia dentro de los hospitales de la importancia de acrecentar los recursos económicos.

En 2001 la Ordenanza Municipal 14.910 desafectó del SAMO a los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud Pública de Vicente López. Se implementó un nuevo sistema para la atención de los afiliados de las distintas Obras



Fuente: página oficial de la secretaria de salud y desarrollo humano, MVL

Matriz FODA: estructura administrativa de las unidades de atención primaria de Vicente López

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Organización burocrática.	Organizar y categorizar la carrera administrativa.	Organizar y categorizar la carrera administrativa.	Alta demanda laboral juvenil.
Marco normativo y regulatorio muy desarrollado.	Mejorar la implementación el sistema de incentivos económicos.	Mejorar la implementación el sistema de incentivos económicos.	Baja fidelización del personal joven.
Estructura instalada.	Modernizar las UAP y URI en tecnología actualmente ausente u obsoleta.	Modernizar las UAP y URI en tecnología actualmente ausente u obsoleta.	Incentivos económicos poco atractivos respecto a los ofrecidos en el sector privado.
Evaluación por desempeño anual de mandos operativos.	Incorporar el recupero de costos como objetivo a evaluar en el desempeño.	Incorporar el recupero de costos como objetivo a evaluar en el desempeño.	Posibilidad de tercerización del servicio de facturación.

Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares

Sociales: el FORD. Este fondo de recupero y distribución sigue los mismos lineamientos de redistribución que el SAMO: el 10% de lo recaudado corresponde a la provincia de Buenos Aires y el 90% se distribuye en la asignación salarial FORD (incentivo económico) y en compras de bienes e insumos. Cabe recordar que, para que un incentivo genere una respuesta positiva en el personal, éste evitar desigualdades y poseer tres principios fundamentales: justo, equitativo y transparente. De no ser así, puede actuar como incentivo negativo.

Desarrollo

“Un paciente sin cobertura social atendido en un hospital público recibe un servicio prestado por el Estado y financiado por el Estado. En cambio, si el gasto de su atención es solventado por una Obra Social, se producirá un flujo financiero desde el subsector de Obras Sociales al subsector Público; pero si la Obra Social no reconoce la cobertura de dicho gasto, se producirá un flujo financiero en sentido inverso” (Arce, 2013: 11).

Esta investigación se desarrolló en las 19 unidades de Atención Primaria de la Salud (UAP) y en las dos unidades de respuesta inmediata (URI) dependientes de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Vicente López.

Vicente López es el más pequeño de los 135 partidos de la

Provincia de Buenos Aires. En el último censo nacional realizado en 2010 contaba con 283.544 habitantes, con una población urbana del 100%. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en su zona norte. Se halla a unos 20 kilómetros del centro de la Ciudad de Buenos Aires.

[La salud y el desarrollo humano en el Municipio de Vicente López están organizados en niveles, donde la Secretaría con la misma denominación según el decreto 475/13 tiene como responsabilidades primarias: monitorear, evaluar y analizar sistemáticamente el estado de salud de la población del municipio; vigilar, investigar y controlar los posibles riesgos y amenazas para la salud de la población del municipio; gestionar a través de la cooperación entre las UAP que integran cada microrregión; identificar situaciones o problemáticas comunes; gestionar regionalmente las respuestas de manera integrada; fomentar el crecimiento del sistema a través de la potencialidad de los recursos de la microrregión.

La producción asistencial en número de consultas realizadas en medicina general (MGA), pediatría, ginecología, odontología, enfermería, las especialidades núcleo de atención de APS ascendieron a 250.328. Dicha estadística no refleja las actividades en terreno que las UAP realizan en su área programática y en forma conjunta con otras unidades de su microrregión. Las URI Carrillo y Burman poseen servicio de guardia médica las 24 horas, al igual que la UAP Paul Harris que realiza guardias solo odontológicas.

Conclusiones

En el caso especial de los hospitales públicos de gestión descentralizada, el financiamiento proviene de recursos públicos y de la facturación a las instituciones de la seguridad social. Los montos pagados por las obras sociales a través del nomenclador de prestaciones de salud de hospitales públicos de gestión descentralizada no cubren los costos de las prestaciones, generando la necesidad de asignar recursos públicos para financiar esta diferencia. El subsidio cruzado reduce el financiamiento de la atención de los pacientes de bajos recursos y sin ningún tipo de cobertura, principales demandantes del sector público. La fuga de recursos hacia personas con cobertura se transforma en subsidios a las obras sociales y prepagos.

Primero a través de SAMO y luego por el FORD desde el año 2001, el Municipio de Vicente López recuperó costos a la seguridad social. La implementación del FORD debió servir para documentar, depurar y mejorar el proceso, haciéndolo más eficiente y por consecuencia mejorar el financiamiento del subsistema.

Síntesis de los factores determinantes del bajo recupero de costos en la Municipalidad de Vicente López (MVL)

RECUPERO DE COSTOS A
3º PAGADORES OBLIGADOS

Cultura organizacional, Estado garante.

Escasa capacitación del personal.

Incentivos económicos poco atractivos.

Falta de herramientas tecnológicas.

Fuente: Elaboración propia

Se recuperó en el período estudiado aproximadamente un 30% del presupuesto asignado a las UAPs y URIs.

La cultura organizacional, la escasa capacitación del recurso humano, incentivos económicos poco atractivos y la falta de herramientas tecnológicas (modernización) fueron las causas encontradas del bajo recupero de costos en el período investigado.

Referencias

- González García G y F Tobar (2004). Salud para los argentinos. Buenos Aires, ISALUD.
- Torres R (2004). Mitos y verdades de las obras sociales en la Argentina. Buenos Aires, ISALUD.
- Rovere M (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. La esquina del Sur. Mayo 2004.
- Carrillo R (1974). Contribuciones al conocimiento sanitario. Buenos Aires, Eudeba.
- Bursztyn I, R Kushnir, L Giovanella, A Stolkiner, L Sterman-Heimann, MI Riveros, A Sollazzo (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados. Rev. salud pública. 12 (1).
- Murray CJL y J Frenk (1999). A WHO Framework for Health System Performance Assessment. GPE, 6, noviembre. Ginebra, OMS.
- Maceira D (2002). Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Seminario VII, Octubre. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Arce H (1996). Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. Financiamiento del desarrollo, 59. Naciones Unidas.
- Zurn et al (2005). Guidelines: incentive for health professionals. www.who.int documents.
- Adams O y V Hicks (2001). Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO.
- Schweiger A y col. (2010). Sistemas de Costos Hospitalarios. Buenos Aires, ISALUD.
- Fernández AG (2012). Análisis de mercados de salud. ISALUD, Apuntes de clase.
- Bühl D y A Schwieger (2012). Lineamientos para la optimización del proceso de recupero de costos y del sistema de incentivos en un hospital público. abresbrasil.org.br.
- Tobar F (2001). Impacto del Hospital de Autogestión sobre la Seguridad Social. Programa de Investigación Aplicada. ISALUD.
- Díaz CA (2010). Relación de agencia. Buenos Aires, ISALUD.
- Guix J, JR Villalbí, R Armengol, X Llebaria, R Manzanera, A Plasència y miembros del Comité de Dirección de la Agència de Salut Pública de Barcelona (2008). Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública. GacSanit 22-3. Barcelona.
- Banco Mundial (2012): Argentina builds on Plan Nacer to evolve into Plan Sumar. Results-Based Financing for health. www.rbfhealth.org/news/item/655/argentina-builds-plan-nacer-evolve-plan-sumar.
- Di Stefano P, M Gandolfo, G Santiago, P Vilar (1997). Breve reseña histórica del sector de obras sociales. Vertex, Revista Argentina de psiquiatría, III-30.
- Arce H (2013). Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX. Tesis de doctorado, IUCS-Fundación Barceló.
- Agosto G (2010). El proceso de descentralización en la República Argentina. Si Somos Americanos, X-1. Instituto Torcuato Di Tella.
- González García G (2001). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev. Panamericana de Salud Pública, 9(6).