



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

Título del trabajo de investigación:

“Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública”

Autor:

Dra. Nadia Yanina Chajud

Carrera:

Posgrado en Auditoría Médica

Director:

Mg. Carlos Vasallo Sella

Lugar y fecha de entrega:

Paraná, 11 de agosto 2020

Índice

Resumen	¡Error! Marcador no definido.
Introducción.....	3
Marco teórico.....	9
Estado del arte:	10
Análisis, recorrido y abordaje teórico de los principales conceptos:.....	15
La demanda de pacientes con obra social en el sistema público de salud.	15
La recuperación de costos de pacientes con obra social atendidos en el sistema público de salud. .	22
Diseño metodológico	34
Análisis e interpretación de los datos	36
Tabla 1	37
Tabla 2	38
Tabla 3	39
Tabla 4	40
Tabla 5	42
Conclusiones.....	44
Bibliografía.....	48

Resumen

El presente trabajo de investigación en el que se ha pretendido conocer el funcionamiento del sistema público de salud desde la demanda de pacientes con obra social y la recuperación de costos, espera significar un aporte hacia el mejoramiento de la calidad de atención institucional en pos de contribuir a definir prioridades en favor de la cobertura universal de salud.

Reflexionar desde el enfoque de la salud basado en los derechos humanos sobre las condiciones distintas que se han configurado en el sistema sanitario caracterizado muchas veces como ineficiente e inequitativo en la asignación de recursos, ha llevado a analizar los intereses en juego entre los diferentes actores para encauzar prioridades hacia la construcción paulatina de políticas, estrategias y programas que introduzcan modificaciones superadoras sobre la base de principios y normas rigurosos.

En este sentido, con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud, desde el conocimiento científico propio de este trabajo de investigación, se aspira al reconocimiento de las limitaciones actuales para apuntar al desafío de alcanzar una estructura organizativa y regulatoria en el sistema sanitario público donde la planificación, coordinación y consenso se articulen armónicamente hacia la búsqueda de eficiencia en la asignación de recursos y equidad en el acceso a la atención de la salud desde el uso de herramientas económicas y administrativas determinadas.

Palabras claves: sistema público de salud –demanda de pacientes con obra social – recuperación de costos.

Introducción

El presente trabajo de investigación centrado en el área temática de salud pública que se titula “Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública” ha pretendido llegar al análisis de la demanda de pacientes con obra social y su correspondiente recuperación de costos en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, durante el año 2.019.

El Hospital mencionado lleva el nombre del reconocido Dr. Gerhard Johannes Paul Domagk que nació el 30 de octubre de 1.895 en Lagow, Brandeburgo y falleció el 24 de abril de 1.964 en Burgberg. Fue un médico patólogo y bacteriólogo alemán que obtuvo el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1.939 por el descubrimiento de la Sulfonamide Prontosil, primer droga efectiva contra las infecciones bacterianas. Fue el introductor del uso de la tiosemicarbazona en el tratamiento de la tuberculosis, trabajó también el campo de la quimioterapia contra el cáncer y fue autor de numerosas obras.

El interés central de este estudio apuntó a responder a la siguiente pregunta inicial de esta investigación: ¿Cuál es la demanda de pacientes con obra social y su correspondiente recuperación de costos en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” de la ciudad de Paraná, Provincia de Entre Ríos, durante el año 2.019.

Los motivos que justificaron la elección del interés central de éste estudio consistieron en el hecho de ir observándose cada vez más el aumento de la demanda de pacientes con obra social en dicho Servicio de Guardia Médica, junto a la sensación de desconcierto que genera el desconocimiento del porcentaje de dicha demanda y por ende de la recuperación de sus costos. A éstos se sumaron las múltiples quejas del personal que se desempeña en la institución relacionadas con el gasto que el hospital genera al atender éste tipo de pacientes y a su vez, el

doble gasto que estos pacientes tienen que afrontar al pagar su obra social y mantener al sistema público de salud.

Por todo ello se ha pretendido reunir información que permita llegar al conocimiento del funcionamiento del sistema público de salud desde la demanda de pacientes con obra social y la recuperación de sus costos en el Servicio de Guardia Médica citado, detallando cuál es la demanda de pacientes con obra social y analizando cómo se recuperan los costos a fin de contribuir a garantizar el mejoramiento de la calidad de atención institucional, evitar el doble gasto del paciente con obra social y beneficiar al paciente que no cuenta con obra social.

Es así que las conclusiones de éste trabajo de investigación llevaron a conocer sobre la efectivización o no de los pagos de las instituciones de la seguridad social al efector de salud citado y de ésta manera permitieron indagar si tales pagos alcanzaron o no a cubrir los costos incurridos para poder descubrir si la totalidad de los recursos públicos se destinaron o no a la población con mayores necesidades, población que a su vez, se caracteriza como objeto de atención de la cobertura universal de salud.

Si bien se cuenta en nuestro país con bibliografía numerosa relacionada con lo recientemente expuesto, se puede agregar que no existe información relacionada con el tema en cuestión desde el lugar de trabajo en donde se desempeña la profesional que suscribe, lugar en donde se complejiza cada vez más la atención a los pacientes sin cobertura social.

Como se ha mencionado, la falta de abordaje de esta problemática genera en el ambiente laboral continuas quejas y comentarios negativos por el alto costo que conlleva la atención de pacientes con cobertura social sin evidenciarse hasta el momento alternativas superadoras que promuevan la cobertura universal en el sistema público de salud.

Es por ello que el presente trabajo de investigación se ha sustentado en el enfoque de la salud basado en los derechos humanos por ofrecer éstas estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, prácticas discriminatorias y relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. Por consiguiente, tras apoyarse en este sustento teórico, éste trabajo promueve a que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas bajo los siguientes principios rigurosos que consisten en:

- No discriminación: este principio procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
- Disponibilidad: pretende contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad: tiende a que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles a todos. La accesibilidad presenta a su vez, cuatro dimensiones superpuestas:
 - Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de las éticas médica y culturalmente apropiadas, sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
 - Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser de buena calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médico.
 - Rendición de cuentas: los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

-Universalidad: los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos. (Salud y Derechos Humanos, 2.017)

Es así que en función de éste enfoque, la posibilidad de concretar éste trabajo de investigación fue dada por la posibilidad de reunir bibliografía relacionada con el problema en estudio y por la fácil accesibilidad a los recursos humanos del Servicio de Guardia Activa y del Sector Arancelamiento del hospital donde se desempeña la profesional que suscribe, quienes permitieron suministrar los registros propios de cada sector.

La relevancia social de éste trabajo apuntó a brindar conocimientos científicos que contribuyan a definir prioridades a favor de la cobertura universal del sistema público de salud y articular intereses y acciones para formular políticas saludables bajo una adecuada división de responsabilidades, evitándose la dispersión de esfuerzos y recursos.

La relevancia cognitiva de éste trabajo de investigación pretendió incorporar información al campo de la Medicina para evidenciar fehacientemente con criterio científico cómo funciona el sistema público de salud ante la alta demanda de pacientes con obra social y la recuperación de costos, a fin de poder contribuir a evitar la crisis sanitaria.

El presente trabajo de investigación se ha escrito dentro del contexto de pandemia del coronavirus por el cual a las limitaciones en el acceso a mayores informaciones bibliográficas y a las consultas a profesionales determinados que pudieran enriquecer el contenido de éste trabajo se

sumaron el cierre temporario de la Facultad en donde he cursado éste Posgrado y la incertidumbre a nivel mundial que lleva a toda la ciudadanía a desconocer el reinicio de las actividades sociales.

Pese a estas dificultades, desde el ejercicio profesional de la medicina de parte de la que suscribe, se espera que los resultados de la presente investigación puedan contribuir a marcar el inicio de decisiones políticas concretas basadas en la universalidad de la salud a través del reconocimiento de medidas que sobredimensionen a la salud para el bienestar general de la población en lugar de privilegiar “negociados” de unos pocos para su beneficio particular.

En consecuencia, desde éste trabajo de investigación se pretende como objetivo general:

-Analizar cuál es la demanda de pacientes con obra social y su correspondiente recuperación de costos en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” durante el año 2019.

Asimismo los objetivos específicos a los que se aspira en ésta investigación, son los siguientes:

- Detallar cuál es la demanda de pacientes con obra social en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” en el año 2.019.

- Indagar información relacionada con la recuperación de costos de pacientes con obra social que han sido atendidos en el Servicio de Guardia Médica Activa del “Hospital “Gerardo Domagk” en el año 2.019.

Siguiendo a éstos objetivos planteados, la hipótesis que se ha formulado para el presente trabajo de investigación, se define de la siguiente manera: A mayor demanda de pacientes con obra social, menor recuperación de costos.

Indagar la veracidad de esta explicación tentativa del fenómeno investigado en éste trabajo es lo que ha incentivado a la que suscribe a transitar por las diferentes etapas del proceso de investigación, etapas que se corresponden con los siguientes apartados que permitieron ir descubriendo las respuestas a los interrogantes formulados.

Marco teórico

La consideración de ver el pasado para construir el presente y mirar hacia el futuro, tal como se expresa en el libro de Metodología de la Investigación (Hernández Sampieri et al., 2003, p.64) ha permitido aprovechar todo esfuerzo previo de conocimiento y resaltar la importancia de este apartado del marco teórico por llevarme a analizar teorías, investigaciones y antecedentes válidos para el encuadre de este estudio. Es por ello que a continuación, se presentan por un lado, el Estado del Arte (también llamado Antecedentes de la Investigación) que contiene una breve descripción y análisis de resultados y aportes empíricos proporcionados por otras investigaciones cercanas al objeto de estudio a investigar en éste trabajo, mientras que por otro lado, se incluye lo relativo al análisis, recorrido y abordaje teórico de los principales conceptos que forman parte de la pregunta de investigación propia de éste trabajo de investigación.

Estado del arte:

-Magdalena Chiara en *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires* (2.012) aborda el funcionamiento del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires durante el período que se abre con la crisis que eclosiona en diciembre de 2001 y se cierra en diciembre de 2007, indagando dos casos locales, Malvinas Argentinas y San Fernando. Refiere que los procesos de reforma en el campo de la política social en la década de los noventa obedece más a los embates que sufrió la universalidad, los cuestionamientos en torno al papel del Estado Argentino y las alternativas de financiamiento de la demanda, donde el sector salud no fue una excepción. La focalización, mercantilización y autogestión atravesaron los discursos e instrumentos de las políticas y la práctica de los actores en la gestión refractando hacia el sector salud en la conformación de una matriz institucional tan compleja como diversa que llevó a la configuración de condiciones muy distintas en el ejercicio del derecho a la salud a través de la existencia de tres subsectores (estatal, seguridad social y privado), el carácter federal de la cuestión sanitaria y la descentralización. La desigualdad de los territorios se vio así reforzada desde marcos constitucionales, esquemas de distribución de funciones y modelos de financiamiento que variaron entre provincias y, en algunos casos, entre municipios. En la provincia de Buenos Aires se llevó a cabo la descentralización de los centros de atención primaria de la salud hacia los municipios con mecanismos particulares de distribución de recursos regulares asociados a la producción de servicios sanitarios que significó una profunda fragmentación del sistema con restricciones en las condiciones de acceso y atención de la salud. En éste sentido, en la bibliografía se relacionan dos dimensiones; por un lado, los principios organizadores y la dinámica de la política sanitaria en clave de una política pública, y, por otro, pone estas orientaciones en diálogo con las perspectivas que analizan los desempeños de la atención de la salud a nivel local. (Chiara, 2.012, pp. 11-13)

- Cetrángolo, Oscar en *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* (2011) pretende demostrar en éste documento los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino para asegurar igualdad de derechos. Para ello parte por caracterizar a dicho sistema por un lado, como segmentado, heterogéneo y poco equitativo, tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios, y por otro lado, como asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente algún tipo de aseguramiento social o privado. Aclara que en Argentina la provisión pública de salud no ha presentado una trayectoria lineal por alternarse períodos donde las reformas se han orientado hacia la búsqueda de un mayor grado de descentralización con otros donde ha primado la centralización. En consecuencia agrega que la experiencia argentina muestra que la ausencia de coordinación desde el nivel central permite una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal y que dentro del subsector correspondiente a la seguridad social se encuentran numerosas instituciones que muestran, también, importantes diferencias entre sí con marcos normativos propios que delimitan los recursos, beneficiarios y beneficios generando variaciones en el acceso y utilización de los servicios. Respecto al sistema público de atención de la salud, refiere que se organiza bajo un esquema complejo, ineficiente y muy diverso entre provincias y se hace cargo, en forma prácticamente exclusiva, de las tareas relacionadas con la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, enfermedades infecto contagiosas, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencia y atención básica cubriendo geográficamente todo el país. Agrega que, si bien el Ministerio de Salud de la Nación es responsable de acciones vinculadas con la planificación y coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales, de las acciones que tiendan a implementar un sistema federal de salud, así como la articulación y complementación entre los servicios públicos de salud con la seguridad social y el

Dra. Nadia Yanina Chajud

“Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública”

sector privado, los lineamientos del nivel nacional tienen valor indicativo. En éste sentido menciona que los gobiernos provinciales tienen total autonomía en materia de políticas de salud y son responsables de la provisión de servicios. Finalmente el documento hace mención a los principales aspectos que debieran priorizarse, los que se resumen en la necesidad de fortalecer la presencia estatal en la regulación, financiamiento y provisión de servicios de salud propendiendo al logro de una cobertura igualitaria para todos los habitantes del territorio. Para que todo esto ocurra deberá modificarse el balance actual entre gasto privado y público en servicios de salud; los tres tipos de fragmentación del sistema de salud en Argentina deben apuntar al fortalecimiento del componente nacional del gasto público; y, deberá contar con metas de largo plazo claramente definidas para encauzar la construcción paulatina de un sistema de salud integrado donde todos los ciudadanos del país gocen de una cobertura homogénea asegurada por el Estado. (Cetrángolo, 2011, pp. 1, 22, 34,56-57)

-Cetrángolo, Oscar y Ariela Goldschmit en *Obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual* (2018) Ambos autores, tras brindar una evaluación acerca de la organización y funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Argentina argumentan que la Seguridad Social con su propia segmentación interna es parte de un sistema de salud sumamente fragmentado que asegura cierta cobertura a la totalidad de la población pero presenta serios problemas de equidad. Tales problemas se reflejan en la protección financiera diferencial al existir, por un lado, un grupo de la población con nivel de ingresos o posición privilegiada en el mercado laboral con coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada y, por otro lado, un elevado porcentaje de la población que no tiene acceso a ningún tipo de seguro y logra cobertura gratuita a través de la provisión pública, quedando sujetos a la

variable disponibilidad de los recursos de los hospitales provinciales o municipales, además del eventual pago de bolsillo ante la presencia de cobros indebidos. El resultado es un sistema sumamente ineficiente e inequitativo en la asignación de los recursos por una elevada concentración de la cobertura al interior de la Seguridad Social en un grupo reducido de financiadores, por grandes disparidades territoriales en el nivel de cobertura formal de la seguridad social y por una importante disparidad en el nivel de ingresos que disponen las distintas instituciones del sistema para financiar las prestaciones de salud. En lo referente al subsector de Obras Sociales Nacionales los escasos mecanismos solidarios disponibles (como el Fondo Solidario de Redistribución) no tienen efectos importantes para eliminar las diferencias de capacidades financieras entre las diferentes instituciones y las pocas instancias igualadoras han perdido importancia. Lamentablemente, los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino para resolver los problemas de eficiencia, calidad de los servicios, equidad y transparencia son enormes por el hecho de que no existe una voluntad expresa por parte de la población de cambiar la situación actual del sistema. En este marco, instalar la relevancia y necesidad de reforma en la salud resulta no sólo difícil sino también de gran complejidad por tratarse de un sector con importantes intereses en juego provenientes de diferentes actores (sindicatos, industria farmacéutica, prestadores públicos, prestadores privados, profesionales de la salud, entre otros) aunque una reorientación de las políticas puede implicar encontrar un sendero de mayor equidad a largo plazo. (Cetrángolo, Goldschmit, 2018, pp. 26-28)

- Fracchia, Eduardo. López Amorós, Martín en *El sistema de salud en Argentina: situación actual y desafíos* (2016) identifican posibles líneas de trabajo para mejorar la situación sanitaria a partir de una descripción completa del sistema de salud de la Argentina. Al mismo lo califican como resultado del ensamble de tres subsistemas que presenta costos y distorsiones asociados a los subsidios cruzados

implícitos, ineficiencias derivadas de la disolución de responsabilidades propias de cada actor del sistema, padecimiento de un problema de gobernanza y excesiva orientación al tratamiento de las patologías en detrimento de su prevención. Asimismo declaran como puntos débiles del sistema, la ineficiencia, la inequidad y la heterogeneidad en la calidad de los servicios de los diferentes subsistemas. Con ello aclaran que si bien la cobertura de salud es universal en el país, de ninguna manera es homogénea y que la heterogeneidad se replica al comparar la situación en las diferentes regiones del país donde la inversión pública en salud es más baja en aquellas regiones en que más se la necesita. En consecuencia, ambos autores recalcan en el requerimiento de un mayor énfasis en la prevención de patologías lo que permitiría mejorar los indicadores sanitarios del país y en la mejora de la equidad del sistema, tanto en el acceso como en las prestaciones de los subsistemas público y de seguridad social ya que ambos prestan un servicio muy inferior al que proveen las empresas de medicina prepaga. A partir de ello, aclaran que la mejora en el esquema de gobernanza y la mayor integración aportarían a comenzar a introducir modificaciones superadoras del sistema. En fin, agregan que para llegar a un sistema de salud superador del actual se requiere de planificación, coordinación y consenso, junto con una estructura organizativa y regulatoria que permita materializar las reformas necesarias. Argentina cuenta con la ventaja de disponer de los recursos humanos y materiales para proveer servicios superiores a los actuales, lo cual sólo se materializará en la medida en que se reconozcan las limitaciones actuales y se trabaje para superarlas. (Fracchia, López Amorós, 2016, pp.42-44)

Análisis, recorrido y abordaje teórico de los principales conceptos:

La demanda de pacientes con obra social en el sistema público de salud.

El sistema de salud argentino caracterizado por una intensa descentralización en el sector público y una profunda atomización en sus mecanismos de aseguramiento social se conforma por una serie de instituciones, algunas dependientes de las provincias (Obras Sociales Provinciales) y otras administradas por sindicatos (Obras Sociales Nacionales), sumadas a otras estructuras sociales de aseguramiento destinadas a grupos específicos (universitarias, fuerzas armadas), y particularmente el PAMI, que concentra principalmente a la tercera edad.

Dicho sistema ampliamente segmentado, tanto en su fuente de financiamiento como en su mecanismo de aseguramiento, gestión y prestación de servicios, se alimenta de fondos del Tesoro Público Nacional y los Tesoros Provinciales y Municipales que aportan a los Ministerios o Secretarías de Salud de cada uno de tales niveles. Los recursos públicos destinados a Salud se canalizan a través de Programas que distribuyen fondos y mayoritariamente insumos, como ser, vacunas y medicamentos, siendo sus receptores las Instituciones prestadoras de salud de propiedad y gestión provincial y municipal. Cada una de las veintitrés provincias y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires hacen uso de financiamiento mayoritariamente propio (impuestos, tasas provinciales, fondos coparticipables, etc.) para solventar los recursos físicos y humanos de cada provincia. Los mismos ministerios y secretarías que organizan los fondos de prestación son aquellos que diseñan y gestionan los esquemas sociales de financiamiento, que se traducen en prestaciones en sus instituciones de salud.

La Argentina cuenta con un abanico de instituciones de aseguramiento social llamadas obras sociales que son de tres tipos:

-Las obras sociales provinciales: tienen como fin brindar cobertura a los empleados públicos de las provincias y sus familias alimentándose de contribuciones salariales y aportes patronales.

-El PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral para Jubilados y Pensionados de la Argentina): es la institución de aseguramiento social con financiamiento público y padrón definido más extensa del país. Este fondo se alimenta principalmente de un componente solidario, dado por los aportes salariales y patronales provenientes de las contribuciones de los trabajadores activos, así como de las deducciones de las jubilaciones y pensiones del sector pasivo.

-Las Obras Sociales Nacionales: es un grupo de estructuras de aseguramiento social organizadas por rama de actividad del empleado. Extienden la cobertura a su familia y su gestión es llevada a cabo por los sindicatos.

En virtud de esta organización, el sistema sanitario argentino presenta un desafío desde la perspectiva de diseño de políticas sanitarias que apunta a requerir, coordinar y homogeneizar adecuados mecanismos de cobertura de riesgos que permitan financiar paquetes homogéneos de servicios para toda la población del país, independientemente de su lugar de residencia y su nivel de ingreso. (Maceira, 2011)

La posibilidad de su alcance parte del reconocimiento de ciertos períodos en los que predominan determinados diseños de instituciones seguidos por otros donde la eficacia y efectividad de las instituciones vigentes resultan cuestionadas a partir de argumentos vinculados a un déficit en el cumplimiento de sus funciones o la pérdida o debilitamiento de determinados valores que sustentaban su legitimidad. La emergencia de ese cuestionamiento a las reglas de juego vigentes en determinado sector, permite identificar la presencia de coyunturas críticas, que marcan el inicio de conflictivos procesos de reconversión.

El concepto de coyuntura crítica designa períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes.

En el sistema de salud argentino es posible reconocer la presencia de dos importantes coyunturas críticas en donde la primera, dada entre los años 30 y 40, demuestra los alcances y límites de la

intervención del Estado en múltiples escenarios de la práctica social y, la segunda, se genera a partir de los años 70, llega a su clímax con la hiperinflación de 1.989 y será ocasión para la puesta en marcha de estrategias de reforma del estado y reconversión económica.

Entre los años 30 y 40, la utopía del bienestar, condujo al desarrollo de instituciones específicas orientadas a la puesta en marcha de políticas sociales, como ser, alguna forma de organización y financiación solidaria de sistemas de la atención médica. Es así como la actividad social del estado se erige como uno de los principales mecanismos de inclusión; la integración social es a la vez uno de los insumos fundamentales de la consecución del bienestar y uno de sus resultados esperados. En el campo de la atención médica, las responsabilidades asignadas al estado se asumieron bajo formas organizativas particulares inclinadas a garantizar el financiamiento de una demanda creciente en un escenario donde la nueva tecnología diagnóstica generaba la necesidad de instalaciones más complejas y estimulaba la especialización de los profesionales. En lo vinculado a la regulación del sistema de servicios, se aceptó la reivindicación de autonomía formulada por la profesión médica que postulaba su conocimiento y aplicación de las reglas de la ciencia médica y su actuación conforme a un código de deontología como perfectos agentes de interés de sus pacientes que les otorgaron autoridad en las decisiones relacionadas con la adopción de nuevos medicamentos y nuevas tecnologías. La adopción de programas de seguro de enfermedad generó algunos conflictos relacionados con las decisiones sobre gasto tomadas en el interior de una relación médico/paciente cuya garantía de eficacia se asociaba con la construcción de un vínculo privado y personal, que sería perjudicado por la intervención de terceros. La regulación del sistema de servicios quedó descentralizada fundándose sobre el saber médico. En cuanto a la operatoria de los servicios de salud, la doctrina sanitaria plasmada en múltiples documentos y respaldada por la gran mayoría de los agentes con llegada a las agencias estatales con jurisdicción en el sector, explicitaba sus metas en algunos conceptos cargados de eficacia valorativa:

* Universalidad: un sistema único y una sola modalidad de atención para la totalidad de los habitantes.

*Integralidad: una red de servicios de diferentes niveles de complejidad en condiciones de proporcionar todo tipo de atención preventiva, curativa y rehabilitadora incluyendo desde las prácticas más simples hasta aquellas más sofisticadas tecnológicamente.

* Gratuidad: el acceso a la atención no debía estar limitado por pagos que supusieran alguna restricción para el usuario.

* Oportunidad: la atención sería brindada en el momento en que se manifestara su necesidad.

*Eficacia: la capacidad de resolver los problemas a su cargo dentro de los parámetros del conocimiento médico disponible.

En el campo de la seguridad social médica argentina, el reconocimiento parcial y fragmentario del derecho a la cobertura de salud que resulta del otorgamiento cuasi discrecional de sus beneficios a los sectores mejor organizados de la clase trabajadora, introdujo elementos fuertemente diferenciadores en una condición definida como derecho universal.

Luego de la caída del peronismo, según la percepción de la dirigencia de la Confederación Médica de la República Argentina, la política había desnaturalizado la búsqueda del bien común y restado legitimidad a la centralización del poder estatal, lo cual reformuló los antiguos valores identificatorios de la profesión comenzando a prepararse el camino para una lógica privada de regulación de la práctica médica.

Se inició así la segunda coyuntura de cambios donde se registraron modificaciones significativas en las representaciones que las sociedades construían sobre los procesos de salud/ enfermedad/ atención médica y cuestiones asociadas al bienestar. La más significativa fue un creciente malestar vinculado al cuestionamiento de algunos presupuestos aceptados acríticamente en la etapa previa. La confianza puesta en la capacidad de la ciencia y la tecnología para promover la expansión de valores positivos para la

sociedad, en la eficacia de la planificación como instrumento destinado a asegurar el logro de objetivos socialmente sancionados y en la medicina como práctica con capacidad para hacerse cargo integralmente de la problemática de salud pasaron a ser aspectos sujetos a revisión que respaldarían las estrategias de cambio. Surgieron también preocupaciones asociadas con la eficacia de diferentes formas organizativas para la satisfacción de las expectativas de los usuarios, la identificación de las instancias con autoridad para establecer reglas de juego y el impacto de tales reglas sobre la conducta de los agentes involucrados, la presencia de mecanismos de control, el rol jugado por la población en la definición de sus necesidades de atención y la evaluación de la atención recibida. Esas cuestiones guiaron las estrategias de reforma de la atención médica. Las innovaciones incorporadas a las estrategias de intervención se pusieron de manifiesto ante la delimitación de los objetivos, métodos y estrategias de los diferentes movimientos de reforma que en los años 70 y principios de los 80 se caracterizaron por su orientación universalista. Ésta tuvo como eje la reivindicación del reconocimiento del derecho al acceso universal e igualitario a los servicios de salud para la totalidad de la población y como foco la actividad del Estado en tanto responsable de su efectivización. Estas primeras reformas se calificaron como movimientos de ampliación de los derechos de ciudadanía. El segundo movimiento de reforma relegó las reivindicaciones de universalidad e igualdad y puso en primer plano la preocupación por la eficiencia y calidad de atención poniendo en marcha nuevas modalidades de resolución para algunas cuestiones significativas que originaron múltiples cuestionamientos, tales como las relaciones establecidas entre los usuarios, los profesionales productores de servicios, los organismos pagadores y la estructura reglamentaria; la búsqueda de un mecanismo de regulación que no significara confiar la operatoria del sistema a los mecanismos de mercado ni a una estructura centralizada y tecnocrática de decisión; y la revisión y evaluación de las condiciones de auto-regulación profesional y rol del agente.

A lo largo de los años 80 en nuestro país se multiplicaron las manifestaciones de crisis del sistema de obras sociales. Los aspectos financieros de ésta crisis se revelaron en el nivel de ingreso de las organizaciones y en los gastos a realizar para garantizar la cobertura de salud de su población beneficiaria:

Dra. Nadia Yanina Chajud

“Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública”

una menor recaudación debió enfrentar costos mayores en la atención médica provista. Los primeros síntomas de agotamiento del modelo de organización de servicios se expresaron desde el lado de la demanda. La capacidad financiera de las obras sociales comenzó a mostrar signos de debilitamiento que no lograban ser compensados en función de los mecanismos de licuación generados por la inflación recurrente ni por los aumentos en el porcentaje de los salarios afectado por aportes y contribuciones que procuraban compensar la estructura deficitaria de esos fondos. Así la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste ordenado de la oferta sino que exacerbó la competencia por la captación de los recursos volcados al sistema en los tres grandes mercados en los que estaba organizada la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales y medicamentos. Ejemplos: Sobreprestación y sobrefacturación en consultas y prácticas, aumentos no justificados en precios de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de plus, etc. Fue el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que fue determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública. (Belmartino, 2009, pp.1-10)

Es así que en el mercado de la salud, el seguro social de salud, como sistema que cuenta con un padrón definido de beneficiarios, un paquete conocido y accesible de servicios disponible para cualquier usuario, determinados criterios de aseguramiento para el manejo financiero de los fondos y con determinados criterios de solidaridad para el manejo financiero de los fondos; atravesó por determinados cambios. La caída en las contribuciones y el aumento de costos y variación de precios relativos produjeron profundos déficit que se agravaron por las limitaciones de gestión contribuyendo a la reducción de su cobertura evidenciándose en la reducción de la calidad en la atención, de las prestaciones y el mix de servicios. Así el subsistema de institutos de seguridad social perdió sustentabilidad, redujo el gasto social en salud y limitó su capacidad de compra y/o producción de servicios derivando a sus beneficiarios hacia el sector público, sector que cuenta con iguales o mayores

limitaciones, debido a la caída de la capacidad contributiva de la sociedad y al aumento de sus propios costos de gestión. (Maceira, 2003, p.p.3-4)

De ésta forma se puede decir que el sistema de salud argentino caracterizado en reiteradas ocasiones como irracional y fragmentado, nunca ha logrado una integración entre los tres subsectores que lo conforman para alcanzar un sistema de cobertura universal por el atravesamiento de medidas políticas y modelos económicos de los últimos años.

A partir de las reformas de los años noventa con la creación de la figura del Hospital Público de Autogestión se diseñó un marco regulatorio y normativo que delegó en el Hospital la responsabilidad de recuperar lo gastado en la atención de los pacientes con algún tipo de cobertura pero la debilidad de la gestión pública sumado a la debilidad regulatoria impidió su desarrollo apareciendo así el llamado subsidio encubierto como factor de inequidad distributiva y desigualdad social al favorecer al mercado y la seguridad social.(Lareo et al., 2004)

Es decir que los hospitales públicos de gestión descentralizada recibieron pacientes con cobertura de la seguridad social pero los pagos realizados por éstas instituciones no siempre cubrían los costos incurridos generando un subsidio cruzado entre el sector público y la seguridad social, lo cual impidió que la totalidad de los recursos públicos se asigne a la población con mayores necesidades, de bajos ingresos.

Cada país diseña su propio sistema de salud y decide el mecanismo de financiamiento, entre otras cuestiones, que puede ser público (vía recursos generales), privado (vía gasto de bolsillo), a través de seguros (vinculados con el empleo o seguros prepagos voluntarios) o una combinación de todos ellos. Cualquiera sea el mecanismo de financiamiento elegido, cobra relevancia el uso de las herramientas económicas y administrativas para mejorar los resultados en salud, poniendo especial interés en la búsqueda de eficiencia en la asignación de los recursos y de equidad en el acceso a la atención de la salud. (Moscoso, Clark, 2011)

La recuperación de costos de pacientes con obra social atendidos en el sistema público de salud.

El sector público tiene como lógica de funcionamiento la búsqueda de un cierto equilibrio entre objetivos sociales (atendiendo a la población sin cobertura ni recursos) y medidas de eficiencia (optimizando los recursos obtenidos). En el caso específico de los hospitales públicos, éstos se financian con pagos prospectivos, con presupuestos de monto fijo estimados a futuro, es decir, estimados ex ante a la ejecución de los gastos.

Una ineficiencia se ha detectado en la implementación de los presupuestos prospectivos ya que en períodos inflacionarios si la inflación real es superior a la proyectada, los hospitales enfrentan restricciones presupuestarias. Si el hospital no puede negociar un presupuesto adicional, se ajustará la oferta de prestaciones con la lista de espera, afectando el acceso a la atención de la población sin recursos, principales demandantes del sector público.

Un defecto adicional de éste mecanismo de financiamiento es que los presupuestos son diseñados en base a criterios históricos (es decir en relación a los recursos monetarios asignados en periodos previos) sin estar necesariamente vinculados con niveles de producción, días de estadía o número de pacientes atendidos, por ejemplo.

En el caso del mecanismo de financiamiento de las internaciones hospitalarias, muchas obras sociales han implementado el pago por diagnóstico o por módulo, a través del pago de un monto fijo por la internación de una determinada patología. Sin embargo, el mecanismo de financiamiento es un monto fijo independientemente de los días de internación del paciente, fármacos o estudios complementarios realizados. La ineficiencia ha surgido por la heterogeneidad de los montos pagados por las distintas aseguradoras para una misma prestación/patología, lo cual ha provocado que los prestadores privados seleccionen los pacientes cuya obra social ofrece mejores pagos, trasladando los afiliados de las obras sociales de menores pagos a los hospitales públicos de gestión descentralizada, quienes no recuperan los

costos incurridos. Esto último no sólo perjudicó a los afiliados de obras sociales de bajos pagos que vieron reducida su libertad de elección de prestador, sino que también tuvo consecuencias sobre quiénes no poseían ningún tipo de cobertura, ya que los costos no recuperados fueron financiados con recursos públicos, ocasionando un subsidio cruzado entre el sector público y el sector de la seguridad social que finalmente redujo las prestaciones ofrecidas. (Moscoso, Clark, 2011)

Generalmente se ha esperado que un sistema de salud provea a la población de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios pero las limitaciones de financiamiento del sector público sumadas a la falta de eficiencia en la implementación de políticas sociales han atentado contra tales principios.

Es así que la limitada cobertura y calidad ha impulsado a amplios sectores de la población de bajos recursos a buscar atención en un servicio privado atomizado con poca participación de seguros de salud o a prescindir directamente de atención médica.

Los institutos de seguridad social surgieron como un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio, estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo y luego se extendían a su familia, no sólo en el área de salud, sino también de atención geriátrica, funerales, recreación, etc. Estos institutos de seguro social, si bien lograron ampliar la fuente de financiamiento del sector, segmentaron el mercado en dos fondos independientes.

Las últimas décadas han sido testigo de un fuerte desfinanciamiento del área de salud por razones asociadas con volatilidad macroeconómica, ya sea ella producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales, afectando los niveles de cobertura y equidad en la prestación de los servicios de salud. Desde entonces, se han observado importantes transformaciones dentro del sector en cuanto a estructuras segmentadas de prestación, subsidios cruzados y transferencia de riesgo entre subsistemas y al interior de los mismos.

Un mecanismo de aseguramiento social pretende brindar al sistema de salud un soporte financiero sostenible en el tiempo que le permita a contingentes de población más amplios tener acceso a servicios de salud. Las fluctuaciones macroeconómicas a las que se ven asociados los presupuestos públicos y la frecuente discrecionalidad en el uso de los mismos requieren de mecanismos alternativos o complementarios para brindar mayor y mejor acceso al cuidado de la salud. En esa dirección, la contribución de un sistema apunta a ampliar la cobertura hacia sectores de trabajadores formales, sus familias y dependientes y articular mecanismos de inclusión de poblaciones desprotegidas; proveer sustentabilidad financiera, en tanto las contribuciones salariales constituyen una fuente complementaria de ingresos, en ocasiones con menos dificultades de recolección que los impuestos directos; ser potencial herramienta para mayor acceso y equidad en la medida que se incorporen criterios de solidaridad (transferencia de fondos) entre el sistema de seguro social y la cobertura de atención pública, y por sobre todo, sistematizar, coordinar, monitorear la oferta, vía sistemas de incentivos en los mecanismos de pago o proveedores y de subcontratación de servicios participantes de otros subsistemas (públicos y privados). Esta tarea ha resultado de gran relevancia en términos de “ordenar” el mercado prestador, generando ciertos estándares de calidad relativa, a la vez que hace más eficiente y competitiva la prestación de servicios de salud.

En otras palabras, un sistema de aseguramiento social se encuentra llamado a cumplir un rol estratégico en la asignación eficiente de recursos dentro del sector por lo cual debería acceder a cuatro principios generales:

- 1- Un paquete definido de servicios que se encuentre disponible para los usuarios.
- 2- Un padrón definido de beneficiarios.
- 3- Criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre usuarios sanos y no sanos.
- 4- Criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres.

A su vez, se puede agregar que la organización de un sistema de aseguramiento social cuenta con dos dimensiones: una horizontal y otra vertical.

La dimensión horizontal establece los patrones de cobertura desde la equidad del sistema en cuanto a las relaciones entre cada uno de los actores o subsistemas que participan en la atención de la salud, que a su vez, forman parte de la red de aseguramiento social.

En la dimensión vertical se establecen las relaciones de cada una de las estructuras que participan de la red de aseguramiento social, desde la organización interna de funcionamiento. Se constituye por cinco escalones que refieren a las fuentes de financiamiento, a los métodos de gerenciamiento de fondos, a los criterios de aseguramiento, a la estructura de provisión de servicios y a los métodos de pago al personal. Presenta los aspectos de cobertura del esquema de aseguramiento social, visto desde el lado de la eficiencia interna.

Los sistemas de aseguramiento social en salud cuentan con dos fuentes principales de ingresos: aquellas que provienen de impuestos directos, recaudados por el gobierno nacional y aquellos utilizados para financiar el sistema de salud a través de contribuciones de trabajadores y empleadores a un seguro de salud. Dentro del primer caso se encuentran en particular los sistemas de aseguramiento social que dependen de la autoridad ministerial y en general la red de cobertura pública de todos los países de la región.

Los institutos de seguridad social de las naciones latinoamericanas, en cambio, se alimentan de contribuciones salariales y patronales, con porcentajes de distribución variados. En Argentina, los sistemas de seguros privados se establecen a través de pagos voluntarios de los afiliados.

Analizando las fuentes de financiamiento de los sistemas de aseguramiento social se pueden plantear varios argumentos que limitan o alientan el desarrollo de este tipo de cobertura en salud:

- 1) Los sistemas de aseguramiento social basados en impuestos directos deben considerar no sólo la recolección de los fondos y su nivel de progresividad y regresividad, sino también los criterios de asignación y uso, que pueden compensar o revertir el sesgo en la recaudación.
- 2) La posibilidad de recaudar fondos de fuentes no relacionadas con el tesoro nacional previene de posibles desfinanciamientos relacionados con volatilidad macroeconómica y son independientes del nivel de regresividad de la recaudación impositiva pero la población contributiva de los sistemas de aseguramiento vía retenciones salariales se limita a aquella proporción de habitantes que cuentan con empleos formales, por ello, el alcance de estos modelos de aseguramiento son limitados.
- 3) Un sistema solidario de aseguramiento social basado en contribuciones salariales cuenta con el beneficio de establecer reglas de subsidios entre participantes, al igual que aquellos que se financian con rentas directas. En ambos casos se debe reconocer cuáles son los grupos receptores netos de subsidios y cuáles los contribuidores netos, a fin de promover la equidad en el acceso a los servicios de salud.
- 4) En todos los casos, se debe priorizar aquellos métodos de recolección que contribuyan a la sustentabilidad financiera del sistema y cuyos fondos sean independientes de usos alternativos (pensiones, turismo, por ej.).

El concepto de seguro que subyace detrás de toda reforma de un sistema de seguridad social descansa en la distribución de riesgo entre afiliados al sistema. La propuesta de múltiples aseguradoras, si bien contribuye a solucionar problemas de ineficiencias operativas relacionadas con los sistemas de seguro públicos tradicionales, atomiza el mercado asegurador, lo que dirige el sistema de salud en la dirección opuesta a la solución eficiente.

En algunos casos, como en las Obras Sociales Nacionales en Argentina, se separa la recolección de fondos de la tarea aseguradora, lo que queda en manos de varios actores del sistema. En éste caso, existe un fondo único que recibe las contribuciones salariales y las distribuye a partir de criterios asociados

principalmente con el valor de un paquete básico de servicios, el cual puede ser corregido por indicadores de riesgo epidemiológico, edad, género, etc. A su vez, existen fondos de redistribución que proveen subsidios a aquellos grupos cuyas contribuciones no alcanzan la cotización del paquete mínimo.

En función de ello, se puede agregar que existen cuatro tópicos que se asocian con la prestación de los servicios de salud:

- 1) La presencia de un paquete básico de servicios: garantiza la organización del sistema de financiamiento a partir de un grupo de servicios asociados con las necesidades de la población. En muchos casos, las instalaciones disponibles no son suficientes para cubrir dichas necesidades por lo que se requiere de una red de atención asociada. Como paquete básico de salud o planes médicos obligatorios, su aplicación real es limitada.
- 2) Sistema centralizado/descentralizado en la organización de los sistemas de provisión: los sistemas de aseguramiento social han incorporado esta estrategia en el área dependiente del Ministerio de Salud y en las instituciones de aseguramiento social en Argentina.
- 3) Los procesos de desintegración vertical y/o subcontratación de los servicios de salud tienen tres posibles objetivos: ampliar cobertura subcontratando servicios que se encuentran fuera de la red de aseguramiento, buscar mayor eficiencia en la asignación de recursos a partir de lo cual se separa el financiamiento de la provisión de servicios o transferir el riesgo al proveedor.
- 4) Mecanismos de pago a proveedores y profesionales: los sistemas de aseguramiento social no cuentan con mecanismos de incentivos en la estructura de pagos a sus instituciones y profesionales. Las asignaciones se realizan a través de presupuestos fijos por institución y salarios uniformes por agente. Las excepciones a la regla la constituyen los sistemas de aseguramiento social en Argentina y Uruguay donde los pagos utilizan criterios de capacitación y módulos (pago por caso).

Las tendencias en las reformas del seguro social en la región han apuntado a unificar fondos de contribuciones, compartir riesgos entre grupos de población con distintos status sanitario y aumentar los

esfuerzos hacia modelos solidarios. Sin embargo, la organización interna del sistema ha dependido de los ámbitos de reforma. En Argentina, por ejemplo, la tendencia se presentó de la siguiente manera:

Descentralización pública + desregulación de los sistemas de seguridad social – intensa red de contratos de incentivos y prestación entre sector público, seguro social y seguros privados.

En razón de ello se ha sostenido que un sector público con alto presupuesto y calidad de atención permite el acceso a servicios de salud a altos contingentes poblacionales de todos los niveles de ingreso, lo cual lleva al desarrollo de un sector privado de poca magnitud pero de gran nivel de complejidad, a fin de diferenciarse del sector público. La baja calidad del servicio público permite el surgimiento de un sector privado amplio, con bajos diferenciales en calidad adicional. La organización y características del sector privado afecta la estructura de la competencia y los incentivos generados por un mercado mayoritariamente organizado bajo formas de seguro privado con abono de cápitas difieren de aquellos en los cuales la atención se articula a través de visitas individuales a médicos y pagos por prestación. También los mecanismos de subsidios cruzados y transferencia de pacientes se encuentran sujetos a la naturaleza de actores e instituciones participantes, donde los mecanismos de aseguramiento social juegan un papel destacado.

Estas consideraciones han llevado a reflexionar sobre la clasificación de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe agrupados en cuatro modelos, según su estructura organizacional:

-Modelo público integrado: este grupo está formado por las naciones del Caribe de habla inglesa (Bahamas, Barbados, Jamaica, Trinidad y Tobago) y Costa Rica. El sistema público concentra la mayor proporción del financiamiento, la propiedad de los servicios y la cobertura de atención. Sus indicadores de cobertura son altos y sus indicadores de salud, satisfactorios y por encima del promedio regional. En términos de la organización de sus sistemas de aseguramiento social, salvo en el caso de Costa Rica, todos ellos cuentan con un sistema de aseguramiento social organizado bajo el modelo de atención pública universal, con paquetes de servicios no establecidos explícitamente. Costa Rica cuenta con un subsector

público, dependiente del Ministerio de Salud y un Instituto de Seguridad Social que trabajan coordinadamente, distribuyéndose la atención preventiva y primaria, a cargo del sector público, de la de mayor complejidad, dirigida por la Caja.

-Modelo segmentado: se encuentra integrado por la mayor parte de las naciones latinoamericanas y cuenta con una marcada segmentación en la provisión de servicios de salud donde se identifican tres subsistemas. Dentro del sector público pero actuando con baja o nula coordinación, se encuentran el subsistema público dependiente del Ministerio de Salud, con amplia capacidad instalada, fuertes limitaciones presupuestarias y bajo rendimiento; el instituto de seguridad social, con cobertura de trabajadores formales, mayoritariamente urbanos; y el sector privado, con baja presencia de sistemas privados de salud y fundamentalmente establecido por una red de médicos individuales, farmacias y otros profesionales de la salud. En estos casos, el sistema de aseguramiento social se concentra en los institutos de seguridad social, los cuales cuentan con cobertura limitada y el sector público. Los mecanismos de coordinación son limitados concentrándose en sistemas de subsidios cruzados.

-Modelo público con subcontratos: Brasil es la única nación de la región que cuenta con un sistema universal de salud, financiado por el sector público y cuya provisión cuenta con una red de servicios propios y subcontratados al sector privado.

-Modelo intensivo en contratos: se aplica en 4 naciones (Chile, Colombia, Argentina y Uruguay), cuyos sistemas de salud son marcadamente diferentes entre sí. Argentina cuenta con un sistema amplio de Obras Sociales e instituciones de seguridad social, que se coordinan a través de subcontratos de prestación con el subsistema privado de atención de la salud. La cobertura de los sistemas de aseguramiento social es amplia y el subsector público cuenta con una cobertura teórica del 30 % aproximadamente. El subsector privado se financia a través de seguros privados de salud y subcontratos del subsistema de seguridad social.

Ampliando ésta clasificación respecto a la República Argentina, específicamente se puede decir que cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social. Si bien las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el fondo PAMI con contribuciones solidarias de pasivos y activos, los fondos provinciales y las Obras Sociales Nacionales gerenciadas por el ANSES. A diferencia de los sistemas de aseguramiento de otras naciones de la región, en la Argentina existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras –ya sean ellas Obras Sociales, prepagas o fondos especiales- y la esfera prestadora de servicios, crecientemente privada. La red de subcontratación es amplia, como así también la variedad de instituciones intermedias, los mecanismos de incentivos presentes en los contratos y los sistemas de transferencia de riesgo, incluso dentro de los mismos centros de salud.

Las naciones incluidas dentro del sistema segmentado cuentan con dos fondos, los cuales se utilizan independientemente. Sin embargo, se ha observado la existencia de subsidios cruzados que, ex post, intentan brindar un mayor contenido solidario a la prestación de sistemas de salud. Si no existen transferencias entre sectores, los sistemas de seguridad social no integrados corren riesgos de generar un sistema de salud dual, donde el sector público cuenta con menos recursos y recibe a los pacientes más “costosos”, en tanto el seguro de salud “descrema” al mercado (captura a los grupos de mayores ingresos). (Maceira, 2003)

Esta tendencia surgida por el subsidio encubierto del Estado a favor de terceros pagadores, ha demostrado que el hospital público está facultado y obligado a cobrar pero no puede lograrlo a causa de los vacíos normativos o debilidades de gestión, lo cual ha limitado los fondos públicos o recursos hacia la atención de personas que carecen de cobertura, aceptando por omisión el enriquecimiento sin causa de las empresas y organizaciones propias del mercado y la seguridad social.

Aquello que la reforma de los años noventa no ha podido concluir en materia normativa, regulatoria, de control y sancionatoria respecto a la equidad distributiva en salud y las reglas de juego en los tres

Dra. Nadia Yanina Chajud

“Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública”

subsectores, lo ha delegado en la figura del Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD). De ésta manera, claramente se ha podido visualizar la recaída de las contradicciones no resueltas en el ámbito de formulación en el mismo Hospital público, como ámbito de implementación. En cuanto a los procedimientos y a las capacidades de gestión hospitalaria, los procesos diferenciados de facturar y cobrar prestaciones a los terceros obligados se podría decir que no se han cumplido en forma eficiente ya que cuando los montos facturados son realmente importantes suele saberse cuanto se factura pero casi nunca se sabe cuánto se perdió de facturar. Es decir, cuando el Hospital factura poco supone que atiende a muchas personas “sin cobertura” cuando en realidad no cuenta con sistemas de información y gestión que permitan automatizar sus procesos de detección y menos, cuantificar la pérdida. Tampoco suelen saber qué porcentaje de población con cobertura se atiende. Cuando el Hospital cobra muy poco se piensa que las Obras Sociales no pagan, lo que contribuye al desánimo de seguir facturando cuando en realidad el Hospital comete errores de procedimiento. La mayoría de los hospitales que han logrado incrementar sus montos facturados lo han hecho con gran esfuerzo y poca tecnología. Si el hospital contara con soluciones informatizadas y organizadoras de la tarea se evitaría que la carga del trabajo y de la prueba se deposite en el paciente y el personal administrativo afectado a tareas de facturación y a su vez se evitaría que el paciente haga lo posible para que no sea descubierta su cobertura por los trámites que deberá realizar.

Muchos hospitales carecen de capacidad organizativa y tecnológica para llevar adelante el desafío de recuperar costos o incrementar en forma significativa sus recursos genuinos. El problema radica no en la no existencia de pacientes con obra social sino en el círculo vicioso de la no-gestión. La cultura hospitalaria adolece y hasta rechaza la mirada gerencial por lo que no asume la reorganización como un desafío y no sólo cuando se trata de la recuperación de costos.

La mayoría de los hospitales carece de sistemas informáticos básicos para realizar gestión de costos, control del gasto y medición de los consumos, análisis y administración presupuestaria, entre otros indicadores elementales, que permitan “racionalizar o gastar bien para no ajustar”. Resulta escalofriante aceptar que millones y millones de pesos que se invierten en centros asistenciales de salud se administran

en no pocos casos y en el siglo XXI, con el cuaderno y el lápiz, fichas de cartón o con utilitarios de uso familiar.

El problema de la des-inversión en el sector puede estar asociado a la falta de recursos económicos pero más aún se asocia con un problema cultural de las organizaciones públicas de salud. La desvalorización del trabajo administrativo; la toma de decisiones a partir de los problemas ya instalados y a menudo urgentes; la poca demanda de información estadística básica, actualizada y oportuna; y, la rutinización de circuitos de gestión sin innovación tecnológica que faciliten esas tareas, entre tantas otras características institucionales, contribuyen a que las áreas de gestión mantengan estructuras, herramientas y procedimientos tradicionales y lentos para las necesidades actuales.

Como alternativa superadora a estos problemas se puede mencionar como ejemplo al Hospital Cosme Argerich. Ésta institución contaba con un sistema informático para el otorgamiento de turnos de algunas especialidades y la internación de pacientes pero no automatizaba las tareas de detección de cobertura o facturación de prestaciones. El eje de la propuesta se centró en considerar la informatización como una nueva oportunidad de mejorar la eficiencia de las tareas de gestión de pacientes, a partir de reorganizarlas y simplificarlas, poniendo especial énfasis en solucionar el problema de las colas y esperas, la disminución de tramites a cargo del paciente y la jerarquización del trabajo del personal administrativo. Se trabajó en la unificación de los procesos médico asistenciales y en revertir mitos y costumbres institucionales. Se discutieron sobre las colas en la madrugada, confort en la espera, calidad en la información al público, programación de turnos a futuro, circuitos médico asistenciales y administrativos, cuidados de la historia clínica, calidez en la atención, etc.

Siguiendo contenidos técnicos y operativos en la tarea de informatización, la automatización de la búsqueda por padrón y la emisión de formularios para facturar, comenzó a transparentar la cobertura que antes no se detectaba.

La tarea tuvo una clara definición política e ideológica, congruente con los principios normativos y filosóficos de la gestión. El incremento no es producto de ninguna selección adversa, ni la imposición de barreras en la accesibilidad de las personas. Significó la oportunidad de volver a revisar y actualizar el debate dentro y fuera del Hospital en relación a la calidad de la atención, el derecho a la salud y su estrecha vinculación con los recursos, la accesibilidad y la solidaridad que la ciudad mantiene frente a las necesidades de salud más allá de quiénes son sus contribuyentes.

El ejemplo mencionado contribuye a pensar en la experiencia de informatización como modo de revertir una inercia en la modernización de la tarea administrativa que se percibe en las instituciones públicas de salud.

El desarrollo de este tipo de estrategia política supone un cruce entre tecnologías y un cambio radical en los procesos y en la cultura organizacional imponiendo un proceso innovador en lo técnico y político que requiere de nuevas competencias, habilidades y formas de trabajo.

El problema se define a partir de pensar en cómo recuperar la mística de la defensa de lo público a partir de las acciones concretas de gobierno.

La recuperación efectiva de conceptos vaciados de contenidos sólo puede realizarse a partir de darles coherencia tangible en el plano de la realidad donde el espacio institucional y la función pública son los ámbitos adecuados. (Lareo et al., 2004, pp. 9-18)

Diseño metodológico

La orientación metodológica: éste trabajo de investigación se rigió por el enfoque cuantitativo para la recolección y el análisis de datos por permitir contestar a las preguntas de investigación y probar la hipótesis establecida previamente a través de la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística (Hernández Sampiere et al., 2004, pp.9-19) para establecer con exactitud cuál es la demanda de pacientes con obra social y su correspondiente recuperación de costos en el Servicio de Guardia Medica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” durante el año 2.019.

Tipo de estudio: en función de los objetivos planteados en esta investigación y el enfoque cuantitativo seleccionado, el presente trabajo consistió en un estudio descriptivo al buscar especificar cuál es la demanda de pacientes con obra social y su correspondiente recuperación de costos en el Servicio de Guardia Medica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” durante el año 2.019. (Hernández Sampiere et al., 2004, p. 117)

Hipótesis: El Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” durante el año 2019 contó con una alta demanda de pacientes con obra social y baja recuperación de costos. Esta explicación tentativa del fenómeno investigado en este trabajo formulada a manera de proposiciones ha surgido de los objetivos planteados, las preguntas de investigación formuladas y de los antecedentes consultados. Asimismo esta explicación propone tentativamente las respuestas a las preguntas de investigación ya mencionadas. (Hernández Sampiere et al., 2004, p.p. 140-151)

Diseño: observacional, retrospectivo y transversal.

Partiendo del término “diseño” que refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea, esta investigación se caracteriza por ser observacional al pretender sólo recolectar información sobre la demanda de pacientes con obra social que acuden a un efector público de salud y su correspondiente recuperación de costos en el año 2.019 sin realizarse ningún tipo de intervención sobre el objeto de estudio.

Se trata a su vez de un estudio retrospectivo ya que la información a recolectar corresponderá a atenciones médicas realizadas en el transcurso del año 2019 a pacientes con obra social en el Servicio de Guardia Médica del Hospital “Dr. Gerardo Domagk”. Tales pacientes serán observados una sola vez en un momento determinado por lo que se reconoce como un estudio transversal. (Hernández Sampieri et al., 2004, p.p. 184-276)

Universo de estudio: Todos los pacientes que concurren al Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Dr. Gerardo Domagk”.(Hernández Sampieri et al., 2004, p. 304)

Muestra: Pacientes con obra social que concurren a la Guardia Médica del Hospital “Dr. Gerardo Domagk” en el transcurso del año 2019. (Hernández Sampieri et al., 2004, p. 305)

Herramientas de recolección: se extraerán los datos del libro de guardia del Servicio de Guardia Médica del Hospital “Dr. Gerardo Domagk” y de los registros del sector Arancelamiento del mismo hospital. (Hernández Sampieri et al., 2004, p.p. 344-436)

Análisis e interpretación de los datos

La recopilación de la información desde la aplicación del enfoque cuantitativo en conjunción con los datos secundarios provenientes de la revisión de la literatura expuestos en el capítulo dedicado al marco teórico de ésta investigación, han permitido acceder al abordaje del objeto de estudio.

El objetivo principal de ésta investigación que apuntó al análisis de la demanda de pacientes con obra social y su correspondiente recuperación de costos en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” durante el año 2019, ha posibilitado la aproximación al fenómeno en estudio ubicando el tema de ésta investigación en el contexto del sistema público de salud dejando “hablar” a las cifras escritas en el Libro de Guardia y en los registros de los servicios de Guardia Médica Activa y Arancelamiento en función de las categorías de análisis “demanda de pacientes con obra social” y “recuperación de costos”.

Tabla 1

Pacientes registrados con obra social y sin obra social en los Servicios de Guardia Médica Activa y Arancelamiento del Hospital “Gerardo Domagk” en el año 2.019

Servicios	Pacientes con obra social		Pacientes sin obra social		Total	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Guardia Médica Activa	1.831	31,53	3.977	68,47	5.808	100
Arancelamiento	178	3,06	0	0	5.808	100

Análisis de los datos:

La tabla 1 refleja por un lado, la coincidencia de ambos servicios del hospital respecto al total de pacientes atendidos en el año 2.019 cuya cifra en valores absolutos se corresponde con 5.808 (100%); mientras que por otro lado, evidencia claramente la diferencia entre ambos servicios respecto a las categorías de análisis “demanda de pacientes con obra social” y “recuperación de costos”. En este sentido, permite observar que del 100% de los pacientes atendidos, el Servicio de Guardia Médica Activa registró un 31,53% de pacientes con obra social, mientras que el Servicio de Arancelamiento registró sólo un 3,06%. Estos datos demuestran a su vez, una marcada diferencia en el total de pacientes sin obra social que han sido atendidos en la misma institución hospitalaria al señalar que el Servicio de Guardia Médica Activa registró un 68,47% y que en el Servicio de Arancelamiento el porcentaje fue del 0%. Tales diferencias fuertemente marcadas, han permitido responder a los objetivos planteados en esta investigación y contribuyeron a su vez a confirmar la hipótesis planteada la cual había sido definida de la siguiente manera: A mayor demanda de pacientes con obra social, menor recuperación de costos. A la luz de la literatura utilizada, tales datos permitieron evidenciar entre el sector público y la seguridad social, al subsidio cruzado o encubierto, generado por los mismos hospitales públicos de gestión descentralizada que representa un factor de inequidad distributiva y desigualdad social dado que no siempre cubren los costos incurridos e impiden que la totalidad de los recursos públicos se asigne a la mayoría de la población con necesidades económicas. (Moscoso, Clark, 2011)

Tabla 2

Número de pacientes registrados con mayor atención en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” en el año 2.019, según tipo de obra social

Tipo de obra social	Pacientes	
	V.A.	%
IOSPER	945	59
OSECAC	255	16
PAMI	197	12
OSPECON	133	8
PROFE	65	5
Total	1.595	100

Análisis de los datos:

La tabla 2 demuestra que más del 50% de los pacientes atendidos con obra social en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital de referencia en el año 2019 pertenecen a la obra social IOSPER y que un porcentaje menor al 16% se beneficia de las obras sociales OSECAC, PAMI, OSPECON y PROFE. Estos datos, tal como se viene argumentando, cuestionan la lógica de funcionamiento del sector público basada en la búsqueda de un cierto equilibrio entre objetivos sociales (atendiendo a la población sin cobertura ni recursos) y medidas de eficiencia (optimizando los recursos obtenidos).(Moscoso, Clark, 2011) Asimismo demuestran los vacíos normativos o debilidades de gestión y la aceptación por omisión del enriquecimiento sin causa de las empresas y organizaciones propias del mercado y la seguridad social.(Lareo et al., 2004)

Tabla 3

Número de pacientes registrados con mayor atención en el Servicio de Arancelamiento del Hospital

"Gerardo Domagk" en el año 2019, según tipo de obra social

Tipo de obra social	Pacientes	
	V.A.	%
OSPACA	37	51,38
OSPA VIAL	35	48,62
Total	72	100

Análisis de los datos:

En la tabla 3 se observa que del total de pacientes registrados con mayor atención, según el Servicio de Arancelamiento, un 51,38% pertenece a OSPACA y que un 48,62% pertenece a OSPA VIAL. Siguiendo a los aportes teóricos abordados en esta investigación en función de las contradicciones que venimos sosteniendo que son no resueltas en el ámbito de formulación en el mismo Hospital público, en cuanto a los procedimientos y a las capacidades de gestión hospitalaria, el contenido de esta tabla se acerca a los procesos diferenciados de facturar y cobrar prestaciones a los terceros obligados que no se cumplen en forma eficiente. Cuando el Hospital factura poco supone que atiende a muchas personas “sin cobertura” cuando en realidad no cuenta con sistemas de información y gestión que le permita automatizar sus procesos de detección y menos, cuantificar la pérdida. Tampoco suelen saber qué porcentaje de población con cobertura se atiende. Cuando el hospital cobra muy poco se piensa que las Obras Sociales no pagan, lo que contribuye al desánimo de seguir facturando cuando en realidad el Hospital comete errores de procedimiento.

Tabla 4

Número de pacientes registrados con menor atención en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” en el año 2.019, según tipo de obra social

Tipo de obra social	Pacientes	Frecuencias	V.A.	%
OSPA VIAL	29	1	29	12,29
OSPE / CEN SALUD	18	2	36	15,25
UOM / OSPACA	16	2	32	13,55
UTA	15	1	15	6,35
OSPEDYC	12	1	12	5,09
CAMIONEROS	11	1	11	4,67
OSUTHGRA	9	1	9	3,81
ELEVAR	7	1	7	2,96
UNION PERSONAL	6	4	24	10,17
OSPRERA / IOSFA / ATSA-OSPSA/ AMUR / OSMATA / OSDE	5	2	10	4,23
OSPM / OSDOP	4	3	12	5,08
OSAM / IAPOS	3	5	15	6,35
LUZ Y FUERZA/ OSSACRA / SESEVI SALUD / GALENO / MEDIFE /OSUNER / SANCOR SALUD	2	4	8	3,40
SWISS MEDICAL / PAPELEROS/ IOSE/OSEN/IAPSER JERÁRQUICOS SALUD/ OSFATUN/ ISPICA/RED U./ CONducIR SALUD/ GRUPO SAN NICOLÁS/ OSPAP/OSPSIP/POLICIA FEDERAL/ OSSIMRA/ AMUPRO	1	16	16	6,80
Total	-	-	236	100

Análisis de datos:

La tabla 4 refleja una gran cantidad de pacientes registrados con el número de atenciones menores a 30 pertenecientes a una gran variedad de obras sociales en el Servicio de Guardia Médica Activa del hospital de referencia en el año 2019.

Estos datos se relacionan con los aportes teóricos propios de esta investigación al señalarse los principales aspectos que debieran priorizarse para alcanzar una cobertura igualitaria para todos los habitantes del territorio argentino. Los mismos se resumen en la necesidad de fortalecer la presencia estatal en la regulación, financiamiento y provisión de servicios de salud y requieren de la modificación del balance actual entre gasto privado y público en servicios de salud. Es decir que los tres tipos de fragmentación del sistema de salud en Argentina deben apuntar al fortalecimiento del componente nacional del gasto público con metas de largo plazo claramente definidas para encauzar la construcción paulatina de un sistema de salud integrado donde todos los ciudadanos del país gocen de una cobertura homogénea asegurada por el Estado. (Cetrángolo, 2011)

Tabla 5

Número de pacientes registrados con menor atención en el Servicio de Arancelamiento del Hospital “Gerardo Domagk” en el año 2019, según tipo de obra social

Tipo de obra social	Pacientes	
	V.A.	%
UOM	25	23,59
OSUTHGRA	23	21,69
OSPE	21	19,82
OSDOP	19	17,93
ELEVAR	14	13,20
OSAM	4	3,77
Total	106	100

Análisis de los datos:

Esta última tabla refleja una vez más una marcada diferencia entre el Servicio de Guardia Médica Activa (registrada en la tabla anterior) y Arancelamiento en relación al número de pacientes registrados con atenciones menores a 30 en el hospital mencionado en el año 2019.

En consecuencia, estos datos en conjunción con la teoría propia de esta investigación, demuestran que instalar la relevancia y necesidad de reforma en la salud resulta no sólo difícil sino también de gran complejidad por tratarse de un sector con importantes intereses en juego provenientes de diferentes actores (sindicatos, industria farmacéutica, prestadores públicos, prestadores privados, profesionales de la salud, entre otros). Al mismo tiempo sugieren que una

reorientación de las políticas puede implicar encontrar un sendero de mayor equidad a largo plazo. (Cetrángolo, Goldschmit, 2018)

Los datos analizados correspondientes a las cinco tablas descriptas apuntaron, siguiendo a la relevancia social de éste trabajo, a brindar conocimientos científicos que contribuyan a definir prioridades a favor de la cobertura universal del sistema público de salud a través de la articulación de intereses y acciones sobre políticas saludables bajo una adecuada división de responsabilidades, a fin de evitar la dispersión de esfuerzos y recursos.

Conclusiones

Analizar cómo se caracteriza la demanda de pacientes con obra social y la recuperación de costos en el Servicio de Guardia Médica Activa del Hospital “Gerardo Domagk” de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, durante el año 2019 ha sido el objetivo general al que se apuntó en éste trabajo de investigación. La preocupación por lograrlo surgió por el hecho de ir observándose cada vez más el aumento de la demanda de pacientes con obra social en las guardias realizadas por la profesional que suscribe, sumado al desconocimiento del porcentaje de dicha demanda y por ende de la recuperación de sus costos. Las múltiples quejas relacionadas con el gasto que el Hospital genera al atender éste tipo de pacientes y a su vez, el doble gasto de éstos pacientes en pagar su obra social y mantener al sistema público fueron las razones que motivaron a recorrer éste proyecto de investigación.

Las observaciones objetivas de datos cuantificables correspondientes a los Servicios de Guardia Médica Activa y Arancelamiento del hospital mencionado, asociadas a los antecedentes teóricos y al bagaje conceptual, han contribuido a confirmar la hipótesis caracterizada desde una correlación bivariada cuantitativa que ha sido planteada de la siguiente manera: A mayor demanda de pacientes con obra social, menor recuperación de costos.

La confirmación de dicha hipótesis alcanzada a través de un diseño metodológico de tipo observacional, retrospectivo y transversal permitió visualizar sobre el objeto de estudio, datos desiguales entre el Servicio de Guardia Activa y el Sector Arancelamiento del mismo hospital. Tales datos se vieron reflejados teóricamente en lo expuesto en cuanto al sistema de salud argentino, caracterizado como irracional y fragmentado, que nunca ha logrado una integración entre los tres subsectores que lo conforman para alcanzar un sistema de cobertura universal por el atravesamiento de medidas políticas y modelos económicos de los últimos años que hicieron

surgir al llamado subsidio encubierto como factor de inequidad distributiva y desigualdad social. De este modo, viéndose favorecidos el mercado y la seguridad social ante esta tendencia que no permite la asignación de la totalidad de los recursos públicos a la población de bajos ingresos económicos, el hospital público caracterizado por sus vacíos normativos o debilidades de gestión, se enmarca en el desafío de su reorganización para recuperar costos o incrementar en forma significativa sus recursos genuinos.

La recuperación efectiva de conceptos vaciados de contenidos, lejos de plantear como problema principal la no existencia de pacientes con obra social, lleva así a pensar en el círculo vicioso de la no-gestión desde el espacio institucional y la función pública como ámbitos adecuados que contribuyan a definir prioridades articulando intereses y acciones a favor de la cobertura universal del sistema público de salud. (Tobar, 2002)

De este modo, formular políticas saludables donde se integren todos los subsistemas, rescaten las funciones rectoras en salud y establezcan una adecuada división de responsabilidades en el sistema de salud, permitirá avanzar hacia un sistema plural buscando que el todo sea más que la suma de las partes y no una dispersión de esfuerzos y recursos.

En este sentido, avanzar hacia un sistema plural implicaría sumarse a la propuesta de reorganización del sistema de salud basado en un mercado de seguros de salud que opere en condiciones de competencia regulada en función de resultados sanitarios obtenidos, de la organización y socialización de un financiamiento de tratamientos de enfermedades catastróficas mediante un seguro nacional donde las prestaciones, los medicamentos e insumos se establezcan impositivamente y las poblaciones se determinen perfectamente de modo que se puedan aplicar cálculos actuariales; en la universalización de la cobertura médica mediante seguros públicos de salud donde los gobiernos provinciales conducirían las reformas en sus provincias según sus posibilidades y necesidades respetando las particularidades de cada una pero con una orientación

Dra. Nadia Yanina Chajud

“Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública”

común; y, un despliegue de acciones localizadas de prevención y de promoción de la salud donde los municipios alcancen progresivamente los rasgos de un municipio saludable concentrando sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud.

El despliegue de dicha estrategia para alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad permitirá que sus acciones básicas se proyecten hacia el compromiso de dar respuesta a las necesidades básicas de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.

Trabajar en la proyección de las acciones básicas mencionadas aportará a obstaculizar la representación de un sistema de salud que no puede brindar a sus usuarios atención continua e integral, producto de la fragmentación entre el aseguramiento y la prestación de los servicios. A su vez, siguiendo al célebre Dr. William Osler desde su frase “la Medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad”, permitirá significar a cada paciente como una historia distinta, a la efectividad de la medicina basada en el estudio estadístico, a los modelos de atención en salud como sistemas eficaces de atención primaria orientados a la familia y la comunidad, al enfoque de ciclo de vida con sus consideraciones de género y particularidades culturales, a fomentar el establecimiento de redes de atención de salud junto a la coordinación social por la continuidad adecuada de la atención.

Lograr más cooperación y menos competencia entre los prestadores y aseguradores de manera tal que los financiadores (aseguradores) de servicios sean responsables por la selección de prioridades, planes de largo plazo de salud locales y estrategias integrales de intervención a lo largo de las redes de servicios de salud hará que las redes integradas de servicios de salud se presenten como una estrategia para superar ésta fragmentación hacia la mejoría de la accesibilidad al sistema, la reducción del cuidado inapropiado y la fragmentación del cuidado

Dra. Nadia Yanina Chajud

“Demanda de pacientes con obra social y recuperación de costos en salud pública”

asistencial evitando la duplicación de infraestructura y servicios, la reducción de los costos de producción y de transacción para responder mejor a las necesidades de salud de la comunidad.

En éste sentido, al finalizar este trabajo de investigación, se desea destacar el desafío de la salud pública en aspirar a generar cambios en la identidad hospitalaria que represente al hospital como actor inmerso en el conjunto de los proveedores de servicios asistenciales y no como el centro clave de la asistencia. Estos cambios permitirán la actuación del primer nivel de atención como punto de entrada clave a todo el sistema llevando al reconocimiento del hospital como un lugar a donde acuden los usuarios del sistema a quienes no se les ha podido solucionar sus problemas de forma ambulatoria y/o domiciliaria. A su vez, permitirán contar con procesos adaptativos diseñados para dar continuidad e integralidad a los tratamientos iniciados en otros componentes de la red dado que los procesos productivos del establecimiento no comienzan ni terminan en sus muros.

Comenzar a transitar hacia dicho desafío implicaría sumarse a un esfuerzo racionalizador que cambiaría de forma progresiva las conductas de todos los actores involucrados en el sistema, desde el gobierno nacional hasta los propios ciudadanos, pacientes y usuarios, hacia el efectivo goce del derecho universal de la salud.

Bibliografía

Belmartino, S. (2009). *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. www.unsam.edu.ar

Cetrángolo, O. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* (1° ed.). Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. www.paho.org

Cetrángolo, O., Goldschmit, A. (2018). *Obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*. fcece.org.ar

Chiara, M. (2012). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. (1° ed.). Universidad Nacional de General Sarmiento.

Fracchia, E. López Amorós, M. (2016). *El sistema de salud en Argentina: situación actual y desafíos*. www.la5pata.com

Hernández Sampieri, R. et al. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3° ed.) McGraw-Hill Interamericana.

Lareo, M. et al. (2004). *Salud pública, capacidad estatal y equidad: una decisión política a implementar...* www.biblioteca.municipios.unq.edu.ar

Maceira, D. (2011). *Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina*. www.conicet.gov.ar

Maceira, D. (2003). Seguros sociales de salud en el cono sur: experiencias y desafíos. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. www.danielmaceira.com.ar

Moscoso, N. Clark, M. (2011). *Relevancia de la estimación de costos para la gestión hospitalaria*. www.bibliotecavirtual.unl.edu.ar

Salud y Derechos Humanos (2017, Diciembre 29) www.who.int

Tobar, F. (2002). *¿Cómo curar el sistema de salud argentino?* Revista Panamericana de Salud Pública. www.iris.paho.org

30 de octubre de 1895. Nace el Dr. Gerhard Johannes Paul Domagk, Premio Nobel en 1939,
(2018/10/30) www.especialidades.sld.cu