

SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA ORGANIZACIONES FINANCIADORAS DE SALUD: EL CASO DE LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES DE ARGENTINA

Sandra CANALE
Universidad Nacional del Litoral
(Argentina)

Héctor DE PONTI
Universidad Nacional del Litoral
(Argentina)

Mariano MONTEFERRARIO
Universidad Nacional del Litoral
(Argentina)

RESUMEN:

El sistema sanitario argentino se caracteriza por su alta fragmentación y competitividad. En dicho mercado, las Obras Sociales Provinciales son un grupo de entidades que cuentan con importante representatividad, en tanto cubren el 25% de la población asegurada del país. En un entorno altamente competitivo, necesitan contar con sistemas de contabilidad de gestión que les suministre información útil para la planificación y control estratégico. En este escrito, se comparte la experiencia en el desarrollo de indicadores de gestión para el análisis de la demanda prestacional, información relevante para la planificación y control de las organizaciones analizadas.

Palabras claves: indicadores de gestión-salud-demanda prestacional-costo sanitario

1.-INTRODUCCIÓN

Las entidades de salud son organizaciones que cumplen un rol estratégico, no sólo por su participación en la economía del país, sino también por la trascendencia social de su actividad, orientada a mantener y preservar la salud y la calidad de vida de la población. Así, los productos que ofrecen deben reconocerse como bienes económicos muy especiales, que deben gestionarse de modo eficaz y eficiente para el beneficio del conjunto de la sociedad y de las entidades participantes del sector.

Es importante señalar que son instituciones que se desenvuelven en un sector con características muy específicas, las que sin duda repercuten en el comportamiento organizacional, con implicancias especiales en el funcionamiento y el desempeño de los distintos actores que participan del mismo.

El mercado de la salud presenta diversas fallas, lo que provoca que su funcionamiento diste de manera importante a comportarse como los mercados competitivos y tienda a ser ineficiente (Arrow, 1963). Cuando hay fallas se corre

el riesgo que los recursos no sean asignados de una manera socialmente eficiente por el mercado, lo que brinda argumentos en pos de la intervención del Estado para mejorar su performance.

No obstante lo anterior, a nivel mundial no existe un acuerdo generalizado respecto al rol estatal en el área de la salud, lo que deriva en la existencia de distintos sistemas sanitarios que tratan de brindar respuestas organizadas a los problemas de salud de la población.

En Argentina, el sistema de salud combina distintos modelos, lo que provoca una importante segmentación, la que -en principio- se ve materializada por la convivencia de distintos subsistemas, a saber: público, seguridad social y privado (Tobar, 2000). Por otra parte, el sistema político federal del país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen -también- en la fragmentación geográfica, habida cuenta que son veinticuatro las jurisdicciones provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública y brindando cobertura a los empleados públicos provinciales y de los municipios a través de las obras sociales provinciales (Maceira, Cejas y Olaguiaba, 2010)

En este marco, en los últimos años las obras sociales provinciales (OSP) se han convertido en actores relevantes dentro del esquema sanitario argentino. En el año 2008 el gasto de las mismas representó el 0,74% del PBI (PNUD, 2011). Por su parte, de acuerdo a los datos censales del año 2010 se advierte que del total de población país con cobertura formal, el 25% son afiliados a obras y servicios sociales de los estados provinciales (OSP), lo que indica que, uno de cada cuatro asegurados pertenece a este colectivo, agrupando casi 7.000.000 de beneficiarios que anualmente consultan 35 millones de veces a sus médicos (Canale, De Ponti, Monteferrario, 2015; Torres, 2015), mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia en todo el país.

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

La entidad mencionada es un organismo integrado cuya esencia es la gestión de servicios sanitarios que hacen a la calidad de vida, debiendo evolucionar al ritmo de la sociedad. Para ello se ha planteado una estrategia orientada a los usuarios, buscando brindar a sus afiliados una amplia cobertura de salud y un completo esquema de beneficios sociales, controlando el costo prestacional.

No caben dudas que para alcanzar sus objetivos estratégicos, necesitan contar con sistemas de contabilidad de gestión (SCG) que les proporcionen información de gestión. Es importante considerar que las OSP, son entidades complejas en virtud de la cantidad de actividades y servicios desarrollados y de la magnitud y diversidad de afiliados que deben atender. A ello se suma la dispersión y representación geográfica, habida cuenta que se hallan esparcidas por el vasto territorio argentino. Es por ello, que para alcanzar sus objetivos estratégicos, resulta clave que sus directivos trabajen en forma coordinada la gestión de las actividades y propicien la asignación eficiente de los recursos.

Los sistemas de información y control de gestión son reconocidos como herramientas que los gestores organizacionales necesitan para influir en el comportamiento de los empleados, motorizar las actividades y generar información oportuna para la toma de decisiones en pos de la mejora competitiva (Simons, 1991). Dentro de la literatura específica de contabilidad, Chenhall y Morris (1986), Chenhall (2003), refieren al sistema contable de gestión (SCG) como el conjunto de prácticas de gestión que tienden a proporcionar información de múltiples características (externa-interna, financiera-cualitativa, etc.), que los directivos usan para conseguir las metas organizativas

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

El propósito de esta ponencia es el de socializar la propuesta de indicadores que permitieron avanzar en la identificación de la demanda global de la población - a través de las principales estadísticas y tasas de consumo- y los costos de las principales prestaciones brindadas por las Obras Sociales Provinciales. Teniendo en cuenta la magnitud del trabajo del observatorio, en este artículo se realiza un recorte exponiendo consideraciones en torno a indicadores de utilización y costos que permiten medir accesibilidad (consultas médicas), con apertura por provincias y regiones, exponiendo su evolución para el período 2011-2014.

2.-METODOLOGÍA

Para el desarrollo del trabajo a realizar por el Observatorio, en primer lugar se consensó con 23 obras sociales que participan activamente de COSSPRA (sobre un total de 24 miembros), los temas que se consideraban prioritarios y factibles de relevar a los efectos de generar indicadores útiles para la gestión de cada Obra Social. Esta primera instancia participativa posibilitó establecer las dimensiones de análisis y los ejes centrales del relevamiento. A partir de los mismos, se formuló una encuesta que se aplicó desde el año 2011 hasta el 2016.

El cuestionario elaborado fue enviado a la totalidad de las obras y servicios sociales provinciales y abordó los siguientes ejes temáticos: formas de contratación vigentes; tipologías de prestadores contratados; plazos de pago; total de beneficiarios; volumen anual de un grupo de prestaciones significativas (consultas ambulatorias, días cama en piso y en área crítica, imágenes, etc.); valores de referencia provinciales; monto y desagregación de los principales componentes del gasto prestacional.

Cosspra funciona a través de regiones que agrupan a provincias con características similares, de este modo, los datos se procesaron en función de las mismas a saber: Región NOA: Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Salta, Tucumán y La Rioja. Región NEA: Entre Ríos, Chaco, Misiones, Corrientes y Formosa. Región Centro: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires y Santa Fe. Región Cuyo: Córdoba, Mendoza, San Luis y San Juan. Región Sur: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Chubut.

Cada región ha conformado un subcomité técnico prestacional con la participación de funcionarios de las distintas provincias miembros, de este modo representantes del equipo de trabajo de la UNL se reunieron con cada una de estas subcomisiones en encuentros regionales a los efectos de consensuar y aplicar criterios equivalentes en la respuesta de los formularios.

Como paso siguiente, a partir de las respuestas definitivas y el procesamiento de las encuestas se elaboraron los indicadores definidos por el grupo de trabajo para el cumplimiento de los objetivos fijados y se confeccionaron documentos conteniendo tablas y gráficos, mostrando la información por el total país y en forma comparativa entre provincias, regiones y años. Dichos documentos fueron expuestos para su discusión en reuniones regionales y reuniones plenarias de Comité Técnico Nacional de Cosspra.

De esta forma se incentivó la participación de las distintas jurisdicciones, se aclararon dudas existentes en relación a distintas cuestiones indagadas, así como también los representantes provinciales realizaron aportes significativos para el análisis de los reportes preparados y la propuesta de incorporación de nuevos aspectos que no habían sido considerados previamente.

A posteriori de cada reunión regional se distribuyó la información analizada entre los miembros de la región y se realizaron ajustes en el caso de corresponder. Estos nuevos datos retroalimentaron el proceso investigativo y se tuvieron en cuenta para la elaboración de los informes realizados en el mes de noviembre de cada año en reuniones plenarias de Cosspra, donde se expusieron los resultados de los indicadores compartidos en el presente trabajo.

En el año 2014 se produjo un cambio tecnológico en la carga y acceso a la información disponible que mejoró sustantivamente el resultado alcanzado. La

carga de información se realiza a través de una plataforma interactiva donde existe la posibilidad, a través de ayudas contextuales, de verificar el concepto de cada dato que se adiciona, además se puede consultar en línea el dato cargado por las otras jurisdicciones. Se permite, asimismo, actualizar los valores durante cada año para permitir la actualización de precios.

Se brinda también la posibilidad de acceder a datos comparativos con las restantes provincias de la región y del país, a través de la opción Indicadores. De esta forma, el instrumento adquirió mayor relevancia y capacidad de contribuir a la gestión de manera pronta y habitual.

3.-LAS FALLAS DEL MERCADO DE LA SALUD

Las imperfecciones están asociadas de modo fundamental a las asimetrías de información; la incertidumbre acerca de la ocurrencia de la enfermedad y su gravedad, así como también la incógnita respecto al tratamiento más adecuado; la ausencia de un producto homogéneo; la presencia de externalidades y bienes públicos, entre otras (Hsiao, 1999; Balsa y Dubra, 2007).

En relación específica a las asimetrías de la información, el mercado de la salud -en particular- se ve afectado por la diferencia de información existente entre el médico y el paciente, la que otorga al profesional un poder de mercado sobre los servicios a consumir, derivando ello en una relación de agencia, problemática que en modo genérico ha sido planteada por autores como Ross (1973) y Stiglitz (1974). Los inconvenientes se generan cuando el vínculo no está atravesado por la ética y deriva en una relación imperfecta

Por su parte, la falla de mercado que se vincula con la incertidumbre de la presencia de enfermedad y su gravedad, lleva a la búsqueda del aseguramiento por parte del paciente, introduciéndose -de este modo- un tercer actor en el mercado: el financiador. Cabe destacar que aquí nuevamente se observan asimetrías, ya que las organizaciones financiadoras cuentan con menos información que el individuo sobre el riesgo a enfermarse (morbilidad y estado de salud en general) y las posibles acciones que la persona puede desarrollar para controlarlo o profundizarlo (hábitos de dieta, adicciones, vida sedentaria, etc.).

El aseguramiento de la salud puede derivar en dos consecuencias no deseadas, en primer lugar lado el riesgo moral, lo que se podría evidenciar en una tendencia de la gente a utilizar los servicios sanitarios en demasía o a descuidar su salud mas allá de lo óptimo, pues no sería responsable de los costos monetarios de sus acciones (Balsa y Dubra, 2007 ob.cit.; Stiglitz, 2003).

En segunda instancia, la selección adversa, que puede verse materializada en que cada consumidor tenderá a seleccionar un plan de aseguramiento cuyas primas reflejen en forma cercana el gasto esperado para cada clase de riesgo, y con ello la posibilidad de que se ofrezcan tarifas más bajas de aseguramiento a la población con menor propensión a enfermarse y más costosas a la de alta probabilidad (Hsiao, 1999 ob.cit.), y de la mano de esta situación, la amenaza de que este último grupo no pueda acceder a una cobertura de salud. O bien, si se trata compensar el riesgo promedio de un cierto grupo etario y sociocultural fijando un precio medio, la gente más sana que el promedio tal vez decida no tomar un seguro -porque lo considera caro- y si lo harán los individuos que enfrentan altas posibilidades de enfermedad, trasladando los riesgos económicos

y financieros a las aseguradoras, las que en este proceso de selección por riesgos lleguen a un límite donde la prima es tan alta que se niegue el acceso a la cobertura. Estas situaciones, evidencian que el contrato original con un precio "justo" difícilmente llegue a ofrecerse, tema abordado como referencia clásica por Akerlof (1970).

Las problemáticas planteadas han derivado en discusiones ancestrales respecto al rol del Estado en el área de la salud, tema que no ha sido dirimido, teniendo en cuenta que en la práctica existen distintos modelos, motivo por el cual en el apartado siguiente se procede a analizar el caso de Argentina.

4.-EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO

4.1.-Caracterización

En Argentina el sistema de salud combina distintos modelos, lo que deriva en la existencia de una importante segmentación, la que -en principio- se ve materializada por la convivencia de distintos subsistemas, a saber: público, seguridad social y privado. En líneas generales, el sistema sanitario del país asienta sus bases en la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes, con independencia de que cuenten, además, con algún tipo de aseguramiento social o privado. La ciudadanía, en su conjunto, a través del pago de impuestos financia estas prestaciones y el Estado -en sus diversos niveles- asegura el financiamiento de este grupo afectando recursos del presupuesto público.

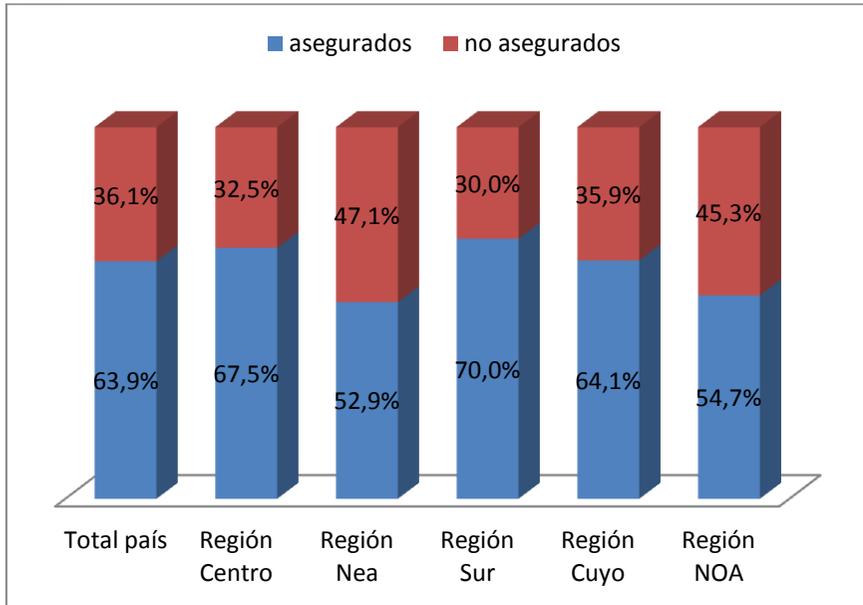
Dentro de la seguridad social se incluye a beneficiarios vinculados, en el presente, al sistema laboral, los que aportan -junto a su grupo familiar- a una Obra Social. Este grupo involucra, también, a aquellos que desarrollaron actividades en su etapa activa y a su retiro reciben los beneficios de aseguramiento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

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

De acuerdo a los datos del último censo a nivel país publicado por INDEC en el año 2010, sobre una población total de 40.117.096 habitantes, aproximadamente el 64% de los argentinos tiene cobertura formal de Obra Social o Plan de Salud, en tanto que el 36% restante posee atención sanitaria a cargo exclusivamente del Estado.

Si se desagrega esta información en función de las regiones COSSPRA se visibilizan importantes dispersiones, teniendo en cuenta que en la región NOA la población sin cobertura presenta valores más elevados que el promedio nacional, ubicados alrededor del 45%, en tanto que en la Región Centro, se observa un porcentaje en torno al 32%, por debajo de la media (Gráfico 1).

Gráfico 1-Población Argentina con cobertura desagregada por Regiones COSSPRA



Fuente: Censo INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Argentina) 2010

Es importante considerar que la segmentación del sistema sanitario argentino no sólo se trasluce de la coexistencia de los subsectores, sino también porque al interior de cada uno de ellos se observa una importante dispersión. En el caso de la seguridad social y el subsector privado se visibiliza que ambos están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto a cantidad y tipo de población que agrupan, recursos financieros disponibles por afiliado y modalidades operatorias (Maceira, 2011).

De acuerdo a datos aportados por la Superintendencia de Seguros de Salud, el sistema de seguridad social agrupa a más de 300 obras sociales solamente dentro del sistema nacional (ley 23660/61), una cantidad importante de obras sociales con leyes específicas fuera de dicho sistema, las obras y servicios sociales provinciales y un interesante número de cajas y servicios sociales de profesionales que se replican en todas las provincias. En tanto que, los seguros privados, reproducen el esquema múltiple de las obras sociales introduciendo un elemento adicional de distorsión, ya que al tener valores de comercialización en función de los planes de cobertura, limitan el financiamiento en función del ingreso al valor de la cuota. Se estima que en total son varios centenares de seguros de salud con igual cantidad de ingresos promedios y por consiguiente diversos gastos asociados mas a dicho aporte que a las necesidades a satisfacer.

Finalmente, el sistema político federal del país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen –también– en la segmentación geográfica, habida cuenta que son veinticuatro las jurisdiccionales provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública y brindando cobertura a los empleados públicos provinciales y de los

municipios a través de las obras sociales provinciales. Estas jurisdicciones no cuentan con el mismo nivel de recursos asignados a la atención de la salud

4.2.-Las obras sociales provinciales

Las OSP forman parte del subsector de seguridad social, no obstante resulta necesario diferenciarlas de las Obras Sociales incluidas en el artículo 1ro. de la ley nacional 23.660 /89 , en tanto que cada provincia crea su propia obra social a partir de una legislación específica, agrupando a todos los empleados estatales de cada jurisdicción, empresas y organismos descentralizados, de municipios y comunas y, en algunos casos, a los jubilados de cajas provinciales y adherentes. Se pueden definir como “...organizaciones sin fines de lucro cuyo principal objetivo es garantizar el pleno goce del derecho a la salud en forma equitativa, para todos sus asegurados, empleados activos o pasivos de los tres poderes del Estado Provincial y entidades que adhieran al mismo”(Revista COSSPRA 2013). La cantidad de asegurados por las OSP, su incidencia en el aseguramiento total y su dispersión regional “... son indicativos de una importante presencia de las OSP a lo largo de todo el país y corroboran su capacidad de negociación para la determinación de precios de referencia y modalidades prestacionales para la Seguridad Social en su conjunto, con el consiguiente impacto en la organización del sistema de atención médica” (Monteferrario, Canale, De Ponti 2015).

En el cuadro 1 se observa que, según datos del último censo, representan el 25% de la población que cuenta con aseguramiento.

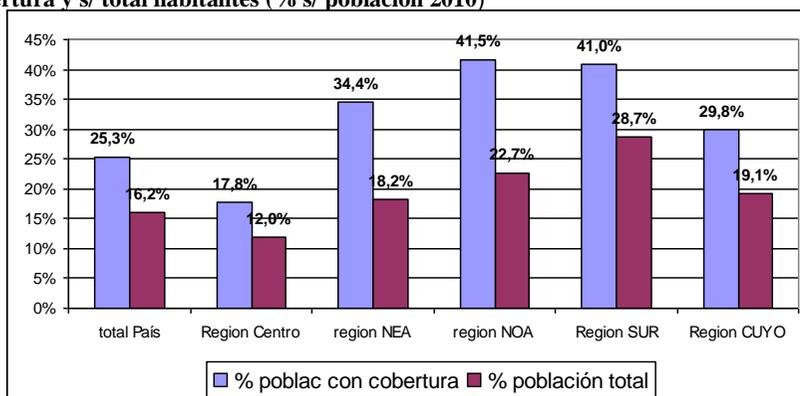
Cuadro 1.-Desagregación de la población país con cobertura

Cobertura	Cantidad de asegurados	Porcentaje sobre total de asegurados
Obras Sociales Nacionales	12.220.633	48
Obras Sociales Provinciales	6.479.561	25
Seguro Voluntario	3.600.030	14
PAMI	3.334.600	13
Total	25.634.824	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo 2010-Indec

No obstante lo anterior, de la desagregación de la información anterior, surge que a nivel de cada región la participación es muy disímil. En el gráfico 2 se observa que en las regiones NOA y SUR la incidencia sobre la población asegurada por el Estado provincial supera el 40%, alcanzando los estándares más significativos sobre el total de la población, aunque en base a dos realidades diferentes, ya que en la región SUR influye la participación del empleo estatal sobre el total, en cambio NOA sobresale por el bajo aseguramiento de las demás obras sociales y mayores índices de población que cuenta solo con cobertura del estado.

Gráfico 2.-Participación de Obras Sociales Provinciales sobre población con cobertura y s/ total habitantes (% s/ población 2010)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Indec y Observatorio de Seguridad Social Provincial

5.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1.-Estructura demográfica asegurada

Una de las informaciones básicas y prioritarias para la entidades bajo análisis refiere a la estructura demográfica de la población beneficiaria, puesto que la misma es un condicionante relevante de la demanda prestacional. Conocer la cantidad y la ubicación geográfica de los usuarios cubiertos por las obras sociales provinciales es fundamental para la planificación sanitaria, en pos de dimensionar la cantidad de recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos necesarios para satisfacer esa demanda e identificar la localización de la oferta de prestadores requeridas para su atención.

En el Cuadro 2 se expone información de la población total cubierta por las OPS en el año 2014, desagregada por región y provincia, en forma comparativa con la población total y la que tiene cobertura de obras sociales o prepagas según datos censales. Allí, es posible observar que el 38% de la población cubierta por las entidades analizadas se halla concentrada en la Región Centro, con una fuerte influencia de la Provincia de Buenos Aires, le sigue la Región Cuyo con un valor cercano al 23%, la Región NOA con un 15%, en tanto que NEA y el SUR participan con el 13% y el 10% respectivamente.

Si se analiza por provincias, surge que alrededor del 53% de los afiliados a las obras sociales provinciales se aglutinan en sólo cuatro jurisdicciones: Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y Santa Fe. Esta información resulta de sumo interés, ya que es posible conocer donde se concentra el poder de compra, en pos de delinear acciones del conjunto que tiendan a mejorar la situación de las entidades con menor cobertura.

Por su parte, también resulta relevante averiguar la distribución interna por edad y sexo, en pos de identificar posibles grupos de riesgo que condicionan prestaciones particulares. En este sentido, no todas las jurisdicciones incluidas en el relevamiento cuentan con esta información desagregada, no obstante el nivel de respuestas obtenidas representa el 88% de la población total país, de modo que en el Cuadro No 3 se exponen los datos recabados en virtud de considerarlos representativos.

Cuadro 2.-
Obras Sociales Provinciales
Perfil demográfico
valores absolutos por provincia
2014

Provincia	total OSP	Asegurados	Poblac total
Total país	7.095.670	25.634.824	40.117.096
Región Centro	2.730.528	14.654.267	21.709.772
BUENOS AIRES	1934467	10.093.804	15.625.084
SANTA FE	536061	2.181.869	3.194.537
C,A,B,A,	260.000	2.378.594	2.890.151
Región Nea	930.332	2.600.985	4.915.603
MISIONES	177851	621.298	1.101.593
CHACO	242518	444.264	1.055.259
Corrientes	132.871	512.179	992.595
Entre Ríos	266.331	794.744	1.235.994
Formosa	110.761	228.500	530.162
Región Sur	701.270	1.692.499	2.419.139
CHUBUT	123487	370.122	509.108
LA PAMPA	84057	215.930	318.951
NEUQUÉN	201500	359.977	551.266
SANTA CRUZ	115000	227.664	273.964
Río Negro	127.814	418.951	638.645
T del Fuego	49.412	99.856	127.205
Región Cuyo	1.660.486	4.164.812	6.494.812
CORDOBA	550572	2.220.256	3.308.876
MENDOZA	770048	1.095.525	1.738.929
SAN JUAN	134326	381.391	681.055
San Luis	79.840	261.115	432.310
La Rioja	125.700	206.524	333.642
Región NOA	1.073.054	2.505.419	4.577.770
CATAMARCA	163104	224.007	367.828
JUJUY	172390	368.972	673.307
SALTA	260615	636.367	1.214.441
SANTIAGO DEL ESTERO	166144	385.437	874.006
TUCUMÁN	310801	890.636	1.448.188

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Observatorio de la Seguridad Social Provincial 2014. Indec Censo 2011

La información desagregada por sexo permite observar que alrededor del 58% de la población relevada son mujeres, proporción que se mantiene en valores cercanos en todas las jurisdicciones, excepto en la región Cuyo donde se advierte una concentración en torno al 66%.

En cuanto a la composición por edad, alrededor del 21% de los datos encuestados pertenecen al grupo etario entre 0 a 14 años, el 67% se encuentra entre 15 a 65 años y los mayores a 65 años representan un 11%. En este punto, la apertura por sexo, posibilita un nuevo nivel de análisis ya que, en el total país se percibe que el grupo femenino tiene una distribución diferente a la masculina, en tanto que presenta una composición global con menor participación relativa del grupo entre 0 a 14 años, exhibiendo una mayor concentración en la población

entre 15 a 65 años y mayores de 65. Esto resulta relevante, habida cuenta que el sexo y la edad son variables relevantes desde el punto de vista epidemiológico.

Cuadro 3.-Distribución geográfica y por grupos etarios beneficiarios Obras sociales provinciales

	HOMBRES				MUJERES				TOTAL
	0 a 14	15 a 65	más de 65	Total	0 a 14	15 a 65	más de 65	Total	
Total país	677.691	1.640.133	270.149	2.587.973	644.745	2.550.593	450.747	3.646.085	6.234.058
% S/Sexo	26%	63%	10%		18%	70%	12%		
% S/total país	11%	26%	4%	42%	10%	41%	7%	58%	
Región Centro	273.436	670.809	116.650	1.060.895	262.461	941.853	205.319	1.409.633	2.470.528
% S/Sexo	26%	63%	11%		19%	67%	15%		
% S/total R.Centro	11%	27%	5%	43%	11%	38%	8%	57%	
Región NEA	82.299	203.233	28.397	313.929	80.450	269.713	47.394	397.557	711.486
% S/Sexo	26%	65%	9%		20%	68%	12%		
% S/total R.NEA	12%	29%	4%	44%	11%	38%	7%	56%	
Región Sur	67.592	147.939	17.011	232.542	64.252	201.962	25.288	291.502	524.044
% S/Sexo	29%	64%	7%		22%	69%	9%		
% S/total R.Sur	13%	28%	3%	44%	12%	39%	5%	56%	
Región Cuyo	124.566	306.755	59.756	491.077	105.431	755.658	102.780	963.869	1.454.946
% S/Sexo	25%	62%	12%		11%	78%	11%		
% S/total R.Cuyo	9%	21%	4%	34%	7%	52%	7%	66%	
Región NOA	129.798	311.397	48.335	489.530	132.151	381.407	69.966	583.524	1.073.054
% S/Sexo	27%	64%	10%		23%	65%	12%		
% S/total R.NOA	12%	29%	5%	46%	12%	36%	7%	54%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos Observatorio de la Seguridad Social Provincial

5.2.-indicadores tasa de consulta y costo prestacional

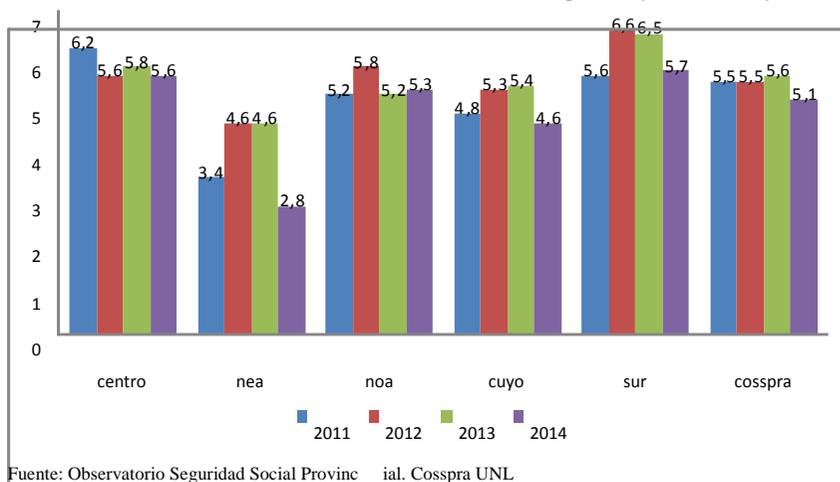
Los indicadores de consumo sanitario se desarrollan bajo el supuesto que la utilización de servicios se corresponde a las necesidades de la población (MacStravic, 1978). En este mismo sentido, Pineault y Develuy (1995) señalan que las medidas de utilización empleadas más frecuentemente refieren a tasas de consultas médicas, de intervenciones quirúrgicas, de exploraciones diagnósticas, de hospitalización (número de ingresos y altas) y de días de hospitalización.

De este modo, en el Observatorio, se avanzó en la recolección de información y la construcción de distintas tasas de uso, entre ellas, en este trabajo nos concentramos en la propuesta realizada para las consultas médicas.

El indicador propuesto es reconocido por la doctrina como una importante señal de utilización o consumo y accesibilidad de servicios, ya que la consulta médica define la tendencia del público para demandar atención, a la vez que advierte – también- en qué medida los servicios están disponibles y es la base para la determinación del costo prestacional.

En el gráfico 3 se expone información al respecto, donde se observa escasa dispersión de las distintas regiones respecto de la media nacional, ya que esta se encuentra en valores cercanos entre cinco a seis consultas por beneficiario en el año, excepto la región Nea, donde el indicador tasa de consulta por beneficiario oscila, en el período analizado, entre 3 a 4 consultas año.

Grafico 3- Tasa de uso en consultas médicas. Total Regiones (2011 -2014)



Se observa escasa dispersión de las distintas regiones respecto de la media nacional, ya que esta se encuentra en valores cercanos entre cinco a seis consultas por beneficiario en el año, excepto la región Nea, donde el indicador tasa de consulta por beneficiario oscila, en el período analizado, entre 3 a 4 consultas año.

Es importante considerar que no existe un valor óptimo, estándar o deseable para cada indicador, depende del grupo, edad, localización, los factores de riesgo, hábitos culturales, comportamiento de los prestadores, accesibilidad y otros factores epidemiológicos, que incluso son variables en el tiempo y en el espacio.

Así, la potencialidad del indicador analizado en este apartado refiere más bien a la comparabilidad entre grupos y dentro del mismo conjunto y su evolución entre períodos. Obviamente, también permite medir accesibilidad de la población al sistema y es la base que dispara la demanda de otras prestaciones. Es por ello que resulta interesante contrastar el resultado obtenido para las OSP con valores de otros grupos de financiadores, por ejemplo comparando con datos suministrados en el año 2015 por Ademp (Asociación de Entidades de Medicina Privada), el indicador COSSPRA es superior al valor observado para las obras sociales sindicales, el que -según datos aportados por dicho estudio- se halla en valores cercanos a 4,68; en tanto que en las prepagas el dato se eleva a 8,8.

Entre los posibles argumentos explicativos de la diferencia con las obras sociales sindicales emergen, entre otros, la modalidad de contratación, el tamaño del padrón y las posibilidades de elección. En las OSP prevalece la modalidad de pago por prestación, la que tiende a una mayor utilización del sistema, a diferencia de los modelos capitados que suelen utilizar algunas obras sociales sindicales. Por su parte las OSP adoptan padrón amplio y libre elección, a diferencia de las sindicales que suelen tener padrones más reducidos y estrategias de atención en centros de primer nivel.

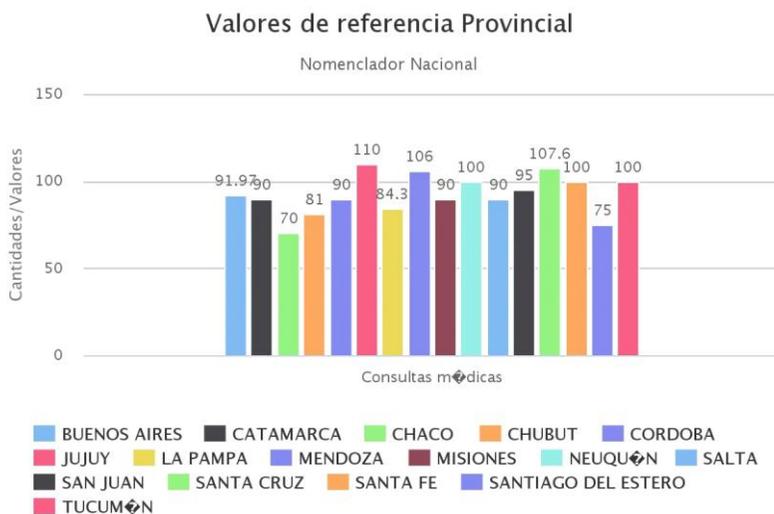
En el resultado del indicador para empresas de medicina prepaga podría estar influyendo la localización de los beneficiarios, ya que en líneas generales suelen abarcar, prioritariamente, población urbana con mayor acceso que la rural, en cambio los afiliados a obras sociales provinciales se hallan más dispersos por la

geografía de las provincias, especialmente en localidades pequeñas con escasa estructura profesional. Es factible también hipotetizar en torno a la expectativa de utilización del sistema que tienen los sujetos que deciden voluntariamente pagar una cuota de seguro. (Canale, De Ponti y Monteferrario, 2015).

Otra variable relevante de análisis para la COSSPRA es el precio de las prestaciones en cada región, por lo que desde el Observatorio se propuso interrelacionar el indicador tasa de consulta por beneficiario con el valor abonado a los profesionales por las mismas. Esta información, en primera instancia permite dimensionar el gasto por consulta por afiliado, dato que contribuye para la planificación financiera de las entidades.

En el gráfico No 4 se expone información del valor consulta por provincia para el período 2014, donde los datos relevados dan cuenta que hay una importante dispersión ya que el ingreso por consulta oscila en montos cercanos entre setenta y ciento ocho pesos, siendo la provincia de Chaco la que registra el menor importe, en tanto que Santa Cruz presenta el mayor valor.

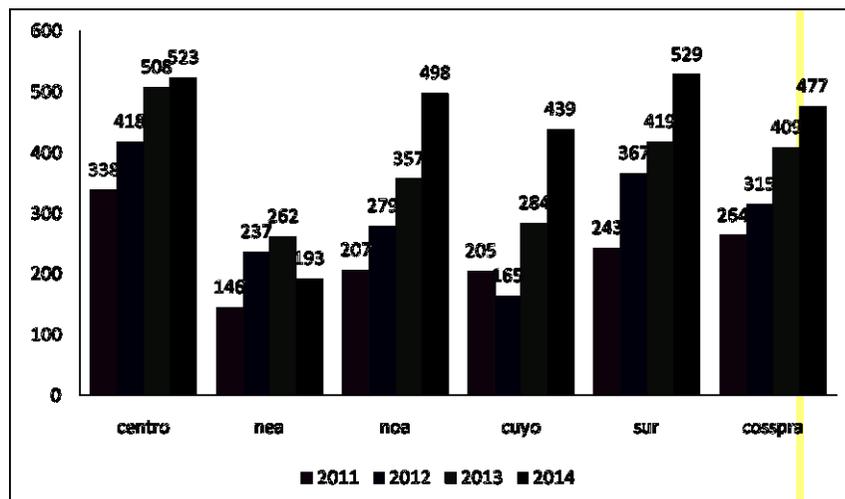
Gráfico 4-Valor consultas médicas por beneficiario 2014. Todas las provincias



Fuente: Observatorio Seguridad Social Provincial. Cosspra UNL

En el gráfico 5 se ofrece información del costo en consulta por beneficiario para el total COSSPRA y cada una de las regiones donde se observa que la Región Centro y Sur se hallan por encima de la media, siendo la Región NEA la que presenta un gasto significativamente menor, por la confluencia de una baja tasa de consultas por afiliados y los menores valores de mercado en el país.

Grafico 5 -Gasto en consultas médicas por beneficiario. Todas las regiones
14 2011



Fuente: Observatorio Seguridad Social Provincial. Cosspra UNL

Si bien se observa un crecimiento del costo a través de los años, es importante destacar que el mismo se debe, entre otros motivos, a las modificaciones en el valor consulta para tratar de adecuarlo a los cambios en el poder adquisitivo de la moneda, ya que las tasas de consultas por afiliado no presentan alteraciones significativas. Cabe recordar que el valor de la consulta equivale al ingreso médico, por lo que -en este caso- el crecimiento del gasto en consulta refleja el esfuerzo por mantener el valor de cambio de su producto. Este aumento también podría reflejar una mejor posición negociadora por parte de los profesionales, no obstante el crecimiento de este ítem es menor al observado en otros componentes de los costos de salud.

Sin duda alguna la vinculación del costo promedio en consultas con el total de beneficiarios por región, posibilita la planificación financiera de estas entidades, a la vez que al análisis comparativo permite dimensionar las jurisdicciones con mayor poder de compra, en aras de delinear estrategias para el conjunto. Así, el desarrollo de alianzas estratégicas para la negociación de valores con prestadores podría beneficiar la situación competitiva del conjunto, fortaleciendo a las entidades más desfavorecidas.

La fuerte presencia en todo el territorio convierte a las OSP en determinantes de precios de referencia y pautas de contratación lo que puede ser utilizado como instrumento de la política de salud de la jurisdicción.

6.- CONCLUSIÓN

El sistema sanitario argentino se caracteriza por su alta fragmentación y competitividad. En ese contexto, el universo poblacional analizado, beneficiarios de Obras Sociales Provinciales, es suficientemente representativo de la población con cobertura de seguro de salud (25% del total), mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia en todo el país. Esta representatividad le otorga el carácter de grupo de referencia dentro de los seguros de salud.

No obstante suele reflejar las características de fragmentación del sistema de seguros múltiples: falta de coordinación de políticas, programas e instrumentos de gestión comunes o compartidos que pueden generar mayor eficiencia asignativa y mejor poder de negociación con los prestadores.

En un entorno altamente competitivo, estas organizaciones deben escalar hacia posiciones estratégicas que le posibiliten dotarse de estructuras flexibles y dinámicas, para enfrentar las demandas cada vez más exigentes de los usuarios.

Es por ello que necesitan contar con sistemas integrados de gestión que les posibiliten contar con información cualitativa y cuantitativa para la toma de decisiones. En este escrito, se comparte la experiencia de trabajo que posibilitó desarrollar un SIG basado en indicadores de consumo y costo.

Dentro de la diversidad de cuestiones a ser controladas en las obras sociales, la demanda prestacional es una variable clave, en virtud que la cantidad y la ubicación geográfica de los usuarios cubiertos es importante para dimensionar los recursos humanos y tecnológicos necesarios, así como también para identificar la oferta de prestadores requerida para satisfacer esa demanda.

Luego, las tasas de uso, son indicadores que agregan información para la toma de decisiones, entendiendo que las mismas están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura y la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores. Entre distintos indicadores posibles, en este escrito se ofrece un análisis reflexivo de la información que aportan las tasas relacionadas con las consultas, en virtud de la importancia que tienen como señales de consumo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akerlof G. (1970). The Market for "Lemons": *Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics*; 84(3): 488-500.
- Arrow K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*; 53: 941-73.
- Balsa, A. y Dubra, J. (2007). El mercado de la salud: fallas y arreglos institucionales. *Revista Biomedicina*, 3-1: 54-62.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997) "Descentralización de los servicios de salud en Argentina". Serie de Reformas de Política Pública, Vol. 47. Naciones Unidas: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- Canale, S., De Ponti, H., Monteferrario, M. (2015). Indicadores de consumo y gastos en salud para evaluación de gestión de obras sociales provinciales. *Revista FABICIB*, 1914; 15; 135-50.
- Chenhall, R.H. y Morris, D. (1986). The impact of Structure, Environment, and Interdependence on the Perceived Usefulness of Management Accounting Systems. *The Accounting Review*, 61,16-35
- Chenhall, R.H. (2003). Management control systems design whit in organizational context: finding from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28, 127-168
- PNUD (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Indec. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010
- Hsiao, W.H, Economía "anormal" en el sector salud, traducido de Health Sector Reform in Developing Countries. Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, Fascículo 21, Agosto de 1999..
- Maceira, D., Cejas, C. y Olaviaga, S. (2010) ¿Por qué apostar a los seguros provinciales de salud? Documentación de Políticas Públicas / Recomendación N° 76 CIPPEC, Buenos Aires, abril de 2010.
- Maceira Daniel.(2011). Sistemas de salud locales: análisis sobre la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago. *Salud Investiga*
- Marracino C., Abadie J.P., Vera Figueroa, M. (2000). Indicadores para el monitoreo de sistemas de atención médica. Consultado en <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/MarracinoVeraFigueroaAbadieINDICADORES.PDF>
- McStravic, R.E., (1978). Determining Health Needs. *Health Administration Press, Ann Arbor*, 31-53. 12
- McStravic, R.E., (1978). Determining Health Needs. *Health Administration Press, Ann Arbor*, 31-53. 12
- Monteferrario, M; De Ponti, H; Canale, S. (2015). "Monitoreo de Sistemas Provinciales de Atención de la Salud. Indicadores de Gestión". Paper presentado en las 25 Jornadas Nacionales de la Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires, Septiembre 2015
- Pineault, R. y Daveluy, C. (1995). La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. Segunda Edición. Masson, SA, Barcelona. Primer Edición, 1987.

Revista COSSPRA Nro. 1 – Publicación oficial – junio 2013

- Simons, R. (1991). Strategic orientation and top management attention to control systems. *Strategic Management Journal*, 12, 49-62
- Ross S. (1973) The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American Economic Review*; 63(2): 134-139.
- Stiglitz, J. (1974) Incentives and Risk Sharing in Sharecropping. *Review of Economic Studies*; 41 (2): 219-255.
- Stiglitz, J. (2003), *La Economía del Sector Público*. Editorial Antoni Bosch, Barcelona.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y sociedad*, 23(2), 83-108.
- Torres Rubén (2015). *Política Sanitaria en el país de los argentinos*. Buenos Aires, Ediciones ISALUD