

Alternativas
para la
financiación
hospitalaria
en
Argentina

1 de enero

1998

Artículo publicado en Medicina y Sociedad. volumen 21 número 1.
Septiembre.1998. Paginas 29-40.

Federico
Tobar

Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina

Federico Tobar

Resumen

La problemática del financiamiento hospitalario puede ser caracterizada a través de un conjunto de interrogantes:

¿Cuánto debe gastarse en atención hospitalaria?

¿De dónde deben provenir los recursos?

¿Cómo asignar los recursos?

Este documento consta de dos secciones. En la primera se realiza un análisis de estos tres interrogantes centrándose en el caso de los establecimientos públicos de internación en Argentina. En la segunda se realiza un breve análisis de los que podrían constituir modelos e instrumentos alternativos para la financiación hospitalaria en nuestro país.

Palabras clave: **Argentina - Hospitales -Financiación - Sector Público- Políticas de salud.**

I. Problemática de la financiación hospitalaria

¿Cuánto debe gastarse en atención hospitalaria?

Esta pregunta está subordinada a una mayor ¿cuánto debe gastar un país en salud?

Una vez considerado el primer interrogante cabe entonces preguntarse ¿qué proporción del gasto en salud debe ser destinado a la atención hospitalaria?.

¿Cuánto debe gastar un país en salud?. Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud y ha motivado un conjunto de estudios. Hay una serie de variables a ser consideradas para llegar a una respuesta adecuada, y están relacionadas con los niveles de salud de la población¹, los modelos de sistemas de salud² y el tamaño de la economía³.

¿Qué proporción del gasto en salud debe ser destinado a los hospitales? Hasta hace pocos años la planificación y programación de los recursos sanitarios se guiaba por modelos normativos que establecían estándares para la oferta de servicios. De acuerdo a esos modelos se podía establecer qué cantidad de médicos debía haber por cama hospitalaria, qué cantidad de pacientes -o potenciales usuarios- por médico y servicio, etc..., mediante los cuales no resultaba difícil establecer los niveles de gasto hospitalario adecuados para un país, una provincia o un municipio. Posteriormente una serie de factores debilitaron a este modelo normativo para la programación de recursos. En primer lugar la innovación tecnológica incrementó notablemente la productividad de los recursos físicos y humanos. Por otro lado, la composición de la demanda por servicios se altera constantemente.

Dentro del subsector público de salud la proporción del gasto de salud destinado a financiamiento de las acciones hospitalarias depende de:

¹ Los estudios de este tipo demostraron que la relación entre el gasto en salud y los resultados obtenidos seguiría una distribución normal. A partir de un determinado nivel de gasto per capita se registra un punto de inflexión luego del cual el gasto tendría un rendimiento decreciente registraría un rendimiento decreciente (Médici, 1994, Musgrove, 1996, Fuchs, 1974; Jeffrey, 1996, Starfield, 1995;Elola *et al.*, 1995)

² Un amplio conjunto de estudios ha demostrado que el nivel de gasto en salud de los países es proporcional al rol del Estado en el sector. Para un mismo nivel de resultados sanitarios los países en donde el peso del gasto público sobre el gasto total es mayor consiguen un gasto total en salud inferior (Scheffler, 1993; Scheils, *et al.*, 1992.

³ Los estudios que tomaban al tamaño de la economía como variable independiente concluían que los niveles de gasto en salud de un país deberían mantener una relación con su riqueza. Los estudios comparativos que incluyeron a la Argentina (Suarez,1995; Médici, 1994) encontraron que nuestro país estaría gastando en salud por arriba de sus posibilidades.

- a) La oferta de servicios
- b) Composición de las acciones
- c) Los niveles de cobertura asistencial y los niveles de salud de la población.

En el país hay 1.204 hospitales públicos (9 nacionales, 957 provinciales y 238 municipales) con un total de alrededor de 75.000 camas disponibles. Además, la red pública cuenta con 5.741 establecimientos sin internación. La capacidad instalada del sistema argentino se completa con otras 1.500 instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67.000 camas.

Obviamente una mayor capacidad instalada involucra un mayor gasto operativo del sector. En todo el mundo los hospitales consumen una parte muy significativa de los presupuestos de salud. Una de las fallas del mercado características del sector es la demanda inducida que a nivel hospitalario se expresa en la ley postulada por Roemer quien demostró que el crecimiento del parque hospitalario genera aumentos en la demanda de los servicios prestados por tales instituciones. De manera tal que a medida que las provincias incrementan su oferta hospitalaria se ven forzadas a asignar una proporción mayor de su presupuesto sanitario al mantenimiento de los mismos. Por este motivo se registra una fuerte tendencia mundial a evitar la expansión de la oferta de infraestructura hospitalaria pública. La mayoría de los países está incorporando mecanismos de retracción de la oferta que pasa por el desarrollo de modelos de atención menos hospitalocéntricos y a la articulación de un mix prestador público-privado.

En nuestro país más del 70% del gasto sanitario provincial es asignados en acciones hospitalarias. Como es previsible, las provincias con mayor oferta hospitalaria son las que disponen de una proporción menor de sus recursos para asignar a otras acciones más costo-efectivas como la atención primaria y las acciones de promoción, prevención y regulación.

b) El gasto hospitalario es también función del perfil de producción de los establecimientos. La falta de una adecuada planificación de las redes de atención ha generado que en nuestro país se desvirtúen los perfiles asistenciales de los establecimientos. Por un lado, se ha diluido el sistema de referencia y contrareferencia. Los establecimientos de menor nivel de complejidad han perdido su capacidad de drenar pacientes de los establecimientos de niveles superiores. Esto puede ser atribuido tanto a una baja resolutivez como a los cambios en la demanda de la población la cual en muchos casos es capaz de viajar varios kilómetros y soportar largas esperas para ser atendida en los centros de mayor jerarquía.

Por otro lado, en Argentina los hospitales han tendido a incorporar funciones ajenas a la atención de pacientes internados. En nuestro país la mayoría de los hospitales públicos asumen funciones docentes y de investigación e incorporan acciones de atención primaria a través de sus áreas programáticas.

En los sistemas donde la oferta de servicios de internación es más controlada y racionalizada se registra una fuerte tendencia al cierre de servicios y a la reconversión de establecimientos.

c) ¿Los usuarios del hospital público son sólo los pobres? Según información obtenida con la aplicación de un módulo específico de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC en mayo de 1992, de cada 100 personas que realizaron consultas en hospitales públicos entre un tercio y la mitad, según el lugar, pertenecían al sector más pobre de la población (1er quintil de ingresos). De la misma manera, se ha registrado que entre el 24% y el 39% de las consultas realizadas en establecimientos públicos correspondieron a personas con algún tipo de cobertura.

Los hospitales públicos brindan atención a la gran mayoría de los accidentados, sean estos ricos o pobres y tengan o no cobertura médica. Al mismo tiempo, las personas que suscriben

a un seguro privado o prepago deben cumplir con un período de carencia que varía según el tipo de prestación. En algunas oportunidades cuando requieren de asistencia médica, estas personas también recurren a los servicios públicos. Por último, en las zonas urbanas hay hospitales de alta complejidad que realizan prácticas caras y no cubiertas por gran parte de los prepagos tales como cirugías plásticas.

En conclusión, Argentina registra un gasto en salud relativamente alto y lo mismo ocurre con los servicios de internación hospitalaria. Este cuadro se complementa con una escasa capacidad de controlar dicho gasto. Aunque ha registrado sensibles aumentos durante los últimos años la productividad de los recursos continúa siendo baja⁴. Por este motivo cobra relevancia el análisis de las alternativas para el financiamiento de las acciones hospitalarias.

¿De dónde deben provenir los recursos?

Las alternativas que se abren en relación a las posibles fuentes de financiamiento para los hospitales públicos son:

- a) Recursos del tesoro público
- b) Recaudación directa a través del cobro a los usuarios (copago o ticket moderador)
- c) Recaudación directa a través del cobro a terceros pagadores

En otras palabras, las fuentes pueden ser el gobierno, los pacientes o las obras sociales. En algunos casos aislados de hospitales públicos extranjeros se ha registrado una cuarta modalidad que consiste en vender determinado tipo de servicios a empresas que no son aseguradoras (obras sociales, prepagos o seguros de enfermedad). Por ejemplo, brindar servicios de sanidad escolar o laboral a escuelas o empresas privadas. Sin embargo, aún cuando puede conceder a la dirección del establecimiento cierta autonomía financiera esta modalidad de recaudación ha sido criticada por desviar al hospital de su misión institucional.

Tradicionalmente en Argentina las acciones hospitalarias se financiaron con recursos de los tesoros provinciales y municipales (en las localidades con capacidad instalada propia). Las medidas que buscaron diversificar las fuentes de financiamiento se orientaron a la incorporación de tickets de contribución voluntaria cobrados por asociaciones cooperadoras y fundaciones. En la década del setenta se incorporó en la Provincia de Buenos Aires el Sistema de Asistencia Médica Organizada -SAMO, que habilitaba a los servicios a facturar a las Obras Sociales un valor reducido en concepto de retribución por la atención de sus afiliados. La normativa establecía que una parte de lo recaudado por el hospital sea distribuido entre todo el personal a través de un coeficiente que buscaba un efecto de redistribución (es decir favorecía a los trabajadores de salarios inferiores).

Los programas posteriores de descentralización hospitalaria apuntaron a la delegación de una mayor autonomía financiera de los hospitales otorgando un peso mayor a la recaudación directa de los establecimientos a través de la facturación a las obras sociales y empresas de medicina prepaga.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada fuente?. La financiación de los servicios públicos de salud a través de recursos presupuestarios se justifica en la medida en que los bienes y servicios provistos constituyan bienes públicos o meritorios. Pero con este argumento es muy difícil justificar que en los mayores establecimientos de las grandes urbes una parte de los gastos de internación es destinada a la atención de accidentados de alto nivel socioeconómico e incluso a la prestación de cirugías estéticas.

Aunque requiere una perspectiva económica, la determinación de los procedimientos que deben ser producidos en los hospitales no es parte de la discusión del financiamiento. Sin embargo, el flujo de recursos que representa la atención de la población que cuenta con

⁴ Según el MSAS, en 1995 el subsector público fue responsable por la producción de 57.288.743 consultas y 1.832.463 internaciones. Durante 1996 estos números registraron un incremento de más del 20%.

cobertura asistencial si lo es y, de hecho, ha sido la principal motivación del decreto no 568/93 que establece la autogestión hospitalaria.

¿Cuál es la capacidad de financiamiento de la autogestión?. Se estima⁵ que en promedio un 30% del total de las prestaciones de los establecimientos públicos son brindadas a personas que cuentan con cobertura de obras sociales, mutuales, prepagas o seguros privados de salud. Este será, por lo tanto, el horizonte de las facturaciones que podrán alcanzar los hospitales de autogestión. Cabe destacar que en 1995 la facturación de los 828 hospitales de autogestión no alcanzó al 4% del gasto hospitalario total del país y fue menor al 1% del gasto total del sistema .

Por último, cabe analizar el peso de la recaudación directa a los usuarios. El mayor argumento en favor de esta fuente es la facilidad de cobro desde el hospital sin necesidad de intermediaciones ni procedimientos burocráticos. El mayor argumento en contra radica en su alta regresividad y en las dificultades para establecer mecanismos de exención a los más carenciados. Estudios internacionales en países en desarrollo (Kutzin, 1995) han concluido que aún en los sectores de menores recursos la población se manifiesta proclive a participar en el financiamiento de los servicios cuando se demuestra una relación directa entre esta contribución y mejoras en los servicios tales como reducciones en los tiempos de espera y provisión de insumos. Sin embargo, para que ello ocurra es requisito que la recaudación y asignación de los recursos sea coordinada y regulada por organismos públicos. La recaudación por vía de terceras entidades tales como fundaciones y cooperadoras representa el riesgo del desvío de fondos, o la asignación de los mismos a ítems y funciones que no responden a las prioridades sanitarias. Por otro lado, se ha verificado que donde se ha incorporado el cobro a terceros pagadores la recaudación directa constituye una suerte de doble tributación que termina perjudicando la recaudación global.

¿Cómo asignar los recursos?

Una tendencia importante es el reemplazo del financiamiento a la oferta por el financiamiento a la demanda, que significa que el dinero siga al paciente en lugar de al médico o a la cama hospitalaria. Es decir que se pague por lo que el paciente elige y no que se deba elegir porque está pagado.

Modelos de financiamiento de la oferta

Se denomina subsidio a la oferta a la forma más tradicional de financiamiento hospitalario. En la Argentina esta modalidad ha sido denominada presupuesto global. El concepto difiere mucho de su acepción europea ya que en nuestro país se refiere a un modelo muy rígido donde cada hospital dispone de un monto fijo por partida, rúbrica o categoría de gasto, que en general no está vinculado con ningún tipo de metas de producción y las autoridades del establecimiento no están habilitadas para reasignar partidas. En contraposición se suele utilizar el término *global budget* para hacer referencia a un modelo prospectivo, es decir donde se utilizan criterios estrictos para programar el gasto global del establecimiento en función de metas de producción pero la administración del servicio puede reasignar recurso entre partidas.

La ventajas del financiamiento de la oferta radica en que facilita la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un máximo control sobre la oferta de recursos permitiendo que la asignación de los mismos se relacione con las prioridades sanitarias. Sus desventajas están vinculada con todas las limitaciones de la centralización administrativa. El modelo más extremo de presupuestación centralizada es la denominada presupuestación en

⁵ El denominador que utilizamos en nuestra estimación no es el total de personas con obra social sino el total de personas que recurren a los servicios públicos de salud.

bolsa, donde no existe discriminación de los recursos por establecimiento sino simplemente por partida o rúbrica.

Otra desventaja de esta modalidad consiste en que incentiva el incrementalismo, es decir la tendencia a que todos los años se presupuesten los recursos sobre la base del ejercicio anterior.

Modelos de financiamiento de la demanda

Desde mediados de los ochenta se han venido incorporando en el sector medidas que tienden a un modelo híbrido que combine, por un lado, la responsabilidad social y las ventajas que para la salud pública aporta el modelo de planificación vertical formulados por la teoría tradicional, con incentivos más propios del mercado para mejorar la eficiencia (Saltman, 1992. p. 34).

La propuesta consiste en fortalecer la función del Estado como comprador antes que reformar el financiamiento global de los sistemas. Los avances en los sistemas de pago a proveedores han sido impulsados, y a la vez han permitido, este desarrollo, facilitando el reemplazo del financiamiento de la oferta por el financiamiento de la demanda. El supuesto es que se puede simular una competición dentro del sector público eliminando la financiación a través de presupuestos históricos e incrementalistas y reemplazándola por mecanismos de distribución vinculados a las actividades (producción).

A nivel teórico se dio diferentes nombres a esta tendencia, entre ellos “mercados internos” (Enthoven, 1985), “Cuasi mercados” (Le Grand, 1990); formas de “mercados planificados” y “competencia pública” (Saltman & Von Otter, 1992); “competencia gestionada”; o “mercados competitivos” que reemplacen a la “planificación del Estado” (Javor, 1990).

A nivel de políticas de reforma se pueden encontrar elementos de este tipo en Suecia, donde se ha convertido a los hospitales en “empresas públicas”, e Inglaterra con la implementación de las “corporaciones autogestionadas” (self governing trust). En ambos casos se trata de aumentar la autonomía operativa manteniéndose la financiación y responsabilidad públicas. Propuestas similares están siendo consideradas en Finlandia, Dinamarca y España. Saltman (1992. p.34) señala también que, aunque en un entorno completamente diferente, esta tendencia de reforma impera en los países del este europeo. Los últimos pasos de la reforma en Italia apuntaron a la reconversión de los hospitales públicos en redes prestadoras que conforman empresas proveedoras de servicios hospitalarios (USL), las cuales son remuneradas a través de un sistema de pago por diagnóstico. En este país la mayor parte de la oferta continúa siendo pública, pero adquiere la forma de una empresa privada y compite por los recursos del Estado.

En Brasil las proporciones se invierten, más de las tres cuartas partes de la oferta corresponden a clínicas privadas. Pero el mecanismo de financiación también se centra en la demanda y los establecimientos públicos no sólo se disputan los recursos entre ellos, sino también con el sector privado contratado. Recientemente el estado de San Pablo ha creado una nueva modalidad para otorgar en concesión los establecimientos públicos de atención primaria cooperativas de médicos a través de un pago capitado.

Modelos de financiación hospitalaria y estrategias de reforma de salud

Si bien la mayoría de los países que ha implementado reformas dentro de su sector público de salud durante los últimos años ha buscado incorporar instrumentos de financiación de la demanda, pueden identificarse tres grandes estrategias de organización y financiación de los servicios públicos.

I. **Modelo de integración vertical.** involucra la financiación de la oferta. Aunque el sector público tiende a abandonarlo dentro de lo que se denominan estrategias de *managed care* implementadas por las HMO norteamericanas se verificó que canalizar parte substancial de la

demanda hacia servicios propios permite obtener reducciones de hasta el 15% de los costos de cobertura.

- II. **Modelo de reintegro.** Involucra la incorporación de la financiación de la demanda. La misma permite diversas versiones relacionadas con los modelos de pago que van de los más agregados a los más desagregados. La opción por cada modalidad de pago involucra ventajas y desventajas. A medida que aumenta el nivel de agregación de la unidad de pago es mayor la parte del riesgo transferida al prestador pero, por otro lado, se corre el riesgo de perder información y capacidad de control sobre el sistema. Por otro lado, el reintegro admite dos modalidades según a quién se reintegra el dinero. Los modelos de seguro de enfermedad practican directamente un reembolso a los pacientes. Pero en los servicios públicos esta modalidad es de difícil aplicación.
- III. **Modelo de contratos.** Se trata de establecer un vínculo contractual entre el proveedor y el financiador que involucra el cumplimiento determinadas metas. En términos financieros es la aplicación de un modelo de presupuesto global prospectivo para financiar la implementación de un determinado programa de asistencia médica. Existen dos modelos de contratos:
- a) Los compromisos de gestión o contratos de programa son una herramienta más de programación que contractual a través de la cual se explicitan los criterios de política, las responsabilidades y mecanismos de asignación de recursos entre los Ministerios y los servicios de salud. Si las autoridades ministeriales son renovadas o la política cambia el contrato programa puede ser cancelado sin inconvenientes para las autoridades centrales.
 - b) Los contratos de gestión son instrumentos legales cuyo incumplimiento por una de la partes puede suscitar reclamos judiciales por la otra.

En el modelo de contratos establece anualmente el tipo de servicios que se deben brindar, la asignación y transferencia de recursos, así como los indicadores de desempeño. Se definen así los mecanismos de delegación de autoridad y responsabilidades, permitiendo la evaluación y supervisión de lo delegado. Los resultados e indicadores de la gestión se convierten en las variables determinantes de la asignación de los recursos. Entre éstos indicadores pueden figurar índices de actividad, metas de crecimiento y/o evaluaciones de desempeño.

Uno de los procesos de construcción y definición más importantes de este instrumento es el análisis de los aspectos de calidad de los servicios de salud y la pertinencia de los indicadores correspondientes. La modalidad de su implementación es participativa, envolviendo un juego de poder en su negociación, ya que los Servicios de Salud definen conjuntamente con los Ministerios su misión, metas y necesidades financieras. Como componentes del Contrato de Gestión entre el Comprador de Servicios y el Prestador podemos mencionar los siguientes puntos:

1. El objeto del contrato, definiendo su misión, objetivo y alcance.
2. Roles de las partes.
3. Derechos y Obligaciones de las partes.
4. Los Mecanismos de Control de Gestión establecidos.
5. Los Mecanismos de Resolución de Conflictos.
6. Cláusulas de Excepción

De esta forma, la aplicación de esta estrategia permite modificar las tradicionales relaciones interinstitucionales, sintetizándolas en un sólo documento, y convirtiéndose de esta manera en un papel ordenador fundamental del nuevo modelo organizacional.

II. Alternativas para la financiación Hospitalaria en Argentina

¿Es la autogestión una alternativa para solucionar los problemas de la financiación hospitalaria en Argentina?

La modalidad de financiamiento vigente en el sector público estatal, en general, puede caracterizarse por los siguientes puntos (Báscolo, et al. 1997):

1. El uso de un sistema de presupuestación global retrospectivo, sin metodologías de formulación, ejecución ni control en los hospitales públicos.
2. El financiamiento directo desde la Administración Central de sueldos y salarios del personal del hospital, que representa alrededor del 85% del gasto hospitalario.
3. La no identificación de la cobertura de pacientes que impide evaluar en cada servicio, la accesibilidad de la población sin cobertura social, la utilización de servicios por la seguridad social y por ende, la equidad resultante en términos de financiamiento y prestación de servicios del sistema global.

Si bien las estrategias de facturación a través del modelo del Hospital de Autogestión manifiestan resultados de crecientes volúmenes de cobranza, la situación estructural continúa registrando importantes subsidios desde el subsector público al resto de los subsectores.

En 1997 la DGI y la ANSES han terminado el desarrollo del padrón de beneficiarios de las instituciones de la seguridad social que permitirá la identificación de la cobertura del paciente. Ello hará posible cruzar información relativa a cobertura, financiamiento y prestación de servicios. La inexistencia de esta información hasta el momento ha permitido la existencia de subsidios ocultos, regresivos y cruzados entre los diferentes subsectores.

Modelos de transferencia de recursos

Se pueden señalar tres estrategias diferentes que cada provincia puede implementar para financiar la demanda.

- a) Desplazar la función de comprador de servicios a otras instituciones.
- b) Incorporar el modelo de reintegros.
- c) Incorporar el modelo de contratos

a) Algunas jurisdicciones pueden transitar este cambio incorporando a la obra social provincial en su estrategia de transformación, agregando a las funciones que desempeña de financiadora y proveedora/compradora de servicios para sus propios beneficiarios, la función de comprador de servicios para la población sin cobertura social e indigentes. Para esto la obra social puede contar con el apoyo financiero del Estado. De esta forma, a la obra social provincial se le asigna la función de comprar servicios para la población sin cobertura social y sin capacidad de pago a los hospitales públicos. Esta situación puede extenderse, incorporando la función compradora de servicios para el conjunto de la población. Así, una construcción más integral del modelo de financiamiento y cobertura nos permitirá acercarnos a una figura de Seguro Público (Báscolo et. al, 1997).

b) La otra alternativa, consiste en mantener en la Administración Central del Ministerio la función de comprar servicios. Para definir los mecanismos de pago a los hospitales será preciso primero distinguir si tales pagos deberán incluir o no la remuneración del personal, ya sea de profesionales como no profesionales. En Brasil el gobierno incorporó, en 1983, un modelo de compra de servicios de internación al sector privado pagando por diagnóstico. Luego el mismo se extendió a todo el sector público pero sin incluir la remuneración de los profesionales. Un último paso -aún no implementado- en el proceso de descentralización consistiría en incluir en los valores también la remuneración de los profesionales.

En Chile se incorporó un modelo de presupuestación clínica que en primer lugar se basó en la identificación de las principales causas de egreso. A partir de ellos se establecieron costos padronizados de atención de cada patología y, de esta manera se podía estudiar la casuística de cada hospital y establecer un criterio clínico para la asignación de los recursos. Los sofisticados modelos de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD o su versión en inglés

DRG) y Categorías de Gestión de Pacientes (PMC) no son más que versiones complejas de este procedimiento.

En nuestro país se están ensayando modalidades similares a la gestión clínica a las que se denomina presupuestación por programa, que alientan a monitorear la vinculación de los mecanismos de asignación de recursos financieros con la producción hospitalaria. Sin embargo tales procesos no identifican con claridad a ningún área del Ministerio como comprador de servicios.

Tales innovaciones parecen asociadas a mejorar la racionalidad de las decisiones de asignación de recursos de la Administración Central. Tal situación no se corresponde necesariamente con el proceso de descentralización en marcha, mucho menos como instrumento de reforma hacia un modelo de contrato público. Queda pendiente evaluar este proceso como viable en términos de estrategia de cambio.

La implementación de sistemas de pagos asociados a diagnósticos requiere un proceso operativo que incluya la definición metodológica correspondiente a su construcción. En este sentido, nos referimos a la recopilación y producción de la información necesaria, ya sean estadísticas de producción, criterios clínicos correspondientes a la asociación y normatización de patologías y tratamientos, como indicadores de costos hospitalarios.

Una dificultad de la utilización de mecanismos de pago por diagnóstico en el sector público reside en que cada hospital tenderá a buscar el perfil de producción (casuística) en que tenga mayores ventajas comparativas. Esto representa un logro nivel de la eficiencia micro pero puede representar una desutilidad a nivel de los objetivos sanitarios. En otros términos, se puede estar curando muy barato a los paciente equivocados.

En algunos casos su utilización se combina con mecanismos de pago por servicio de forma de estimular determinado tipo de prestaciones. Este punto requiere una complejidad administrativa mayor, sin incentivos de contención de costos unitarios.

Una de las alternativas que se corresponden más adecuadamente a la atención de primer nivel es asignar un valor de cápita por beneficiario. En este caso será necesario identificar inevitablemente la población a cargo, con la consiguiente adecuación organizativa y administrativa del sistema de registro que permita identificar los beneficiarios del sistema.

Las opciones anteriores pueden ser combinadas con techos o bandas presupuestarias, que constituirían mecanismos prospectivos para acotar la transferencia de recursos.

c) Por último, combinaciones de los puntos anteriores pueden estar comprendidas en un sistema contractual semejante al modelo de “compromisos de gestión”, con metas explícitas de cumplimiento de objetivos asistenciales y de calidad de servicios.

Conclusiones

El hospital de autogestión representa una oportunidad de diversificación de las fuentes de financiación hospitalaria. La misma está asociada pero no garantiza por sí misma la descentralización de la gestión ni la innovación en los modelos de gestión. La descentralización implica conferir al hospital y a sus dirigentes, un margen mayor de libertad dentro de la organización y gestión del establecimiento, apuntando a mejorar su eficacia y sus resultados. La contrapartida de esta libertad en la conducción de los asuntos del hospital, es la responsabilidad del dirigente frente a la autoridad política o administrativa superior. La descentralización se profundiza mientras genera esa contrapartida, si no ocurre esto lo que se está produciendo es una evasión de poder. En otros términos, el poder se detenta en cuanto se lo puede delegar. Si no hay quien acuse recibo de esa autoridad y se reporte a quien la delegó; entonces no se produjo una descentralización sino una pérdida de la capacidad decisoria.

Por este motivo, la eficacia del proceso descentralizador es función de la capacidad de las autoridades para impulsar una delegación cada vez más profunda de la autoridad. O sea, de incorporar cada vez más actores al proceso decisorio. La posibilidad de aprovechar el proceso descentralizador para desarrollar nuevos modelos de gestión más eficaces y eficientes depende de la incorporación de nuevos actores y nuevas racionalidades en la toma de decisiones. Descentralizar la gestión implica reformular los problemas e incorporar nuevos recursos para la toma de decisiones. Si esto no se produce, entonces no pueden esperarse grandes mejoras en los sistemas de salud provinciales.

Las literatura mundial sobre los modernos métodos de gestión empresarial insiste particularmente en la autonomía y la responsabilidad de los cuadros dirigentes. Por un lado se propugna la dirección o gestión por objetivos, en la cual la autoridad, fija unilateralmente un número de objetivos y establece los medios que ella juzga necesarios para su cumplimiento. Se trata de una relación jerárquica tradicional, pero con una verdadera autonomía a nivel de utilización de los medios.

En el caso argentino las unidades que ganan autonomía son los hospitales que suscribieron al decreto de autogestión y/o a las Leyes provinciales de descentralización hospitalaria, respondiendo a una misión de interés general al servicio de una política de salud pública, y colocadas bajo la autoridad de responsables administrativos o políticos. Esta autonomía se extiende al manejo de los recursos reales y financieros y se traduce en mayor flexibilidad para gastar y para recaudar directamente recursos (provenientes de las Obras Sociales, entidades de medicina prepaga o de los propios usuarios).

Una segunda problemática relacionada con la transformación en la administración que el contexto de descentralización puede desatar es la de la velocidad con que debe realizarse el proceso. Diversos estudios internacionales (Mills y Vaughan, 1989) demostraron que las reformas sanitarias basadas en estrategias descentralizadoras precisaron alrededor de diez años para registrar un impacto significativo sobre el sistema de salud. La mayor velocidad de los resultados se obtuvo en las reformas que establecieron más clara y precisamente la gradualidad en la implementación.

Existe un abordaje de la descentralización que la relaciona con un fenómeno pedagógico. Se trataría, entonces, de lograr que las administraciones de las entidades periféricas aprendan a asumir responsabilidades. Usando una metáfora biologicista, en el diccionario de ciencia política dirigido por Bobbio y Sartori se compara a la descentralización con una amitosis, al afirmar, casi positivista, que “todo organismo que alcanza un determinado nivel de desarrollo enfrenta el problema de la delegación del mando”. La descentralización aparece como una solución cuando se alcanza determinado nivel de desarrollo porque permite una mayor flexibilidad en el manejo de los recursos aportando ventajas fundamentalmente en términos de eficiencia.

Revisando la literatura relativa los modelos de gestión hospitalaria Braga (1991) concluye que la descentralización solo permite una verdadera transformación en términos de eficiencia y calidad cuando involucra a los médicos en el proceso de toma de decisiones. De lo contrario, no se produce una auténtica reforma puesto que se continúa manteniendo la doble estructura de poder que caracteriza a las organizaciones hospitalarias modernas: una burocracia mecánica (encabezada por la administración) y una burocracia profesional (que responde al poder médico). El aumento de la eficiencia es, entonces función directa de la capacidad del proceso descentralizador de romper la brecha entre la racionalidad médica de los jefes de servicios y la racionalidad económica de los administradores.

El contexto de descentralización hospitalaria o de implementación del hospital de autogestión aparece como un oportunidad para reproducir esa delegación de poderes hacia el interior de la organización hospitalaria. En otras palabras, la descentralización no garantiza pero favorece el desarrollo de nuevos modelos de gestión más adecuados a las condiciones locales.

Debe destacarse que la autogestión no involucra necesariamente un cambio en los modelos de gestión. Si bien el conceder mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los recursos podría permitir la obtención de mayores niveles de eficiencia en la microgestión, el proceso descentralizador que en nuestro país ha sido denominado “autogestión” no contiene costos. Aún cuando esté contemplada su posterior incorporación, la posibilidad de cobrarle a las entidades intermediarias como seguros, prepagos y obras sociales por los servicios prestados, no involucran automáticamente ningún tipo de incentivo a la calidad y la productividad⁶. La descentralización no modifica, por sí misma, los costos operativos de los hospitales. A su vez, la posibilidad de recuperar costos a través de la facturación a las obras sociales diversifica las fuentes y hasta puede aumentar la eficiencia en la recaudación, pero tampoco reduce los costos.

Por otro lado, la posibilidad de cobrar por los servicios prestados sin una retirada del subsidio a la oferta puede incentivar una mayor producción de servicios ineficientes. Un estudio que seleccionó 19 hospitales del Conurbano Bonaerense verificó que los costos de producción de estos hospitales eran en promedio un 24% superiores a los valores establecidos por el nomenclador nacional (Fernández, et. alt, 1997).

El desarrollo de la gestión y la búsqueda de mecanismos que permitan mejorar la eficiencia micro sería posible a través de sistemas de gestión presupuestaria adecuados. Mas que una rutinaria clasificación de los gastos, el presupuesto es un método para vincular los fondos obtenidos con las realizaciones que se persiguen con ellos, combinando los recursos financieros y reales con objetivos seleccionados. Para lo cual parecería recomendable la incorporación del modelo de contratos.

El proceso presupuestario constituye, entonces, uno de los aspectos que son susceptibles de transformarse en objeto de reformas dentro del proceso descentralizador. La construcción de un nuevo modelo de gestión más flexible y descentralizado puede comenzar por la descentralización presupuestaria, y/o por la descentralización de la gestión de insumos o de personal, etc... La conveniencia de trazar una estrategia que inicie la reforma por uno, otro u ambos caminos depende de la configuración institucional de cada establecimiento. Y esta es una de las ventajas de la descentralización⁷, la posibilidad de que cada hospital haga la reforma a su propia medida.

Bibliografía

- ABEL-SMITH, Brian /MOSSIALOS, Elias. *Cost-contention and Health Reform*. The European Institute. London School of Economics and political Sciences. Londres. 1994.
- BASCOLO, E; PEREZ,I; GALIMBERTI,F. “La construcción de estrategias de cambio en el modelo de financiamiento del subsector estatal de salud”. Trabajo presentado en *las VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*.Buenos Aires, 1997.Mimeo.
- BENGOA RENTERIA. “Tendencias en la financiación hospitalaria”. *Los hospitales en la reforma de salud. Segundo Encuentro Nacional de Hospitales*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1997.
- BRAGA, F. *Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: Os Modelos de Gestão Descentralizados e por linha de Produção*, Tesis de maestría. ENSP, Rio de Janeiro, 1991.
- CAVALLO, Sonia & GRGICEVIC, Gustavo. “La presupuestación por programas como instrumento en la reforma de salud. en AES: *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*.Buenos Aires. 1996.
- ELOLA, Javier; DAPONTE, Antonio / NAVARRO, Vicente. “Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe”. *American Journal of Public Health* (vol.85) n°10:1397-1401. Octubre de 1995.
- ENTHOVEN, A. *Reflections on the Management of the National Health Service*. London. Nuffield Provincial Hospital Trust. 1985.

⁶ Una excepción lo constituye el proceso de transformación hospitalaria implementado en la Provincia de Mendoza, donde existen desde principios de esta década incentivos salariales al personal de los hospitales buscando incentivar la calidad y la productividad de las prestaciones (Tobar, 1996).

⁷ Esta afirmación se refiere al sentido en que la descentralización ha sido implementada en Argentina durante la década de 1990, esto es “delegación”. Debe advertirse que en los Sistemas Locales de Salud donde la descentralización se basa en el modelo de “devolución” no serían los hospitales sino los municipios los que conquistarían autonomía. Para un examen más detallado de las tipologías de descentralización ver: Tobar, 1994.

- FERNANDEZ, S. GIANNI, A.M; MOISO, A; SANGUINETTI, C. "Eficiencia Hospitalaria: una asignatura pendiente". Trabajo presentado en las: *VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Buenos Aires, 1997. Mimeo.
- FUCHS, V. *Who shall live?*. Nueva York, Basic Books, 1974
- HIMMESTEIN, David. "Perils Of Prediction In U.S./Canadian Comparisons". *Health Affairs*, invierno 1992. p.254-7.
- JEFFREY, Nancy Ann. "Enough is enough: some people simply have too much health insurance". *Health & Medicine*. Wall Street Journal .Thursday, October 24, 1996. página. 7.
- KUTZIN, Joseph. "Experiencias With Organizational and Financing Reform of the Health Sector". Ginebra. OMS. *Division of Strengthening of Health Services. Paper no 8*. Enero. 1995.
- MAESTRO MARTIN, Ángeles."Crisis del Estado de Bienestar y tendencias privatizadoras".En: FUNDACION DE CIENCIAS DE LA SALUD. *Alternativas a la Gestión Centralizada de Centros y Servicios Sanitarios*. Madrid. 1995.
- MÉDICI, André. *Economía e financiamiento do Setor Saúde no Brasil*. Sao Paulo. USP. 1994.
- MILLS, Anne. *Descentralización de los Servicios de Salud, principios, conceptos y experiencias nacionales*. Ginebra, OMS,1989.
- MUSGROVE, Phillips. "Public and Private Roles in Health". *World Bank Discussion Paper n° 339*. Washington D.C. agosto de 1996.
- OECD, The reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries. *Health Policy Studies n° 2*, Paris, OECD, 1992.
- PUERTAS, B & LOPEZ DEL AMO, M.P. 1995 "Financiación Pública de Hospitales" in: *Instrumentos Para la Gestión en Sanidad. XV Jornadas de Economía de la Salud*. Barcelona , 1995.pp 338-71.
- SAKELLARIDES, C & ARTUNDO,C." Salud y Asistencia Sanitaria: Reorientación de la atención sanitaria en los 90 desde la perspectiva de la OMS". SAKELLARIDES, C; ARTUNDO,C y VUORLI.H. *Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992. páginas 5-30.
- SALTMAN, R & VON OTTER, C. *Planned Markets and Public Competition: Strategic reform in Northern European Health Systems*. London. Open University Press. 1992.
- SALTMAN, Richard. "La responsabilidad individual y colectiva en la atención sanitaria desde una perspectiva política" en: SAKELLARIDES, C & ARTUNDO,C. Op. Cit. páginas 31-42.
- SCHEFFLER,R."Containing Health Care Costs: International Comparisons". FICOSSER. *Polítiques de Contenció de Costos Sanitaris*. Barcelona. 1993. páginas 11-21.
- SHEILS, J; YOUNG, G.J. RUBIN, R.J.; ICF,L.; FAIRFAX,V. "Return to Constructive Debate On U.S./Canadian Health Spending". *Health Affair* 11 (3): 168-70. otoño de 1992.
- SHEILS, Jonh; YOUNG, Gary, RUBIN,Robert. "Perils Of Prediction In U.S./Canadian Comparisons". *Health Affairs*, invierno 1992. p.257-8.
- SHMUELI, Amir. "Inversiones rentables con mejores resultados sanitarios", *Foro mundial de la Salud* (Vol. 16), 1995, págs. 327-33.
- STARFIELD; Barbara. "Comment: Health Systems'Effects on Health Status -Financing vs the Organization of services". *American Journal of public Health* (vol.85) n°10:1350-1. Octubre de 1995.
- SUAREZ. Ruben."Modelos de Financiamiento", *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Ediciones Isalud. Buenos Aires. 1995.Págs. 33-46.
- TOBAR, Federico. *Alternativas en la Formulación de Políticas Sociales descentralizadas*, PNUD. Proyecto ARG 90/015, 1994.
- TOBAR, Federico. *Gestión Presupuestaria del Hospital Descentralizado*, PNUD. Proyecto ARG 94/031, 1995.
- UNIDAD DE PROYECTOS ESPECIALES - UPE/MCBA. "Control de gestión en unidades asistenciales municipales". 1995. Mimeo.
- WEIL,Thomas."Preparing For Increased Hospital Use in a Reformed System". *Health Affairs*, invierno 1992. p.254-7.
- YOUNG, Gary, RUBIN, Robert. "Return to constructive debate on U.S./Canadian Health Spending. *Health Affairs*, otoño 1992.