

MODALIDADES, MODELOS Y SISTEMAS DE LA ATENCION MEDICA

DR. Camilo Marracino *

El presente texto contiene la versión preliminar que dio lugar luego del procesamiento y aportes correspondientes a uno de los capítulos del Programa de Educación a distancia de Medicina y Sociedad y la Fundación Donavedian. Abril 1998. Fascículo I

1.0.- INTRODUCCION y MARCO CONCEPTUAL

Para ubicarnos en el análisis de la temática propuesta es conveniente adoptar un código lingüístico que diferencie los términos a veces de uso indistinto.

a.- SISTEMAS: Organización de la atención de la salud derivadas de ciertas tendencias y de la aplicación sistemática de políticas, objetivos y metodología de planificación, programación y/o evaluación con coherencia ideológica.

b.- MODALIDADES: Son los distintos componentes de la estructura básica de la atención médica. Es decir:

- .- Modalidades de Cobertura.
- .- Modalidades Contractuales.
- .- Modalidades Prestadoras.

c.- MODELO: Se utiliza indistintamente este termino en el lenguaje de uso cotidiano como sinónimo de sistema de salud o modalidad de la atención médica. No obstante lo definimos como las articulaciones de las modalidades de la atención médica originadas como consecuencia de los diversos procesos de desarrollo y crisis no programadas.

2.0.- OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es el de identificar la estructura básica de la atención médica y de las modalidades que la integran, así como

* Dr. Camilo Marracino. Médico Sanitarista. Consultor en Organización y Evaluación de la Atención Médica. Miembro Titular Fundación A. Donabedian de la R. A., Con la Colaboración del Dr. Víctor Martino. Auditor Médico.

visualizar las formas mas frecuentes de articulación de estas, ya sea en sistemas o modelos.

Comprende el análisis de la siguiente temas:

- .- tendencia en la estructuración de los modelos de atención médica
- .- Modalidades de Coberturas.
- .- Modalidades Contractuales.
- .- Modalidad Prestadora.
- .- Sistemas y Modelos Observados.
- .- Por último se agrega una reflexión sobre las perspectivas posibles de los modelos según la opinión del autor.

3.0.- TENDENCIAS EN LA ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA

En el presente capítulo, se analizan las distintas fuerzas o tendencias que subyacen en la organización de los sistemas, modelos y modalidades de la atención médica.

Estas fuerzas responden a orígenes que exceden al marco científico-tecnológico, son políticas doctrinarias o metodológicas, motivo por el cual el termino mas adecuado para denominarlas es “Tendencias”, por extensión de su definición, fuerza que impulsa un cuerpo hacia una dirección, remarcando que poseen un eje ideológico sistémico o el mismo es solo conceptual.

Se las puede reconocer a través de acontecimientos que les dieron origen, o por los diferentes programas que se implementaron, o por el análisis específico de la realidad en el campo de la salud.

Podemos reconocer cinco tendencias: a.- *Tendencia del Arte*. b.- *Tendencia Científica*. c.- *Tendencia del Derecho*. d.- *Tendencia de la Solidaridad*. e.- *Tendencia del Beneficio*.

a.- TENDENCIA DEL ARTE : En las escuela de medicina hasta fines del siglo XIX, conceptualmente la enseñanza privilegiaba el “Arte” antes que la “Ciencia”. Dentro de esta realidad muchos fenómenos eran explicados empíricamente cuando no existían bases lógicas que lo

sustentaran a través del pensamiento cartesiano predominante en la época, privilegiando el arte y la satisfacción.

Esta tendencia mantiene aún su vigencia en las siguientes circunstancias a) se adopta como expresión substitutiva del conocimiento no poseído b) como alternativa ante el fracaso de opciones formales y , c) cuando se intenta recuperar la relación médico-paciente, nutrida con los nuevos conocimientos tecnológicos y científicos. En las modernas propuestas de atención médica gerenciadas, la relación médico de cabecera - paciente resulta ser la base del mejoramiento de la calidad y la eficiencia.

b.- TENDENCIA CIENTIFICA : Comprende el proceso conceptual renovador producido en las escuelas de Medicina de los EE.UU. a principios del siglo XX , por lo cual se reestructuraron los planes de estudios, incorporando la metodología científica como eje de la enseñanza. Casi todas las Universidades acompañaron este proceso que dio lugar al desarrollo de la investigación y a la renovación tecnológica que domina nuestros tiempos, siendo sus ejes conceptuales, el conocimiento científico, el resultado clínico y el resultado tecnológico.

La importancia asignada a la profundización del conocimiento y a su acumulación trasciende al entorno profesional convirtiéndose en el soporte conceptual de la modalidad asistencial prestadora tradicional. Esta tendencia moldea el pensamiento profesional contemporáneo y se la reconoce en las conductas prescriptivas de los médicos, en el desarrollo de las especialidades, en los paradigmas de la salud que posee la población o en el énfasis de la biología sobre lo social.

c.-TENDENCIA DEL DERECHO : Esta tendencia crece y se desarrolla en forma paralela a la anterior, también en el siglo XX, inmersa en los logros sociales alcanzados por las comunidades de distintos países, en especial en período de postguerra.

El impulso dado por las diversas organizaciones internacionales como la O.N.U. (Organización Naciones Unidas) , O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) Y O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud), al principio de que la salud es un derecho que tienen las personas

independientes de los aspectos raciales, religiosos, políticos, económicos u otros, enmarcan el eje que subyace en la misma.

El concepto del derecho a la salud está íntimamente asociada al de la igualdad de oportunidades y a la recepción equitativa de los servicios, temas que contiene un claro sentido ético y social.

Los procesos de cambio y mejoría de las condiciones de salud aplicadas en los países en vías de desarrollo, tuvieron este sentido y fueron sinérgicas con procesos ideológicos y políticas implementadas por los mismos. También la formación sanitaria impulsada por las escuelas de salud pública de la región privilegiaron la equidad y el derecho a la salud, desarrollando metodología de planificación, de administración hospitalaria, de control de enfermedades transmisibles, de saneamiento ambiental, de estadísticas en salud, y otras que nutrieron los emprendimientos con una fuerte connotación metodológica.

En general todas estas iniciativas se incorporaron en forma natural a los proyectos y programas de los sectores públicos y dentro de estos conforman la base conceptual de la organización del hospital público y de las modalidades prestadoras basadas en él.

d.- TENDENCIA DE LA SOLIDARIDAD : Esta tendencia esta ligada al desarrollo de la seguridad social, dentro de la cual sus beneficiarios deberían recibir atención médica por igual independientemente de la diferencia de aportes que se efectúe por cada uno de ellos. Expresa un principio solidario que en la medida de ser amplio y no sólo grupal aporta una concepción racional en la distribución de los beneficios y tanto mas equitativa cuanto mas universal se logre.

El crecimiento de la seguridad social médica ha tenido un fuerte impulso con la industrialización y la legislación del trabajo. Así el, reclamo y aspiración de los trabajadores aportantes fueron los factores por los cuales se tomaron las decisiones que dieron lugar a las modalidades de coberturas. En nuestro país, el reclamo de los trabajadores se orientó hacia la accesibilidad de los servicios y prestaciones que estaban reservados a las clases sociales económicamente más altas. Fueron estructuradas las modalidades a través del criterio de contratación a terceros por prestación y libre elección, en especial con la actividad médica privada y sanatorial.

e.- TENDENCIA DEL BENEFICIO : A través de esta tendencia se nuclean aquellas acciones que se sustentan en el principio de que los servicios y prestaciones que requieren las personas tienen relación directa con su capacidad de su adquisición. Como es lógico advertir, este concepto forma parte de los principios ideológicos de liberalismo que conforman el capitalismo occidental, debiéndose remontar a sus orígenes para identificar sus fuentes y su historia.

En este marco, la opinión de las personas ha sido privilegiada, adquiriendo en la actualidad la categoría endiosada de “cliente”. Así mismo la renovación tecnológica encontró un adecuado perfil de penetración que facilitó la incorporación de las prestaciones de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad, las prestaciones de cirugía laparoscópica, etc.

Estos procesos impulsan y privilegian las modalidades basadas en la libre competencia de los servicios y la libertad de contratación de coberturas.

SINTESIS, las tendencias descriptas son:

T E N D E N C I A S				
ARTE	CIENTIFICA	DERECHO	SOLIDARIDAD	BENEFICIO
Relación Médico de Cabecera - Paciente	Instituciones Académicas y Universitarias	Hospitales Públicos	Seguridad Social	Prepagas y Ejercicio Liberal de la Profesión

Organización de la Atención Médica:

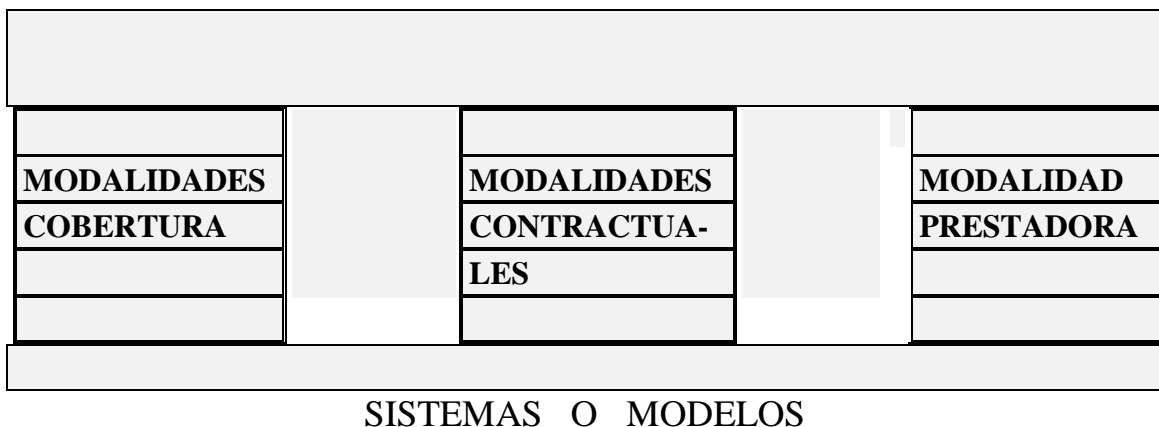
Como ya se describió las tendencias orientaron la conformación de los sistemas, de los modelos y de las modalidades de atención. Ateniéndonos a la definición dada inicialmente, los sistemas contienen modalidades coherentes con la concepción unisista de la planificación que le da origen. No obstante la realidad nos muestra que determinadas modalidades se asocian entre si de formas variadas dando lugar a “modelos” que coexisten

simultáneamente sin conformar una unidad sistémica pero brindando cobertura a la población.

En esta oportunidad evitamos analizar o discutir sobre los sistemas o la viabilidad de una organización de la atención basada en modelos.

Centramos nuestra atención en el reconocimiento y análisis de las modalidades que constituyen la estructura central de la atención médica y que son : Las modalidades de cobertura contractuales y prestadoras que se relacionan de la siguiente forma.

POBLACION



A continuación se analizan cada una de estas modalidades:

4.0.- MODALIDADES DE COBERTURA

Básicamente existen dos enfoques para analizar estas modalidades. El primero se relaciona con la extensión de las mismas, es decir , con la cantidad de personas que involucran. El segundo se relaciona con el alcance que tienen, es decir, con la profundidad (menú prestacional) y prioridades de cobertura.

4.1.-Extensión de las Coberturas:

Las modalidades de cobertura analizadas desde la extensión, implica considerar y describir las distintas formas de relación a través de la cual la población tiene acceso a las mismas.

La forma en la cual la población tiene acceso a las coberturas tiene íntima relación con las concepciones ideológicas que se describieron al analizar las tendencias.

Básicamente son:

a.- Modalidad de Cobertura Genérica, (no nominativas) financiadas a través de rentas generales destinadas a todas las personas que habitan la región, brindando accesibilidad a prestadores públicos. Ej. Sistema de Cobertura Estatal. (tendencia al derecho)

b.- Modalidad de Cobertura Específica Nominativa, de aportes obligatorios para los trabajadores en relación de dependencia y los jubilados y pensionados. Ej. Obras Sociales. (tendencia de la solidaridad)

c.- Modalidad de Cobertura Específica Nominativa, de pagos voluntarios según capacidad de compra y oferta disponible. Ej. Prepagos. (tendencia del beneficio)

d.- No Cubiertos, los no involucrados en a, b, o c. Ej. En algunos países los indocumentados o en aquellos que habitan zonas donde no existen efectores de atención médica.

4.2.- Alcance o Profundidad de las Coberturas: Al evaluar la profundidad de las coberturas es necesario detectar la existencia implícita o explícita de los criterios utilizados para priorizar actividades que originan diferentes niveles de profundidad de las mismas, de su calidad y de sus costos.

Estas son:

a.- Todo lo legítimo para aquellos que lo demanden. Al no establecer prioridades se libera el desarrollo y/o implementación de “tecnologías”. Se obtienen como resultado una baja eficiencia global con incremento de costos. Ej. Cobertura basada en el Nomenclador Nacional.

b.- Todo lo legítimo para aquellos que lo necesitan. Prioriza “necesidades” de las personas, pero no garantiza el uso adecuado de la tecnología ya sea por no contar con su completo control o porque no se

desea actuar sobre ellas. Se obtiene resultados con mediana eficiencia e incremento de los costos. Ej. Cobertura priorizada materno-infantil indiscriminada.

c.- Lo posible para quien lo demande. Prioriza la “disponibilidad de recursos” independientemente de las necesidades de las personas. Se obtiene pobres resultados asistenciales con baja eficiencia, con disminución del gasto. Ej. Cobertura de las obras sociales de bajos ingresos que no analizan prioridades.

d.- Lo posible para quienes mas lo necesiten. Prioriza “necesidades” de las personas y disponibilidad de recursos se observa en aquellas situaciones con importantes limitaciones de éstos, exigiendo un estricto sentido de prioridades en su asignación. Se obtiene resultados con aceptable eficiencia y bajos costos. Ej. Cobertura de los programas de salud rural.

e.- Lo necesario para aquellos que lo demanden. Prioriza la “utilización racional de tecnologías” independientemente de las necesidades. Se obtiene con resultado una baja eficiencia con disminución del gasto. Ej. Cobertura con auditoria previa.

f.- Lo necesario para aquellos que lo necesiten. Prioriza “necesidades” y “utilización racional de tecnologías”. Identifica grupos de riesgo y estratifica el programa de atención permitiendo una decisión coherente y ética al asignar recursos. Se obtiene resultados con una alta eficiencia con adecuados costos. Ej. Cobertura estructurada con priorización de grupos de riesgo, Propuesta original del PAMI.

La existencia de una definición explícita del alcance de las coberturas facilita la presupuestación de las mismas, el control del gasto, el monitoreo del sistema, la toma de decisiones para la asignación de recursos y la eficiencia global del sistema.

Síntesis:

En el siguiente cuadro se resume, los criterios, la prioridad y su resultado:

CRITERIO	PRIORIDAD	EFICIENCIA	EJEMPLOS
Todo lo legitimado para aquellos que lo demanden	Uso de Tecnologías	Baja con Costo incrementado	Cobertura basadas en el Nomenclador Nacional
Todo lo legitimado para aquellos que lo necesitan	Necesidades y libre utilización de tecnología	Mediana con costo incrementado	Cobert. Materno-infantil sin normas
Lo posible para quien lo demande.	Disponibilidad de recursos y/o rentabilidad	Baja con costo moderados	Coberturas de Obras Sociales de bajos recursos
Lo posible para quien lo necesita	Necesidades y disponibilidades de recursos	Aceptable con costos moderados	Cobert. prog. de Salud Rural
Lo necesario para aquellos que lo demanden	Limitaciones en su uso.	Baja con costos moderados	Cobertura con Auditoria previa
Lo necesario para aquellos que lo necesiten	Necesidades y utilizations racional de tecnologías	Alta con costos adecuados	Programa de cobertura por grupo de riesgo PAMI original

Metodología para la Priorización de Coberturas:

Como hemos visto el alcance o profundidad de las coberturas son el resultado de una ecuación que utiliza distintas variables, donde lo trascendente es la decisión de definir las prioridades, como por ejemplo con criterio de “lo necesario para aquellos que lo necesitan”, donde se enfatiza esta estrategia. A continuación se describen métodos de priorización utilizados dentro de lo anteriormente expuesto para definir el alcance de las coberturas. De acuerdo a sus usos darán lugar a diferentes “menú” o “planes” prestacionales.

Es necesario identificar los siguientes tipos de prioridades. a.-) Los grupos de riesgo b.-) Los problemas sanitarios prevalentes y c.-) La estratificación de las coberturas.

a.- Grupos de Riesgo : Incluye los principales grupos de riesgo presentes en la población cubierta, como:

- .- Mujeres embarazadas y mujeres de edad fértil.
- .- Niños menores de 1 año y menores de 15 años.
- .- Personas mayores de 65 años.
- .- Trabajadores según tipo de actividad.

b.- Problemas Sanitarios Prevalentes: Es conveniente establecer dentro del programa de atención médica las prioridades que corresponden a los problemas sanitarios prevalentes. Podemos incluir los siguientes: .- Salud mental.

- .- Rehabilitación.
- .- Salud bucal.
- .- Medicamentos, Material descartable y Prótesis.
- .- Enfermedades prevenibles.
- .- S.I.D.A.(Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida)
- .- Alcoholismo y drogadependencia.

c.- Estratificación de las Coberturas: Se aconseja el criterio de estratificación de la atención médica por “niveles”, teniendo en cuenta la “accesibilidad “ y los “riesgos y la complejidad de las prestaciones.

.- *Según Accesibilidad:* Las pautas de accesibilidad a utilizar conllevan el concepto básico y fundamental del conocimiento del sistema de cobertura por parte de la población y de la equidad, a partir de la cual tienen aplicaciones dichas pautas en términos de accesibilidad geográfica, económica y operativa. Se identifican la existencia de a.) Accesibilidad directa del beneficiario a la cobertura sin ningún tipo de paso previo. b.) Accesibilidad referenciada, es decir a través de una solicitud o derivación efectuada previamente, que presupone una contrareferencia (informe, resultado, etc.) y c.) Accesibilidad indirecta, a través de una derivación con indicación de acciones prolongadas o muy específicas.

.- *Según Riesgo y Tecnología:* Las pautas a utilizar se refieren a los criterios de complejidad tecnológica, necesaria para el desarrollo de la actividad y a los riesgos inherentes a la atención médica brindada.

De esta forma, quedan constituidos los siguientes niveles de cobertura, además de las opciones y las exclusiones:

1er.- Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad operativa directa del beneficiario. Fundamentalmente comprenden acciones primarias ambulatorias y de baja complejidad. Comprende: Prevención, Promoción de la Salud, Consulta por Médico de Cabecera, Urgencias.

2do.- Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad referencial. Se desarrollan acciones preventivas secundarias, especializadas, ambulatorias y de internación de mediana complejidad. Comprende: Atención Ambulatoria Especializada, Prácticas diagnósticas y tratamiento, Internación.

3er.- Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad indirecta. Se desarrollan acciones de prevención secundaria y terciaria, ambulatorias y de internación de alta complejidad y muy especializadas. Comprende: Alta Complejidad, Atención Médica para Crónicos, Internación de larga estadía.

Prestaciones Opcionales: Se entiende por prestaciones opcionales todas aquellas cuya cobertura no es obligatoria, quedando supeditadas a la situación económico-financiera de las prestatarias y a la efectiva y primaria cobertura de las prestaciones (básicas u obligatorias) anteriormente descriptas.

Prestaciones Excluidas de la Cobertura Básicas Obligatorias: Son aquellas prestaciones que no deben ser cubiertas por los prestatarios aún existiendo financiamiento disponible, como prestaciones experimentales, las no legitimadas, las superfluas, etc.

d.- Síntesis de Métodos de Priorización: Al cruzar estos los criterios antes mencionados se obtiene el siguiente esquema de prioridades:

Estratificación	SALUD DE LA MADRE NIÑO Y ADOLESCENTE	SALUD DEL TRABAJADOR	SALUD DE LA TERCERA EDAD	SALUD BUCAL	SALUD MENTAL	REHABILITACION	MEDICAMENTOS Y PROTESIS	SALUD DE OTROS GRUPOS
NIVEL I. Básicamente: - Prevención - Promoción - Médico de Cabecera. - Urgencia De Accesibilidad: Directa Complejidad: Simplificada o Baja								
NIVEL II. Básicamente: Atenc. Ambult. Especializada - Prácticas, Diagn. y Tratm. -Internación De Accesibilidad: Referencial Complejidad: Especializada o Mediana.								
NIVEL III. Básicamente: - Alta Complejidad. - Atención Médica para Crónicos y larga estadía. De Accesibilidad: Indirecta. Complejidad: Muy Especializada o Alta.								
OPCIONAL								
EXCLUIDAS								

Grupos de Riesgo. Problemas Sanitarios Prevalentes

4.3.- DIFERENTES MODALIDADES DE COBERTURA

Según su Extensión:

.- Modalidad de Cobertura Genérica del Sector Público.

- .- Modalidad de Cobertura Especifica Nominativa de Aportes Obligatorios, Obras Sociales.
- .- Modalidad de Cobertura Especifica Nominativa de Aportes Voluntarios, según capacidad de compra. Prepagos.

Según su Alcance:

- .- Modalidad de Cobertura por Grupo de Riesgo. Ej. Plan Materno Infantil, PAMI (Programa Asistencial Médico Integral), ART (Aseguradora Riesgo de Trabajo)
- .- Modalidad de Cobertura por Problema Sanitario. Ej.: Cobertura Odontológica, Salud Mental, Emergencias, etc.
- .- Modalidad de Cobertura por Niveles de Atención. Ej. De 1° Nivel, De 2° Nivel, De Alta Complejidad, Integral, Básicas. (PMO - Prestación Médica Obligatoria).

5.0.- MODALIDADES CONTRACTUALES

5.1.- ANTECEDENTES

La existencia de modalidades contractuales aplicable a las relaciones que se pactan entre prestatarios de coberturas y prestadores, se enmarcan dentro de las siguientes alternativas:

- A través de contratación de servicios a terceros dado el escaso desarrollo de servicios propios implementados por parte de las entidades prestatarias de coberturas;
- A través de servicios propios (Hospital Público y algunos establecimientos de Obras Sociales y Prepagos), siendo la modalidad presupuestaria, la expresión de la modalidad contractual.

La modalidad de contratación a terceros se desarrolló en el ámbito de la seguridad social de la Rep. Argentina, a través del concepto de pago por prestaciones siendo esta matriz económica la responsable del crecimiento y consolidación de la estructura prestadora Médico Gremial, Sanatorial, Bioquímico, Odontológico y Farmacéutica.

A través de sucesivas experiencias y ante la necesidad de racionalizar el gasto, se implementaron otras modalidades contractuales como la de

riesgo capitados. Este tipo de convenio modificó substancialmente la organización de la atención médica, que modificaron la relación Prestatarias-Prestadores Asociados y forzaron reordenamientos no planificados en otros puntos del sistema. Estas circunstancias pusieron de manifiesto que las modalidades contractuales tienen diversos tramos, conformando una “cadena” que debe estar articulada entre sí armoniosamente. Cuando esto no ocurre y contiene incoherencias en sus premios y castigos o en sus estímulos, el resultado es malo generando frecuentemente ajustes perversos y no equitativos.

La cadena de convenios mencionada se desarrolla en tres tramos reconocibles:

- Entre Prestatarias y Prestadores Asociados. (Ej: Obras Sociales / Federaciones, Asociaciones, Redes).
- Entre Prestadores Asociados y Prestadores Institucionales o Profesionales directamente. (Ej: Clínicas / Institutos Médicos).
- Entre Prestador Institucional (o Asociado) y los Profesionales.

Independientemente de lo expuesto en cada uno o en todos ellos es posible adoptar modalidades que contienen definiciones metodológicas que las diferencian tanto por su operatividad como por sus resultados. Estas diferencias son las que le han otorgado a las modalidades contractuales el rol de "palanca de cambio" y “eje” en la obtención de ciertos resultados y dada adecuada o inadecuada articulación entre prestatarias de coberturas y prestadores.

MODALIDADES CONTRACTUALES POSIBLES

5.2.- MODALIDAD POR ACTO MEDICO O POR PRESTACION

Se denomina modalidad contractual por prestación al sistema de relación económica-asistencial por la cual una entidad prestataria de coberturas incorpora a ciertos prestadores en su oferta de servicios a los efectos se que sus beneficiarios puedan tener acceso a la atención asistencial según su demanda y de acuerdo con las siguientes características:

- Posee una lista codificada y nombrada de todas las prestaciones quirúrgicas, clínicas, especialidades de diagnóstico y tratamiento,

sanatoriales, bioquímicas, odontológicas comúnmente llamados nomencladores.

- Cada práctica o prestación posee una ponderación en unidades abstractas (Galeno, unidad sanatorial, pensión, gastos Rx, gastos quirúrgicos, otros gastos, honorarios médicos, gastos bioquímicos, honorarios bioquímicos, gastos odontológicos u honorarios odontológicos) relacionada con un valor real actualizable de cada una de ellas.
- Posee un conjunto de normas de aplicación “generales” y otras “específicas” para cada tipo o prestación que condicionan el reconocimiento económico de las mismas (facturación) y la emisión de órdenes de atención.
- Requiere de un sistema de control y fiscalización muy desarrollado y especializado.
- En general, se relaciona con el criterio de libre elección de prestadores según demanda del beneficiario.
- Contiene un fuerte estímulo a la producción de prestaciones y prácticas, en especial aquellas que poseen valores "estimulantes" con fuerte tendencia a la sobreprestación.
- Es de aplicación en los tres tramos de la cadena de contrataciones descriptas. Cuando su aplicación es simultánea en todos los tramos, se potencian los resultados descriptos.
- Favorece la renovación tecnológica.
- Las variables de regulación aplicables a esta modalidad son: el precio de cada prestación y su valor relativo respecto de las demás; la existencia de coseguros y las normas de facturación.

5.3.- MODALIDAD POR CAPITA (DE RIESGO)

Se denomina modalidad contractual por capita, aquellos sistemas de relación económico-asistencial entre entidades prestatarias de coberturas y prestadores que considera un valor por beneficiario por mes, como contraprestación económica por los servicios brindados, independiente del uso que efectúen los beneficiarios. El contratado asume; el riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda, y el riesgo por el tipo de conducta prestacional (diagnóstico terapéutica) utilizada en la atención.

Esta modalidad tiene las siguientes características:

- Posee un valor de contraprestación evaluado por beneficiario / mes. Su valorización es la sumatoria de los productos de multiplicar la tasa de las prestaciones beneficiario/mes incluidas en el menú (consulta, egresos, alta complejidad, etc.) por el valor (precio) individual de cada uno.
- El padrón de beneficiarios que alcanza y es "cautivo" con identificación nominativa de cada uno de ellos.
- Posee una definición de las prestaciones que incluye ó excluye. (menú)
- Posee un mecanismo operativo que facilita y aclara el acceso a los servicios de los beneficiarios.
- Posee un importante sistema de monitoreo basado en el análisis de tasas de utilización.
- Debe incluir las características de los prestadores adheridos.
- Cuando es integral generalmente posee una estratificación por niveles. Puede ser parcial (1° o 2° nivel), o especializada. Debe estar definida la forma de acceso a cada nivel que posea.
- Posee estímulos orientados hacia un racional o bajo uso de las prestaciones, siendo necesaria la existencia de una auditoría que monitoree la posible subutilización. Estos estímulos colisionan con la habitual conducta de los prestadores orientados hacia el incremento de su producción.
- Es de aplicación en los tres tramos de la cadena contractual aunque habitualmente se la aplica en el primero (Prestataria - Prestador Asociado) o como forma de arancel del profesional (Médico de Cabecera). Requiere que las modalidades aplicadas en los otros tramos de la cadena de convenios tenga coherencia en sus estímulos. Cuando a una modalidad de capita (1° tramo) sucede una modalidad por acto médico (2° tramo, Prestador Asociado - Prestador Institucional o Profesional) se producen interferencias e incoherencias en los estímulos prestacionales que desembocan habitualmente en sobreuso de las prestaciones necesarias incluidas en la capita. Esta combinación suele dar lugar a la aplicación de medidas de ajuste económico, para evitar el riesgo de quiebra del convenio de capita que se aplican sobre el 2° tramo, es decir sobre la modalidad de acto médico a través de índices correctores de aranceles,

topes de uso u otros, que agregan un nuevo conflicto y evitan circunstancialmente el riesgo económico.

5.4.- MODALIDAD POR CARTERA FIJA (DE RIESGO)

Se denomina modalidad contractual por cartera fija a aquellas modalidades de relación económico-asistencial entre prestatarias de coberturas y prestadores en los cuales se establece un valor o monto mensual fijo y específico como contrapartida de los servicios disponibles independientemente del uso de que los beneficiarios efectúen.

Tiene similares características que la modalidad capitada, salvo por la inexistencia de un padrón de beneficiarios identificados nominativamente (los cuales son generalmente reconocidos a través de su recibo de sueldos), pero incluye un cálculo global del número de los mismos.

5.5.- MODALIDAD POR MONTO FIJO - SUELDO

Cuando el contratado es un prestador asociado, es una variable de la modalidad por cartera fija, en la cual no existe una referencia al número de beneficiarios globales que incluye. Con esta modalidad a igual que lo anterior, está francamente comprometida la priorización e identificación de los grupos de riesgo.

Cuando dicha modalidad es aplicada a la contratación individual de profesionales se lo denomina sueldo u honorario profesional fijo.

5.6.- MODALIDAD POR MODULOS (DE SEMI-RIESGO)

Se denomina modalidad contractual por módulos a aquellos sistemas de relación económico-asistencial entre prestatarias de coberturas y prestadores por la cual la identificación de los episodios de atención, se efectúa a través de la patología o prestación central que involucra, conteniendo dentro de ella a todas las otras prestaciones que acompañan a la misma. En esta modalidad el prestador asume el riesgo por la conducta prestacional diagnóstico-terapéutica utilizada en la atención. El riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda queda asumida por la prestataria.

Tiene las siguientes características:

- Posee un listado codificado de los módulos que incluye con descripción de las prácticas que contiene cada uno.
- Posee un conjunto de normas generales y particulares que especifican su uso y la facturación de los mismos.
- Cada módulo posee un valor que se le asigna de acuerdo a distintos métodos.
- Es de aplicación en los tres tramos de la cadena de convenios, siendo de gran utilidad en la relación Prestador Asociado - Prestador Institucional o Profesional.
- Requiere una especial vigilancia para evitar el desdoblamiento de actividades y la sumatoria de módulos. Ej.: una internación (1 modulo), desdoblada en dos períodos (2 módulos). Debe estar muy bien definidas las normas de aplicación y la elección de las distintas alternativas de módulo según los resultados deseables.

DIFERENTES TIPOS DE MODULOS.

En función de lo expuesto pueden reconocerse los siguientes tipos de módulos:

.- Por Patología con arancel indivisible: Se trata de la identificación del diagnóstico principal del acontecimiento. Generalmente de uso en internación, incluye una ponderación detallada de las prácticas, medicamentos, insumos y prestaciones que en promedio son utilizados (conducta observada) en la atención de los pacientes y la valorización de los mismos. Ej: D.R.G. (Diagnostic Relacional Group)

Una variable de este tipo de módulos son aquellos que se calculan y definen a través de un consenso de expertos, indicando la conducta esperada y no la conducta observada. Ej: SAM (Sistema Arancelario Modular).

.- Por Patología con arancel global subdivisible: Al igual que los anteriores, se refieren al diagnóstico principal pero no poseen un detalle de las prestaciones que contiene, y sólo se presenta patología y valor global con cierta subagrupación (honorarios, gastos, medicamentos, laboratorio u otros). Para su cálculo se utiliza la misma ponderación que la descripta anteriormente. Generalmente se subdivide de acuerdo a los agrupamientos

corporativos de los prestadores que participan. Ej: IOMA (Obra Social de la Pcia. de Bs. As.), FECLIBA. (Federación de Clínicas de la Pcia. de Bs.As.)

.- Por Práctica Central Efectuada: Generalmente de uso en actividades quirúrgicas. Incluye a todas las principales prácticas que acompañan a aquella. Se las identifica con el código y nomenclatura relacionado con la práctica central. Adoptan un formato parecido a los nomencladores. Ej: Alta complejidad (Cirugía Cardio Vascular - CCV, Neurocirugía - NC, Transplantes, Hemodiálisis, Hemodinámica, etc.), Aranceles Hospital Público de Autogestión, SAMI (Sistema Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicio Social de Jubilados y Pensionados - INSSJYP)

.- Por Prestación Final Efectuada: En general se refieren a día cama (de distintos tipos), Y consulta vestida (de distintas especialidades).

Incluye todos los insumos y prácticas utilizadas. En oportunidades pueden presentar exclusiones (que se realizan por separado), y se presentan con un valor global. Estimula el sobreuso del día cama (con promedio día-estada algo más elevados.) y de la consulta vestida. Es de fácil implementación con bajo costo de monitoreo y control.

Ej: Sistemas modulares de los sanatorios para prepagos.

5.7.- MODALIDAD PRESUPUESTARIA

Como ya se expuso para aquellas casos en las cuales los responsables de coberturas poseen prestadores propios, la relación económico-asistencial se desarrolla a través de un presupuesto que debería contener todos los componentes propios de tal metodología.

En estas circunstancias, el presupuesto ocupa un rol metodológico equivalente al de una modalidad contractual definiendo valores, estímulos y alcance asistencial de la prestación pretendida, etc.

Es por estos motivos que se la incluye a pesar de no ser estrictamente un “contrato”.

6.0.- MODALIDAD PRESTADORA (oferta)

Denominamos modalidad prestadora al conjunto de efectores que componen la oferta de servicios de atención médica independientemente de su complejidad, tamaño y especialidad. Para esta definición prestador y efector son sinónimos.

El conjunto de prestadores puede estar organizado de acuerdo con el mismo criterio de estratificación por niveles descrito en el análisis de prioridades de coberturas. En aquella circunstancia la estratificación definía el menú prestacional, en este caso define los distintos tipos de prestadores que se incluyen en cada nivel.

Por estas razones no repetiremos las descripciones de la estratificación aludida (1º , 2º , 3º nivel) Habitualmente la organización de la oferta prestadora no sigue criterios de interrelación programada (sean estos por niveles u otros). no obstante utilizamos el esquema de niveles a los efectos de facilitar identificar los distintos tipos de efectores o prestadores que se incluyen en las leyes de habilitación y del ejercicio profesional.

6.1.- DISTINTOS TIPOS DE PRESTADORES

1º NIVEL: .- Consultorio médico de cabecera, generalista o pediatra
.- Consultorio odontológico de atención básica.
.- Servicios de emergencias domiciliaria.
.- Atención domiciliaria.
.- Vacunatorios.
.- Agentes sanitarios.

2º NIVEL: (Mono o Polivalente)
.- Consultorio o policonsultorio de especialidades.
.- Instituciones de Diagnostico y Tratamiento ambulatorios.
.- Laboratorios de análisis clínicos ambulatorios.
.- Centros odontológicos con cirugía y especialidades.
.- Establecimientos asistenciales con internación en zona de aislamiento geográfico.

- .- Establecimientos asistenciales con internación urbanos sin cuidados críticos.
- .- Establecimientos asistenciales con internación urbanos con cuidados críticos.
- .- Internación domiciliaria.
- .- Hospital de día.
- .- Centro de kinesiología y rehabilitación ambulatorias de baja complejidad.

3° NIVEL: (Mono o Polivalente)

- .- Instituciones de Diagnóstico y Tratamiento ambulatorios de alta complejidad.
- .- Laboratorios de análisis clínicos ambulatorios de alta complejidad.
- .- Establecimientos asistenciales con internación urbanos con cuidados críticos y con alta complejidad. (CCV, Gran Quemado, Neurocirugía, Transplantología)
- .- Establecimientos asistenciales con internación psiquiátrica para casos agudos o crónicos.
- .- Establecimientos de rehabilitación de alta especialización, con o sin internación.

DISTINTAS MODALIDADES PRESTADORAS

Los prestadores o efectores señalados pueden organizarse a través de distintas modalidades, estas son:

6.2.- MODALIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS PUBLICOS

Existen distintos tipos de organizaciones, conocidos a través de diferentes denominaciones, que en general se identifican con programas o proyectos de atención médica propiciados por organizaciones públicas o internacionales (OPS, OMS, etc.) como por ejemplo:

- Servicios de Salud Provinciales: Corresponde a la red de establecimientos y hospitales públicos dependientes de una Provincia, habitualmente poco

descentralizados, aunque progresivamente se esté generalizando la adhesión a Hospital de Autogestión (autárquico descentralizado).

- **Áreas Programáticas:** Son así denominadas una forma de organización regional de Servicios Públicos (Hospital Público) incluidos en una determinada área geográfica que coincide con el flujo de población. Posee un centro de atención de complejidad suficiente como para atender la mayoría de los casos que les son derivados por los centros de atención de menor complejidad. Las características básicas identificadas son escalonamiento y derivación de la atención en relación con el tipo de complejidad del establecimiento.
- **Sistemas Locales - SILOS-** (Sistemas Locales de Salud): Es así denominado una propuesta impulsada por la OPS. Incluye algunos conceptos similares al área programática pero fundamentalmente se apoya en el criterio de una administración descentralizada y única, relacionada con una estructura de tipo municipal o similares. En general se refiere a la constitución de una única red donde se integrarían todos los prestadores, Públicos, de Obras Sociales y privados, aunque en la práctica sólo existan esbozos de SILOS públicos.

6.3.- MODALIDAD PRESTADORA CORPORATIVA

Esta modalidad comprende a los agrupamientos de prestadores privados a través de su vinculación gremial profesional o empresaria, y dentro de estas, fundamentalmente las denominadas organizaciones de segundo nivel; es decir, aquellas que ostentan la representación a nivel Provincial o Jurisdiccional (Federaciones, Asociaciones). Son agrupamientos que responden al tipo de organización gremial que en dicho territorio representan.. (Médicas, Sanatoriales, Bioquímicas, Odontológicas, Anestesiastas, y eventualmente otras.)

Condicionan la elección de la modalidad contractual que debe responder a este tipo de organización y que históricamente fue el pago por prestación con libre elección y con valorización fraccionada, (honorarios y gastos). Esta articulación matriz o modalidad prestadora corporativa - modalidad contractual por acto médico (con sus desfases y sus desajustes) es el desarrollo de la atención médica en la Rep. Argentina en las décadas del 70 y del 80.

6.4.- MODALIDAD PRESTADORA POR AGRUPAMIENTOS EMPRESARIOS

Esta modalidad comprende el agrupamiento de los prestadores a través de vinculaciones empresarias, por acuerdo de intereses u objetivos comunes.

Estas organizaciones (UTE - Unión Transitoria de Empresas, ASE - Asociación de Servicios Empresarios, S.A. - Sociedad Anónima, etc.) agrupan principalmente a un número pequeño de establecimientos, los cuales actúan como titulares formales, los cuales obtienen la “adhesión” de sólo aquellos prestadores que sean necesarios para la prestación contratada. En este caso la adhesión funciona como una subcontratación.

La modalidad contractual habitual con las prestatarias de coberturas, es la capita, y con los prestadores individuales muy variada. (módulos, subcapitas, prestación.)

No funcionan como verdaderas redes (salvo excepciones); no poseen las garantías básicas requeridas, ni la tecnología de gerenciamiento, y representan una respuesta organizativa al estímulo competitivo de precios de las capita y a la obligatoriedad institucional de asegurar las fuentes de recursos.

6.5.- MODALIDAD PRESTADORA ADMINISTRADA POR LA PRESTATARIA

Esta modalidad comprende al conjunto de prestadores contratados directamente por una prestataria de cobertura, independizándose de la existencia o no de agrupamientos corporativos empresarios u otros que pudieran existir en una determinada jurisdicción.

En estos casos la prestataria de coberturas asume además la organización de las vinculaciones prestadoras en forma directa.

Esta modalidad ha sido comúnmente utilizada tanto por la seguridad social (Obras Sociales) como los prepagos en los grandes conglomerados urbanos (Capital Federal y Conurbano, Rosario, Córdoba, y otros).

6.6.- MODALIDAD PRESTADORA REDES DE SERVICIO

Esta modalidad comprende la organización de la oferta a través de la estratificación por niveles siguiendo el mismo esquema descrito en las modalidades de cobertura pero en este caso, utilizadas para definir quien efectúa la atención.

Por lo expuesto es la organización de servicios de atención médica compuesta por un conjunto de prestadores que brindan total o parcialmente prestaciones en los distintos niveles de atención. Desarrolla programas u objetivos comunes, destinados a lograr una mayor eficiencia y calidad de la atención médica y constituyen una unidad jurídica formal.

Características Básicas de una Red de Servicios: Una Red de Servicios debe tener como mínimo las siguientes características:

- Debe incluir los niveles de cobertura incorporados en el contrato, atendiéndolos integralmente.
- Debe garantizar una accesibilidad óptima, evitando derivaciones innecesarias, sobreprestación, rechazos u otras ineficiencias.
- Debe incluir a efectores de magnitud suficiente como para atender la demanda estimada, evitando la sobreoferta de servicios.
- Debe garantizar un adecuado costo, a través de servicios eficientes, confiables, que garanticen la calidad de la atención que brindan.

Garantías Requeridas a las Redes de Servicios:

- **Garantías Asistenciales:** Son aquellas que tienden a garantizar la efectividad y la eficiencia. La red de servicios debe demostrar la existencia de una serie de recaudos que en su conjunto signifiquen la voluntad y la preocupación por mejorar la calidad de la atención médica y no sólo el mero cumplimiento de obligaciones burocráticas.
- **Garantías Operativas y de Gestión:** Son aquellas que tienden a garantizar la eficiencia. La red de servicios debe demostrar la existencia de una tecnología de gestión idónea, preocupada por los resultados operativos de la misma. Dentro de estas se encuentra el “Managed Care” que tiene dos significados diferentes, a) Medicina Dirigida, donde las conductas esperadas son las de contención del uso de los servicios con el menor costo posible, como ejemplo es el médico de cabecera “guarda barrera” con topes y restricciones normativas. y b) Medicina Gerenciada, donde las

conductas esperadas son la contención y rápida resolución de los problemas a través de una efectividad clínica adecuada, ejemplo, el médico de cabecera clínico o pediátrico con entrenamiento clínico continuo en problemas prevalentes.

- **Garantías Económico-Financieras:** Son aquellas que tienden a demostrar una capacidad empresaria equivalente a la tarea asumida.
- **Garantías Jurídicas:** Son aquellas que tienden a demostrar la constitución formal de la red en términos jurídicos y su capacidad de contratación.
- **Garantías Profesionales:** Son aquellas que tienden a garantizar la idoneidad de los efectores profesionales integrantes de la red.

Tipos de Redes de Servicio:

Se las puede clasificar según su Complejidad o según su Integralidad:

- *Según su Complejidad:* Desde este punto de vista y de acuerdo al tipo de actividades que cubre pueden clasificarse en:
 - .-Red Polivalente de Atención Médica.
 - .-Red Especializada en Medicina Laboral.
 - .-Red Especializada en Emergencias.
 - .-Red Especializada en Salud Mental.
 - .-Red Especializada en Pediatría.
 - .-Red Especializada en otras especialidades.
- *Según su Integralidad:* Se entiende que una red de servicios puede cubrir todos o algunos de los niveles de atención médica por lo cual pueden clasificarse en:
 - .-Red Integral (1º, 2º y 3º nivel)
 - .-Red de 1º nivel.
 - .-Red de 2º nivel.
 - .-Red de 3º nivel o Alta Complejidad.
 - .-Red según sus combinaciones parciales.

7.0.- MODELOS Y SISTEMAS OBSERVADOS.

Como ya hemos explicado, tanto los sistemas como las modelos de atención médica, contienen modalidades de coberturas, contractuales o

prestadoras. Las cuales se articulan planificadamente (sistemas) o en forma pragmática (modelos).

Analizando la realidad encontramos formatos de ambas alternativas, algunas de las cuales tuvieron su máximo desarrollo en tiempos pasados y otros permanecen como alternativas de atención.

En el análisis internacional de las organizaciones de atención médica podemos detectar la existencia de estas alternativas las cuales también han tenido sus altibajos pero en general en cada país predomina algunas de ellas con mayor o menor hegemonía una de ellas. Son pocas las experiencias internacionales que permitan observar el funcionamiento sistemático de múltiples articulaciones (sistemas y modelos) como en la República Argentina.

A continuación se efectúa una descripción de los modelos y sistemas observados en la realidad:

7.1.- SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

Sistema propiciado desde el sector público dentro de lo que denominamos tendencia del derecho, a través de la ley N° 20748 / 1973 (derogada en 1978). Se trató de una iniciativa cuyo eje metodológico fue el desarrollo de la modalidad prestadora de servicios públicos, Hospital Público, y sus áreas programáticas.

Fue complementada con la ley N° 20749 / 73 Carrera Sanitaria Nacional, que preveía un fuerte apoyo e impulso a la relación profesional llamada “Full Time”

La modalidad de cobertura fue genérica (para toda la población del área) a cargo del Estado a través de rentas generales. La modalidad de relación con los efectores (Hospital Público) propios fue naturalmente presupuestaria teóricamente descentralizada.

Fue implementado en cuatro provincias con buenos resultados asistenciales y se derogó por razones políticas, luego de tres años de experiencia.

7.2.- MODELO DE ATENCION MEDICA PUBLICA (Provincial o Jurisdiccional)

Se trata de la organización de la atención médica del sector público a cargo de las Provincias, con fuerte énfasis en la modalidad prestadora Hospital Público, orientado a coberturas genéricas (población de la región).

Dentro de este modelo existe una amplia gama de alternativas entre dos extremos. a.) las menos organizadas que representan establecimientos aislados de una interrelación entre si. b) organizaciones tipo red de servicios públicos, abarcando establecimientos de distintas complejidad, centros de emergencias, en salud mental, de rehabilitación, de odontología, y otras.

La modalidad contractual o económica con los servicios propios (Hospital Público) también es la presupuestaria a través de rentas generales.

Dentro de las alternativas señaladas debemos incluir aquellas que propicia al Hospital de Autogestión que si significa una descentralización y autarquía implica la búsqueda de una mayor eficiencia dentro de la tendencia del derecho a la salud que los cobija. En cambio si por Hospital de Autogestión se entiende que incluye autofinanciamiento con limitaciones importantes del financiamiento público, el modelo de pertenencia cambia de sentido ideológico, apartándose de la equidad y de la priorización de grupo de riesgo y adecuándose a otras tendencias.

7.3.- MODELO DE OBRAS SOCIALES.

Si bien la Obras Sociales son preexistentes a la ley 18610 / 69 , dentro de la tendencia de la solidaridad ya señalada, dicha ley marca un ciclo a través del cual la modalidad de coberturas se desarrollo con aportes específicos nominativos, obligatorios (patronal y retención salarial) derivados a entidades prestatarias (obras sociales) exclusivas, según rama de actividad y /o convenio colectivo de trabajo que le correspondiese (encuadramiento) .

Estas entidades adoptaron la modalidad de contratación a terceros de pago por acto médico o prestación de libre elección dentro de la modalidad prestadora corporativa (federación y asociaciones Provinciales) o a través de la contratación directa de prestadores (ej: Capital Federal).

En forma independiente también se desarrollan otro tipo de obras sociales no integradas jurídicamente a la ley mencionada, como las Provinciales y otras que en general conformaron un modelo similar.

De esta forma las obras sociales adquirieron el rol de gerenciadore de la cobertura (padrones y menú prestacional), fiscalizadoras de la modalidad contractual de pago por prestación (nomencladores) y gerenciadore de las interrelaciones entre prestadore y beneficiario . Su generalización dio lugar al pensamiento de sistematizarlas y generalizarlas con el cual se creó una nueva alternativa que se detalla a continuación.

7.4.- SEGURO NACIONAL DE SALUD (SNS)

Creado a través de las Leyes N° 23660 y 23661 / 1989 y como consecuencia del gran desarrollo alcanzado por las obras sociales que en 1985 alcanzaban una extensión de sus coberturas al 75 % de la población Argentina. Incluye el criterio naturalmente solidario (igual acceso y atención), independientemente de los aportes, pero dicho criterio es propiciado universalmente para toda la población propiciando el desarrollo de modalidades de cobertura (específicas) nominativas para aquellos que no la tuvieran.

Otras características sistémicas del SNS, es la propuesta regulatoria integral del sistema a través de un organismo (Administración Nacional de Servicios de Salud. - ANSSAL) , tipo superintendencia. Como contrapartida debe señalarse que debido a necesidades políticas y no técnicas la legislación quedó dicotomizada en dos leyes con organismos regulatorios paralelos (ANSSAL y la DINOS - Dirección nacional de Obras Sociales.) desdibujando sus alcances y marcando el futuro de su incierta aplicación.

Las modalidades contractuales y prestadoras no tuvieron mayores diferencias al modelo de obras sociales y los cambios que existieron no se debieron al proceso señalado sino a otro tipo de circunstancias.

7.5.- MODELO DE OBRAS SOCIALES DESREGULADAS.

Este modelo nace a partir del Decreto N° 9 / 93 y si bien está basado en el desarrollo de entidades prestatarias de coberturas (obras sociales) con aportes mixtos obligatorios nominativos, en este modelo los mismos pueden ser derivados libremente entre las entidades (obras sociales) sindicales o entre las obras sociales de dirección de empresas, pero no entre los dos grupos.

El concepto y tendencia solidario con posibilidades de universalización presente en el seguro de salud, ha sido reemplazado de este modelo por una competencia entre entidades, obligadas a un menú prestacional básico (PMO, Prestación Médica Obligatoria), dejando que las reglas del mercado “aggiornen” el modelo.

La modalidad contractual de elección es la capita o la cartera fija de menor precio y la modalidad prestadora más frecuente es el agrupamiento empresario. El estímulo central del modelo es el balance de cuentas de la prestataria y la rentabilidad del agrupamiento empresario.

Ocasionalmente se observa que este modelo incorpora la modalidad prestadora, redes de servicios, aunque existen indicios que pudieran tener un progresivo auge en el futuro. En este caso el estímulo organizativo son la eficiencia con resultados asistenciales adecuados.

7.6.- MODELO DE PREPAGOS Y SISTEMAS HMO

Dentro de las tendencias del beneficio, tal como fue expuesto la posibilidad de adquirir coberturas voluntariamente en función de la capacidad de compra que tengan las personas, se denomina genéricamente en la Argentina Prepagos, y en EE.UU. H.M.O. (Health Maintenance Organization) Estos pueden adquirir diferentes formas y alternativas según las modalidades que incorporen y comprenden:

a.- Prepagos con modalidad prestadora de servicios propios (establecimientos y cuerpo profesional). En el modelo prototipo de la Kaiser Fund en EE.UU. y antecesor de los HMO.

Este modelo adopta un fuerte compromiso asistencial con los afiliados e institucional con los profesionales y otros prestadores. La modalidad contractual puede ser capita o (monto fijo) sueldo.

b.- Prepagos sin servicios propios, con modalidad contractual de servicios a terceros. Contratada por acto médico (históricamente) o módulos (generalizándose). La modalidad prestadora es la de contratación en forma directa, asumiendo el prepago el gerenciamiento de las interrelaciones.

c.- Prepago con modalidad prestadora de redes de servicios regionales contratadas por capita. Eventualmente cuentan con servicios de diagnóstico y tratamiento propios que complementan las redes contratadas.

Cuentan con un importante desarrollo de estratificación por niveles, incluyendo el 1º nivel al médico de cabecera o de familia. También incluyen técnicas de gerenciamiento tipo “Managed Care”. (ya descrito en el capítulo de redes.)

d.- Prepagos monovalentes complementarios. Están orientados a determinados aspectos de la atención médica , como emergencias, generalmente cuentan con servicios propios.

7.7.- SISTEMAS DE SEGUROS COMERCIALES

En realidad no son un sistema o modelo de atención médica, sino que se refieren al territorio de los seguros donde los acontecimientos de atención demandados se denominan siniestro, la cobertura que es voluntaria tiene alternativas de planes y precios. y la responsabilidad de la empresa de seguros es solo dineraria, reintegro de gastos según patología o problema.

8.0.- REFLEXIONES SOBRE PERSPECTIVAS POSIBLES.

Efectuar análisis o reflexiones sobre posibles perspectivas de cualquier naturaleza implica una elaboración de conceptos y alternativas que exceden el campo puntual al cual deseamos referirnos, abarcándolo dentro de una globalización de tendencias con connotaciones sociales, políticas, económicas, conceptuales, tecnológicas y otras.

En este caso mi reflexión es solo una hipótesis que se sustenta en el ciclo de cambios ocurridos en este tiempo y a la luz del análisis de “tendencias” efectuado inicialmente. Básicamente los sistemas y modelos de atención médica se organizaron sobre la base ideológica de las tendencias: del derecho; de la solidaridad y; del beneficio.

En el proceso histórico de cambios ha existido una puja por el predominio de una sobre otras, observándose en la República Argentina alternancia en el predominio de alguna de ellas a diferencia de otros países donde no existió esta ni alternancia ni coexistencia. Sin embargo casi todas las experiencias se basan en el paradigma de que los sistemas de atención

médica deben responder a una concepción unicista, buscando la uniformidad como símbolo de la igualdad pretendida.

De acuerdo con la opinión de algunos pensadores contemporáneos existen otros paradigmas basados en la aceptación de las diferencias, como visualización de las necesidades sociales que se emparentan más con la equidad que con la igualdad. Aplicado este pensamiento a la atención médica podría suponer la efectiva coexistencia de sistemas y modelos que cubran a distintos grupos de población. En este supuesto sería imprescindible definir, como mínimo, los principios éticos básicos que deberían regir su funcionamiento.

Estos principios de coexistencia deberían sustentarse en la equidad, la legitimidad, la eficiencia y la aceptabilidad de las personas.

Esta perspectiva puede ser considerada como “posible” y viable para lo cual hace falta un desarrollo de tecnologías de gestión más avanzadas que las disponibles, pero alcanzable; sin embargo la discusión más fuerte es la de visualizar si es “probable” la mencionada coexistencia.

La alternativa de que la organización de la atención médica se encamine hacia una forma mixta de modelos y sistemas parece ser algo más que una posibilidad, tal como ocurre en la República Argentina, y también existen otros países en los cuales los cambios se orientan sistemáticamente en el sentido opuesto al que se encuentran sustentados, planteándose un esbozo de alternancia. En función de lo expuesto la discusión de lo “probable” se centra no en la coexistencia sino en la vigencia o no de los principios éticos básicos mencionados. El análisis de los mismos requeriría de un extenso trabajo con connotaciones sociales y metodológicas más profundas. No obstante debo señalar que el endiosamiento dado en nuestros tiempos al “cliente” y a la “eficiencia” no es estable y producirá por “prueba y error” reajustes y nuevos cambios que se acercan a la hipótesis descripta al reconocerse la pérdida del desmedro a la "equidad" producida.

BIBLIOGRAFÍA

Las marcadas con **(R)**. corresponde a la bibliografía recomendada.

- 1.- **Avedis Donabedian.** *“Perspectivas en Salud Pública. Garantías y Monitoria de la Calidad”*. Instituto de Salud Pública. México. Agosto 1990. **(R)**
- 2.- **Avedis Donabedian.** *“La Calidad de la Atención Médica”*. La Prensa Médica Mexicana. Enero. 1991. **(R)**
- 3.- **Avedis Donabedian.** *“Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica”*. Fundación Donabedian. Buenos Aires. Argentina. 1993.
- 4.- **P. Lain Entralgo.** *“Historia de la Medicina Moderna”*. Edit. Científico Médica”. Madrid. 1963.
- 5.- **J. Bryant.** *“Health and Developing World”*. De. Cornell University Press. New York. U.S.A. 1969.
- 6.- **J. Mera y Col.** *“Los Servicios de Salud en la Argentina”*. Fundación Universidad a distancia Hernandarias. De. Docencia. Buenos Aires. Argentina. 1995. **(R)**
- 7.- **H. Arce.** *“El territorio de las decisiones sanitarias”*. De. H. Macchi. Buenos Aires. Argentina. 1993.
- 8.- **J. Katz y A. Muñoz.** *“Organización del Sector Salud. Puja distributiva y equidad”*. Bibliotecas Universitarias Centro. Editor de América Latina. CEPAL. Buenos Aires. Argentina. 1988. **(R)**
- 9.- **J.M. Paganini, H. Moraes Novaes.** *“El Hospital Público. Tendencias y Perspectivas”*. O.P.S. Washington. DC. USA. 1994.

- 10.- Milton L. Roemer.** *“Organización de la asistencia médica en los regimenes de seguridad social”*. O.I.T. Ginebra. 1969.
- 11.- R. Tafani.** *“Reformas al Sector Salud R.A.”*. Informe CEPAL. Naciones Unidas. Buenos Aires. Argentina. 1996.
- 12.- C. Marracino.** *“Prestaciones básicas”*. Medicina y Sociedad. N° 4 Vol XVIII. Buenos Aires. Argentina. Oct-Dic. 1995. **(R)**
- 13.- INOS. Instituto de Obras Sociales de la República Argentina.** Anteproyecto. Prestaciones Básicas y Coberturas Esenciales de Atención Médica para Obras Sociales. Coord. Gerencia Técnica: Dr. Camilo Marracino. Septiembre 1985.
- 14.- C. Marracino.** *“Tendencias en la Atención Médica y cambios en la concepción de la calidad”* 2° Jornadas Calidad Clínicas. Las Condes. Sgo. de Chile. Chile. Nov. 1997 (En prensa)
- 15.- C. Marracino.** *“Programa de Acreditación de Establecimientos.COMCAM Rep. Argentina.”* Rev. Salud Pública de México. Mayo - Junio 93 Vol. 35 n° 3.
- 16.- C. Marracino.** *“La Acreditación, la Categorización, la Habilitación y la Certificación de Especialidades”* Medicina y Sociedad. Mayo-Junio 1988 Vol.11 N° 3.
- 17.- C. Marracino.** *“Programa de Categorización de Establecimientos Asistenciales, CONFELISA / RA.”* Abril 1992.
- 18.- S. Bosch, J. Freidemberg, M. A. Flores.** *“Desarrollo de los Sistemas de Atención Médica Prepagas en EE.UU.”* Medicina y Sociedad. Mayo-Junio 1987. Vol. 10 N° 3.
- 19.- C. O’Donnell.** *“Administración de Servicios de Salud”* De. Fundación Universidad a Distancia “Hernandarias”. Bs.As. Junio 1995. **(R)**.
- 20.- E. Pampliega , M.E. Roza de Mera.** *“Influencia de la forma de contratación sobre el promedio días de estadas”* Medicina y Sociedad. Julio-Agosto 1978. Vol. 1 N° 3.