

Documento de Trabajo No.19

El entramado de 'subsidiados cruzados' en las clínicas¹

I.- Síntesis

1.- Desde hace tiempo, las **entidades prestadoras de servicios de salud de gestión privada** enfrentan un serio problema de **inviabilidad económica**, por **aranceles**, en general, por **debajo de los costos de prestación**.

2.- Un problema adicional, con importantes implicancias, es que **cada práctica médica tiene un diferente nivel de cobertura a través de aranceles**, apareciendo así **prácticas deficitarias** y **prácticas superavitarias** (dependiendo del financiador).

3.- Si bien esto genera la posibilidad de 'cerrar los números' de una clínica a través de '**subsidiados cruzados**', genera **vulnerabilidad ante una caída en los volúmenes de las prácticas superavitarias** (como ocurrió al comienzo de la pandemia de Covid-19) y **vulnerabilidad en las clínicas del interior de las provincias**, que suelen verse obligadas a cerrar cuando la concentración de la demanda de cirugías en las grandes ciudades las dejan sin recursos para financiar servicios deficitarios.

4.- Con datos del **Sistema Estadístico de Costos de la Salud**, a septiembre de 2021, un ejercicio de simulación con cinco financiadores relevantes para Córdoba y tres servicios (internación en piso, UTI y quirófano, con cirugías generales) muestra que (a) la **internación en piso es deficitaria**, independientemente del mix de financiadores, (b) la **internación en UTI es deficitaria**, excepto con uno de los financiadores, que alcanza a cubrir los costos, (c) **quirófano es superavitario** en dos de los cinco financiadores.

5.- De esta manera, una unidad de internación en piso (100 camas y 70% de ocupación), una UTI (24 camas y 70% de ocupación) y una unidad de quirófano, dedicada a cirugías generales (6 quirófanos y 90% de utilización) generan, de manera consolidada, una **pérdida mensual de \$ 26.9 millones si los cinco financiadores participan en igual proporción**, o un **resultado mensual positivo de \$ 6.3 millones si su mix se concentra en los dos financiadores superavitarios en quirófano**.

6.- Tomando el caso de los financiadores superavitarios en quirófano, los \$ 6.3 millones se generan por resultados negativos de \$ 3.9 millones en UTI y de \$ 18.7 millones en piso, compensados por un superávit de \$ 28.9 millones en quirófano. En otras palabras, **los números cierran a través de subsidiados cruzados, de quirófano a internaciones**.

7.- Esta posibilidad **desaparece cuando cae la cantidad de cirugías**. Simulando una caída del 90% en cirugías, manteniendo tasas de ocupación en internaciones, el resultado consolidado se transforma en negativo.

8.- Al final del documento se presenta una **agenda de trabajo**.

¹ Documento de Trabajo No.19. *Foro de Análisis Económico de la Salud*. Noviembre de 2021.

II.- El problema de los ‘subsidiados cruzados’ en las clínicas

Desde hace tiempo, las **entidades prestadoras de servicios de salud de gestión privada** enfrentan un serio problema de **inviabilidad económica**, por **aranceles**, en general, por **debajo de los costos de prestación de cada práctica médica**.

Este es el motivo por el cual el **Foro de Análisis Económico de la Salud** se ha ocupado, desde 2020, de la **modelización matemática de cada área de una entidad prestadora de servicios de salud**, ya que esto permite, entre otras cosas, estimar costos para distintas configuraciones de entidades, pudiendo así **determinar con precisión la magnitud del problema de inviabilidad económica**, como paso previo a la búsqueda de soluciones.

Pero, junto con el problema general de aranceles por debajo de costos, aparece otro problema más sutil, pero con importantes implicancias: las **distintas prácticas médicas tienen un diferente nivel de cobertura a través de sus respectivos aranceles**, apareciendo así **prácticas deficitarias**, como las internaciones, y **prácticas superavitarias**, como las cirugías (dependiendo del financiador). Si bien esto permite que, para algunas configuraciones de entidades y según su mix de financiadores, sea posible ‘cerrar los números’ a nivel consolidado, compensando déficits en algunas áreas con superávit en otras áreas, se genera un alto nivel de vulnerabilidad. Por ejemplo, una institución que ‘cierra sus números’ compensando sus déficits en internaciones con excedentes en cirugías, enfrenta serios problemas cuando las cirugías se reducen drásticamente, por un evento inesperado como lo fue la pandemia de Covid-19.

Tal vez más importante aún, **el fenómeno de los subsidiados cruzados puede explicar el proceso de cierre de clínicas en el interior de las provincias**. Ocurre que, si las internaciones son deficitarias y las cirugías superavitarias, y los excedentes producidos por estas últimas se utilizan para compensar los déficits de las primeras, a medida que la demanda por cirugías va trasladándose a los grandes centros urbanos, como tiende a ocurrir en todo el mundo, las clínicas fuera de las grandes ciudades van quedándose cada vez con menos recursos para financiar las internaciones deficitarias. Si a este proceso se lo interpretara sólo como consecuencia natural de cuestiones tecnológicas y de economías de escala que conducen a la concentración de cirugías en las grandes ciudades, se concluiría que el cierre de clínicas en el interior de las provincias es un proceso inevitable; **cuando se comprende que, en el fondo, se trata de un problema de inadecuación de aranceles a costos, la conclusión natural es que se trata de un proceso evitable**.

El presente documento de trabajo pretende comenzar a cuantificar estos fenómenos, en la convicción de que una comprensión más precisa facilita la formulación de soluciones.

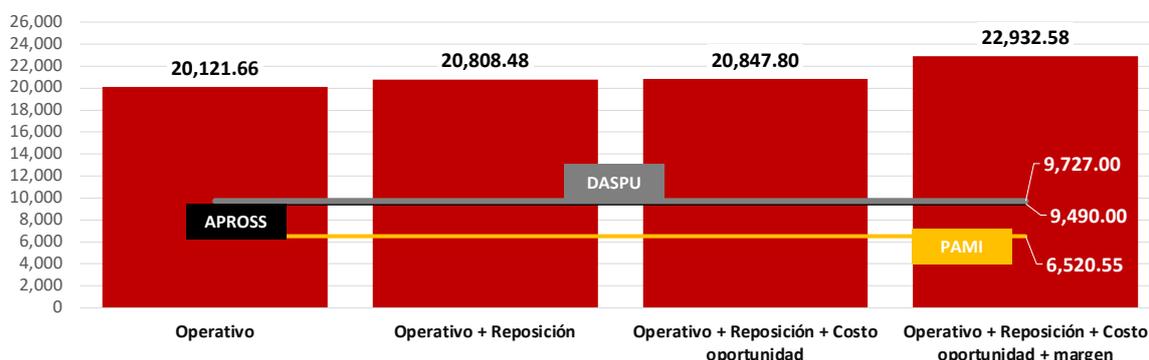
III.- El déficit de financiación en internaciones en piso

Los gráficos 1 y 2 muestran con precisión el nivel de desfinanciación actual del servicio de internación en piso, considerando los costos del servicio provenientes del **Sistema Estadístico de Costos de la Salud** (ver sección de notas metodológicas)² y las tarifas de cinco financiadores relevantes en la provincia de Córdoba: APROSS (Administración Provincial del Seguro de Salud), DASPU (Obra Social Universitaria), PAMI, OSDE y CPCE (Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Córdoba).

En el gráfico 1 se presentan los costos de prestación del servicio de internación en piso considerando el módulo completo, lo que implica, para septiembre de 2021, \$ 20,121.66 por día cama de costo operativo; \$ 20,808.48 por día cama si se consideran, además de los costos operativos, los costos de reposición de instalaciones y equipamiento; \$ 20,847.80 por día cama si, además de los costos anteriores, se considera el costo de oportunidad del capital invertido; \$ 22,932.58 si, a todos los anteriores, se les agrega un margen del 10% para garantizar la sustentabilidad de la entidad.

Como muestra el gráfico, por el módulo de internación en piso, las tarifas consideradas en los nomencladores vigentes en septiembre de 2021 son: \$ 9,727.00 por día cama en el caso de DASPU, \$ 9,490.00 por día cama en el caso de APROSS y \$ 6,520.55 por día cama en el caso de PAMI (las tarifas de OSDE y CPCE se presentan en el siguiente gráfico, al no considerar en sus nomencladores el módulo completo).

Gráfico 1
Costos y tarifas de internación en Piso - Total del módulo
\$ por cama ocupada por día - Septiembre 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

Estas cifras implican que las tarifas del nomenclador de DASPU cubren sólo el 42.4% del costo total y el 48.3% de los costos operativos, mientras que las tarifas de los

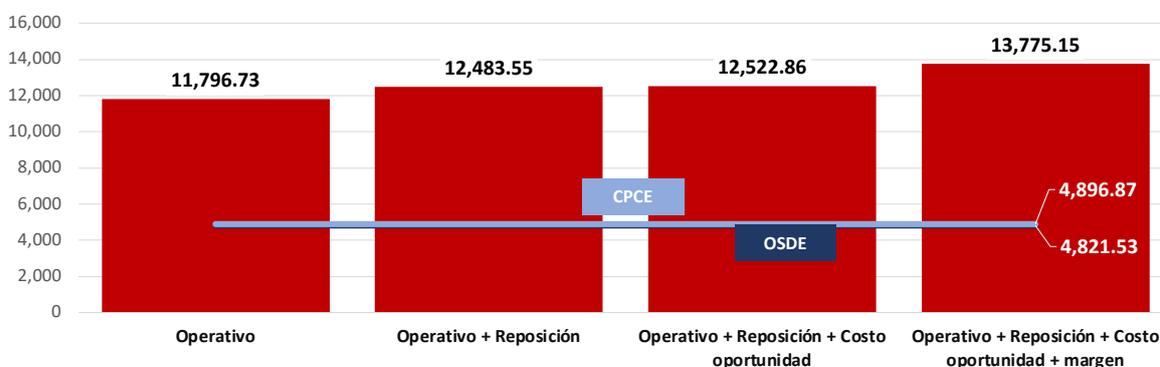
² Ver también Documento de Trabajo No.8: “Los costos de internación en piso”, Foro de Análisis Económico de la Salud, octubre de 2020.

nomenclosadores de APROSS y PAMI cubren porcentajes aún menores: 41.4% del costo total y 47.2% de los costos operativos, en el caso de APROSS, y 28.4% del costo total y 32.4% de los costos operativos, en el caso de PAMI.

En el gráfico 2 se presentan los costos de prestación del servicio de internación en piso considerando sólo pensión, lo que implica, para septiembre de 2021, \$ 11,796.73 por día cama de costo operativo; \$ 12,483.55 por día cama si se consideran, además de los costos operativos, los costos de reposición de instalaciones y equipamiento; \$ 12,522.86 por día cama si, además de los costos anteriores, se considera el costo de oportunidad del capital invertido; \$ 13,775.15 si, a todos los anteriores, se les agrega un margen del 10% para garantizar la sustentabilidad de la entidad.

Como muestra el gráfico, por el módulo de pensión en piso, las tarifas consideradas en los nomenclosadores vigentes en septiembre de 2021 son: \$ 4,896.87 por día cama en el caso de CPCE y \$ 4,821.53 por día cama en el caso de OSDE.

Gráfico 2
Costos y tarifas de internación en Piso - Sólo pensión
\$ por cama ocupada por día - Septiembre 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

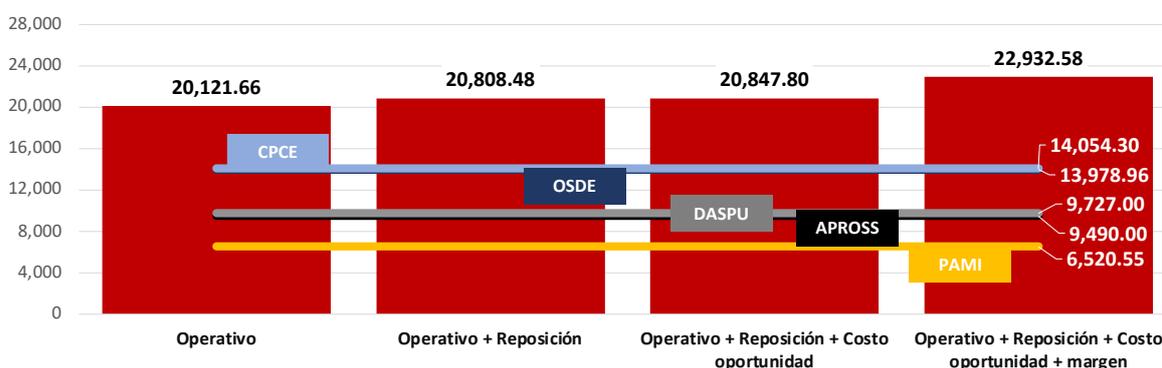
Estas cifras implican que las tarifas del nomenclosador de CPCE cubren sólo el 35.5% del costo total y el 41.5% de los costos operativos, mientras que las tarifas del nomenclosador de OSDE cubre porcentajes aún menores: 35.0% del costo total y 40.9% de los costos operativos.

Estas brechas entre costos y tarifas, con los primeros por encima de las segundas, se incrementan aún más en los casos en que las tasas de ocupación son inferiores al 70% supuesto como situación estándar en los costos reflejados en los gráficos 1 y 2.

Tal como mostraron los gráficos 1 y 2, existen **dos esquemas de financiación** de la internación en piso: uno **retributivo**, que paga el módulo de internación como paquete de prestaciones (los casos de APROSS, DASPU y PAMI, gráfico 1), y otro **por acto médico**, que paga ítems individuales, como pensión, por un lado, y medicamentos, por el otro (los casos de OSDE y CPCE, gráfico 2).

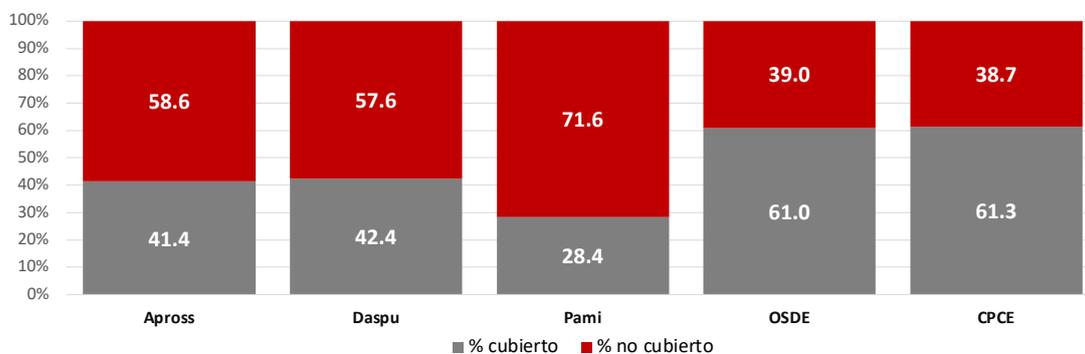
Bajo el supuesto de que, en los casos del esquema de financiación por acto médico, los costos de medicamento son cubiertos por el financiador tomando como referencia los mismos valores en que dichos medicamentos inciden en la estructura de costos de internación en piso³, es posible comparar a los cinco financiadores considerados a través de una **'tarifa conformada' para el módulo completo**, tomando la tarifa del módulo en el caso de los financiadores con esquema retributivo (APROSS, DASPU y PAMI) y la **tarifa de pensión más el costo de medicamentos en el caso de los financiadores con esquema por acto médico (OSDE y CPCE)**. El gráfico 3 muestra la comparación de los costos de internación en piso con las correspondientes tarifas conformadas.

Gráfico 3
Costos y tarifas conformadas - Módulo internación en Piso
\$ por cama ocupada por día - Septiembre 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

Gráfico 4
Cobertura de costos - Módulo internación en Piso
% sobre costos totales - Septiembre 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

³ En caso contrario, si el financiador computara un costo mayor al efectivamente abonado por el prestador médico, generaría una contribución marginal que ayudaría a financiar el costo de pensión, mientras que si, por el contrario, computara un costo menor al efectivamente abonado por el prestador médico, generaría una brecha adicional de costos sobre tarifas. Se trata de una cuestión no abordada en el presente documento de trabajo.

Estas cifras implican que las tarifas conformadas cubren 61.3% de costos totales en el caso de CPCE, 61.0% de costos totales en el caso de OSDE, 42.4% de costos totales en el caso de DASPU, 41.4% de costos totales en el caso de APROSS, 28.4% de costos totales en el caso de PAMI (ver gráfico 4).

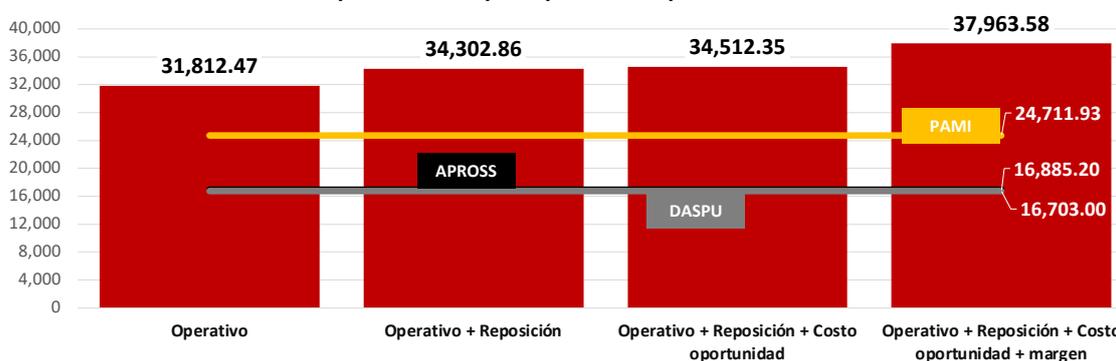
IV.- El déficit de financiación en internaciones en UTI

Los gráficos 5 y 6 muestran con precisión el nivel de desfinanciación actual del servicio de internación en UTI, considerando los costos del servicio provenientes del **Sistema Estadístico de Costos de la Salud** (ver sección de notas metodológicas)⁴ y las tarifas de los cinco financiadores considerados en la sección anterior.

En el gráfico 5 se presentan los costos de prestación del servicio de internación en UTI considerando el módulo completo lo que implica, para septiembre de 2021, \$ 31,812.47 por día cama de costo operativo; \$ 34,302.86 por día cama si se consideran, además de los costos operativos, los costos de reposición de instalaciones y equipamiento; \$ 34,512.35 por día cama si, además de los costos anteriores, se considera el costo de oportunidad del capital invertido; \$ 37,963.58 si, a todos los anteriores, se les agrega un margen del 10% para garantizar la sustentabilidad de la entidad.

Gráfico 5

Costos y tarifas de internación en UTI - Total del módulo \$ por cama ocupada por día - Septiembre 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

Como muestra el gráfico, por el módulo de internación en UTI, las tarifas consideradas en los nomencladores vigentes en septiembre de 2021 son: \$ 24,711.93 por día cama en

⁴ Ver también Documento de Trabajo No.4: “Los costos de una Unidad de Terapia Intensiva Adulto”, Foro de Análisis Económico de la Salud, abril de 2020.

el caso de PAMI, \$ 16,885.20 por día cama en el caso de APROSS y \$ 16,703.00 por día cama en el caso de DASPU (las tarifas de OSDE y CPCE se presentan en el siguiente gráfico, al no considerar en sus nomencladores el módulo completo).

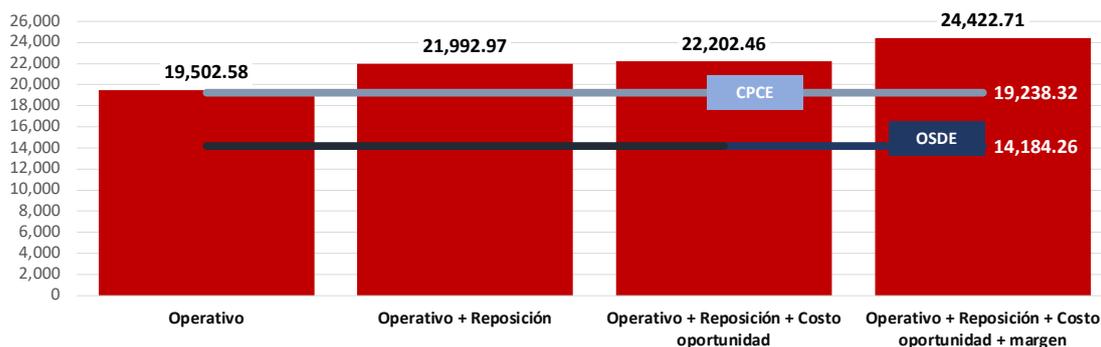
Estas cifras implican que las tarifas del nomenclador de PAMI cubren sólo el 65.1% del costo total y el 77.7% de los costos operativos, mientras que las tarifas de los nomencladores de APROSS y DASPU cubren porcentajes aún menores: 44.5% del costo total y 53.1% de los costos operativos, en el caso de APROSS, y 44.0% del costo total y 52.5% de los costos operativos, en el caso de DASPU.

En el gráfico 6 se presentan los costos de prestación del servicio de internación en UTI considerando sólo pensión, lo que implica, para septiembre de 2021, \$ 19,502.58 por día cama de costo operativo; \$ 21,992.97 por día cama si se consideran, además de los costos operativos, los costos de reposición de instalaciones y equipamiento; \$ 22,202.46 por día cama si, además de los costos anteriores, se considera el costo de oportunidad del capital invertido; \$ 24,422.71 si, a todos los anteriores, se les agrega un margen del 10% para garantizar la sustentabilidad de la entidad.

Como muestra el gráfico, por el módulo de pensión en UTI, las tarifas consideradas en los nomencladores vigentes en septiembre de 2021 son: \$ 19,238.32 por día cama en el caso de CPCE y \$ 14,184.26 por día cama en el caso de OSDE.

Gráfico 6

Costos y tarifas de internación en UTI - Sólo pensión
\$ por cama ocupada por día - Septiembre 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

Estas cifras implican que las tarifas del nomenclador de CPCE cubren sólo el 78.8% del costo total y el 98.6% de los costos operativos, mientras que las tarifas del nomenclador de OSDE cubre porcentajes menores: 58.1% del costo total y 72.7% de los costos operativos.

Estas brechas entre costos y tarifas, con los primeros por encima de las segundas, se incrementan aún más en los casos en que las tasas de ocupación son inferiores al 70% supuesto como situación estándar en los costos reflejados en los gráficos 5 y 6.

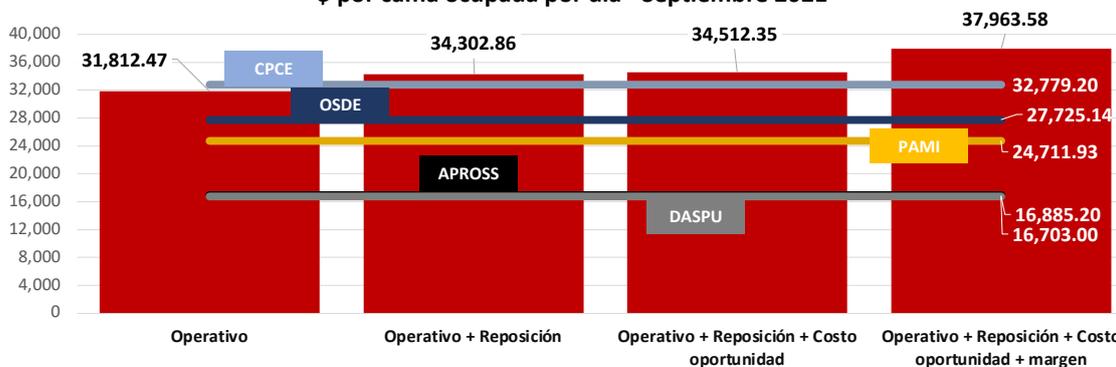
Tal como mostraron los gráficos 5 y 6, existen **dos esquemas de financiación** de la internación en piso: uno **retributivo**, que paga el módulo de internación como paquete de prestaciones (los casos de APROSS, DASPU y PAMI, gráfico 1), y otro **por acto médico**, que paga ítems individuales, como pensión, por un lado, y medicamentos, por el otro (los casos de OSDE y CPCE, gráfico 2).

Bajo el supuesto de que, en los casos del esquema de financiación por acto médico, los costos de medicamento son cubiertos por el financiador tomando como referencia los mismos valores en que dichos medicamentos inciden en la estructura de costos de internación en piso, es posible comparar a los cinco financiadores considerados a través de una **'tarifa conformada' para el módulo completo**, tomando la tarifa del módulo en el caso de los financiadores con esquema retributivo (APROSS, DASPU y PAMI) y la **tarifa de pensión más el costo de medicamentos en el caso de los financiadores con esquema por acto médico (OSDE y CPCE)**. El gráfico 7 muestra la comparación de los costos de internación en UTI con las correspondientes tarifas conformadas.

Gráfico 7

Costos y tarifas conformadas - Módulo internación en UTI

\$ por cama ocupada por día - Septiembre 2021

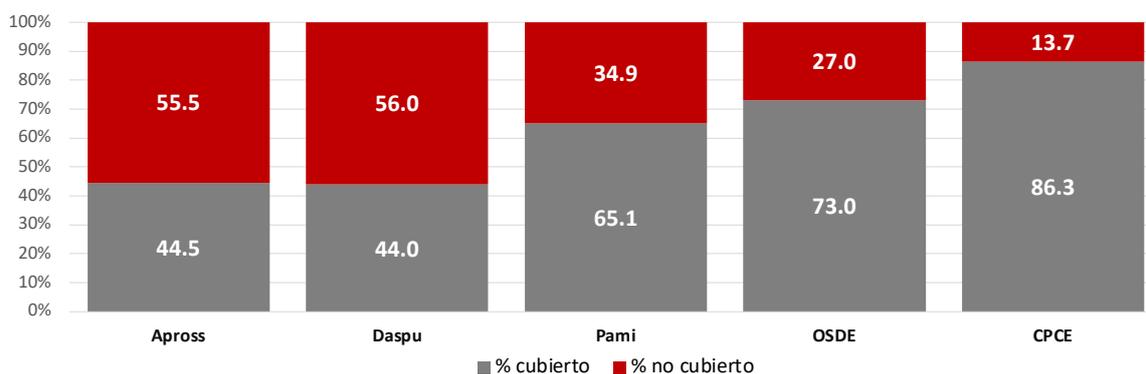


Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

Estas cifras implican que las tarifas conformadas cubren 86.3% de costos totales en el caso de CPCE, 73.0% de costos totales en el caso de OSDE, 65.1% de costos totales en el caso de PAMI, 44.0% de costos totales en el caso de DASPU, 44.5% de costos totales en el caso de APROSS (ver gráfico 8).

Gráfico 8

Cobertura de costos - Módulo internación en UTI
% sobre costos totales - Septiembre 2021



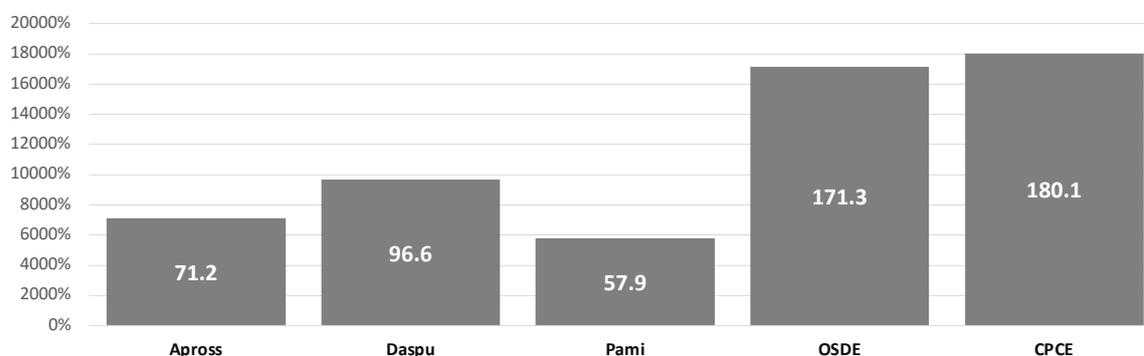
Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

V.- Los excedentes en quirófano y la cobertura de déficits en internaciones

El gráfico 9 contiene el **porcentaje de cobertura de costos totales de quirófano**, considerando los mismos financiadores que en las secciones anteriores, utilizando nuevamente las estimaciones provenientes del **Sistema Estadístico de Costos de la Salud**, que focalizan en cirugías generales (ver sección de notas metodológicas)⁵.

Gráfico 9

Cobertura de costos - Quirófano
% sobre costos totales - Septiembre 2021



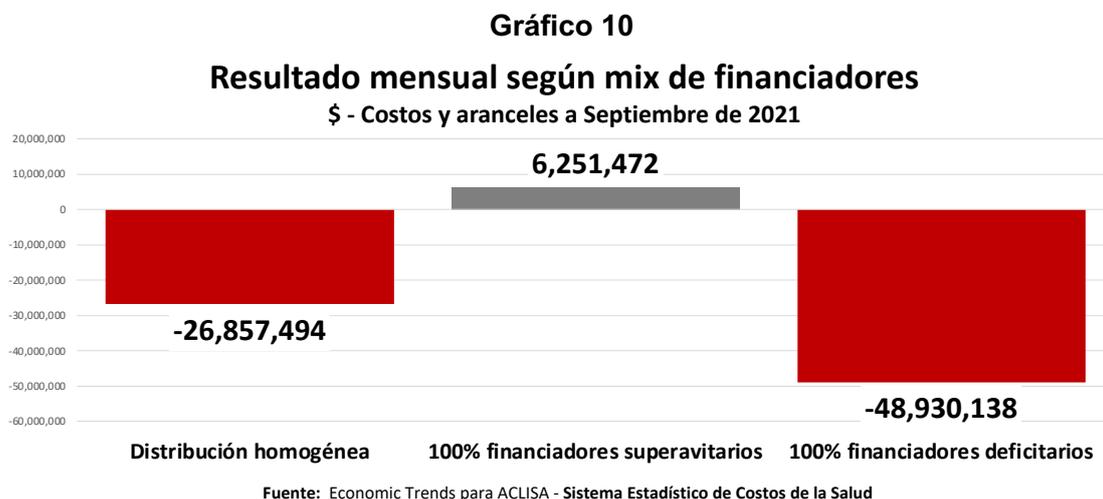
Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

⁵ Ver también Documento de Trabajo No.16: “Los costos de quirófano para cirugías generales”, Foro de Análisis Económico de la Salud, julio de 2021.

Aparecen claramente dos grupos de financiadores: los que **cubren con creces los costos** (CPCE, con cobertura del 180.1% de los costos, y OSDE, con cobertura del 171.3% de los costos), y los que **no cubren la totalidad de los costos** (DASPU, con cobertura del 96.6% de los costos, APROSS, con cobertura del 71.2% de los costos, y PAMI, con cobertura del 57.9% de los costos).

El gráfico 10 muestra una **simulación de resultado mensual consolidado de tres unidades**: una unidad de internación en piso con 100 camas, con tasa de ocupación del 70%; una UTI con 24 camas, con tasa de ocupación del 70%; una unidad de quirófano, con cirugías generales, con 6 quirófanos con una tasa de utilización del 90%.

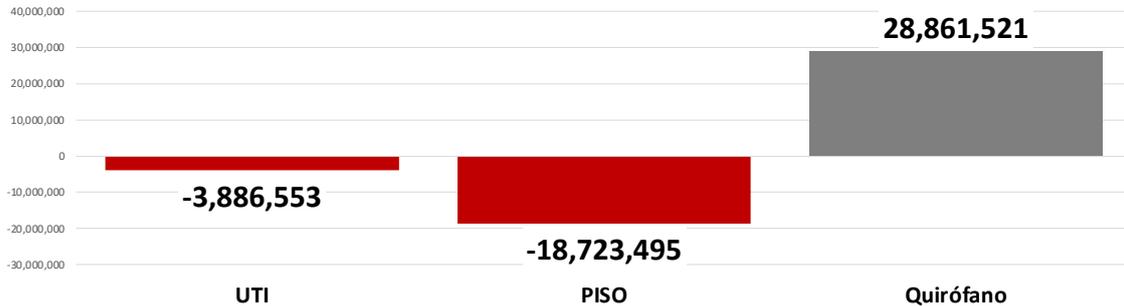
Se presentan en el gráfico tres situaciones distintas, vinculadas al mix de financiadores: (a) **distribución homogénea** entre los cinco financiadores (20% cada uno), lo que implica un resultado mensual negativo de \$ 26.9 millones; (b) **100% de financiadores superavitarios** (50% CPCE, 50% OSDE), lo que implica un resultado mensual positivo de \$ 6.3 millones; (c) **100% de financiadores deficitarios** (33.3% APROSS, 33.3% DASPU, 33.3% PAMI), lo que implica un resultado mensual negativo de \$ 48.9 millones. Esto refleja claramente la enorme **disparidad de situaciones posibles entre distintas clínicas dependiendo de su mix de financiadores**.



El gráfico 11 presenta la **simulación de los subsidios cruzados existentes en el mejor de los tres escenarios anteriores**, es decir, el escenario con 100% de financiadores superavitarios. En ese escenario, en UTI y piso se registran pérdidas mensuales de \$ 3.9 millones y 18.7 millones, respectivamente, mientras que en quirófano se produce un superávit de \$ 28.9 millones, lo que genera un resultado financiero, positivo, de \$ 6.3 millones (el escenario intermedio del gráfico 10).

Gráfico 11

Simulación de subsidios cruzados
(Supuesto financiadores superavitarios)
\$ por mes - Costos y aranceles a Septiembre de 2021

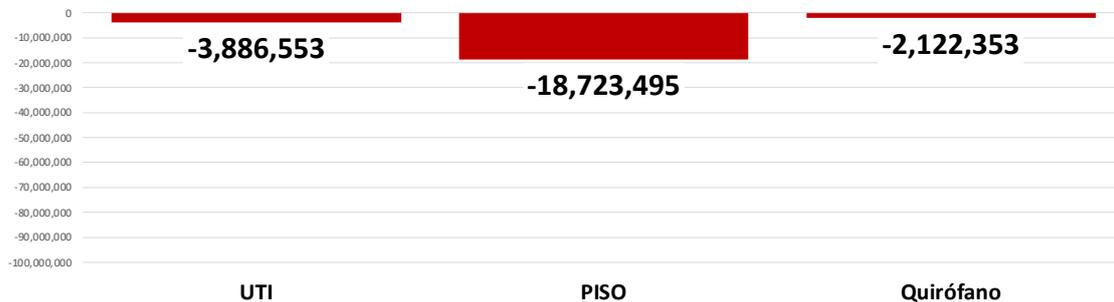


Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

El gráfico 12 muestra cómo, partiendo de la situación ejemplificada en el gráfico 11, donde los resultados negativos en internaciones son cubiertos, con creces, por el resultado positivo en quirófano, generando un resultado consolidado positivo, **el resultado se revierte ante una caída del 90% en la cantidad de cirugías**, como ocurrió al comienzo de la pandemia de Covid-19. En este escenario, la operación de los quirófanos se transforma en deficitaria, incrementando así el déficit producido en los servicios de internación.

Gráfico 12

Simulación de subsidios cruzados
(Supuesto financiadores superavitarios - Caída 90% demanda cirugías)
\$ por mes - Costos y aranceles a Septiembre de 2021



Fuente: Economic Trends para ACLISA - Sistema Estadístico de Costos de la Salud

VI.- Agenda

En agenda del **Foro de Análisis Económico de la Salud** se encuentra, vinculados con el problema de la desfinanciación del sistema y el entramado de subsidios cruzados al interior de las entidades, los siguientes ítems:

- 1.- **Completar las áreas de una clínica**, incluyendo servicios comunes.
- 2.- Iniciar un **proceso de revisión integral del Sistema**, de revisión y enriquecimiento de cada documento técnico y de **extensión a otras provincias**.
- 3.- Utilizar el Sistema Estadístico de Costos de la Salud para **fundamentar, de manera rigurosa, propuestas de políticas públicas para el sector de la salud**.
- 4.- Promover la utilización del Sistema para **cambiar el eje de las discusiones en las negociaciones de aranceles**, dejando de lado cuestiones opinables y focalizando en el modo como se realizan las actividades de prestación de servicios médicos, y sus implicancias para los costos.
- 5.- Promover la utilización del Sistema como **instrumento de apoyo en la gestión de las entidades** prestadoras de servicios de salud de gestión privada.
- 6.- Programar el modelo completo en una **App mobile**, para ponerlo al alcance de los distintos usuarios.

VII.- Notas metodológicas

- 1.- Los modelos de simulación de costos de internación en piso, internación en UTI y quirófano son tres de los componentes del Sistema Estadístico de Costos de la Salud, diseñado y ejecutado por Economic Trends, con metodología propia, para ACLISA.
- 2.- El modelo está desarrollado en lenguaje de programación PYTHON, y permite (a) generar estadísticas de costos, (b) realizar proyecciones de costos bajo diferentes escenarios, (c) realizar simulaciones de impacto de cambios en cualquier factor con incidencia sobre los costos de cada área de una entidad de prestaciones médicas de gestión privada (cambios regulatorios, tributarios, tecnológicos, organizacionales, y de cualquier otra índole).
- 3.- Todos los supuestos de trabajo son parámetros que se mantienen fijos a los fines de la generación de estadísticas, pero son modificables para la realización de simulaciones.
- 4.- La metodología utilizada no sufre la distorsión que, en una economía volátil como lo es la economía argentina, se produce cuando se modifican abruptamente los precios relativos y se utilizan metodologías tradicionales de generación de estadísticas de costos, basadas en promediar variaciones porcentuales de costos de distintos ítems con ponderadores fijos en el tiempo, que suponen participaciones constantes cuando éstas se modifican mientras cambian los precios relativos.

Informe elaborado por **Economic Trends S.A.** para el
Foro de Análisis Económico de la Salud

El **Foro de Análisis Económico de la Salud** es un espacio de **investigación continua** (cada análisis genera inquietudes que realimentan el proceso), **integrada** (integra a economistas y empresarios de la salud en un Comité de Análisis) y **focalizada** (pretende la rigurosidad propia de la actividad académica, pero con foco en temas específicos de interés para el sector).