



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

TESIS FINAL

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

“IDENTIFICACIÓN DE LOS MODELOS DE RETRIBUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES CONTRATADOS POR LOS NOSOCOMIOS PRIVADOS CON MEDICINAS PREPAGAS. CASO DE ESTUDIO: SISTEMAS DE RETRIBUCIONES EN RÍO DE JANEIRO (BRASIL). PERÍODO DE ESTUDIO: DEL AÑO 2000 AL 2013.”

Maestrando: JÚLIO CÉSAR DE SOUZA

Nº matrícula de UCES: 57849

Director de Tesis de Argentina: Prof. Dr. Oscar García Romero

Co-Directora de Tesis de Brasil: Prof. Dra. Mg. Maria de Fátima

Siliansky de Andreazzi

Buenos Aires – Octubre de 2014

Agradecimientos:

A Dios por haberme iluminado, dándome fuerza, salud y la persistencia en esta trayectoria, no permitiéndome desánimo alguno. A todos mis profesores de la UCES, especialmente al Director de Tesis, Prof. Dr. Oscar García Romero y a la Coordinadora de Tesis Prof. Dra. Bibiana G. Frare. A mi Co-directora, Dra. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi y el apoyo de la Dra. Marcia Cristina Macedo Pinheiro Chagas.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAMGE: ASOCIACIÓN BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO

A.M.B.: ASOCIACIÓN MÉDICA BRASILEIRA

ANAHP.: ASOCIACIÓN NACIONAL DE LOS HOSPITALES PRIVADOS

A.N.S: AGENCIA NACIONAL DE SALUD SUPLEMENTARIA

ANVISA: AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA

C.B.H.P.M.: CLASIFICACIÓN BRASILEIRA JERARQUIZADA DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

C.M.B.: CONFEDERACIÓN DE LAS SANTAS CASAS DE MISERICORDIA, HOSPITALES Y ENTIDADES FILANTRÓPICAS

C.N.A.S.: CONSEJO NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL

C.N.S.: CONFEDERACIÓN NACIONAL DE SALUD

FENASAÚDE: FEDERACIÓN NACIONAL DE SALUD SUPLEMENTARIA

F.B.H.: FEDERACIÓN BRASILEIRA DE HOSPITALES

I.B.G.E.: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA

I.G.P-M: ÍNDICE GENERAL DE PRECIOS DEL MERCADO

I.N.P.C.: ÍNDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

I.P.C.A.: ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR AMPLIO

O.P.S.: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

O.P.M.E.: ÓRTESIS, PRÓTESIS Y MATERIALES ESPECIALES

P.B.I.: PRODUCTO BRUTO INTERNO

QUALISS: CALIFICACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

S.U.S.: SISTEMA ÚNICO DE SALUD

S.A.D.T.: SERVICIO DE ANÁLISIS, DIAGNÓSTICO Y TERAPIA

UNIDAS: UNIÓN NACIONAL DE LAS INSTITUCIONES DE AUTOGESTIÓN EN SALUD

UNIMED: SOCIEDAD COOPERATIVA DE TRABAJO MÉDICO

U.T.I.: UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

V.C.M.H.: VARIACIÓN DE LOS COSTOS MÉDICO-HOSPITALARIOS

ÍNDICE

Temario	Nº Pág
Resumen y Palabras Clave	10
Capítulo 1 – INTRODUCCIÓN	12
1.1 Situación Problemática	12
1.1.1 Contexto	12
1.1.2 Formulación del problema	13
1.1.3 Justificación	18
1.1.4 Hipótesis	20
Capítulo 2 – OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo General	21
2.2 Objetivos específicos	21
Capítulo 3 – MARCO CONCEPTUAL	23
3.1 Sistema de Retribución Prestacional y Auditoría de Calidad	23
3.1.1 Introducción	23
3.1.2 Competencia basada en valores	23
3.1.3 Los incentivos apropiados y la auditoría de calidad	25
3.1.4 Sistemas de retribución prestacional de servicios hospitalarios - características, conceptos de retribución por producción y la modalidad de pago prospectivo	28
3.2 El Mercado de la Salud Suplementaria	29
3.2.1 Historia de la Salud Suplementaria en Brasil y en Río de Janeiro	30
3.2.2 Modelos de Retribución prestacional de los Servicios Hospitalarios Existentes en el Mercado de la Salud Suplementaria de Río de Janeiro	42
3.2.2.1 Retribución prestacional por los servicios prestados	43
3.2.2.1.1 Cuenta abierta por cada Unidad del Servicio	43
3.2.2.1.2 Retribución prestacional por tipología procedimientos hospitalarios (Paquetes)	45

Temario	Nº Pág
3.2.2.2 Estadía Diaria Global	46
3.2.2.3 Estadía Diaria Semiglobal	46
3.2.2.4 Retribución prestacional bajo la forma de Capitación	47
3.2.3 Aspectos positivos y negativos de los modelos de retribución prestacional practicados en el mercado sanitario suplementario de Río de Janeiro	48
3.2.3.1 Cuenta Abierta por cada Unidad de Servicio	48
3.2.3.2 Retribución prestacional por tipología de procedimientos hospitalarios (Paquetes)	50
3.2.3.3 Estadía Diaria Global y Semiglobal	51
3.2.4 La Judicialización de la Medicina en Río de Janeiro	52
3.2.5 Los Costos Prestacionales	55
3.2.6 QUALISS: Programa de Control de Calidad de los Prestadores de Servicios en la Salud Suplementaria	60
3.2.7 Nuevo Modelo de Retribución Prestacional Hospitalaria: Propuesta de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (A.N.S.)	63
3.2.7.1 Cuenta Abierta Perfeccionada / Tabla Compacta	64
3.2.7.1.1 Estadía Diaria Hospitalaria – Diarias Básicas (Enfermería, habitación colectiva, habitación privada, suite, apartamento y Hospital de Día)	65
3.2.7.1.2 Tasas de Sala – Tasa de sala de centro quirúrgico y/u obstétrico	67
3.2.7.1.3 Metodologías para Migración de Margen	68
3.2.7.1.4 Criterios de reajuste de precios de la tabla compacta	74
3.2.7.2 Procedimientos Gestionados	80
3.2.7.2.1 Ventajas de la Contratación de los Procedimientos Gestionados	83
3.2.7.2.2 Reglas para la elaboración de los Procedimientos Gestionados	85
3.2.7.2.3 Composición de los Procedimientos Gestionados	86

Temario	Nº Pág
Capítulo 4 - DISEÑO METODOLÓGICO	90
4.1 Tipo de trabajo	90
4.1.1 Estrategias Metodológicas	90
4.2 Unidades de análisis	90
4.3 Universo de Estudio	90
4.4 Muestra Seleccionada	91
4.5 Variables y sus Dimensiones	91
4.5.1 Método de Recolección de los datos	93
4.5.2 Datos de Clasificación	94
4.5.3 Datos del Tema de la Investigación	94
4.6 Indicadores	95
4.7 Criterio de selección de casos	97
4.8 Criterios de Inclusión y Exclusión	97
4.9 Técnicas e Instrumentos	98
4.10 Procesamiento de la información	98
4.11 Organización de la Información	98
4.12 Fuentes	98
Capítulo 5 – RESULTADOS Y DISCUSIÓN	99
5.1 Percepción del mercado de Medicina Prepaga en la modalidad de Autogestión de Río de Janeiro sobre los actuales modelos de retribución prestacional y perspectivas de cambios	99
5.2 Reflexiones de la investigación	107
5.3 Consideraciones Finales	108
Capítulo 6 – CONCLUSIÓN	112
Capítulo 7 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
7.1 Bibliografía General	114
7.2 Recuperado de Sitios Web Consultados	116
7.3 Traducción de Citas bibliográficas en otro idioma	118
Anexos	122
Anexo 1 Cuestionario Semiestructurado	123
Anexo 2 Resultados arrojados de las encuestas	126

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO DE LAS TABLAS	Nº Pág
Tabla Nº 1 – Evolución de los beneficiarios de Medicina Prepaga en Brasil en el período de 2000 a 2013	35
Tabla Nº 2 – Beneficiarios con Asistencia Médica Privada en la ciudad de Río de Janeiro	39
Tabla Nº 3 - Tasa de siniestralidad de las empresas de Medicina Prepaga en Brasil en el período de 2005 a 2013	56
Tabla Nº 4 – Evolución de la distribución de ingresos de un hospital	70
Tabla Nº 5 – Demostración del Margen de Contribución y simulación de migración de precios	73
Tabla Nº 6 – Evolución de la distribución de los gastos de un hospital	75
Tabla Nº 7 – Ejemplo de cálculo de reajuste basado en la estructura de costos del hospital	77
Tabla Nº 8 - ¿Cuál o cuáles son los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios que adopta la Institución donde Ud. trabaja actualmente?	100
Tabla Nº 9 - ¿Qué modelo Ud. considera como el más adecuado para la retribución prestacional de los servicios hospitalarios en Río de Janeiro?	101
Tabla Nº 10 - ¿Qué modelo le parece más ventajoso para la Medicina Prepaga?	102
Tabla Nº 11 - ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el hospital?	103
Tabla Nº 12 - ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el usuario/paciente?	104
Tabla Nº 13 - ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el financiamiento del sistema de servicios de salud en Río de Janeiro?	105

ÍNDICE DE FIGURAS

CONTENIDO DE LAS FIGURAS	Nº Pág
Figura Nº 1 - Distribución de la cobertura de las Medicinas Prepagas por Unidad de la Federación	38
Figura Nº 2 - Diagrama de flujo con orientación para la adopción del modelo de retribución prestacional	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO DE LOS GRÁFICOS	Nº Pág
Gráfico Nº 1: Variación trimestral y acumulada en 12 meses (3er. Cuatrimestre de 2012 al 3er. Cuatrimestre de 2013) del Índice general IPCA en comparación con el subgrupo IPCA de Servicios de Salud	14
Gráfico Nº 2: Empresas de Medicina Prepaga en actividad, radicadas en Brasil entre el período de diciembre/2001 a septiembre/2013	32
Gráfico Nº 3 - Relación entre la variación del PBI y del número de beneficiarios de Medicina Prepaga colectiva nuevas en Brasil en el período comprendido entre los años 2010 a 2013	36

RESUMEN:

El mercado de la salud suplementaria de Brasil está expandiéndose desde la creación y reglamento establecido como normativo por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (A.N.S.).

Asimismo, forma parte de este escenario el envejecimiento de la población y la incorporación de las nuevas tecnologías que, además de aumentar los costos prestacionales, también contribuyen en algunos casos, para la judicialización de la Medicina.

Es por ello que, la intención de este trabajo de investigación es demostrar que el mercado de la salud suplementaria necesita revisar, analizar y evaluar el modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios. Atento a que, el actual modelo - de pago por producción - estimula el consumo indiscriminado de tecnologías hasta la iatrogenia, al utilizar métodos de diagnósticos que podrían ser sustituidos o hasta se pudiera prescindir de ellos.

El presente estudio aborda una reflexión y discusión sobre la propuesta de la A.N.S., la cual induce a un cambio en la práctica de la retribución prestacional, y así lo demuestra el resultado de la investigación realizada con empresas de autogestión de Río de Janeiro, sobre los actuales modelos y perspectivas de cambios de los mismos.

Cabe destacar que, las empresas están buscando un modelo de retribución prestacional factible y justo, que atienda las necesidades de los agentes pagadores y prestadores, y que a su vez permita la construcción de redes de atención calificadas. Además de que cubran los costos de las prestaciones brindadas y, especialmente, propenda a optimizar los beneficios para los pacientes, a través de procesos de mejora continua, y contribuya a la consolidación de un sistema integral y solidario que proporcione más seguridad y calidad para sus clientes tanto internos como externos.

Palabras clave: Modelos de Retribución Prestacional de los Servicios Hospitalarios, Retribución Hospitalaria, Modelos de Retribución, Costos Prestacionales, Nuevas Tecnologías Asistenciales, Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.), Mercado de la Salud Suplementaria, Contratos de Retribución Hospitalaria, Auditoría de Calidad en Salud, A.N.S., Cuenta abierta, Paquetes, Capitación, Cuenta abierta perfeccionada, Estadía Diaria Global, Estadía Diaria Semiglobal, Procedimiento Clínico Gestionado, Procedimiento Quirúrgico Gestionado, Judicialización de la Medicina, Medicina “defensiva”.

CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

1.1.1. Contexto:

El Sistema de Salud de Brasil es caracterizado como un sistema de salud mixto, donde los sectores privado y público coexisten en el aprovisionamiento y en el financiamiento de los servicios de salud. La medicina privada en Brasil está organizada en diversas modalidades, ha sido creada para ser un complemento del sistema público sanitario, y actualmente representa una gran participación en el sistema e involucra a diferentes intermediarios, como los prestadores de servicios que ofrecen los servicios y son remunerados por el S.U.S. - Sistema Único de Salud (financiamiento público) y por el sistema privado, particular o a través de las Medicinas Prepagas, como normalmente son conocidas en el mercado.

Las características del sistema de salud brasileiro, establecidas por los cambios en el escenario macroeconómico y social de la salud, en el contexto de la salud suplementaria, se basa principalmente en la participación de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (A.N.S.), cuyo objetivo principal es la regularización del sector y de la relación de las aseguradoras de las Medicinas Prepagas y los prestadores de servicios.

La mencionada Agencia posee, el gran desafío de construir una relación que asegure el foco en la atención de salud a través de la promoción y prevención, la calidad de la asistencia dictada por la práctica de la buena medicina, los costos compatibles, la satisfacción de los usuarios y un lucro necesario tendiente al desarrollo y crecimiento del sector, sin generar un aumento en el costo, pero adecuándolos necesariamente de forma al agregar valor al principal objeto de este mercado, el beneficiario.

Tratar la gestión de los recursos en la salud es esencial, por el crecimiento de los costos, lo cual viene generando algunas crisis en el sector, principalmente en relación con la retribución de los profesionales que trabajan en el sistema, así como en los hospitales, que invierten en las innovaciones tecnológicas. Esta realidad hace que los gerentes estén siempre atentos a los cambios y las políticas del mercado en el área de la salud. Tal crisis provoca una fuerte discusión de formas alternativas para la retribución de los servicios.

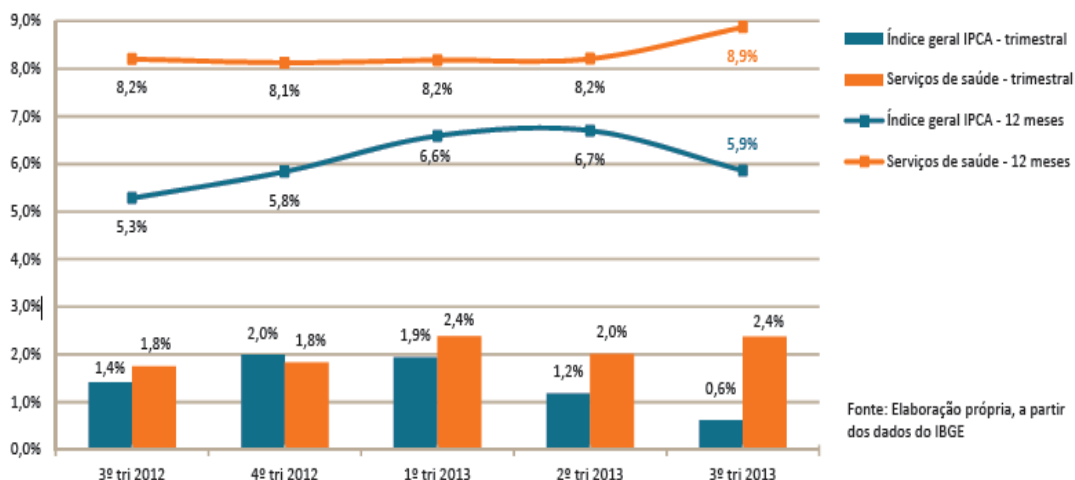
Sin embargo, se observa que los actores del mercado están buscando un modelo adecuado de retribución prestacional de los servicios de salud, que sea viable al pagador, cubra los costos de los servicios y que, especialmente, pueda traer beneficios para el paciente, construyendo un sistema que proporcione más confianza entre las partes y una mayor calidad asistencial.

1.1.2. Formulación del Problema:

El costo de la salud suplementaria en Río de Janeiro y Brasil en general, ha crecido de manera catastrófica, la inflación médica crece por encima del I.P.C.A. (Índice de Precio al Consumidor Amplio), índice de medición de la inflación en el país, según los datos del cuaderno Foco Salud Suplementario de la A.N.S., publicado en diciembre de 2013 y se indica en el siguiente gráfico:

Gráfico Nº 1: Variación trimestral y acumulada en 12 meses (3er. Cuatrimestre de 2012 al 3er. Cuatrimestre de 2013) del índice general I.P.C.A. en comparación con el subgrupo I.P.C.A. de Servicios de Salud:

Variación trimestral e acumulada em 12 meses do IPCA e do subgrupo IPCA Serviços de Saúde (Brasil - 3º trimestre/2012-3º trimestre/2013)



Foco Saúde Suplementar - Dezembro 2013 10

Gráfico Nº 1: Variación trimestral y acumulada en 12 meses (3er. Cuatrimestre de 2012 al 3er. Cuatrimestre de 2013) del índice general I.P.C.A. en comparación con el subgrupo I.P.C.A. de Servicios de Salud
Fuente: Cuaderno Foco Salud Suplementaria – A.N.S.- Diciembre/2013.

Traducción al castellano de los términos del presente Gráfico:

Término en portugués	Traducción al castellano
Índice Geral IPCA - trimestral	Índice General IPCA – trimestral
Serviços de Saúde - trimestral	Servicios de Salud – trimestral
Índice Geral IPCA – 12 meses	Índice General IPCA – 12 meses
Serviços de Saúde – 12 meses	Servicios de Salud – 12 meses

Fuente: Traducción del autor (2014).

El sector de la salud, a diferencia de otros sectores del mercado no gana en la reducción de los costos en el lanzamiento de las nuevas tecnologías, éstas siempre se añaden a las existentes, y sólo tienden a aumentar el costo para el sistema de salud, por lo tanto, se observa que las nuevas tecnologías se utilizan indiscriminadamente, causando una pérdida significativa, cuando las mismas no son necesarias para lo asistencial.

Los modelos actuales de retribución por estos servicios amplían los problemas, estimulando el consumo, en la lógica depredadora de transferencia de los costos, sin una correcta racionalización y sin un uso consciente y ético de los solicitantes y que muchas veces afecta a los usuarios.

Los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios, en el período de estudio, acordados entre las Medicinas Prepagas y los prestadores de servicios de salud en Río de Janeiro, presenta un predominio en el modelo de cobro en la cuenta abierta del paciente.

Ello significa que, después del alta del paciente se factura punto por punto los servicios utilizados, es un modelo excedido y que genera desconfianza entre las partes. El mismo fomenta el consumo de materiales y medicamentos de alto costo, sin embargo, no siempre demostrando los beneficios en atención a los pacientes ni en la medicina basada en la evidencia.

El modelo utilizado, por lo general lleva a los hospitales a contratar auditores para examinar las cuentas de los mismos antes de entregar el informe a la empresa de Medicina Prepaga. En dicha auditoría, se hace la investigación de la historia clínica del paciente con el fin de observar todas las prestaciones para el cobro y que, posiblemente, pasara desapercibida en la facturación, así como para orientar el pago de los servicios asistenciales y las tasas pertinentes de los procedimientos realizados.

Las Medicinas Prepagas, a su vez, también contratan auditores para controlar las facturas presentadas, con el fin de observar los pagos a realizar, considerando si son pertinentes a los procedimientos autorizados y realizados. Dicha función incluye la verificación de cualquier elemento cargado en la factura, al cual se hace referencia y que, en algunos casos, no está registrado en la historia clínica del paciente, lo cual permite identificar una oportunidad de realizar débitos en las facturas recibidas.

Por estas razones, y por lo que se observa en el mercado sanitario en Río de Janeiro y en todo el Brasil, el modelo actual genera desconfianza, lo que lleva a las partes a invertir en la contratación de profesionales para trabajar y revisar las facturas de los servicios asistenciales. Este modelo aumenta el costo administrativo de las Medicinas Prepagas y de los Hospitales, agravando más aún la inflación médica.

Este modelo ha sido cuestionado por las partes implicadas, creando expectativas para el estudio y desarrollo de nuevos modelos que proporcionen el establecimiento de protocolos desarrollados en acuerdos consensuados entre ellas, donde puede ser posible aportar una mejor indicación o intervención médica, junto con la mejor técnica, la optimización de los recursos en la elección de los mejores servicios con los costos adecuados.

Asimismo, que dicho acuerdo tienda a una mejor valorización de los profesionales médicos que prestan asistencia a los pacientes.

Mientras que en el sistema se podría desarrollar e invertir en mejoras de la asistencia médica y en el progreso para la construcción de protocolos que conduzcan a la mejora de la calidad con un menor costo para el hospital y la Medicina Prepaga y por lo tanto, agregar valor para el tratamiento del paciente mejorando su calidad asistencial.

La Agencia Nacional de la Salud Suplementaria (A.N.S.), representante de los Hospitales y las Medicinas Prepagas firmaron el 06.12.2012, un acuerdo para la adopción de los nuevos modelos de retribución prestacional de la atención realizada a los clientes de las Medicinas Prepagas, buscando el uso de buenas prácticas médicas y de gestión, tanto en los hospitales como en el sistema de la Medicina Prepaga.

En el modelo actual de la retribución prestacional del hospital llamado "cuenta abierta por unidad de servicio", se considera a cada elemento utilizado en la hospitalización del paciente y que se detalla en la cuenta después de un proceso de facturación en el que los profesionales de la salud contratados por el hospital analizan las prestaciones realizadas en la atención asistencial.

En este modelo descrito precedentemente, las Medicinas Prepagas tienen también grandes equipos contratados para revisar las cuentas y discutir los gastos y las cantidades cobradas.

En el nuevo modelo propuesto por la A.N.S., la carga administrativa es menor, ya que los elementos frecuentes en un ingreso hospitalario se cargan de forma agrupada. Es decir, los servicios de enfermería, los recursos administrativos y físicos (muebles, instrumentos quirúrgicos, uso de quirófanos, descartables, etc.) se cobrarán como un único elemento en la factura del hospital. El objetivo es hacer que los hospitales empiecen a ofrecer productos completos a las Medicinas Prepagas. La cirugía, por ejemplo, va a ser un único elemento de la factura hospitalaria, que en la actualidad abarca toda la estadía del paciente, así como los recursos humanos y materiales necesarios.

Para ello, los hospitales tendrán que rediseñar los protocolos y las directrices para la realización de cada tipo de procedimiento. Los protocolos son una especie de guía de diagnóstico y tratamiento, con la relación de materiales a utilizar, los estudios médicos y los recursos necesarios para llevar a cabo la atención al paciente.

"...Con este nuevo modelo, se mudarían los incentivos. Es muy importante que los hospitales traten de comprar los mejores materiales a los precios más bajos y los equipos asistenciales participen del formato de los servicios hospitalarios. El modelo de cambio permite el reconocimiento y premia a los mejores equipos. Esto implicaría cambiar la relación con las medicinas prepagas, que empezarán a analizar la indicación clínica que el paciente haga en relación a la actuación y calidad de los servicios prestados, en lugar de analizar la composición de las cuentas, lo que acelera el proceso de los procedimientos de la autorización para los pacientes y el pago a los hospitales...", analiza Carlos Figueiredo, gerente de relaciones públicas con los proveedores de la ANS, el 06.12.2012.

Para la adopción del nuevo modelo, los Hospitales y las Medicinas Prepagas deben cualificar sus procesos de trabajo y modelos de gestión, centrándose en la mejora de la atención al cliente.

"...La propuesta inicial es que la incorporación es voluntaria, pero la ANS ya está estudiando la forma de estímulo, si es necesario, para una mayor adhesión al modelo propuesto. Los beneficios principales en el momento de la ejecución es que la ANS ofrecerá al sector un conjunto de referencias y conceptos técnicos que ya han sido previamente acordados por todos los miembros, permitiendo la adopción de un nuevo modelo con mayor rapidez y con menor costo para realizarse el consenso, reduciéndose, así, la necesidad de una discusión caso a caso entre las aseguradoras y los hospitales...", dice Bruno Sobral de Carvalho, Director del Sector de Desarrollo de la ANS (Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1860--novo-modelo-para-remuneracao-dehospitais>).

Los actores del sistema de salud en Brasil, alentado por la A.N.S., han iniciado el diseño de un nuevo modelo de retribución prestacional para los servicios hospitalarios, buscando mejorar el curso del trabajo, reducir los costos y calificar el cuidado. Esta necesidad se ha señalado durante años, para reemplazar un sistema que fomenta el uso innecesario de la alta tecnología y que no siempre es un valor añadido para el cuidado del paciente.

1.1.3. Justificación:

En un mercado con tantas modalidades de coberturas de empresas de Medicina Prepaga, un número creciente de usuarios de los servicios ofrecidos y diferentes ofertas de los servicios hospitalarios, poco se ha avanzado en las formas de retribución prestacional de los servicios prestados en los últimos decenios. Cabe destacar que, ha pasado el sector a través de un cambio constante, desde la intervención y la regulación de la A.N.S., así como la organización de los profesionales y el profesionalismo de las empresas de servicios hospitalarios, que quieren que sus gastos estén cubiertos por los financiadores. Ello implica que las Medicinas Prepagas cargan con altas tasas de siniestralidad.

Estos componentes del sistema de salud de Brasil, necesitan realizar un cambio en la remuneración y valorización de los servicios prestados para asegurar la supervivencia de sus respectivos miembros y la satisfacción de los beneficiarios para recibir el servicio con una mayor calidad y equidad.

En el mercado de la salud, la participación de los servicios hospitalarios y de las empresas de Medicinas Prepagas, desde sus inicios, parece haber tenido dificultades en la planificación y organización de las formas de remuneración por los servicios prestacionales. Esto viene generando una desconfianza entre las partes, añadiendo poco beneficio para la mejora en la atención del paciente, ya que el sistema estimula la transferencia de los costos sin aportar ningún valor al destinatario.

La falta de confianza entre las partes involucradas en el proceso, por un lado los hospitales y otras aseguradoras médicas dificultan el progreso de la implementación de un nuevo modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios en el sistema de salud.

El estudio propone un plan de recuperación de la evolución de los modelos de retribución prestacional por los servicios hospitalarios, en Río de Janeiro, en la última década; analizando sus ventajas, desventajas y los problemas que tienen y cuáles son los principales puntos y tendencias del mercado que permita un modelo más justo, donde el paciente debería ser el principal beneficiario del sistema.

Las Medicinas Prepagas y los Hospitales privados, que son los responsables por el cuidado a la salud brindados a la población que adopten este servicio, necesitan ofrecer mejores servicios asistenciales y desarrollar normas de calidad. Para ello, se debe establecer como derechos básicos de los consumidores: la protección, la salud y la seguridad.

En un mercado en auge, donde las nuevas tecnologías son absorbidas rápidamente por los profesionales, es necesario ajustar los costos utilizando las mejores técnicas y la tecnología necesaria de medicina basada en la evidencia. Todo esto garantizando también la equidad en el sistema privado de salud en Río de Janeiro.

Asimismo, se observa que el mercado está en busca de un modelo adecuado de retribución prestacional de los servicios de salud, que satisfaga al pagador, cubra los costos de los servicios y, especialmente, que aporte beneficios para el paciente, proporcionando un sistema que va a generar más confianza entre las partes y una mayor calidad de los servicios. Este plan contribuiría con el fortalecimiento del sistema de salud y el aumento de su equidad, además mejoraría el proceso en la gestión laboral y aplicaría una mayor fuerza de trabajo para agregar valor a los beneficiarios del sistema.

1.1.4. Hipótesis:

El actual modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios privados que se utilizan en Río de Janeiro (Brasil), estimula el mal uso de materiales especiales y el consumo excesivo de alta tecnología que aumentan los costos del servicio y que generalmente no agregan beneficios a los tratamientos y por ende, en detrimento de la calidad del servicio asistencial al cliente.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Identificar los modelos de retribución de las prestaciones asistenciales contratados por los nosocomios privados con las Medicinas Prepagas en Río de Janeiro (Brasil), en el período comprendido entre los años 2000 hasta 2013.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar la dinámica del mercado de la Salud suplementaria en Río de Janeiro y Brasil, contextualizando una breve historia;
- Identificar y evaluar el actual modelo de competencia existente en el mercado de la salud de Río de Janeiro en comparación con el modelo de competencia basado en valores;
- Identificar y analizar las contribuciones de los incentivos apropiados y de la auditoría de calidad para los servicios hospitalarios privados contratados por las Medicinas Prepagas que existen en Río de Janeiro (Brasil);
- Establecer las ventajas y desventajas de los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios privados existentes en el período de estudio de la investigación, en Río de Janeiro (Brasil);
- Identificar y analizar los actuales modelos de retribución prestacional aplicados por las empresas de autogestión de Río de Janeiro y analizar las perspectivas de cambios;

- Analizar los costos de los servicios prestacionales en el sistema de la salud suplementaria de Río de Janeiro (Brasil);
- Determinar las consecuencias de la Judicialización de la Medicina para el mercado de la salud suplementaria en Río de Janeiro (Brasil);
- Establecer las injerencias del programa de control de calidad propuesto por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS);
- Determinar la tendencia de los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios privados contratados por las Medicinas Prepagas que se aplican en Río de Janeiro (Brasil).

CAPÍTULO 3 – MARCO CONCEPTUAL

3.1. Sistema de Retribución Prestacional y Auditoría de Calidad

3.1.1. Introducción:

En este trabajo se describen los conceptos más relevantes de los autores que han escrito sobre el tema de estudio, con los aspectos más destacados, así como los conceptos de los actores involucrados en la prestación de servicios de salud de las Medicinas Prepagas en Brasil, a saber:

3.1.2. Competencia basada en valores:

Se observa en el mercado sanitario en Río de Janeiro que las empresas que prestan los servicios asistenciales y las Medicinas Prepagas compiten unos contra otros en un intento de reducir unilateralmente los costos y la transferencia de éstos. Por un lado, existe la tentativa del hospital de utilizar los recursos que garantizan la seguridad, pero que generan un mayor gasto para la Medicina Prepaga. De allí, es que se crea una discusión acerca de los costos y se debería celebrar un debate con objetivos comunes, para conseguir reducirlos, para ambas partes, con técnicas y procesos que generen un valor agregado en la asistencia de los pacientes.

“...La forma de transformar el sistema de salud es realinear la competencia con valor para los pacientes. El beneficio en el cuidado de la salud es el resultado obtenido en la salud por cada dólar gastado. Si todos los participantes en el sistema tienen que competir en el valor, el beneficio mejorará dramáticamente. Sin embargo, tan simple y obvia que pueda parecer, la mejora del beneficio no ha sido el objetivo central de los participantes en el sistema...” (Porter, M. E., Teisberg, E. O. 2007, p. 21)

“...La competencia, basada en el valor centrado en los resultados, va mucho más allá del cuidado de la salud dirigida por el consumidor. Los consumidores sólo podrán desempeñar un papel más importante en su cuidado y tomar mejores decisiones si los prestadores y medicinas prepagas realinean la competencia en torno a los resultados de los pacientes y difundir información y directrices pertinentes...” (Porter, M. E., Teisberg, E. O. 2007, p. 24).

Los autores Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007) afirman que:

“...La competencia en el valor debe girar en torno a resultados. Los resultados que interesan son las consecuencias en el paciente por unidad de coste en el nivel de la condición de la salud. La competencia en resultados significa que todas las empresas que prestan servicios, las medicinas prepagas y los proveedores que alcancen la excelencia serán recompensados con más negocios, además de que, los que no demuestren tener buenos resultados, perderán negocios o tendrán que dejar de prestar ese servicio. Competencia por transferencia de costos y la limitación de servicios es una competencia de suma cero - la ganancia de un individuo es la pérdida para los otros. Competencia en los resultados para el paciente es una competencia con suma positiva, con la cual todos los participantes pueden beneficiarse. Cuando las empresas que prestan servicios tienen éxito en la entrega de valor superior, los pacientes ganarían, los empresarios ganarían y las medicinas prepagas también ganarían, a través de mejores resultados alcanzados con los costos más bajos...” (p. 23).

Además, según los mismos autores en la publicación del año 2007, refieren que la competencia basada en el valor de la asistencia sanitaria sería guiada por ocho principios que serán expuestos a continuación:

- ✓ Lo importante debe ser el beneficio para los pacientes, y no simplemente en la reducción de costos.
- ✓ La competencia tiene que estar basada en resultados.
- ✓ La competencia debe estar centrada en las condiciones sanitarias durante todo el período de atención.
- ✓ La atención de alta calidad debe ser menos costosa.
- ✓ El valor tiene que ser generado por la experiencia, el grado y el aprendizaje.
- ✓ La competencia debe ser regional y nacional, no apenas local.

- ✓ Las informaciones sobre los resultados tienen que ser ampliamente divulgadas para apoyar la competencia basada en el valor.
- ✓ Las innovaciones que aumentan el valor tienen que ser altamente recompensadas.

La competencia basada en valor, significa generar un provecho en forma de resultados para todos los implicados en el proceso. Para competir en resultados es necesario que éstos sean analizados y que cada participante del sistema sea también responsable por los resultados, los cuales deben ser ampliamente divulgados, pues las empresas de servicio con resultados por debajo del nivel planificado se sentirán motivadas para mejorarlos y aquellos que no consigan buenos resultados o que no presten la atención adecuada perderán a sus pacientes actuales y potenciales.

La competencia por resultados, se considera diferente al concepto del pago por rendimiento, pues pago por rendimiento se trata de la conformidad de los procesos acordados y pago por resultados es la valoración por la calidad de los resultados alcanzados.

3.1.3. Los incentivos apropiados y la auditoría de calidad:

Cambiar el modelo de retribución prestacional buscando reducir gastos, requiere un compromiso de todos los responsables y una vigilancia estricta para el mantenimiento y el aumento de la calidad de los servicios asistenciales ofrecidos y que los cambios no acarreen perjuicios a la salud y/o en el tratamiento de los pacientes.

"...La identificación de los incentivos apropiados en la relación entre los agentes económicos y su alineamiento, o sea, el diseño de contratos que respondan a los objetivos a ser alcanzados - y en este caso los mecanismos de pago, las formas de contratación de los profesionales de la salud - también son partes importantes de esta teoría. Pero, al contrario de la teoría neoclásica, la presencia aislada de incentivos es insuficiente, pues se admite que los agentes sean dados a oportunismos, o sea, violaciones sistemáticas de los términos de los contratos. Esto ocurriría por un desequilibrio de la información entre ellos, lo que crea la necesidad de una vigilancia constante del sistema de gerencia para que dichos

contratos sean cumplidos y ajustados a las constantes condiciones del ambiente. Constituyen ejemplos del sistema los mecanismos de la auditoría..." (Andreazzi M.F.S., 2003, p.11).

La necesidad de vigilancia / control en un sistema, en el cual se busca la retribución prestacional por la calidad del servicio prestado, al contrario de recompensar por acuerdo arancelario simplemente, como normalmente son realizadas actualmente las auditorías en los hospitales, requiere de un acompañamiento más profundo de su tratamiento, pues los auditores pasarían a discutir y acompañar la evolución del tratamiento, que resultados fueron alcanzados y si fueron proporcionados todos los cuidados que se consideren necesarios para el paciente y la contención de la familia.

El autor Motta A.L.C. (2003) refiere que la auditoría trata la evaluación sistemática de la calidad de la asistencia prestada al cliente, y hoy ese trabajo toma grandes proporciones en el contexto de los Hospitales y empresas de Medicinas Prepagas; con esto es necesario que la práctica, y en cualquier ramo de la auditoría sea basada en evidencias por medio de la formación de conceptos sólidos fundamentados en dichas prácticas. (p.27).

Asimismo, según el autor Loverdos A. (2003), considera que la auditoría es el análisis, a la luz de las buenas prácticas de asistencia a la salud y del contrato entre las partes - paciente, médico, hospital y aseguradoras - de los procedimientos ejecutados y comprobando los valores cobrados, para garantizar que el pago sea justo y correcto. (p.13).

En relación con el sistema de calidad asistencial, los autores Lemus, J.D., Aragüés y Oroz, V., Lucioni, M.C y colaboradores (2009), refieren que:

“... debemos enfatizar que calidad significa algo distinto para cada persona. Así, para el cirujano, en un hipotético caso de una cirugía de reemplazo de cadera, el resultado es de calidad cuando el paciente sale sin mayores sobresaltos de la sala de operaciones, se recupera y es dado de alta con rapidez, y sin ninguna infección grave...”., “...El paciente, por su parte, seguramente verá la calidad en su posibilidad de caminar, pero también si está libre de dolor, que en muchos casos fue la causa que lo llevó a la cirugía...”... “...El administrador del sanatorio, por su parte, considerará el procedimiento como exitoso y de calidad, si éste se lleva a cabo dentro de los límites económico financieros establecidos y no incluye complicaciones costosas, como infecciones hospitalarias. En suma, todas son consideraciones válidas, porque, como ya advertía Donabedian A., la visión de la calidad depende del color del cristal que emplea quien mire...” (p.453).

Mientras tanto, si un nuevo modelo, que busca reducir costo es aplicado, es necesario realizar una auditoría de calidad, no sólo en las cuentas del hospital, sino en el control de los cumplimientos de los protocolos acordados, en las directrices de utilización basadas en evidencias científicas y en el resultado final esperado por el paciente.

3.1.4. Sistemas de retribución prestacional de servicios hospitalarios – características, conceptos de retribución por producción y la modalidad de pago prospectivo:

Sobre este tema, los autores Lemus, J.D., Aragüés y Oroz, V., Lucioni, M.C. y colaboradores (2009), afirman que:

“...Los sistemas de contratación de servicios asistenciales basándose en la actividad o los programas, similares al que se aplica en Cataluña, han aportado elementos positivos como la mejora de la eficiencia de los proveedores debido a la compra prospectiva de servicios, la incorporación de elementos más cualitativos de evolución de los resultados de los contratos a causa de los objetivos vinculados a la política sanitaria y a los planes de salud, la incentivación o desincentivación de determinadas líneas de servicio, la separación de las funciones de compra y provisión de servicios y la mejora de los sistemas de información sobre el producto hospitalario. Sin embargo, dichos sistemas de contratación presentan claras limitaciones que es necesario superar:

1. Se basan en productos intermedios del proceso, sin orientarse al conjunto y específicamente al resultado del acto asistencial sobre la salud.

2. Son sistemas definidos principalmente a partir de la oferta existente y no de la demanda y necesidades de la población.

3. Son compartimentados y no favorecen la colaboración entre proveedores.

4. Son sistemas fragmentados por línea de producto, lo que origina duplicidades sin incentivar actuaciones dentro de un mismo proveedor o entre proveedores que busquen sinergias o nuevas fórmulas más eficientes de atención por medio de la sustitución entre líneas de atención.

5. Son sistemas que sólo incorporan medidas ad hoc de calidad de los servicios de cada línea de producto y sin una evaluación global del impacto de todas las actuaciones del proveedor sobre la salud de la población de referencia.

6. Son sistemas que incentivan el incremento de actividad con el riesgo de generar una demanda inducida, a pesar de existir marginalidad...” (Lemus, J.D., Aragüés y Oroz, V., Lucioni, M.C. 2009, p.190-191).

Estos son los conceptos clave que conducen a la revisión del trabajo, investigaciones de los sistemas actuales adoptados por las empresas que

prestan el servicio y las Medicinas Prepagas. Asimismo, deberían contemplarse en las prácticas asistenciales futuras que unen el mercado de la salud de Río de Janeiro (Brasil).

3.2. El Mercado de la Salud Suplementaria:

Para lograr una mejor comprensión del mercado de la salud suplementaria, se presentan a continuación, las definiciones de los principales miembros / actores de esta relación, a saber:

La Salud Suplementaria, dentro del ámbito de las asignaciones de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, se refiere a la actividad que implica el funcionamiento de los planes privados de asistencia a la salud bajo regulación del gobierno.

La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (A.N.S.) es la agencia reguladora vinculada al Ministerio de Salud, quien es el responsable por el sistema de regulación y control del sector de las Medicinas Prepagas en Brasil.

La misma, posee la misión de impulsar la defensa del interés público en la asistencia suplementaria a la salud, regular las agencias sectoriales, incluyendo las relaciones con las empresas prestadoras del servicio y los consumidores, y además contribuir para el desarrollo de las actividades de salud en el país.

A efectos de lograr optimizar la comprensión, respecto a la definición de hospital propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, ápod BRASIL,1998), se destaca a continuación que:

“Son todos los establecimientos con por los menos 5 camas, para el ingreso de pacientes, que garantizan un atención básica del diagnóstico y tratamiento, con un equipo clínico organizado y con prueba de admisión y

permanente asistencia prestada por los médicos. Además de eso, considera la existencia del servicio de enfermería y atención terapéutica directa al paciente, durante 24 horas, con la disponibilidad de servicios de laboratorio y radiología, servicio de cirugía y/o parto, bien como registros médicos organizados para la rápida observación y acompañamiento de los casos...”

La A.N.S. define como Empresas de Medicinas Prepagas, a las empresas y entidades que operan, en el mercado de la salud suplementaria como: persona jurídica constituida sobre la modalidad de sociedad civil o comercial, cooperativa, o entidad de autogestión, que opere producto, servicio o contrato de asistencia sanitaria.

3.2.1. Historia de la Salud Suplementaria en Brasil y en Río de Janeiro:

El Sistema de Salud Brasileiro puede ser dividido en dos subsistemas: el subsistema público representado por el Sistema Único de Salud – S.U.S. y el subsistema privado que es dividido en dos sectores, el sector liberal clásico que está formado por los servicios particulares autónomos, donde los profesionales de la salud establecen los tratamientos y su retribución. Y por otro lado, el sector de la salud suplementaria, compuesta por los servicios financiados por las Medicinas Prepagas y Seguros de Salud, aunque regulados por la Agencia Nacional de la Salud Suplementaria, donde los prestadores de servicio son personas físicas o jurídicas privadas, acreditadas por las Medicinas Prepagas y Seguros de Salud o por los servicios propios creados por las Medicinas Prepagas, fenómeno conocido como verticalización¹.

El mercado de las Medicinas Prepagas comenzó a desarrollarse en Brasil en los años 40 y 50, cuando las empresas del sector público reinvirtieron sus recursos propios y de sus empleados para financiar las actividades de la atención sanitaria. Posteriormente, la atención médica

¹ Se entiende por verticalización de la salud el proceso de los seguros médicos privados para crear una red propia de prestación de servicios tales como urgencias, consultas, análisis, ingresos y cirugías para la atención exclusiva de su población y/o con convenio con otros seguros médicos privados.

hospitalaria fue incluida entre los beneficios ofrecidos a los funcionarios de las empresas públicas. En el sector privado, las industrias automovilísticas, especialmente las extranjeras fueron las primeras en poner en práctica estos sistemas de atención sanitaria.

A partir de los años 50, empezaron a surgir las organizaciones de la salud, destinadas exclusivamente para los empleados públicos desprotegidos de la Seguridad Social. Pero fue en la década de los 60 cuando los llamados convenios médicos entre las empresas empleadoras y las empresas médicas (cooperativas médicas y empresas de medicina de grupo), por mediación de la Seguridad Social, estimularon, decisivamente, el proceso empresarial en Brasil.

El mercado se encontraba en una gran expansión, y en 1988, la Constitución Federal de Brasil, además de establecer la concesión al Estado de garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos creando un sistema nacional de salud, garantizó la inserción del sector de la atención médica y hospitalaria, permitiendo la oferta de servicios de atención sanitaria por parte del sector privado, bajo el control del Estado.

Hasta la promulgación de la Ley que estableció las reglas para el funcionamiento del sector de la salud suplementaria, el Gobierno Brasileiro no disponía de las herramientas necesarias para la regularización de las actividades en las Medicinas Prepagas, que ya estaban organizadas y funcionando desde hace varias décadas en el país. La creación de la Agencia Nacional de la Salud Suplementaria (A.N.S.), el 30 de diciembre de 1999, fue el resultado de la exigencia de la sociedad ante la necesidad de regularizar dicho sector.

Brasil contó en septiembre de 2013, de acuerdo con datos de la A.N.S. (Gráfico N° 2) con un total de 1.487 agencias de Medicinas Prepagas con registros activos, y de éstas, 1.084 son empresas médicas y hospitalarias y 403 empresas de atención odontológica exclusivamente, que están regularizadas por la A.N.S. Se debe observar que después de la sanción de la Ley N° 9.656 y la regularización de la A.N.S., la tendencia es decreciente de estas aseguradoras, ante una fuerte reducción de las mismas.

Gráfico N° 2: Empresas de Medicina Prepaga en actividad, radicadas en Brasil entre el período de diciembre/2001 a septiembre/2013:

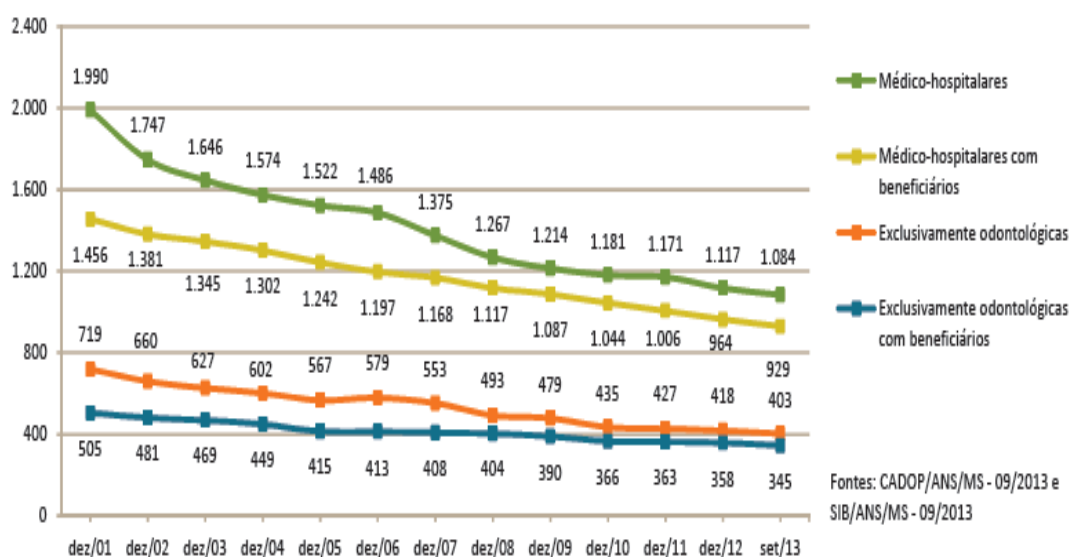


Gráfico N° 2: Empresas de Medicina Prepaga en actividad, radicadas en Brasil entre el período de Diciembre/2001 a Septiembre/2013.

Fuente: Cuaderno Foco Salud Suplementaria – ANS-diciembre/2013.

Traducción al idioma castellano de los términos del presente Gráfico:

Término en portugués	Traducción al castellano
Médico-hospitalares	Médica y hospitalaria
Médico-hospitalares com beneficiários	Médica y hospitalaria con beneficiarios
Exclusivamente odontológicas	Exclusivamente odontológica
Exclusivamente odontológicas com beneficiários	Exclusivamente odontológica con beneficiarios

Fuente: Traducción del autor (2014).

Actualmente (al 2013), el mercado de las Medicinas Prepagas se compone de las 1.487 aseguradoras y está conformado de la siguiente forma:

- Medicina de Grupo - Modalidad en el cual es clasificada una operadora que se constituye en la sociedad, que comercializa u opera planes de salud, a excepción de las clasificadas en las modalidades: Administradora, cooperativa médica, de autogestión, la filantropía y la compañía de seguros especializada en salud;

- Cooperativas Médicas - Modalidad en el cual se clasifica una operadora que constituye la forma de asociación de personas sin fines de lucro de conformidad con la Ley N° 5.764, de 16 de diciembre de 1971, que su composición es de médicos, y que opera o comercializa planes de asistencia sanitaria.

- .Aseguradora especializada en Salud - Empresa constituida en la sociedad aseguradora con fines de lucro que comercializa seguros salud y ofrece, obligatoriamente, el reembolso de los gastos médicos y hospitalarios u odontológicos, o que opera o comercializa seguros que proporciona garantizada la asistencia sanitaria.

- Autogestión - Modalidad en el cual se clasifica una entidad que opera servicios de asistencia sanitaria o empresa responsable por el plan de asistencia sanitaria privado, diseñado exclusivamente para proporcionar cobertura a los empleados activos de una o varias empresas asociadas, miembros de una determinada categoría profesional, jubilados, pensionados y ex empleados, así como sus grupos familiares definidos. La autogestión se puede clasificar en la autogestión por recursos humanos, la autogestión con mantenedor y la autogestión sin mantenedor.

- Cooperativa odontológica: Modalidad en la cual está clasificada una operadora que constituye en asociación de personas sin fines de lucro, bajo la Ley N° 5764, de 16 de diciembre de 1971, que consta de los odontólogos, y que opera o comercializa planes de asistencia sanitaria, pero exclusivamente odontológica.

- Filantropía: Modalidad en la cual es clasificada una operadora que constituye una organización no lucrativa que opera planes de asistencia sanitaria y obtiene el certificado de la filantropía por el Consejo Nacional de Asistencia Social (C.N.A.S.).

- Odontología de Grupo: Modalidad en el cual es clasificada una operadora que constituya una sociedad que comercializa u opera exclusivamente planes odontológicos.

- Administradora de planes de salud: Empresa que administra planes de salud, sin asumir el riesgo derivado de la operación de estos planes, y que no posee de una red prestadora de servicios de salud. Estas administradoras no tienen su propia red, acreditada o referenciada de los servicios médicos y hospitalarios u odontológicos.

El mercado de la Salud Suplementaria y, especialmente, el acceso de la población que adquiere una Medicina Prepaga en Brasil, ha ido creciendo de forma constante durante la última década, debido al aumento de los ingresos y el crecimiento económico del país, como se ve en la evolución en la Tabla N° 1, que se expone a continuación:

Tabla Nº 1: Evolución de los beneficiarios de Medicina Prepaga en Brasil en el período de 2000 a 2013:

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2013)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	31.161.481	2.603.001
dez/01	31.727.080	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.600.401	13.287.899
dez/10	45.055.273	14.550.324
dez/11	46.387.975	17.021.128
dez/12	48.064.157	19.171.857
dez/13	50.270.398	20.740.761

Fonte: SIB/ANSMS - 12/2013

Tabla Nº 1: Evolución de los beneficiarios de Medicina Prepaga en Brasil en el período de 2000 a 2013.

Fuente: Sistema de Información del Beneficiarios /ANS/ MS - 12/2013

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Data	Fecha
Assistência médica como ou sem odontologia	Asistencia médica con o sin odontología
Exclusivamente odontológico	Exclusivamente odontológica
Dez/00 ...	Diciembre del 2000

Fuente: Traducción del autor (2014).

Desde el año 2010, la variación en el crecimiento de las nuevas adhesiones a las Medicinas Prepagas ha crecido más que la variación en el crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI), y después de una serie histórica de crecimiento, como se muestra en el Gráfico N° 3, que se presenta a continuación:

Gráfico N° 3: Relación entre la variación del P.B.I. y del número de beneficiarios de Medicina Prepaga colectiva nuevas en Brasil en el período comprendido entre los años 2010 a 2013:

Varição do PIB acumulada no ano em relação ao mesmo período do ano anterior e do número de beneficiários de planos coletivos novos (Brasil - 3º trimestre/2010-3º trimestre/2013)

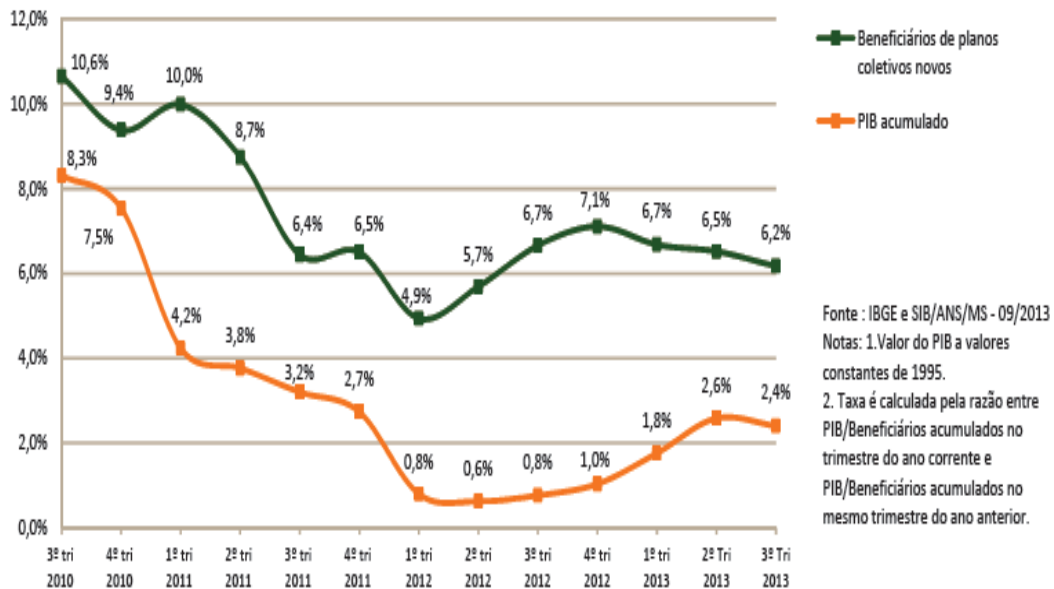


Gráfico N° 3: Relación entre la variación del P.B.I. y del número de beneficiarios de Medicina Prepaga colectiva nuevas en Brasil en el período comprendido entre los años 2010 a 2013.

Fuente: Cuaderno Foco Salud Suplementaria – ANS-Diciembre/2013.

Traducción al idioma castellano de los términos del presente Gráfico:

Término en portugués	Traducción al castellano
Beneficiários de planos coletivos novos	Beneficiarios de los nuevos planes colectivos
PIB acumulado	Producto Bruto Interno (P.B.I.) acumulado
Fonte: IBGE e SIB/ANS/MS-09/2013	Fuente: IBGE y SIB/ANS/MS-09/2013
Notas: 1. Valor do PIB a valores constantes de 1995	Notas: 1. Valor del P.B.I. a valores constantes de 1995
2. Taxa é calculada pela razão entre PIB/ Beneficiários acumulados no trimestre do ano corrente e PIB/Beneficiários acumulados no mesmo trimestre do ano anterior.	2. La Tasa es calculada dividiendo el PBI / Beneficiarios acumulados en el trimestre del año en curso y el PBI / Beneficiarios acumulados en el mismo trimestre del año pasado.

Fuente: Traducción del autor (2014).

Según el último censo del I.B.G.E. (Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística) en 2010, la ciudad de Río de Janeiro posee una población de 6.320.446 habitantes. Dado que los datos estadísticos de la A.N.S. en diciembre de 2013, Brasil tenía 50.270.398 beneficiarios en las Medicinas Prepagas, de los cuales la ciudad de Río de Janeiro tenía más de la mitad, el 57,3% (3.624.146) de la población pueden disfrutar de esta cobertura.

Con la finalidad de visualizar, desde un aspecto macro, la mencionada distribución de la cobertura de las Medicinas Prepagas, por Unidad de la Federación de Brasil, se expone a continuación la Figura N° 1; y en la Tabla N° 2 (caso de estudio): Los beneficiarios con Asistencia Médica Privada en la ciudad de Río de Janeiro:

Figura Nº 1: Distribución de la cobertura de las Medicinas Prepagas por Unidad de la Federación:

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - setembro/2013)

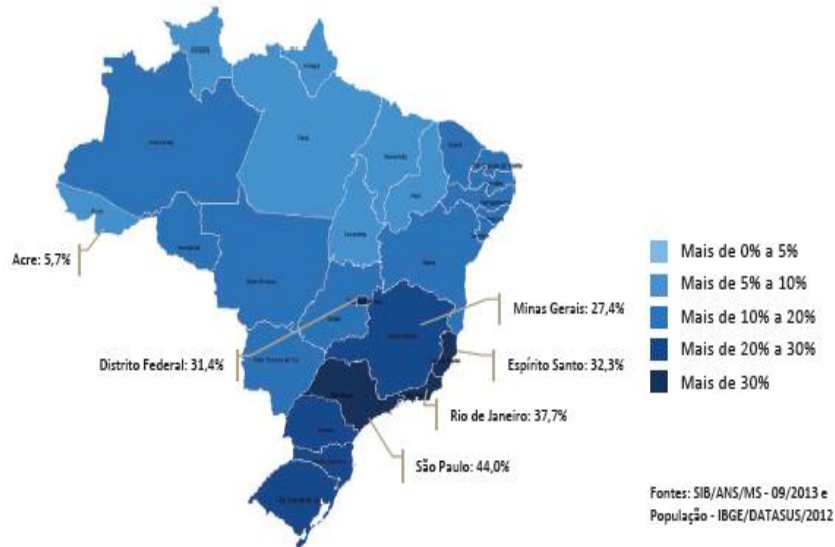


Figura Nº 1: Distribución de la cobertura de las Medicinas Prepagas por Unidad de la Federación de Brasil.

Fuente: Cuaderno Foco Salud Suplementaria – ANS-Diciembre/2013

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Figura:

Término en portugués	Traducción al castellano
Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidade da Federação (Brasil – setembro/2013)	Tasa de cobertura de los planes de la asistencia médica por Estado (Brasil - Septiembre / 2013)
Mais de	Más de
Fontes: SIB/ABS/MS – 09/2013 e População – IBGE/DATASUS/2012	Fuentes: SIB / ANS / MS - 09/2013 y Población - IBGE / DATASUS / 2012

Fuente: Traducción del autor (2014).

Tabla Nº 2: Beneficiarios con Asistencia Médica Privada en la ciudad de Río de Janeiro.²

Início Consultas Ajuda		
Beneficiários por Operadora		
Benef. Asst. Médica por UF segundo Competência		
Capital: Rio de Janeiro		
Interior: Capital		
Período: Dez/2013		
Competência	Rio de Janeiro	Total
TOTAL	3.624.146	3.624.146
dez/13	3.624.146	3.624.146
Copia como .CSV		Copia para TabWin
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013.		

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Informações em Saúde Suplementar	Información en Salud Suplementaria
Beneficiários por Operadora	Beneficiarios por Operador
Benef. Asst. Médica por UF segundo Competência	Beneficiarios de la Asistencia Médica por Unidad de la Federación según competencia
Capital: Rio de Janeiro	Capital: Río de Janeiro
Interior: Capital	Interior: Capital
Competência	Competencia
Dez/13	Diciembre/2013

Fuente: Traducción del autor (2014).

² Tabla proveniente del Sistema de Informaciones en Salud Suplementaria del ANS, recuperado de la dirección: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Con el continuo crecimiento de usuarios de las Medicinas Prepagas y los seguros de salud que utilizan los servicios de los hospitales privados en Río de Janeiro, este tipo de prestación de servicios se transformó en un sistema centralizador de las demandas de salud, desde los procedimientos ambulatorios y los electivos y principalmente las demandas de urgencias y emergencias, aunque una de las principales fuentes de la utilización de las nuevas tecnologías, necesitan una revisión atenta para la optimización de los recursos disponibles y no para ser utilizados apenas como “*una fuente de receta*”.

El autor Andreazzi M.F.S. (2003) afirma que:

En la historia de los servicios de salud, el hospital se destaca como la principal institución centralizadora de la práctica médica, de la investigación y de las innovaciones, incluso en lo que respecta a los servicios especializados de diagnóstico y terapia. Más recientemente, la organización de estos últimos, a nivel ambulatorio de forma lucrativa constituyó una tendencia bastante importante. (p.24)

Con el objetivo de regular a las aseguradoras sectoriales, incluso en cuanto a sus relaciones con los prestadores de servicios y los consumidores, contribuyendo para el desarrollo de las acciones sanitarias del país, una de las competencias de la A.N.S. es elaborar la lista de procedimientos médicos, que define los pasos a seguir para la cobertura asistencial en la segmentación ambulatoria, hospitalaria y obstetricia, las cuales deberán ser cubiertas por las respectivas Medicinas Prepagas.

Las Medicinas Prepagas actúan de forma complementaria y no en substitución del Estado. De esta manera, no tienen obligación de cubrir todo lo asistencial, ni cubrir indiscriminadamente cualquier tratamiento, sino lo que está expresamente previsto en el rol de procedimientos y en el contrato de la prestación de servicios firmado por el cliente que contrata. Pero, a criterio de cada institución, ésta podrá ofrecer coberturas adicionales a las principales que figuran en el listado de procedimientos de cobertura obligatoria de la A.N.S..

Inclusive, al igual que hacen muchas empresas en la modalidad de autogestión que proporcionan medicamentos de uso diario domiciliario con el propósito de una mejor calidad de vida para su asegurado.

Con la introducción de un seguro o de un tercer-pagador, sea éste seguro, sanitario, privado o social, o de la misma forma fondos públicos que organizan su asistencia por medio de la compra de servicios a profesionales, acaba surgiendo la cuestión de la negociación por precios o por establecimiento de tablas. Tanto en el interés de reducción de costos por parte del financiador, como de imposición de salarios como resultado de movimientos de autodefensa profesional. (Andreazzi M.F.S., 2003, p.17).

El cálculo de los precios de los servicios hospitalarios y de los honorarios médicos en el mercado de la salud suplementaria, durante mucho tiempo, fue impuesto por las Medicinas Prepagas, las cuales acreditaban los servicios hospitalarios y presentaban sus condiciones para el cobro de las prestaciones asistenciales diarias y las tasas o alguna de las versiones de la lista elaborada por la Asociación Médica Brasileira (A.M.B.), para el cobro de los honorarios médicos.

Con el paso de los años y el aumento de los costos para la manutención de los hospitales, estos pasaron a exigir una negociación para la valorización de sus servicios y las asociaciones médicas a reivindicar y elaborar nuevos índices para el cálculo de los honorarios médicos, cuando fue creada a C.B.H.P.M. - Clasificación Brasileira Jerarquizada de Procedimientos Médicos.

A posteriori, fue cambiando el modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios, ya que estas instituciones buscaron otras formas de conseguir recursos para cubrir sus costos y empezaron a buscar un margen de lucro en la comercialización de los insumos, principalmente en los materiales y medicamentos, incluyendo las prótesis, órtesis y materiales especiales.

3.2.2. Modelos de Retribución Prestacional de los Servicios Hospitalarios existentes en el Mercado de la Salud Suplementaria de Río de Janeiro:

Los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios actualmente (al año 2013) pactados entre las Medicinas Prepagas y las empresas prestadoras de servicios asistenciales en Río de Janeiro, con predominio en el modelo de cobro por cuenta abierta del paciente o el pago por producción. En estos modelos, donde después del alta del paciente, es facturado ítem por ítem los servicios utilizados, como ya se ha mencionado, es un modelo anticuado que genera desconfianza entre las partes, incentiva el consumo de materiales y de medicamentos de alto costo, sin embargo no siempre presentando beneficios para el paciente.

Este modelo viene siendo cuestionado por los miembros actores del sistema, creando expectativas para el estudio y el desarrollo de nuevos modelos que proporcionen la elaboración de protocolos de común acuerdo entre las partes, donde es posible agregar la mejor indicación en la intervención médica, aliada a la mejor técnica asistencial, tendiente a la optimización de los recursos en la elección de las mejores materias primas con los costos adecuados, proporcionando aún, una mejor valorización económica de los profesionales médicos involucrados en la asistencia al asegurado.

Por los motivos expuestos y por lo que es observado en el sistema de salud del Río de Janeiro y en todo el Brasil, el modelo actual genera desconfianza, llevando a las partes a invertir en la contratación de profesionales administrativos para analizar y auditar el cobro de los insumos y de las prestaciones asistenciales. Cabe destacar que, el sistema podría desarrollarse e invertir en proporcionar una mejora en la asistencia médica, avanzar en la construcción de los protocolos que llevarían a una mejora de la calidad con menos costos para el Hospital y para la empresa de Medicina Prepaga y por tanto, sumando un valor al tratamiento del paciente con calidad.

La metodología que predomina en el mercado de la salud de Río de Janeiro para el pago de los servicios hospitalarios a las Medicinas Prepagas es la retribución prestacional por los servicios específicos prestados a cada paciente, o sea, el cobro por cuenta abierta por unidad de servicio, no obstante, el mercado ya adoptó otras formas como el denominado "paquete" (en la República Argentina denominado sistema modular). Los modelos más conocidos en el mercado de la medicina suplementaria son los siguientes:

3.2.2.1. Retribución prestacional por los servicios prestados -

Contempla el cobro por parte de los prestadores de los servicios hospitalarios a través de una cuenta abierta con la especificación de todos los insumos y prestaciones asistenciales utilizados por la Unidad de Servicios o el cobro por paquetes.

3.2.2.1.1. Cuenta abierta por cada Unidad del Servicio -

Es la modalidad en la cual, los precios son definidos de forma específica para cada habitación hospitalaria, el equipo para cada servicio utilizado durante el ingreso y/o hospitalización del paciente, con una descripción analítica de todos los ítems, que de una forma general, comprenden la siguiente tabla de diarias (estadías) y tasas hospitalarias:

- Estadía Diaria Hospitalaria – Estadía diaria de la habitación, estadía diaria de enfermería, estadía diaria de la unidad de terapia intensiva o semiintensiva, estadía diaria de neonatología, etc.
- Tasas por ocupación - Tasas referentes al alquiler de quirófano, entre otras.
- Tarifa del Uso del Equipamiento - tasas relativas al uso de los equipamientos y aparatos usados durante la atención del paciente.

- Materiales descartables y Medicación - El cobro específico por cada material descartable y los medicamentos utilizados por el paciente. Normalmente, adopta un conjunto de referencia conocido en el mercado como la revista Brasíndice³ para el cobro de la medicación; y la revista SIMPRO⁴ para el cobro de los materiales descartables. Estas revistas tienen ajustes periódicos, quincenales y/o mensuales.
- S.A.D.T. (Servicios de Análisis, Diagnóstico y Tratamiento) - El cobro detallado de cada análisis de laboratorio, radiografías, banco de sangre, tratamientos, etc.
- Honorarios Médicos - Los honorarios médicos, según el acuerdo, pueden ser cobrados directamente por el prestador del servicio, Persona Física habilitada por la Medicina Prepaga o a través de la cuenta hospitalaria para el personal clínico y los procedimientos médicos directamente ligados a las actividades del Hospital. Estos honorarios son retribuidos a través de la tabla elaborada por la Asociación Médica Brasileira en conjunto con el Consejo Federal de Medicina y la edición actualizada y acordada entre las Medicinas Prepagas y los Consejos Médicos Regionales. La mayoría adopta la tabla C.B.H.P.M. (Clasificación Brasileira Jerarquizada de Procedimientos Médicos).

³ Brasíndice es una guía farmacéutica indicadora del estudio de precios de los medicamentos, soluciones parentales y suministros hospitalarios. (Como en la República Argentina sería un Vademecum).

⁴ SIMPRO - Indicador de referencia y publicación de los precios de suministros hospitalarios y medicamentos, dirigidos para la compra, el análisis y la auditoría de las facturas médico-hospitalarios.

3.2.2.1.2. Retribución prestacional por tipología de procedimientos hospitalarios (Paquetes) - Este método de retribución prestacional de los servicios hospitalarios se ha convertido en una alternativa en la negociación de precios entre los hospitales y los planes de salud, respecto al modelo de cobro por cuenta abierta, por ser una alternativa con costos un poco más previsibles. La modalidad denominada “Paquete” es la formación de un costo fijo para determinado procedimiento, o sea, la suma de los insumos utilizados, procedimientos médicos, estadías diarias de acuerdo con las referencias médicas en cuanto a permanencia del paciente, materiales, medicamentos, gases medicinales, alquiler de equipamientos médicos y otros costos relacionados, impuestos y beneficios, pudiendo incluir los honorarios médicos o no, dependiendo del acuerdo y del modelo del cuerpo clínico de la Institución Hospitalaria.

Se trata de un modelo que acarrea riesgos financieros si es mal calculado, exigiendo unos pre-requisitos a ser aplicados, tales como, informaciones sobre el costo de los insumos, donde se debe tomar en consideración las orientaciones conceptuales de la contabilidad de costos, sobre el cálculo del precio de venta, etc.. Normalmente las partes implicadas, Hospitales y las Medicinas Prepagas, al negociar un paquete para determinado procedimiento, lo hacen después del relevamiento de los costos a través de una cuenta abierta de un procedimiento con gran prevalencia, conociendo los costos de los servicios y los parámetros de utilización de los recursos y materiales de las prestaciones asistenciales.

3.2.2.2. Estadía Diaria Global – Se trata de una fijación única de precios del conjunto de los servicios hospitalarios y engloba a la mayoría de los ítems relacionados al ingreso del paciente, siguiendo la lógica del paquete, pero no incluye los procedimientos del centro quirúrgico y normalmente es utilizado para casos clínicos. Una diaria global incluye principalmente los servicios de enfermería, los materiales de consumo y descartables, los medicamentos de uso común, la utilización de los equipos médicos, los gases medicinales, la dieta del paciente (nutrición), las diferentes tasas, algunas pruebas médicas, y a veces los honorarios médicos. La composición depende de la categoría de la estadía, que puede ser en habitación privada (individual), la atención del servicio de enfermería, las unidades de internación como ser: U.T.I., unidad semiintensiva, etc. conforme los acuerdos entre las partes.

En la Estadía Diaria Global, se cobran el número de diarias (estadías) de acuerdo con la permanencia del paciente y el tipo de habitación utilizada, y para los demás ítems del ingreso hospitalario es realizado por cobro por cuenta abierta (conformando un sistema mixto de facturación).

3.2.2.3. Estadía Diaria Semiglobal – Siguiendo la misma metodología que para el cobro de la diaria (estadía) global, esta diaria incluye además de la estancia del paciente, algunos ítems como ser: los servicios de enfermería, los materiales de consumo, la dieta del paciente (nutrición) y otros ítems conforme el acuerdo establecido entre las partes.

Pero, cabe mencionar que, no incluye los gastos globales del paciente internado en una determinada habitación, apenas algunas tasas e insumos, lo que facilita ya la estandarización de algunos ítems y la preparación para la implantación de la estadía diaria global.

3.2.2.4. Retribución prestacional bajo la forma de Capitación

El pago por Capitación es una forma de retribución prestacional per cápita⁵, en la cual el valor del servicio es fijado mensualmente, de acuerdo con un determinado número de usuarios y en la que el prestador del servicio se responsabiliza en ofrecer los servicios sanitarios y recibe de forma adelantada el cobro acordado por asociado para el potencial servicio asistencial a realizar.

Se trata de una metodología de compartir el riesgo, siguiendo las mismas condiciones de retribución prestacional aplicadas a la Medicina Prepaga, donde el participante paga un valor mensual independientemente de la utilización, por tanto, esta metodología genera un mayor riesgo para el prestador de servicios asistenciales y de los pacientes, en relación a los modelos anteriores. Esta modalidad exige cálculos especializados basados en las incidencias de servicios de las especialidades médicas a ser contratadas. Aunque sea una metodología promisoriosa y estratégicamente utilizada en otros países, en Río de Janeiro no es común su utilización para la retribución prestacional de los servicios hospitalarios.

⁵ Per cápita significa por cabeza. En salud se adapta dicho término a: “por persona”.

Los modelos de retribución prestacional, anteriormente mencionados, son contratados, normalmente, entre los Hospitales y las Medicinas Prepagas a través de contratos y/o modificaciones contractuales, con reajustes periódicos, que a partir del año 2012, a través de una Instrucción Normativa publicada por la A.N.S., obligatoriamente estableció criterios para garantizar el reajuste anual.

3.2.3. Aspectos positivos y negativos de los modelos de retribución prestacional practicados en el mercado sanitario suplementario de Río de Janeiro:

Realizando un análisis a la luz de los aspectos positivos y negativos observados en la adopción de los modelos de retribución prestacional anteriormente identificados, se destacan algunos puntos relevantes de estos modelos.

3.2.3.1. Cuenta Abierta por cada Unidad de Servicio:

Ventajas:

- ✓ Es un modelo más confortable para el hospital, pues prevé el cobro de todos los equipos e insumos utilizados;
- ✓ Permite libertad al profesional médico en utilizar, prescribir y solicitar para el paciente todo aquello que juzguen importante y necesario;
- ✓ Rápida incorporación y utilización de nuevas tecnologías en materiales descartables y especiales lanzadas en el mercado.

Desventajas:

- ✓ Baja previsibilidad por parte del financiador de los costos de un ingreso;
- ✓ Aumento del costo del sector, pues existe una vulnerabilidad de fraudes y pagos de incentivos por parte de los proveedores para el uso de determinados materiales especiales;
- ✓ Se paga por la enfermedad y no por la salud, pues, cuanto más complejo es el tratamiento o la intervención, se considera mejor para el prestador de servicios en términos de facturación.
- ✓ Posibilidad del desperdicio por parte de los profesionales de los hospitales, ya que no hay una cultura de optimización de los recursos, una vez que los insumos son reembolsados por el financiador;
- ✓ Procedimiento burocrático y de alto costo administrativo para los Hospitales y las Medicinas Prepagas.
- ✓ Aumenta la desconfianza entre las partes y por consiguiente los costos, generando la contratación de auditores profesionales para la fiscalización del consumo/cobro;
- ✓ Se considera que es un Modelo que no permite un sistema sustentable a largo tiempo:
- ✓ Puede generar ingresos y procedimientos innecesarios para prolongar la hospitalización de un paciente de alto costo.

3.2.3.2. Retribución prestacional por tipología de procedimientos hospitalarios (Paquetes):

Ventajas:

- ✓ Reducción de los costos administrativos para los Hospitales y Medicinas Prepagas;
- ✓ Reducción del acto de desglosar⁶ al hospital;
- ✓ Facilita la operación de la autorización y de la facturación;
- ✓ Induce la eficiencia hospitalaria en la utilización de los recursos;
- ✓ Estandariza el procedimiento junto a los equipos técnicos de los hospitales;
- ✓ Inhibe la utilización de los recursos indebidos e innecesarios.

Desventajas:

- ✓ Reduce el margen de lucro hospitalario por no permitir una variabilidad en la utilización de los insumos;
- ✓ Disminuye la libertad del médico en la elección de los recursos que no fueron pre-definidos;
- ✓ El Hospital depende de los reajustes periódicos de las listas de valores para la actualización de los precios, incluyendo los insumos previstos;
- ✓ Si no fueron acordadas con anterioridad, no es permitida la discusión⁷ de las complicaciones no previstas en el paquete;

⁶ Desglosar en el mercado sanitario es el acto de cortar, no autorizar el pago de algo que no sea verificado o que no está de acuerdo con los protocolos o prácticas del mercado.

⁷ Discusión sería en salud: auditorías compartidas en la búsqueda de consenso.

- ✓ Normalmente cualquier alteración de los insumos y/o de la técnica asistencial, solamente serán modificados en la época de la discusión de reajustes;
- ✓ Si el Hospital consigue reducir el costo en el procedimiento asistencial, este descuento no es transferido a la empresa de Medicina Prepaga.

3.2.3.3. Estadía Diaria Global y Semiglobal:

Ventajas:

- ✓ Reducción de los costos administrativos para los Hospitales y las Medicinas Prepagas;
- ✓ Reducción del acto de desglosar al hospital;
- ✓ Facilita la operación de la facturación;
- ✓ Impulsa la eficiencia del hospital en la utilización y optimización de los recursos;
- ✓ Inhibe la utilización de los insumos indebidos e innecesarios.

Desventajas:

- ✓ Reduce el margen de lucro de los Hospitales por no permitir una variación en la utilización de los insumos;
- ✓ El Hospital depende de los reajustes periódicos de las listas de valores para la actualización de los precios de los insumos previstos;
- ✓ Si el Hospital consigue reducir el costo en la utilización y/o en la negociación de los insumos este descuento no es transferido a las empresas de Medicina Prepaga.

El análisis de los principales modelos de retribución prestacional hospitalaria practicados en los últimos años, demuestran que el pago por producción induce a la demanda y a una competencia no demasiado centrada en los resultados, pues los hospitales pasaron a competir por la posición en el mercado de la salud con construcciones de instalaciones más modernas y la adquisición de equipamientos de última tecnología. Ello significa que, los actores del mercado prestacional pasaron a comprar los servicios tendientes a la modernización de las instalaciones y no por los mejores resultados.

Por otro lado, las Medicinas Prepagas, atento a la necesidad de reducir sus costos, pasaron a referenciar y valorizar aquella empresa prestadora de servicios asistenciales que ofrecía el mejor descuento, los mejores paquetes y una contratación totalmente centrada en el precio y no en los resultados, ni en la calidad prestacional.

3.2.4. La Judicialización de la Medicina en Río de Janeiro:

Se entiende por judicialización un medio en busca de una solución cuando no se consigue resolver una contienda, un conflicto por medios de acuerdo u otro método de resolución. Cuando se establece el vínculo jurídico entre las partes y se recurre al poder judicial para que el juez determine una sentencia, a efectos de dictaminar un resultado para determinado conflicto.

En Brasil, el derecho a la salud está garantizado por la Constitución de la República Federativa del Brasil de 1988 y según el artículo 196, la salud es un derecho de todos y consiste en un deber del Estado, garantizado mediante las políticas sociales y económicas que buscan una reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Siendo la salud un deber del Estado, el mercado sanitario suplementario, en realidad, debería ser complementario a la salud pública y no sustituir el deber de éste, pues la población que adquiere una Medicina Prepaga, busca una garantía de acceso futuro a unos servicios de calidad, que no los brinda ni son accesibles en el servicio público asistencial.

Pero esos son contratos que se establecen a través de cláusulas de coberturas y actualmente son regularizados por la Agencia Nacional de la Salud Suplementaria (A.N.S.). La misma ejerce, mediante un rol de procedimientos y control de las coberturas obligatorias, que a veces no son respetadas por algunas de las Medicinas Prepagas en la totalidad de su cobertura. Esta instancia trae aparejado conflictos, pero que en su mayoría no son tenidos en cuenta, cuando la decisión parte del Poder Judicial.

El fenómeno actual conocido como judicialización de la Medicina posee una característica peculiar en función de la falta de experiencia técnica de los jueces en el área médica, cuando difieren que es el Estado o una Medicina Prepaga quien debe cubrir un determinado tratamiento o medicamento, que a veces no se tenía previsto cubrir en el contrato y en la normativa de la Agencia Reguladora. Aún son experimentales, no son autorizados por la ANVISA o están fuera de las directrices técnicas de utilización.

Los jueces aprueban medidas cautelares basadas en lo que está prescrito por los médicos y solicitadas por los abogados, sin el amparo técnico, pues éstos, muchas veces no conocen alternativas viables como la diferencia entre medicamentos de marca y genéricos o tratamientos alternativos y menos costosos, entre otras cuestiones médicas.

Las demandas colectivas e individuales son innumerables y cada vez mayores, mientras que los ingresos y los recursos son limitados y finitos.

De esta forma, así como el Estado necesita definir prioridades y destinar sus recursos para poner en funcionamiento las políticas públicas, las instituciones privadas necesitan de un planeamiento, presupuestos y trabajar con un mínimo de previsibilidad posible.

Es necesario conocer como utilizan las Medicinas Prepagas el cálculo actuarial⁸ para prever los valores necesarios de las contraprestaciones de sus usuarios.

La judicialización de la Medicina en Río de Janeiro, obliga a las Medicinas Prepagas a costear procedimientos y/o pruebas que no son de cobertura obligatoria en la lista de procedimientos obligatorios editados por la Agencia Nacional de la Salud Suplementaria (A.N.S.), e incluso el deber de brindar procedimientos que, aunque son considerado experimentales y que no existen evidencias científicas comprobadas, comprometen no solamente la salud económico-financiera del sistema, como también la calidad de los servicios que tratan de basarse en evidencias científicas (Medicina basada en la evidencia) que demuestren que no traerán perjuicios al paciente.

Infelizmente en las innumerables medidas cautelares y en las decisiones judiciales referidas a las cuestiones técnicas no siempre son cuestionadas y/o subsidiadas para tales decisiones, prevaleciendo la voluntad del paciente y la solicitud/decisión del médico asistente que muchas veces es el propio incentivador del paciente en la búsqueda de la solución de su prescripción a través de la justicia.

Con todo, la Judicialización de la medicina, viene privilegiando a algunos pacientes en detrimento de la colectividad y generando una percepción por parte de los gestores del sistema de un conflicto de intereses, ya que ésto podría aumentar los costos debido a la falta de criterio técnico-científico en el análisis. Asimismo, ante la facilidad ofrecida por los tribunales de guardia judiciales, que al mismo tiempo que puede beneficiar a un paciente y a su abogado, también puede poner en riesgo el futuro de algunas empresas del sector de la salud.

⁸ El cálculo actuarial es la ciencia que utiliza técnicas matemáticas y estadísticas de manera que determinen el riesgo y el retorno en los segmentos de seguros financieros. Fundamentalmente el cálculo actuarial busca, por medio del conocimiento histórico, de distribuciones estadísticas e hipótesis, formar el valor presente (valor actual) de un conjunto de flujos de caja (obligaciones a pagar o recibir en una o en varias fechas) en el futuro.

Las empresas cooperativas y asociaciones de Medicinas Prepagas en todo Brasil, buscan foros de discusión para intentar consensuar modificaciones ante esta situación, sensibilizando al Poder Judicial en la necesidad de la creación de Cámaras Técnicas para subsidios técnicos, a los efectos de asesorar a los jueces en los análisis y las decisiones judiciales, con el fin de que dichas decisiones sean cada vez más justas para el Estado, para la Medicina Prepaga y para los beneficiarios del sistema.

3.2.5. Los Costos Prestacionales:

La variación de los Costos Médicos-Hospitalarios (V.C.M.H.) conocida como la inflación médica, registra un crecimiento por encima del Índice de Precios al Consumidor Amplio (I.P.C.A.) en Brasil, demuestra como el costo sanitario presenta un aumento continuo, influenciando la relación entre las aseguradoras y las empresas que prestan los servicios asistenciales en el sentido de alcanzar los anhelos de la clase médica y de la red hospitalaria para mejorar las condiciones de pago a los prestadores de servicios y a fin de tender a brindar una óptima calidad asistencial.

Las altas tasas de Siniestralidad⁹ registradas por las Medicinas Prepagas, que no incluyen los gastos administrativos, conforme los datos divulgados por la A.N.S. y registrados en la siguiente Tabla N° 3 que se expone a continuación, puede justificar, además del costo, el aumento en la utilización de los servicios, elevando los costos asistenciales:

⁹ Relación, expresada en porcentaje, entre el gasto asistencial y la receta de contraprestaciones de las aseguradoras.

Tabla N° 3: Tasa de siniestralidad de las empresas de Medicina Prepaga en Brasil en el período de 2005 a 2013.

(%)

Modalidade da operadora	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	80,8	79,1	79,9	79,8	82,3	80,4	81,6	84,1	82,9
Operadoras médico-hospitalares	81,4	79,7	80,6	80,4	83,0	81,2	82,4	84,9	83,7
Autogestão	87,8	83,0	87,6	91,7	94,2	89,2	91,7	93,5	92,6
Cooperativa médica	81,5	80,8	79,6	81,3	82,4	80,7	81,8	82,6	83,5
Filantropia	75,7	77,3	53,7	53,1	81,5	79,3	80,8	82,4	82,2
Medicina de grupo	75,9	75,9	77,2	77,6	79,1	78,7	79,3	81,2	82,3
Seguradora especializada em saúde	90,0	84,0	89,7	81,5	83,6	81,3	83,1	90,1	81,6
Operadoras exclusivamente odontológicas	49,9	47,2	48,2	47,8	48,5	45,9	48,6	48,8	45,6
Cooperativa odontológica	67,2	64,5	64,8	65,0	63,7	62,1	64,4	64,5	60,9
Odontologia de grupo	41,3	39,6	41,1	40,2	41,9	40,1	43,6	44,1	41,3

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 12/12/2013 e RP - 12/2006

Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

(1) Não inclui siniestralidade de Autogestões por RH (Recursos Humanos), não obrigadas a enviar informações financeiras.

Tabla N° 3: Tasa de siniestralidad de las empresas de Medicina Prepaga en Brasil en el período de 2005 a 2013.

Fuente: Cuaderno de Información de la Salud Suplementaria – ANS-Diciembre/2013.

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Modalidade da operadora	Modalidad de la Operadora
Operadoras médico-hospitalares	Operadores médicos y hospitalarios
Autogestão	Autogestión
Cooperativa médica	Cooperativa médica
Filantropia	Filantropía
Medicina de grupo	Medicina del Grupo
Seguradora especializada em saúde	Aseguradora especializada en Salud
Operadoras exclusivamente odontológicas	Operadoras exclusivamente odontológicas
Cooperativa odontológica	Cooperativa odontológica
Odontologia de grupo	Odontología del grupo

Fuente: Traducción del autor (2014).

El costo sanitario viene aumentando en función de los seguros contra la falta de pericia médica y las indemnizaciones de los procesos judiciales, pues las amenazas de las acciones judiciales llevan a los médicos a practicar la medicina "defensiva" prescribiendo de forma innecesaria análisis de diagnósticos y tratamientos, protocolos que no agregan valor al tratamiento y tratamientos redundantes, todo ésto, para convencer a los pacientes y sus familiares de que fue hecho todo lo posible por el profesional y/o el equipo médico, en la tentativa de minimizar cualquier posibilidad de una futura acción judicial. Esta práctica además de exponer a los pacientes a riesgos, como por ejemplo someterse a radiaciones innecesarias, etc.; lo cual aumentan considerablemente los costos y no contribuye eficazmente en una asistencia de salud con calidad.

Con la influencia en la regularización, bajo el rigor burocrático impuesto por la A.N.S., arrojó como resultado el cierre de las actividades de varias empresas nacionales y multinacionales, provocando que las sobrevivientes tuviesen la necesidad de una gerencia más austera con respecto a los recursos disponibles. En este contexto, la sustentabilidad del sistema pasa a ser cuestionada, llevando al mercado sanitario a prescindir de herramientas de gestión más eficaces.

Asimismo, han surgido algunas complicaciones de la gerencia de costos, las cuales traen una perspectiva de evolución preocupante para el sector, ya que la tendencia del incremento de los costos, combinada con los eventos imprevisibles (judiciales, nuevas tecnologías, catástrofes, etc.), que por tener costos extremadamente elevados, distorsionan cualquier previsión actuarial, por lo cual, hacen que la gerencia costos se ajuste constantemente a una tarea cada vez más compleja, sin embargo, en este contexto, cada vez más necesaria.

Otro tema preocupante que articula con lo mencionado precedentemente es el envejecimiento de la población. Éste es considerado como un fenómeno mundial y viene sucediendo a un nivel sin precedentes.

Dicho envejecimiento poblacional acarrea un conjunto de situaciones que modifica la estructura de gastos en las diferentes áreas, principalmente en la sanitaria. Según los datos del I.B.G., Río de Janeiro tiene la mayor población de ancianos de Brasil, representando el 12,8%. Este hecho requiere una atención especial en el control de los costos de los servicios sanitarios de dicha población, y las consideraciones de las políticas de la atención sanitaria y el control de daños en dicho segmento poblacional.

El tema de los Proveedores es también preocupante. En dicho mercado, particularmente en el de las prótesis, órtesis y materiales especiales (incluidos descartables) (llamados segundo en el argot de la salud, de O.P.M.E.) se transformó en el gran villano en referencia al aumento de los costos en los procedimientos médicos, además de ser un terreno fértil para fraudes y, en determinados casos, un incentivo al desperdicio.

En un reportaje de la periodista Cristiane Segatto, para la Revista Época, el 12/05/2014 y de acuerdo con Sergio Bento, director técnico ejecutivo de Planisa, una consultora especializada en la gestión hospitalaria y de Medicinas Prepagas argumentan que: "*...Hay casos en que el médico indica al hospital la empresa que suministra el material y, al mismo tiempo, recibe un incentivo del fabricante...*" (p.64). Los Hospitales no tienen como controlar las decisiones del médico ni el material usado dentro del quirófano. Los distribuidores no tienen una lista de precios. Además, a cada Hospital le cobran un precio diferente.

Existe en el ámbito de las Medicinas Prepagas el concepto que la mayoría de los usuarios de las mismas no son muy sensibles al precio en cuanto a los gastos que demandan sus necesidades en relación a la atención de su salud, y que son costeadas por la Medicina Prepaga o el seguro de los que es cliente, por tanto, en una gran mayoría de los casos, el consumo llega a ser indiscriminado con una utilización indebida de los servicios, como la autogeneración de la demanda de varios profesionales sin las debidas interconsultas y/o solicitudes de médicos generalistas, repetición de pruebas innecesarias y un excesivo uso de las nuevas tecnologías.

Aunque el resultado de la asistencia sanitaria pueda ser obtenido por recursos menos caros, todo ello porque, en general, son orientados por uno o varios profesionales que aún no incorporaran la cultura de pensar que los recursos son finitos y que el sistema basado en esa lógica se tornará inviable y podrá causar un colapso en la salud suplementaria de Río de Janeiro y consecuentemente en la del País; perjudicándolos a ellos también.

El sistema sanitario en Río de Janeiro vive hoy lo que ya se prevía hace más de diez años, conforme afirmó Andreazzi M.F.S. (2003):

"...el problema más relevante, no en tanto, fue la llamada demanda inducida por la oferta, o sea, la utilización de los servicios sanitarios en razón de la recomendación del profesional, dada por la asimetría de información entre él y el paciente. Esta demanda tiene un peso significativo en la explicación de la variación de los servicios..." (p.17).

Pero, el aumento en la oferta de servicios, no proviene de una generación de sana competencia, como en algunos de los demás sectores del mercado, por esta causa, entre otras, los costos sufren significativos aumentos sin que exista una contrapartida en los resultados alcanzados.

En el análisis de los datos financieros y de los gastos básicos de una determinada Medicina Prepaga de Río de Janeiro, la cual no será identificada por un tema de confidencialidad, se observó el crecimiento de los gastos asistenciales. Se han comparado los valores pagados a las empresas que prestaron el servicio en el año de 2012 con el año de 2013, en algunos gastos es posible constatar la gran variación en el consumo y en los costos de los insumos utilizados en una hospitalización. En este análisis, se hizo evidente que el costo de los gastos en el período analizado tuvo un aumento de R\$ 31.942.307,30 (millones de reales) y una variación en su costo promedio de un 16,39%; para materiales descartables un 12,13%; para medicamentos un 12,80% para la O.P.M.E.; un 8,08% para la estadía diaria de la habitación y un 6,44% para la estadía diaria de la U.T.I.

Considerando que la inflación en Brasil, según el índice I.P.C.A., registrado por el I.B.G.E. en el mismo período, se mantuvo estable, con una variación acumulada de un 5,84% para el año 2012 y un 5,91% para el año 2013.

El análisis anterior demuestra como los gastos con los servicios hospitalarios ganan en proporción a la relación de las estadías diarias, evidenciando que los hospitales transfieren sus fuentes de recetas para la comercialización de los materiales y de los medicamentos, pues estos son cobrados con una actualización mensual o quincenal, conforme a las listas negociadas y estandarizadas en el mercado y el valor real pagado por el Hospital en la adquisición directa con el proveedor es bien inferior al tabulado, estableciendo entonces una forma de obtener lucros fuera del negocio propuesto por el hospital, que es hospedaje y de asistencia al paciente a través de su cuerpo de funcionarios en lo asistencial y operativo.

No se han observado en los Hospitales privados indicio alguno y/o tentativa de adquisición de medicamentos y materiales descartables por medio de Licitaciones, que harían más transparente el sistema de contratación de proveedores.

3.2.6. QUALISS: Programa de Control de Calidad de los Prestadores de Servicios en la Salud Suplementaria:

El QUALISS es un programa desarrollado por la A.N.S. en asociación con los representantes de los prestadores, de los consumidores, de las aseguradoras, de las instituciones de enseñanza e investigación, de Anvisa y del Ministerio de la Salud Suplementaria para aumentar la disponibilidad de las informaciones sobre esta calificación, dando a los beneficiarios de las Medicinas Prepagas el poder de valorar y elegir a las empresas de servicios.

Ello ocurre atento a que el programa ya instituido por la Agencia, brinda además, un sistema de calificación de las aseguradoras.

Esta será considerada como una herramienta más que estará a disposición del beneficiario y que le permitirá conocer las empresas prestadoras de servicios, las personas físicas, jurídicas y principalmente los Hospitales contratados por las Medicinas Prepagas que invierten en la mejora de la calidad, y que además, contará con criterios para la divulgación de las propiedades de la calidad estipulados por la A.N.S. conteniendo:

- ✓ La fijación, por la A.N.S., de las propiedades de calidad relevantes para el perfeccionamiento de la atención sanitaria ofrecida por las empresas prestadoras de servicios en la salud suplementaria;
- ✓ La inclusión obligatoria, por parte de las aseguradoras, de las propiedades de calidad de cada empresa prestadora de los servicios en todo su material de divulgación sobre la red asistencial;
- ✓ La divulgación por la A.N.S. para la sociedad sobre la importancia de las propiedades de calidad de las empresas que prestan los servicios para la orientación en su elección.

Este programa de Control de Calidad de los Prestadores de Servicios en la Salud Suplementaria, se trata de un proyecto piloto contando con la participación inicial de 33 instituciones voluntarias que serán sometidas a análisis mensuales, y posteriormente con la participación de las empresas prestadoras de servicios que en este programa será voluntaria, con excepción de los servicios que componen las redes propias de las aseguradoras médicas privadas.

La evaluación será realizada por medio de 26 indicadores de calidad, divididos en seis áreas (efectividad, eficiencia, equidad, acceso, centralización y seguridad) que poseen validez, comparabilidad y capacidad en la clasificación de los resultados. Particularmente, en el caso de los Hospitales fueron creados 26 indicadores “Esenciales” y 10 indicadores “Recomendables” a ser evaluados inicialmente en el período de 2013 a 2014.

El Dr. Jorge Lemus define en su libro “Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud que: *”...Un sistema de salud es una organización creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en la salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable...”*. (p.115).

Según los autores Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007) “...sin informaciones sobre los resultados, las recomendaciones para los tratamientos especializados son basados, no en medidas de excelencia, y si en la relaciones personales de un médico. Sin informaciones objetivas, son menores los incentivos para la mejoría y el aprendizaje. En contraposición, las informaciones sobre los resultados permiten que los médicos mejoren continuamente estos entre sus pacientes; y eso no es nada más que una competencia basada en valor...” (p.62).

La iniciativa de la A.N.S. además de estimular la mejora de la calidad en las empresas que prestan los servicios, estimula la competencia basada en valor, donde también el beneficiario puede tener conocimiento de las empresas mejor valoradas, lo que tiende a generar una sana competencia, en donde los proveedores de servicios podrán conocer a sus pares, compartir las buenas experiencias, estandarizar los protocolos, creando iniciativas de generar cada vez más calidad y ser también beneficiados por este desempeño, a través de las listas diferenciadas y valores económicos en los contratos con las aseguradoras.

La gestión clínica a nivel de los servicios hospitalarios será cada vez más valorizada en la medida que las exigencias por la calidad, efectividad y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, sean consideradas como indicadores de calidad y a medida que estas informaciones sean divulgadas para la población beneficiaria, a las Medicinas Prepagas y también a aquellos profesionales que quieren realizar un trabajo de calidad, utilizando recursos que no vengan a encarecer el sistema, y acarree, de hecho, un mejor resultado para su paciente/cliente, pues se espera que el resultado y la buena práctica de un Hospital sea el criterio de elección para la realización de los servicios asistenciales.

También se espera que con la competencia basada en el mérito destinada al beneficiario, se produzca con el tiempo una reducción de los costos, como se observan en las cirugías plásticas, no cubiertas por las Medicinas Prepagas, y con un significativo aumento de la demanda, en la cual los médicos y los hospitales necesitan atraer a pacientes, compitiendo con los precios y los resultados obtenidos. Allí se verifica que los costos y la calidad demuestran mejoras y a esto también se puede atribuir la divulgación continua de las buenas prácticas, los mejores precios y la alta calidad asistencial de las empresas que prestan estos servicios.

3.2.7. Nuevo Modelo de Retribución Prestacional Hospitalaria: Propuesta de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (A.N.S.):

La A.N.S, representantes de Hospitales y de las Medicinas Prepagas en Brasil, firmaron el 06/12/2012 un acuerdo para el estudio y adopción de un nuevo modelo de retribución prestacional para la atención de los clientes de las Medicinas Prepagas en los Hospitales, buscando con el nuevo modelo la utilización de las buenas prácticas de gestión y tender a la disminución del costo administrativo.

Ello se ha observado que en la propuesta, los ítems frecuentes de una internación pasan a ser cobrados de manera agrupada, o sea, servicio de enfermería, servicios administrativos y recursos físicos (muebles, instrumentos quirúrgicos, utilización de salas, materiales descartables y otros) serán cobrados como un único ítem en la cuenta hospitalaria.

Para el desarrollo de esta propuesta la A.N.S. coordinó un Grupo de Trabajo compuesto por representantes de los Hospitales (Asociación Nacional de los Hospitales Privados – A.N.A.H.P., Confederación de las Santas Casas de Misericordia, Hospitales y Entidades Filantrópicas – C.M.B., Confederación Nacional de Salud – C.N.S. y Federación Brasileira de Hospitales – F.B.H.) y de las Medicinas Prepagas (Asociación Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Federación Nacional de Salud Suplementaria – FENASAÚDE, Unión Nacional de las Instituciones de Autogestión en Salud – UNIDAS y UNIMED del Brasil – Sistema de Cooperativa Médica).

Este grupo de trabajo elaboró documentos con propuestas de evolución para el cobro a través de Cuenta Abierta Perfeccionada y del modelo de Procedimientos Gestionados con las siguientes especificaciones:

3.2.7.1. Cuenta Abierta Perfeccionada / Tabla Compacta:

De acuerdo a la orientación del Grupo de Trabajo sobre retribución prestacional de los Hospitales de la A.N.S, la cuenta abierta perfeccionada, en la forma de tabla compacta, es recomendable que sea aplicada para los procedimientos hospitalarios que ofrezcan dificultades de estandarización de los insumos y servicios. Este modelo sigue parte de la metodología de la cuenta abierta, pero, traerá la estandarización de varios cobros con el agrupamiento de los ítems.

La Cuenta Abierta Perfeccionada prevé el detalle de todas las estadías diarias y las tasas con los ítems e insumos comprendidos y no comprendidos en cada una de ellas, según el ejemplo a seguir para un cobro de estadía diaria y un ejemplo para el cobro de tasa de sala quirúrgica.

3.2.7.1.1. Estadía Diaria Hospitalaria – Diarias Básicas (Enfermería, habitación colectiva, habitación privada, suite, apartamento y Hospital de Día)

- Composición:

- ✓ Habitaciones con muebles estandarizados (ejemplo: cama);
- ✓ Ropa de cama y baño para el paciente y acompañante (en el caso de tener derecho a acompañante), según el modelo interno;
- ✓ Higienizaciones concurrentes y terminales, incluyendo los materiales de uso en la higiene y en la desinfección del ambiente;
- ✓ Dieta del paciente por vía oral;
- ✓ Cuidados de enfermería;
- ✓ Equipamientos (mascarilla, gorro, cubre zapatos, bata) descartable o no, utilizada por el equipo multidisciplinario y por el paciente;
- ✓ Dosificador para la medicación por vía oral; vasos descartables, bolas de algodón para la medicación parenteral y las punciones venosas, antisépticos (alcohol al 70%), bastoncillos de algodón para la higiene ocular, oído y nariz;
- ✓ Evaluación nutricional de la alimentación al paciente, por la nutricionista;
- ✓ Higiene personal del paciente, incluyendo materiales como ser: espátula, gasa, dentífrico, jabón y colutorio, etc.;
- ✓ Servicios y tasas administrativas (registro del paciente, de la internación, documentación del registro médico, cambio de habitación, transporte de equipamientos), cuidados después de la muerte;
- ✓ Guantes de intervenciones y demás Equipamientos de Protección Individual (EPI's);
- ✓ Cuidado médico por monitores de cabecera (primer cuidado).

- No Comprenden:

- ✓ Gastos de acompañante (alimentación, llamadas telefónicas, etc.);
- ✓ Dietas enterales industrializadas, vía sonda nasogástrica, gastrostomía, ileostomía o vía oral y suplementos especiales;
- ✓ Enfermería particular – que deberá ser cobrada por la enfermera directamente del paciente o responsable;
- ✓ Materiales descartables no relacionados como comprendidos;
- ✓ Medicamentos;
- ✓ Hemocomponentes y hemoderivados;
- ✓ Equipamientos y aparatos para el tratamiento y/o diagnóstico;
- ✓ Oxígeno, nitrógeno, aire comprimido, protóxido de hidrógeno, óxido nitroso, óxido nítrico y demás gases y al vacío;
- ✓ Análisis para diagnóstico, fisioterapia o cualquier otra terapia;
- ✓ Honorarios Médicos;
- ✓ Intervenciones médicas realizadas en las unidades de internación;

3.2.7.1.2. Tasas de Sala – Tasa de sala de centro quirúrgico y/u obstétrico:

- Comprende:

- ✓ Ítems permanentes de quirófano (Estructura Física) así como Filtro HEPA, flujo laminar y focos de luz;
- ✓ Instrumental quirúrgico básico esterilizado, equipamientos básicos (mesas, cesto [hamper], focos quirúrgicos, carros de anestesia); ropería inherente al centro quirúrgico/obstétrico descartable o no (bata, mascarilla, gorro, cubre zapatos, botas, cepillos y campos quirúrgicos excepto los campos quirúrgicos tipo loban, Stare Drape y Campo Adhesivo);
- ✓ Anti- sépticos para asepsia/antisepsia (equipo/paciente);
- ✓ Limpieza y soluciones para la desinfección de las salas y de los instrumentos;
- ✓ Servicios de enfermería;
- ✓ Equipamientos:
 - Bisturí eléctrico y bipolar
 - Aspirador de pared
 - Monitor cardíaco
 - Monitor de presión arterial no invasiva
 - Oxímetro;
 - Capnógrafo;
 - Equipamiento anestésico;
 - Bomba de infusión
 - Bomba de jeringa
 - Desfibrilador/ cardioversor
 - Respirador (aquel que forma parte del carro de anestesia)
 - Cunas térmicas
- ✓ Sala de recuperación anestésica;
- ✓ Sala parto;
- ✓ Sala de reanimación del recién nacido.

- ✓ Todos los cuidados inherentes a la primera atención del Recién Nacido.

- No Comprende:

- ✓ Medicamentos;
- ✓ Materiales excepto los descritos como comprendidos;
- ✓ Honorarios médicos, instrumentación quirúrgica;
- ✓ Oxígeno, nitrógeno, aire comprimido, dióxido de carbono, óxido nitroso, óxido nítrico y demás gases.

Los materiales, medicamentos y gases medicinales utilizados en el tratamiento del paciente serán cobrados separadamente, salvo si es expresamente indicado en las definiciones arriba descriptas. Los criterios que serán adoptados para el cobro de los materiales por el Hospital, deberán ser previamente acordados y negociados y debidamente firmados en el contrato entre el Hospital y la empresa financiadora.

3.2.7.1.3. Metodologías para Migración de Margen:

El documento elaborado por el grupo de trabajo coordinado por la A.N.S. (Sistemática de la retribución prestacional de los hospitales que actúan en la salud suplementaria. ANS, 2012) informa que con la implementación de la cuenta abierta perfeccionada, y con el uso de la tabla de precios compacta para las estadías diarias y tasas posibilita entre otras cuestiones, las siguientes:

Para aquellos hospitales que consigan disminuir el costo real de sus diarias y salas de centro quirúrgico, obstétrico y otras, negociar un precio adecuado con el que el hospital y la empresa financiadora puedan buscar el equilibrio en la forma de cobro de los servicios hospitalarios, transfiriendo los márgenes vigentes cobrados en los insumos para los valores de las estadías diarias y las tasas de uso de sala. Este proceso de negociación es denominado “Migración de Precios”.

La migración de precios no es una simple compensación de reducción de los precios de materiales y/u otros insumos, por aumento, en la misma

proporción de los valores de las estadías diarias y tasas. Considerando que los resultados (sea por el concepto de Margen de Contribución o Resultado Operacional) son muy diferentes en cada línea de ingreso/actividad del Hospital, el proceso de migración puede ser conceptualizado como: el proceso de reducción de los precios de materiales y/u otros insumos practicados en el momento de la transferencia, que es compensado por un aumento en los valores de las estadías diarias y las tasas que mantengan el Margen de Contribución o Resultado Operacional del Hospital en el contrato con la empresa de la Medicina Prepaga correspondiente.

“...El Margen de contribución corresponde a la diferencia entre el valor de ingreso total y el costo variable, cuya expresión comprende la parte de contribución del producto o servicio destinada a la cobertura del costo fijo y a la generación de resultados, en el caso en que la suma de la referida contribución sea superior al valor del costo fijo...” (Matos, 2005, p.219)

Para que el hospital pueda efectuar las simulaciones de migración de precios es necesario seguir algunos requisitos indispensables y así conseguir que las mismas sean efectuadas con seguridad. Se exponen a continuación:

- Tener un sistema de control de costos hospitalarios, que adopte la metodología de costeo directo, o costeo absorbente;
- Investigar, el resultado por contrato/empresa de Medicinas Prepagas por alguno de los criterios antes mencionados.

El documento elaborado por el grupo de trabajo de la A.N.S. también presenta una sugerencia de metodología para el cálculo de la migración de precios y la información, que la experiencia de los últimos años ha demostrado que los precios de los servicios hospitalarios practicados entre las empresas de Medicinas Prepagas y los Hospitales han sido marcados por divergencias en las márgenes de resultados entre insumos y servicios hospitalarios, en especial en las estadías diarias y en las tasas quirúrgicas.

En este sentido, se constatan márgenes de resultado muy mayores para los insumos, en detrimento de parámetros adecuados para los precios de las estadías diarias y la tasa de quirófano.

Varias evaluaciones pertinentes a esa cuestión han demostrado que, en razón de ese comportamiento, la participación de los insumos ha crecido, mientras que las estadías diarias y las tasas han disminuido, con relación al total de los ingresos operacionales.

Como ilustración de los datos presentados por la ANAHP, en su publicación Observatorio, edición 2011, confirman ese desempeño – en 2006 las estadías diarias y las tasas representaban un 31,7% de ingreso total de los Hospitales asociados, mientras que en 2010 esos mismos ítems representaban tan sólo un 27,4%. El ingreso de los insumos que representaba un 44,8% en 2006, pasó a un 54% en 2010, con relación al valor total de los ingresos operacionales. Se expone a continuación la Tabla N° 4: Evolución de la distribución de ingresos de un Hospital:

Evolução da Distribuição da Receita por Natureza (em %)					
Natureza da Receita	2006	2007	2008	2009	2010
Diárias e Taxas	31,7%	33,1%	30,3%	29,4%	27,4%
Insumos Hospitalares (1)	44,8%	46,3%	48,6%	50,9%	54,0%
SADT	12,0%	11,1%	12,6%	11,6%	11,3%
Outras de Serviços	3,0%	2,9%	2,5%	3,2%	3,0%
Outras Operacionais	8,5%	6,6%	6,0%	4,8%	4,3%

(1) Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais.
 Fonte: OBSERVATÓRIO ANAHP, 2011

Tabla N° 4: Evolución de la distribución de ingresos de un Hospital.

Fuente: Publicación Observatorio, ANAHP, (edición 2011).

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Evolução da Distribuição da Receita por Natureza (em %)	Evolución de la Distribución de Ingresos por la Naturaleza (en %)
Natureza da Receita	Naturaleza de los Ingresos
Diárias e Taxas	Estadías Diarias y Tasas
Insumos Hospitalares (1)	Insumos Hospitalarios (1)

S.A.D.T.	Servicio de Análisis, Diagnóstico y Tratamiento
Outras Serviços	Otros Servicios
Outras Operacionais	Otras Operacionales
Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais	Insumos Hospitalarios incluyen: materiales hospitalarios, medicamentos y gases medicinales

Fuente: Traducción del autor (2014).

Frente a la dificultad de la organización de un mecanismo de retribución prestacional basado en indicadores de costo en el presente momento, por parte de la mayoría de los Hospitales, así como por la magnitud que esta metodología afectaría a las actuales referencias de precios de los servicios hospitalarios, se optó por proponer, en un primer momento, la migración de los precios sólo como una metodología más simple.

Esa orientación consiste en la reducción de las tasas de comercialización de los insumos con la correspondiente compensación en los precios de las estadías diarias y las tasas, y en las condiciones que permitan la mantención de la actual referencia del Margen de Contribución o de Resultado operacional generados por las actividades de prestación de servicios específicos para cada una de las empresas de Medicinas Prepagas.

Para la implementación de la migración de precios propuesta – reducción de la tasa de comercialización de los insumos y la correspondiente compensación en las estadías diarias y tasas, debe mantenerse inalterado el margen de contribución del Hospital con las Empresas de Medicinas Prepagas. Para ello, se necesitan las siguientes informaciones:

- Cálculo del margen de contribución actual del Hospital con la empresa de Medicina Prepaga;
- Definición del parámetro de reducción de los precios de los insumos;
- Cálculo de un aumento en los precios de las estadías diarias y tasas ya que es necesario para recomponer el margen de contribución del Hospital con las Empresas de Medicinas Prepagas.

Mientras el costo por absorción responde más específicamente a las necesidades de la naturaleza contable y por la investigación de costo de producción de servicios, el costo directo amplía las posibilidades de análisis para fines gerenciales y reúne una serie de informaciones adecuadas para el proceso de toma de decisión.

Esta metodología puede ser ilustrada a través del siguiente ejemplo basado en la migración de los precios de materiales, pero asimismo, puede ser aplicado a cualquier insumo: material, medicamento o gases, etc. Es por ello que, se expone a continuación la Tabla N° 5: Demostración del Margen de Contribución y simulación de migración de precios:

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE "A" Demonstração da Margem de Contribuição			
Descrição	Diárias e Taxas	Materiais	Total
Receita	1.000	1.500	2.500
(-) Custo Variável.....	<u>(400)</u>	<u>(1.050)</u>	<u>(1.450)</u>
Margem de Contribuição....	600	450	1.050
% Margem de Contribuição	60%	30%	42%



OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE "A" SIMULAÇÃO DA MIGRAÇÃO DE PREÇOS (REDUÇÃO DE 10% NOS PREÇOS DE MATERIAIS)			
% de Aumento das Diárias e Taxas	=	$\frac{\text{Receita Materiais} \times \% \text{ Redução dos Preços}}{\text{Receita das Diárias e Taxas}}$	
% de Aumento das Diárias e Taxas	=	$\frac{1.500 \times 0,10}{1.000} = \frac{150}{1.000} = 0,15 \text{ (15\%)}$	

¹⁰ Tabla Nº 5: Demostración del Margen de Contribución y simulación de migración de precios.

Fuente: Documento Semánticas de Retribución en los Hospitales que actúan en la salud suplementaria, (A.N.S., 2012)

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Operadora de Plano de Saúde "A"	Operadora del Plan de Salud "A"
Demonstração da Margem de Contribuição	Demostración del Margen de Contribución
Descrição	Descripción
Diárias e Taxas	Estadías Diarias y Tasas
Materiais	Materiales
Receita	Ingresos

¹⁰ Cuadro e informaciones provenientes del Anexo I del documento Semánticas de Retribución en los Hospitales que actúan en la salud suplementaria: Cuenta abierta perfeccionada / Tabla Compacta elaborado por el Grupo de Trabajo de la ANS sobre retribución de hospitales.

Custo Variável	Costo Variable
Margem de Contribuição	Margen de Contribución
Simulação da Migração de Preços	Simulación de la Migración de precios
Redução de 10% nos preços dos materiais	Reducción del 10% en los precios de los materiales
Aumento	Incremento

Fuente: Traducción del autor (2014).

Para compensar la reducción del 10% en los precios de materiales, las estadías diarias y las tasas deberán sufrir un aumento del 15%, para mantener el mismo nivel de margen de contribución de la Empresa de Medicina Prepaga.

3.2.7.1.4. Criterios de reajuste de precios de la tabla compacta:

La propuesta de la A.N.S. también recomienda una metodología para el cálculo del reajuste de los valores de las estadías diarias y las tasas de la tabla de precios compacta, según las orientaciones que se exponen a continuación:

En el modelo de la tabla de precios compacta, el Hospital continúa cobrando los insumos y los servicios de diagnósticos de forma separada. Sin embargo, lo que debe ser objeto de reajuste son los demás costos incluidos en la gestión hospitalaria, con base en la estructura de costos de aquel Hospital.

A cada uno de esos componentes de costo del Hospital se debe acoplar un indicador que refleje, de modo adecuado, la recomposición de los costos de aquel componente, en un determinado período de tiempo. En el

caso de la inexistencia de un indicador específico, se sugiere utilizar un indicador general de precios.

La periodicidad debe ser anual, próxima a la fecha de la rectificación del salario anual de la categoría principal, que reajuste los salarios de los colaboradores del Hospital, pues es su principal componente de costos.

Utilizando como base para identificar los principales componentes de la estructura de costos hospitalarios los datos presentados por la ANAPH en su publicación Observatorio, se observan los siguientes componentes, que se exponen a continuación, en la Tabla N° 6: Evolución de la Distribución de los Gastos de un hospital:

Evolução da Distribuição das Despesas (em %)					
Natureza da Despesa	2005	2006	2007	2008	2009
Custo de Pessoal	35,5%	37,1%	37,5%	36,8%	37,3%
Insumos Hospitalares ⁽¹⁾	30,4%	29,6%	30,5%	30,1%	30,9%
Outros Insumos	3,8%	4,3%	3,9%	3,6%	3,7%
Contratos Técnicos e Operacionais	9,5%	7,6%	8,3%	8,3%	7,1%
Contratos de Apoio e Logística	3,9%	3,5%	3,7%	4,2%	4,2%
Utilidades	3,1%	3,7%	3,3%	3,0%	2,7%
Manutenção e Assistência Técnica	1,9%	1,9%	2,2%	2,1%	2,1%
Depreciação	4,8%	4,6%	4,7%	5,0%	5,1%
Outras Despesas Operacionais	7,1%	7,7%	5,9%	6,9%	6,8%

⁽¹⁾ Insumos Hospitalares incluem: materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais.

Fonte: SINHA - ANAHP, 2009.

¹¹ Tabla N° 6: Evolución de la Distribución de los Gastos de un hospital.

Fuente: SINHA –ANAHP (2009)

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Evolução da Distribuição das Despesas	Evolución de la Distribución de los gastos
Natureza da Despesa	Naturaleza de los gastos
Custo de Pessoal	Los costos de Personal

¹¹Cuadro de informaciones provenientes del anexo II – Sugerencia de Metodología para establecimiento de criterios de reajuste de tabla de precios compacta elaborada por el Grupo de Trabajo de la ANS sobre la retribución prestacional de los hospitales.

Insumos Hospitalares	Insumos Hospitalarios
Outros Insumos	Otros insumos
Contratos Técnicos e Operacionais	Contratos Técnicos y Operacionales
Contratos de Apoio e Logística	Contratos de Apoyo y Logística
Utilidades	Utilidades
Manutenção e Assistência Técnica	Manutención y Asistencia Técnica
Depreciação	Depreciación – Amortización
Outras Despesas Operacionais	Otros Gastos Operacionales

Fuente: Traducción del autor (2014).

De la relación de los componentes de la estructura de costos de la Tabla N° 6, fueron eliminados del ítem “Insumos Hospitalarios”: materiales, medicamentos y gases medicinales, pues los mismos continúan cobrándose de manera separada en la cuenta abierta perfeccionada y, por lo tanto, tienen forma específica de reajuste, a partir de los acuerdos entre las empresas y el Hospital.

Por otra parte, se pueden reunir los ítems “Contratos Técnicos y Operacionales”, “Contratos de Apoyo y Logística” y “Manutención y Asistencia Técnica” en un único grupo de gastos, todos relacionados a servicios de terceros, asociando a este único grupo un indicador que mejor refleje la variación del costo de servicios, como el I.N.P.C., por ser el indicador básico para el reajuste de salarios en Brasil. Finalmente, se pueden juntar los ítems “Depreciación” y “Otros Gastos Operacionales” en un único punto, que podría ser: otros gastos.

De este modo, con el objetivo de simplificar la colecta y el cálculo del reajuste recién propuesto, se observarían cuatro grandes ítems de la estructura de costos del hospital, a saber:

- “Costeo de Personal”: abarca todos los costos unidos a la nómina, cargas sociales, laborales y beneficios de los funcionarios y empleados del hospital;
- “Servicios de Terceros”: abarca todos los costos y gastos relativos a los servicios prestados por terceros, actividades de apoyo y otras tercerizaciones, servicios de manutención (mantenimiento) y equivalentes;
- “Utilidades”: comprende el consumo de energía eléctrica, agua, gas, combustible y equivalentes;
- “Otros Gastos”: depreciación, otros insumos (excepto los suministrados a los pacientes) y otros gastos.

La tabla que se expone a continuación, presenta un ejemplo de la metodología propuesta precedentemente. Tabla N° 7: Ejemplo de cálculo de reajuste basado en la estructura de costos del hospital:

Componente	Participação (%)	Indicador de Custos (%)	Total (%)	Indicadores de Custos
Custo de Pessoal	54,1	6,0	3,25	Índice de reajuste da região
Serviços de Terceiros	3,9	6,0	0,23	INPC
Utilidades	19,4	4,5	0,87	IPCA ou IGP-M
Outras Despesas	22,6	4,5	1,02	IPCA ou IGP-M
Total	100,0	-	5,37	

12

Tabla N° 7: Ejemplo de cálculo de reajuste basado en la estructura de costos del hospital.

Fuente: Sistemática de la retribución prestacional de los hospitales que actúan en la salud suplementaria. (ANS, 2012)

¹² Cuadro e informaciones provenientes del anexo II - Sugerencia de Metodología para establecer criterios de reajuste de tabla de precios compacta elaborada por el Grupo de Trabajo de la ANS sobre retribución prestacional de los hospitales.

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Tabla:

Término en portugués	Traducción al castellano
Componente	Componente
Participação (%)	Participación (%)
Indicador de Custos (%)	Indicador de Costo (%)
Total (%)	Total (%)
Indicadores de Custos	Indicadores de Costos
Custo de Pessoal	Costo del Personal
Índice de reajuste da região	Índice de ajuste en la región
Serviços de Terceiros	Servicios subcontratados
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
Utilidades	Utilidades
IPCA ou IGP-M	Índice de Precio al consumidor amplio o Índice General de Precio del Mercado
Outras Despesas	Otros Gastos

Fuente: Traducción del autor (2014).

Para una mejor comprensión de la Tabla N° 7, se definen a continuación los conceptos básicos de su estructura:

- **Componente:** Estos son los componentes de la estructura de costos del Hospital;
- **Participación:** La participación de cada componente en la estructura de los costos hospitalarios (no considerada en el costo total del Hospital, suministros hospitalarios, y los administrados a los pacientes) en el período analizado. El período analizado debe comprender los (12) meses anteriores a la fecha de la apertura de la negociación del ajuste entre el Operador y el Hospital;

- Indicadores de Costos: Corresponden al índice de inflación que se utiliza para la actualización de los ítems de los componentes de costos, por la variación de la inflación del período. Lo ideal sería que los indicadores que mejor reflejan las variaciones de costos en el período analizado sean elegidos.
Por lo tanto, para el tema "Costo Personal" el mejor indicador es el índice de ajuste salarial de la categoría predominante del hospital, contenida en el acuerdo de negociación colectiva del último ajuste salarial. En ausencia de este indicador, otra alternativa sería utilizar el I.N.P.C. - Índice Nacional de Precios al Consumidor, índice base de ajustes salariales en Brasil;
- Indicador de costos (%): Corresponde a la variación porcentual en el período analizado, por cada uno de los índices utilizados para la corrección de los componentes de los costos;
- Total: es la ponderación entre la participación del componente en la estructura de costos del hospital y el indicador de costos, que corrige la variación del componente en el período analizado.

El ejemplo presentado precedentemente contempla un determinado modelo de agrupación de los componentes de la estructura del costo hospitalario, excluyendo de esta estructura el costo de los insumos administrados al paciente.

Eventualmente, otras formas de agrupar los componentes de costo pueden ser elaboradas, con mayor o menor cantidad de ítems, dependiendo de la mayor o menor facilidad del hospital en capturar / recolectar esas informaciones en su sistema contable y de informaciones.

Sin embargo, lo importante, con premisa básica, es que el índice de reajuste básico, a ser pleiteado en el proceso de negociación con la empresa, sea calculado a partir de su estructura real de costos y que el mismo pueda ser fácilmente demostrado a la empresa en el proceso de negociación.

Considerando que esta modalidad de retribución prestacional a través de cuenta abierta perfeccionada ya representa un avance significativo en lo que refiere al principal modelo utilizado actualmente (cuenta abierta por unidad de servicio).

Asimismo, se espera que esa modalidad pueda servir como punto de partida para el cambio de paradigma en la implementación de los modelos retributivos más adecuados y de mayor alcance, vislumbrando el control de costos, pero prevaleciendo el continuo progreso de calidad asistencial.

3.2.7.2. Procedimientos Gestionados:

El Grupo de trabajo de la A.N.S. indicó que para el cobro de los procedimientos quirúrgicos de alta frecuencia y baja variabilidad de los procesos asistenciales a través de la modalidad denominada Procedimiento Gestionado, con los precios previamente establecidos por el prestador de servicios y definió como Procedimiento Gestionado a un conjunto de acciones asistenciales y administrativas necesarias y suficientes para la realización integral de las intervenciones quirúrgicas, contemplando recursos humanos, instalaciones físicas, equipamientos, instrumentos y materiales de insumo, inherentes al proceso asistencial. Y definió además, las principales características de la modalidad.

El Procedimiento Gestionado difiere de la práctica conocida por el sector de sistemas de salud denominado pago por paquetes. En este último, existe un predominio de fijación de los precios de los servicios en función a los valores financieros medios de las cuentas, mientras que en el Procedimiento Gestionado la base está fundamentada en los protocolos, las directrices clínicas y el consenso de los especialistas que componen el cuerpo clínico del Hospital. Solo entonces son examinados los costos y fijados los precios de los servicios que serán negociados con las empresas financiadoras.

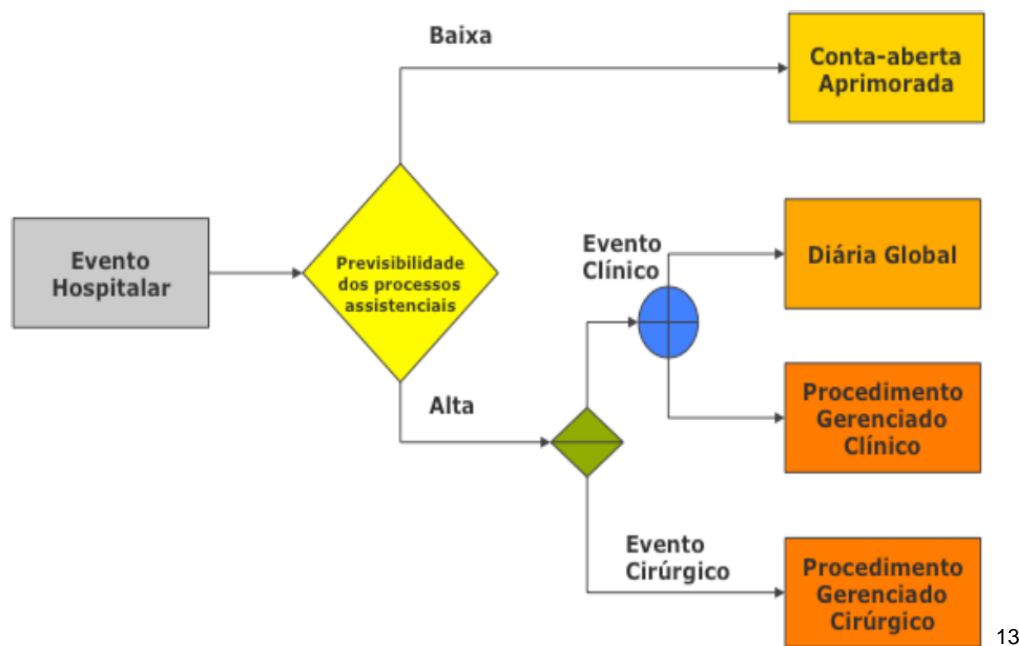
El paquete considera la media de los precios aplicados, independientemente de la base técnica que fundamenta el procedimiento, en tanto que el Procedimiento Gestionado considera primero la fundamentación técnica, examina los costos relacionados y calcula el precio.

El Procedimiento Gestionado puede ser clínico (Procedimiento Gestionado Clínico) o quirúrgico (Procedimiento Gestionado Quirúrgico). En ambos los casos la lógica de la elaboración y los conceptos y definiciones son los mismos. La diferencia es que uno está fundamentado en un protocolo clínico, mientras el otro está fundamentado en un protocolo quirúrgico.

En este documento se aborda el concepto general (Procedimiento Gestionado), que servirá de cuadro analítico para cualquiera de las dos modalidades.

El Grupo de Trabajo sobre Retribución Prestacional de Hospitales entiende aún que no deben ser indicados los Procedimientos Gestionados Clínicos, en este primer momento. Su registración y detalle deben ser desarrollados después del proyecto referencial de implantación y la verificación del funcionamiento adecuado del Procedimiento Gestionado Quirúrgico.

La orientación para el cobro de cada modalidad puede ser observada en el diagrama de flujo que se expone a continuación en la Figura N° 2: Diagrama de flujo con orientación para adopción del modelo de retribución prestacional:



13

Figura Nº 2: Diagrama de flujo con orientación para adopción del modelo de retribución prestacional.

Fuente: Documento Semánticas de Retribución en los Hospitales que actúan en la salud suplementaria, (A.N.S., 2012).

Traducción al idioma castellano de los términos de la presente Figura:

Término en portugués	Traducción al castellano
Evento Hospitalar	Evento Hospitalario
Previsibilidade dos Processos Assistenciais	Previsibilidad de los Procesos Asistenciales
Baixa / Alta	Baja / Alta
Evento Clínico	Evento Clínico
Evento Cirúrgico	Evento Quirúrgico
Conta aberta Aprimorada	Cuenta Abierta Mejorada
Diária Global	Estadía Diaria Global

¹³ Diagrama de flujo e informaciones provenientes del documento Sistemática de Retribución prestacional de los Hospitales que actúan en la salud suplementaria: Procedimientos Gestionados, elaborado por el Grupo de Trabajo de la ANS sobre la retribución de los hospitales.

Procedimiento Gerenciado Clínico	Procedimiento Gestionado Clínico
Procedimiento Gerenciado Cirúrgico	Procedimiento Gestionado Quirúrgico

Fuente: Traducción del autor (2014).

O sea que, para aquellos procedimientos que poseen baja previsibilidad en sus procesos, existe la orientación para realizar acuerdos de cobros a través de la cuenta abierta perfeccionada, de esta forma, por no existir la previsibilidad de costos, no traería perjuicios al Hospital ni a la empresa de Medicina Prepaga con relación al costo real del procedimiento. Para aquellos procedimientos con alta previsibilidad en sus procesos asistenciales, que permiten una estandarización de protocolos, es sugerido el cobro a través del procedimiento gestionado o estadía diaria global.

3.2.7.2.1. Ventajas de la Contratación de los Procedimientos Gestionados:

El Grupo de Trabajo de la A.N.S. entiende que los Procedimientos Gestionados constituyen un modelo que tiene como premisa la gestión de la asistencia y lo definió como una herramienta de gestión proclive a brindar ventajas y estímulos de la contratación bajo esta modalidad, cuyos ejes fundamentales son:

- ✓ Previsibilidad de Costos;
- ✓ Racionalización de Costos;
- ✓ Participación de proveedores de insumos;
- ✓ Participación y contribución de los equipos médicos;
- ✓ Búsqueda de la calidad y los resultados en los servicios prestados;
- ✓ Seguridad asistencial del paciente;
- ✓ Reconocimiento de los resultados y de la calidad de los prestadores de servicios;

- ✓ Agilidad en las autorizaciones, facturación y cobro por el prestador de servicios;
- ✓ Disminución de las divergencias y de los conflictos de auditoría contable que pasan a ser sobre la pertinencia del procedimiento, de análisis de riesgo del paciente y de la necesidad de salida del Procedimiento Gestionado o no;
- ✓ La discusión previa sobre la inclusión de nuevas tecnologías, medicamentos y materiales;
- ✓ Mantenimiento del equilibrio económico – financiero con revisiones sistemáticas previas y periódicas de los Procedimientos Gestionados.

Dicho mantenimiento del equilibrio económico-financiero contempla los criterios de reajustes, los cuales deben ser libremente negociados entre las partes (criterios por libre negociación).

Tal mecanismo, además de proporcionar previsibilidad en cuanto a su precio, promueve la racionalización de los costos en salud en tanto que estimula la obtención de los mejores resultados asistenciales, con la previsibilidad, el control y la garantía de costos adecuados. Esto genera un resultado financiero al prestador de servicio y contribuye para la reversión de la creciente presión en los costos en salud.

Se entiende, por lo tanto, que el modelo también propicia la motivación a los gestores de la salud al influenciar en el comportamiento de sus equipos clínicos en la búsqueda de la eficacia clínica con los recursos adecuados y de los departamentos responsables por la selección y contratación de proveedores de insumos.

La adopción del Procedimiento Gestionado tiende a aumentar la eficiencia del sistema, eliminando los costos de transacción que no agregan valor al paciente. Además de lo descrito precedentemente, favorece a una mayor previsibilidad en la gestión de los siniestros de las empresas de Medicinas Prepagas.

Como consecuencia, se establece un cambio cultural en el que se sustituye la fijación de precios de los servicios médicos basada en la simple relación de los gastos incurridos por la identificación del valor agregado a los servicios médicos ofrecidos.

En la gestión, aumenta la agilidad de los procesos de autorización, facturación y cobro, y permite la disminución de débitos y divergencias entre las partes implicadas, acarreando una significativa disminución de los costos administrativos.

3.2.7.2.2. Reglas para la elaboración de los Procedimientos Gestionados:

El Procedimiento Gestionado debe ser elaborado sobre la base de un protocolo / clave técnica, el cual debe contener:

- ✓ Elección de los pacientes para la realización del referido procedimiento. Los criterios de elección se deben basar en criterios propios del Hospital, validados por su cuerpo clínico, o en directrices de las sociedades médicas;
- ✓ Recursos necesarios para el tratamiento del paciente durante su período de internación;
- ✓ Indicación de las complicaciones más frecuentes para el procedimiento, que caracterizarían el cambio en la forma de cobro de la internación, parcial o total, del Procedimiento Gestionado hacia la Cuenta Abierta Perfeccionada.

El Procedimiento Gestionado sólo puede ser elaborado con la definición previa de las acciones médicas, de enfermería y administrativas, aplicables en la realización de todo el proceso, pues está sustentado con las bases de esos datos que la institución va a definir en sus costos y en su precio.

Se debe considerar el histórico del paciente, (es decir con su historia clínica única desde el inicio) contemplando los casos clínicos semejantes que efectuaron el tratamiento, sustentado en el protocolo acordado con la empresa de Medicina Prepaga.

Una vez acordados los aspectos técnicos, pueden ser elaboradas versiones de los procedimientos gestionados que contemplen aspectos no técnicos, tales como: norma de acomodación, servicios adicionales, etc.

3.2.7.2.3. Composición de los Procedimientos Gestionados:

Cabe considerar el enfoque inicial de los Procedimientos Gestionados para eventos quirúrgicos más comunes. Cada uno de ellos debe contemplar los ítems que se describen a continuación, considerados inherentes a la cirugía:

- ✓ Período de internación;
- ✓ Tipo de internación en el período (enfermería, habitación, Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) o semi-intensiva, etc.);
- ✓ Quirófano/tiempo quirúrgico promedio;
- ✓ Instrumentales permanentes;
- ✓ Equipamientos quirúrgicos, de monitorización y de anestesia;
- ✓ Materiales de consumo de rutina utilizados en el quirófano y en las unidades de internación (inherentes al proceso);
- ✓ Medicamentos de rutina utilizados en el quirófano y en las unidades de internación (inherentes al proceso);
- ✓ Servicios de enfermería en el quirófano y en las unidades de internación;
- ✓ Gases medicinales;
- ✓ OPME.

En el caso de internación en la U.T.I., los equipamientos de monitorización, ventilación, infusión, deben estar contemplados.

En el caso de tener que utilizar Órtesis, Prótesis y Materiales Especiales, la inclusión deberá ser precedida de una evaluación del Hospital en cuanto a la previsibilidad del proceso asistencial.

En el caso que no se atienda a los criterios de previsibilidad definidos por el Hospital, la O.P.M.E. podrá ser retribuida de acuerdo con la negociación previamente realizada entre las partes.

Los recursos a ser incluidos deberán estar en conformidad con su frecuencia de utilización en determinado tipo de procedimiento/evento.

Los honorarios médicos y la retribución de tercerización de servicios por el Hospital, como S.A.D.T., pueden o no ser introducidos / incluidos en los Procedimientos Gestionados, dependiendo de los acuerdos contractuales entre las partes implicadas y la empresa de Medicina Prepaga.

Los ítems que se describen a continuación, no son considerados como inherentes a las cirugías. Es por ello que, no deben formar parte de la composición de los Procedimientos Gestionados:

- ✓ Recursos utilizados en los procedimientos preoperatorios (Estadía diarias, insumos, S.A.D.T.)
- ✓ Reoperación;
- ✓ Sangre y hemoderivados;
- ✓ Complicaciones intra o posoperatorias. Es fundamental que al contratar los Procedimientos Gestionados, sean definidos los criterios que caracterizarán las complicaciones, sus costos asociados (estadías diarias adicionales, insumos, S.A.D.T., sangre y hemoderivados, hemodiálisis, etc.) y como serán cobrados a la empresa financiadora;
- ✓ Remociones;
- ✓ Incorporación tecnológica no prevista en el protocolo/clave técnica, cuya utilización haya sido justificada por el equipo médico. En esas situaciones es deseable que el Prestador de Servicios y la empresa de Medicina Prepaga vuelvan a revisar el protocolo/clave

técnica y negocien un nuevo valor para el Procedimiento Gestionado;

- ✓ Medicamentos de uso continuo por el paciente (antihipertensivos, hormonas, entre otros), que pasan a ser administrados por el Hospital en el momento de su internación, para la realización de un Procedimiento Gestionado.

Para aquellos procedimientos que presenten complicaciones clínicas y/o quirúrgicas, la directiva es que existan acuerdos previamente definidos para que esos cobros sean realizados a través de la cuenta abierta perfeccionada, así como el análisis previo de la situación clínica del paciente para la elección o no para el procedimiento gestionado.

Fueron elegidos, inicialmente, por el Grupo de Trabajo la cantidad de veinte y siete (27) procedimientos para ser trabajados en la modalidad de los Procedimientos Gestionados, para atender a los criterios de previsibilidad de los procesos asistenciales y por tener gran relevancia en términos de la frecuencia de ocurrencia y en los costos.

El documento aún previene el desarrollo de una metodología específica de clasificación de riesgo de los pacientes, estableciendo valores diferenciados para un mismo procedimiento gestionado relacionados a la situación clínica del paciente, además de las reglas de contratación.

En dicha clasificación de riesgo de los pacientes fueron incluidos indicadores que permitan el acompañamiento de la implementación de esta metodología, considerando que la nueva sistemática presupone el intercambio de riesgos entre empresas de Medicinas Prepagas y los Hospitales, ante la necesidad de acompañamiento y adecuaciones.

En referencia al Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.) serán desarrollados indicadores de monitorización de calidad a ser incorporados al Programa de Monitorización de Calidad de los Prestadores de Servicios en la Salud Suplementaria – QUALISS, instituido por la A.N.S..

En el mencionado Programa es donde los prestadores de servicios asistenciales que adopten la nueva metodología deben realizar la adhesión al programa que tiene como objetivo estimular la Calificación de los Prestadores de Servicios y aumentar la disponibilidad de información sobre esta calificación. El objetivo es ampliar el poder de evaluación y elección de los prestadores de servicios de salud por parte de los beneficiarios de las Medicinas Prepagas.

Finalmente, cabe destacar que el Proyecto piloto para la implementación del nuevo modelo de retribución prestacional tuvo su inicio el 13/05/2013 con la participación de algunos Hospitales y empresas de Medicinas Prepagas, coordinado por el Grupo de Trabajo de la A.N.S. para las evaluaciones y las primeras conclusiones hasta el final de 2014. Siendo el período de estudio de la presente investigación al año 2013, no se cuentan con las evaluaciones mencionadas ni con las conclusiones del mencionado Proyecto piloto.

CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de trabajo:

Estudio descriptivo, observacional, analítico y retrospectivo.

4.1.1. Estrategias Metodológicas:

Cuantitativas y Cualitativas.

4.2. Unidades de análisis:

Los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios privados contratados por las empresas de Medicina Prepaga de Río de Janeiro (Brasil) en el período comprendido entre el año 2000 hasta 2013.

4.3. Universo de Estudio:

Las Medicinas Prepagas afiliadas a la Unión Nacional de las Instituciones de Autogestión en Salud (UNIDAS), correspondiente a la Superintendencia del Estado de Río de Janeiro, la cual posee un universo de treinta y ocho (38) empresas de tamaño pequeño a grande y que poseen representatividad en el mercado de la salud suplementaria de Río de Janeiro.

4.4. Muestra Seleccionada:

La muestra es intencional y aleatoria. La misma está compuesta por quince (15) empresas, en la modalidad de autogestión en salud, que aceptaron y respondieron a la encuesta aplicada referente a los Modelos de Retribución Prestacional de Servicios Hospitalarios.

La muestra representa un 39,5% del Universo. La misma, no pudo ser incrementada por barreras de accesibilidad, atento a la confidencialidad de la información a relevar. No obstante, cabe destacar que dicha muestra relevada adquiere representatividad en el mercado en función a la cantidad significativa de beneficiarios que poseen, que engloba aproximadamente un 80% del Universo.

4.5. Variables y sus dimensiones:

- Modelos de competencia basado en valores y los existentes.
- Sistemas de contribuciones e incentivos.
- Auditoría médica y los costos.
 - Costos del mal uso de las prestaciones sanatoriales (incluyendo insumos); de los nuevos avances tecnológicos en salud, costos de auditoría, judiciales, de insatisfacción del paciente y su entorno, como así también en los profesionales de la salud, etc.

- Tipología de los modelos de contratación y retribución prestacional:
 - Cuenta abierta abonada por la Medicina Prepaga de Río de Janeiro;
 - Tablas de Estadía Diaria y tasas utilizadas actualmente para la retribución prestacional de los hospitales privados a través de los contratos con la Medicina Prepaga en Río de Janeiro;
 - Tabla compacta de Estadía diaria y tasas para cobrar la cuenta abierta perfeccionada sugerida por la A.N.S.

- Ventajas y desventajas de los modelos de retribución prestacional para cada uno de los actores del sistema.

- Judicialización de la Medicina.

- Injerencias del Programa de control de calidad de la A.N.S.

Nota: La operacionalización de las variables y dimensiones señaladas precedentemente se encuentran expuestas en el Marco Conceptual de la presente Tesis. Asimismo, han sido utilizadas en los instrumentos de relevamiento en la empiria.

4.5.1. Método de recolección de los datos:

Las encuestas semiestructuradas fueron aplicadas en el período de 20/05/2014 a 01/07/2014, elaboradas por el investigador (cuya matriz del instrumento cuestionario semiestructurado se expone en el Anexo N° 1 de la presente investigación).

El cuestionario está compuesto por 16 preguntas, correspondiendo las 04 primeras preguntas referentes a los datos de clasificación de los gestores encuestados “anónimos”, conteniendo sexo, edad, titulación y para caracterizar el tiempo de trabajo en el campo de salud del encuestado; y las 12 preguntas restantes refieren a los datos del estudio, necesarias para responder a los interrogantes del trabajo de investigación. Cabe destacar además que, se han establecido cuatro preguntas para conocer el modelo y/o los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios que la institución del encuestado adopta.

Asimismo, se ha indagado respecto a: si la empresa en donde se desempeña el Informante Calificado (encuestado) ya adoptó algún modelo diferente, recibió alguna propuesta y está abierta para dicha posibilidad. Cabe destacar que, las demás preguntas propenden al objetivo de captar la percepción del encuestado en relación con las tendencias y a los modelos vigentes al 2013 de contratación y retribución. Se ha indagado sobre la necesidad de cambio y qué modelos retributivos serían los más indicados para cada actor del sistema de salud suplementaria en Río de Janeiro.

Se optó por omitir la identidad del gestor, así como el nombre de la institución en la que trabaja para garantizar la confidencialidad y también para proporcionar mayor libertad en las respuestas.

4.5.2. Datos de Clasificación:

Sexo: Femenino/Masculino.

Edad: Años de edad.

Titulación: Grado, Posgrado, Otros.

Tiempo de trabajo en el campo de salud: Hasta 3 años, De 3 a 5 años, De 6 a 8 años, De 9 a 10 años, Más de 10 años.

4.5.3. Datos del Tema de la Investigación:

Variables y dimensiones de las variables descriptivas abordadas en la investigación:

a) Modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios que la institución del gestor adopta:

Cuenta abierta, Paquetes, Capitación, Cuenta abierta perfeccionada, Estadía Diaria Global, Estadía Diaria Semiglobal, Procedimiento Clínico Gestionado, Procedimiento Quirúrgico Gestionado, otros.

b) La existencia de la intención de adoptar un modelo diferente. Si la respuesta es afirmativa: ¿cuándo, con quién?.

c) La recepción de propuestas de algún hospital para cambiar el sistema de retribución. Si la respuesta es afirmativa: ¿cuándo, de cuántos?.

d) Consideración sobre la institución respecto a si es abierta para adoptar un nuevo modelo de retribución.

e) En cuanto al mercado, si el mismo necesita cambiar el modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios. Si la respuesta es afirmativa: ¿en cuánto tiempo?.

f) En referencia al modelo de cobro por cuenta abierta, se indagó si el mismo genera desconfianza en la relación entre las Medicinas Prepagas y los Hospitales.

g) ¿Qué modelo sería el más adecuado para la retribución prestacional de los servicios hospitalarios para Río de Janeiro, Medicina Prepaga, Hospital, Paciente y para el financiamiento del sistema?. (Expuestos en el ítem a) del presente punto: 4.5.3.).

h) ¿Qué modelo genera más costo para el sistema de salud? (Expuestos en el ítem a) del presente punto: 4.5.3.).

4.6. Indicadores:

Para este estudio fueron utilizados análisis de los indicadores cualitativos y cuantitativos publicados en el sitio web de la A.N.S., en las ediciones de “Foco Salud Suplementaria” edición diciembre/2013 y en el “Cuaderno de Información de Salud Suplementaria” edición marzo/2014. Los mismos son expuestos a continuación:

- Variación trimestral y acumulada en 12 meses del I.P.C.A. y del subgrupo I.P.C.A. Servicios de Salud (Brasil – 3º trimestre/2012 hasta 3º trimestre/2013);
- Variación del P.B.I. acumulado en el año con relación al mismo período del año anterior y del número de beneficiarios de las nuevas Medicinas Prepagas colectivas (Brasil - 3º trimestre/2010 hasta 3º trimestre/2013);
- Porcentual de beneficiarios de Medicinas Prepagas colectivas por adhesión, según modalidad de la empresa (Brasil - septiembre/2013);
- Porcentual de beneficiarios de Medicinas Prepagas de asistencia médica colectivas por adhesión, según las Unidades de la Federación seleccionadas (Brasil - septiembre/2013);

- Tasa de cobertura de las Medicinas Prepagas de asistencia médica (Brasil - septiembre/2003 hasta septiembre/2013);
- Tasa de cobertura de las Medicinas Prepagas de asistencia médica por las Unidades de la Federación de Brasil (Brasil – septiembre/2013);
- Empresas de Medicina Prepaga en actividad (Brasil – diciembre/2001 hasta septiembre/2013);
- Ingreso de contraprestación y gastos ajustados de las empresas médico hospitalarias (Brasil – enero-septiembre/2007 hasta enero-septiembre/2012);
- Margen de lucro líquido por cobertura asistencial de las empresas (Brasil – diciembre/2010 hasta septiembre/2013)
- Tasa de internaciones y media de consultas por beneficiarios de las Medicinas Prepagas de asistencia médica, por modalidad retributiva prestacional de la empresa (Brasil -2007 hasta 2012);
- Gasto promedio por internación y por consulta de los beneficiarios de las Medicinas Prepagas de asistencia médica, por modalidad retributiva prestacional de empresa (Brasil – 2007 hasta 2012);
- Pirámide etaria de los beneficiarios de las Medicinas Prepagas de asistencia médica por segmentación asistencial de la empresa (Brasil – diciembre/2013);
- Distribución porcentual de los beneficiarios de las Medicinas Prepagas de asistencia médica por segmentación asistencial de la empresa (Brasil – diciembre/2013);
- Tasa de siniestro de las empresas de Medicina Prepaga, según la modalidad retributiva prestacional de la empresa (Brasil – 2005-2013);
- Tasa de internación de beneficiarios y gasto promedio por internación, por tipo de contratación, según modalidad retributiva prestacional de la empresa (Brasil – 2007-2012)

4.7. Criterio de selección de casos:

El criterio de selección del caso de estudio remite a los modelos de retribución prestacional de los hospitales privados contratados por las Medicinas Prepagas de Río de Janeiro (Brasil), en el período comprendido entre el año 2000 hasta 2013.

El período seleccionado, a pesar de la inclusión de nuevas tecnologías en el cuidado de la salud y un aumento continuo de los costos, revela poco progreso en cuanto a los modelos de retribución prestacional para los servicios hospitalarios, observando la relación cada vez más compleja entre las Medicinas Prepagas y los Hospitales prestadores en las contrataciones de estos servicios, así como en el equilibrio de sus cuentas.

4.8. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Se han incluido a los Gestores de las Instituciones de Medicina Prepaga con conocimiento en los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios practicados actualmente en Río de Janeiro, así como de la propuesta de cambio estimulada por la A.N.S.; siguiendo el lineamiento del tema de la presente investigación.

Se reitera en cuanto a la representatividad de la muestra (de la selección del caso de estudio) que asciende a un 39,5% del Universo, adquiere dicha representatividad en el mercado en función a la cantidad significativa de beneficiarios que poseen, que engloba aproximadamente un 80% del Universo.

Por lo cual, todo lo aquello que no esté contemplado en el tema de la Tesis se considera como criterio de exclusión.

4.9. Técnicas e Instrumentos:

4.9.1) Técnicas: A través de encuestas semiestructuradas y análisis de documentos;

4.9.2) Instrumentos: Cuestionario semiestructurado y protocolos de análisis de documentos.

Nota: Se realizaron 5 (cinco) pruebas piloto de los instrumentos antes de la salida a campo (empiría).

4.10. Procesamiento de la Información:

Los datos relevados fueron procesados a través de los sistemas informáticos Word/Atlas ti (cualitativos) y Excel / SPSS (cuantitativos) a fin de analizarlos y determinar sus resultantes, que articularán luego con los conceptos descriptos en el marco conceptual.

4.11. Organización de la Información:

Después de la aprobación del Proyecto de Tesis, se elaboraron los instrumentos de recolección de datos en terreno, se realizaron 5 (cinco) pruebas piloto de dichos instrumentos para no obviar u omitir algún campo de pregunta a realizar y/o datos. A posteriori, se realizó el trabajo en la empiría, se procesaron y analizaron los datos relevados, arrojando los resultantes que articulan con el Marco Conceptual de la Tesis. Cabe destacar que, al ser la presente investigación un caso de estudio, sus resultantes no son susceptibles de generalización.

4.12. Fuentes:

Primarias: De Elaboración Propia.

Secundarias: Bibliografías, recupero de diversos sitios web consultados, estadísticas, Historias Clínicas, etc.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las empresas de autogestión son las que más invierten en prácticas de medicina preventiva y promoción de la salud dentro del segmento de la salud suplementaria. Como todo el sector, las autogestiones enfrentan el desafío del alto costo asistencial, que llega a consumir 92,6% de los ingresos y que además, poseen para su cobertura asistencial beneficiarios con mayor porcentaje de personas mayores, que implican mayores erogaciones asistenciales.

En Río de Janeiro, el segmento de autogestión tiene una representatividad importante en la contratación de los servicios hospitalarios disponibles en el mercado, pues, por poseer un porcentaje significativo de ingresos de personas mayores, se utiliza mucho el servicio hospitalario para internaciones de larga permanencia y pacientes de alta complejidad.

5.1. Percepción del mercado de la Medicina Prepaga en la modalidad Autogestión de Río de Janeiro sobre los actuales modelos de retribución prestacional y perspectivas de cambios:

Del universo utilizado para la realización de la investigación, se encuentran una muestra de quince instituciones de autogestión en salud, representada por seis (06) empresas de pequeño porte, cinco (05) empresas de medio porte y (04) cuatro empresas de gran porte¹⁴.

Fue elaborada una encuesta semiestructurada con dieciséis (16) preguntas y aplicada a los gestores de estas instituciones, que poseen conocimientos de los modelos de retribución prestacional utilizados en las empresas y que son representantes de éstas ante la UNIDAS. El tema de estudio de la presente investigación, se considera un asunto de discusión en sus asambleas y en las negociaciones con los prestadores de servicios.

¹⁴ La ANS define empresa de pequeño porte la que tenga hasta 20.000 beneficiarios, medio porte de 20.000 a 100.000 beneficiarios y grande porte con 100.000 beneficiarios o más. Se entiende como “porte” a la categoría de la empresa por su tamaño en función a la cantidad de beneficiarios que posee.

El principal objetivo de esta encuesta fue conocer los diferentes modelos de retribución prestacional aplicados por la modalidad de autogestión en el sistema de salud en Río de Janeiro y la percepción de esas empresas sobre las consecuencias de éstos en el mercado de la salud, según algunos datos destacados en el presente estudio y la visualización de los resultados arrojados por el trabajo en la empiria, la cual consta en el Anexo 2 del presente trabajo.

De los gestores que respondieron a la encuesta, 09 de ellos o sea el 60% trabajan en el área de salud desde hace más de 10 años; el 80% tienen postgrado realizado y el 67% se graduó en Administración.

Las instituciones consultadas adoptan más de un modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios, con predominio para el sistema de la cuenta abierta en un 100%; y por paquetes –módulos- en un 93%. Cabe mencionar que, después del estímulo de la A.N.S. una institución empieza a desarrollar estudios para el cobro a través del Procedimiento Clínico Gestionado y dos por el Procedimiento Quirúrgico Gestionado. El 93% de estos gestores creen que el actual modelo de cuenta abierta por unidad de servicios genera desconfianza entre las partes comprometidas, hospital y empresa, afectando a los beneficiarios demandantes de servicios asistenciales.

En función a lo descripto precedentemente, se expone a continuación los resultantes de la Tabla N° 8: ¿Cuál o cuáles son los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios que adopta la Institución donde Ud. trabaja actualmente?

Cuenta abierta (fee-for-service)	15	100%
Paquetes	14	93%
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	6	40%
Diaria Semiglobal	9	60%
Procedimiento Clínico Gestionado	1	7%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	2	13%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el autor a través de la encuesta aplicada. (2014).

Entre las informaciones obtenidas, un dato interesante es que el 80% de las instituciones nunca intentaron adoptar un modelo diferente de los modelos vigentes practicados, aunque el 40% de ellas recibieron propuestas de algunos hospitales para un cambio en la manera de retribución prestacional. Asimismo, el 80% de los gestores informaron que sus instituciones están abiertas para adoptar un nuevo modelo y el 100% de los gestores afirmaron que existe la necesidad de un cambio en el modelo de retribución prestacional en el mercado de salud de Río de Janeiro.

En función a lo descrito precedentemente, se expone a continuación los resultantes de la Tabla N° 9: ¿Qué modelo Ud. considera como el más adecuado para la retribución prestacional de los servicios hospitalarios en Río de Janeiro?

Cuenta abierta (fee-for-service)	-	-
Paquetes	08	23%
Capitación	01	3%
Cuenta abierta perfeccionada	02	6%
Diaria Global	07	21%
Diaria Semiglobal	03	9%
Procedimiento Clínico Gestionado	05	15%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	08	23%
Total de indicaciones	34	100%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el autor a través de la encuesta aplicada. (2014).

Sobre la pregunta de qué modelo consideraban como el más adecuado para la implantación en el mercado de salud de Río de Janeiro, su resultante ha sido que ningún gestor cree que el principal modelo actualmente practicado de cuenta abierta sea el adecuado, tan sólo 4 gestores hicieron una única opción, siendo que los demás juzgan necesario y adecuado que más de un modelo sea paralelamente adoptado, siendo los más indicados el Procedimiento Quirúrgico Gestionado y el sistema de paquetes con un 23% de indicación, seguido por la diaria global con un 21%, según puede ser observado en la Tabla N° 9 expuesta precedentemente.

Para la justificación de la indicación de los modelos adecuados, siguen las respuestas referidas por los gestores:

- ✓ Las formas señaladas están en conformidad con los estudios de la A.N.S. y son el camino para lograr la aplicación de las formas más avanzadas como ser “capitación” por ejemplo;
- ✓ Su costo ya está prefijado;
- ✓ Reducción de costos;
- ✓ Definición de los protocolos, reducción de los costos administrativos, auditorías contables, etc;
- ✓ Estandarización y control de los costos;
- ✓ Estandarización, reducción de los costos, agregando valores y calidad en la atención del paciente;
- ✓ Contención de los costos y estandarización de los tratamientos.
- ✓ Es necesaria la previsibilidad, límites y gestión mutua para obtener la asistencia al paciente sin desperdicios.

Al ser interrogados los informantes calificados respecto sobre qué modelo sería el más indicado para la Medicina Prepaga, se observa que no hay un consenso, los gestores seleccionan más de una opción según la Tabla N° 10, respecto a ¿Qué modelo le parece y/o considera más ventajoso para la Medicina Prepaga?. La misma se expone a continuación:

Cuenta abierta (fee-for-service)	01	3%
Paquetes	07	20%
Capitación	03	9%
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	06	17%
Diaria Semiglobal	01	3%
Procedimiento Clínico Gestionado	07	20%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	10	28%
Total de indicaciones	35	100%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el autor a través de la encuesta aplicada. (2014).

La percepción de los informantes calificados puede variar de acuerdo con los criterios actuales de inscripciones / aceptación y admisión de

beneficiarios, auditorías contables, credenciales de los usuarios de cada empresa, además de falta de experiencia / vivencia con los modelos retributivos aún no practicados, además de poseer el conocimiento teórico de cada modelo. Asimismo, los modelos retributivos más indicados fueron el del Procedimiento Quirúrgico Gestionado (28%); el sistema de paquetes y el Procedimiento Clínico Gestionado (20%) y la diaria global (17%).

En función a lo descrito precedentemente, se expone a continuación los resultantes de la Tabla N° 11 la cual brinda respuestas al siguiente interrogante: ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el hospital?:

Cuenta abierta (fee-for-service)	13	61%
Paquetes	02	10%
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	03	14%
Diaria Semiglobal	01	5%
Procedimiento Clínico Gestionado	01	5%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	01	5%
Total de indicaciones	21	100%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el autor a través de la encuesta aplicada. (2014).

En cuanto al modelo más adecuado para el hospital, la mayoría de los informantes calificados refirieron en el 86% que el actual modelo de la cuenta abierta genera más ventajas al hospital, recibiendo de las veintiuna indicaciones, un 61 % de ellas.

En la respuesta referida al modelo más ventajoso para el usuario/paciente, las repuestas oscilan entre los modelos, con excepción del modelo de capitación, que no fue indicado, quedando con la mayor indicación el modelo del Procedimiento Quirúrgico Gestionado con un 32%

de las respuestas. Todavía, para esta pregunta, un 16 % de las 19 respuestas, o sea, el 20% de los gestores (informantes calificados) refirieron que para el paciente, independientemente del modelo de retribución prestacional lo que el usuario busca es la eficacia del tratamiento con calidad asistencial, y desde ya que sea financiable.

En función a lo descripto precedentemente, se expone a continuación los resultantes de la Tabla N° 12: ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el usuario / paciente?

Cuenta abierta (fee-for-service)	01	5%
Paquetes	02	10,5%
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	01	5%
Diaria Global	02	10,5%
Diaria Semiglobal	01	5%
Procedimiento Clínico Gestionado	03	16%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	06	32%
Otro – ¿Cuál? R.: Independiente	03	16%
Total de indicaciones	19	100%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el autor a través de la encuesta aplicada. (2014).

En la siguiente tabla, demuestra lo que se pretendía saber sobre el punto de vista de los gestores respecto a ¿qué modelo sería el ideal para el financiamiento del sistema de salud suplementaria en Río de Janeiro?.

En ella, se observa que ningún gestor indicó un modelo de cuenta abierta, mientras que el 30% de las 30 respuestas fueron para el Procedimiento Quirúrgico Gestionado y el 20% igualmente para los otros tres

modelos: de paquetes, de diaria global y del Procedimiento Clínico Gestionado.

En función a lo descrito precedentemente, se expone a continuación los resultantes de la Tabla N° 13, cuyo interrogante ha sido: ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el financiamiento del sistema de servicios de salud en Río de Janeiro?

Cuenta abierta (fee-for-service)	-	-
Paquetes	06	20%
Capitación	02	7%
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	06	20%
Diaria Semiglobal	01	3%
Procedimiento Clínico Gestionado	06	20%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	09	30%
Total de indicaciones	30	100%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el autor a través de la encuesta aplicada. (2014).

Para la última pregunta de la encuesta, cuyo interrogante abordó el tema sobre qué modelo el gestor creía que generaba mayor costo para todo el sistema de salud, en el 100% de los casos respondieron únicamente la opción de cuenta abierta.

Después de haber realizado la encuesta, la tabulación de datos y el análisis de los mismos, se observa que las empresas de autogestión en salud han venido, en el transcurso de los años, adoptando el modelo de cuenta abierta, pago por producción, y evolucionando para el formato-composición de los paquetes, tan solo en la lógica de la asignación de los precios de procedimientos rutinariamente ya realizados.

Los cuales articulan con las prestaciones y los valores históricos de cobro.

Es decir que, poco se evolucionó en otras formas de retribución, a pesar que la desconfianza en el proceso de cobro genera costos administrativos y es sabido que el modelo vigente no reduce el costo de la asistencia sanitaria.

Algunas empresas intentaron cambiar la lógica del modelo tradicional, por iniciativa propia o por propuesta de algún hospital, pero, hasta el momento, sin mayores avances o éxito en este cambio.

Es considerado como un criterio unánime que se estima necesario un cambio (cuanto antes mejor), pues el actual modelo tornará al sistema vigente como insustentable.

Aunque no se tenga mucha experiencia en los modelos propuestos por la A.N.S., la tendencia de las empresas en la modalidad de autogestión es trabajar y encaminar sus esfuerzos para la adopción de los modelos de los procedimientos gestionados y de la cuenta abierta perfeccionada con la migración de los precios de insumos para las estadías diarias y tasas establecidas.

5.2.- Reflexiones de la Investigación:

El desarrollo de esta encuesta mostró un mercado creciente, con varios caminos y problemas que aún están por ser estudiados y sujetos a resolución, apuntando a los siguientes aspectos que sugieren otras investigaciones:

- a. Analizar otras modalidades de empresas de Medicinas Prepagas y de los Hospitales sobre los modelos contractuales y sus tendencias de cambios;
- b. Acompañar y evaluar el proyecto piloto coordinado por el Grupo de Trabajo de la A.N.S. sobre la implementación de nuevos modelos de restitución - retribución, a través de pesquisas (investigaciones) en los hospitales y en las empresas implicadas en el proyecto;
- c. Profundar el análisis de los indicadores de calidad que permitan acompañar la eficacia de los protocolos pactados con los procedimientos electos para la realización a través del modelo de retribución del Procedimiento Quirúrgico Gestionado;
- d. Analizar el mercado de las OPME – Órtesis, Prótesis y Materiales Especiales y sus matices en las áreas médicas y hospitalarias.

5.3. Consideraciones Finales:

La relación entre empresas de Medicina Prepaga y los Hospitales se está convirtiendo en una relación conflictiva, en la que las Medicinas Prepagas buscan reducir sus gastos básicos forzando negociaciones basadas tan sólo en la asignación de precios, explorando medios y aplicando desglosas rutinariamente, teniendo algunas incluso la meta de débitos para ser cumplidas por sus sectores de auditoría.

Del otro lado los hospitales continúan invirtiendo cada vez más en las Unidades que les producen los mayores ingresos, como ser las Unidades de Terapias Intensivas y creando protocolos para la utilización de estas Unidades, además del cambio de foco para los ingresos sobre los insumos y no se abocan a optimizar la calidad de los servicios asistenciales.

El Modelo de cuenta abierta perfeccionada propuesto por la A.N.S. poco cambia en la actual relación de las Medicinas Prepagas y los Hospitales, con excepción de la estandarización de la composición de algunas tasas y estadías diarias lo que ya es practicado por muchos convenios en la estadía diaria semiglobal. Pero, la metodología de reajuste de los precios de las estadías diarias y tasas, basadas en una cesta de indicadores que contempla la estructura de los costos del hospital es un modelo que merece una particular atención de las partes, pues, además de proporcionar un reajuste justo y transparente, evitaría las agotadoras reuniones de negociaciones entre las empresas financiadoras y los hospitales.

El Modelo de Procedimiento Quirúrgico Gestionado propuesto por la A.N.S., además de ser bien visto por los gestores de las empresas de autogestión en salud que respondieron a las encuestas, es una propuesta que agrada a las Medicinas Prepagas, pues aparte de estandarizar los procedimientos, y definiendo protocolos con la participación del cuerpo clínico de las instituciones hospitalarias, puede contribuir con la reducción de los costos en el sector de salud.

Ello incluye a los servicios y la O.P.M.E. de manera diferenciada de la composición de paquetes, no sólo con la asignación de valores basada en las tablas de referencias, sino en la procura por mejores negociaciones y de la racionalización del uso de materiales / medicamentos y prácticas asistenciales, incluso creando criterios para la elección del paciente para la realización del procedimiento.

La implementación de un nuevo modelo que prevé la indicación a través de los criterios por elección, la inclusión de servicios asistenciales, los procedimientos y el tipo de hotelería, tiende a contribuir, además de la reducción de costos en la optimización de recursos, en la reducción del proceso burocrático que existe en vigencia en los análisis y autorizaciones de los procedimientos, pero se entiende que será necesaria la creación de indicadores de calidad, que puedan medir y acompañar el resultado del tratamiento ofrecido al paciente.

De todos modos, se pretende que el resultado sea una herramienta de divulgación para que las buenas prácticas sean ampliamente esparcidas en el mercado y que, ante una competencia ética, las empresas que ofrecen el servicio pasen a recibir incrementos de valor por los mejores resultados obtenidos. Este nuevo paradigma nunca permitiría que el paciente deje de recibir cualquier tratamiento indispensable, en función de la picardía de la empresa financiadora para aumentar el ingreso por encima de algo ya contratado y con el precio asignado. Este control podría ser ejercido por las auditorías que dispensan gran parte de la carga horaria de trabajo para analizar cantidades de insumos utilizados en las cuentas hospitalarias.

Actualmente, la mayor variedad de erogaciones hospitalarios están concentrados en los insumos, principalmente en los materiales descartables, los medicamentos y en las órtesis y prótesis, visto que los aumentos a veces injustificados aplicados en las ediciones de las revistas de referencias son de injerencia de las Medicinas Prepagas y de los Hospitales, pero, es lo que existe de consenso en el mercado para el cobro de los materiales descartables y los medicamentos.

El mercado de la salud también tiene conocimiento de que los valores son aumentados, que las negociaciones y el volumen de compra de los hospitales permiten una adquisición con precios muy inferiores a las tablas de referencias (atribuido principalmente a la compra por cantidad con su correspondiente bonificación).

La A.N.S. como organismo regulador y de contralor, debería regular no sólo a las Medicinas Prepagas, sino también ejercer influencias en los prestadores y principalmente en los proveedores de materiales/insumos, así como en el mercado de la O.P.M.E., que indiscriminadamente ejercen prácticas oscuras, acosando a los profesionales de la salud, induciendo a innumerables fraudes que son observados en el sector y cometiendo serias infracciones en todo el mercado de salud suplementaria.

Observando el funcionamiento de las Medicinas Prepagas que, a través del cálculo actuarial, determina un valor mensual de contribución para garantizar la asistencia a un determinado beneficiario, que tiene además la previsibilidad de su costo, y contando con la regulación y control de la A.N.S. en los índices de reajustes de estas mensualidades, se vuelve a cuestionar el hecho de los gastos hospitalarios atento a no tener ninguna previsibilidad.

En este mercado es posible que una empresa pueda cobrar un valor fijo para ofrecer la salud global a sus asociados / beneficiarios. En dicho caso, debería un Hospital establecer un valor fijo para un determinado procedimiento, siendo responsables las instituciones hospitalarias así como lo hacen las Medicinas Prepagas, en administrar efectivamente y eficazmente sus recursos, ofreciendo servicios asistenciales de calidad con precios predeterminados y cuyos reajustes sean debidamente controlados.

Aunque poco se avance en el cambio de un modelo de retribución prestacional, lo cual ha quedado evidenciado a través de las actuales condiciones, tienden a transformar el mercado de la salud suplementaria en insustentable a medio plazo.

Una postura reguladora del gobierno para los proveedores y el comercio y las contrataciones de la O.P.M.E. en Brasil, traería aparejado un cambio de mercado, castigando a las prácticas abusivas, además de aplicar un mayor rigor por parte del Consejo Federal de Medicina en el control e indicación de las nuevas tecnologías aplicadas en función a la medicina basada en la evidencia y puniendo a los profesionales que se implican en la comercialización y/o en la utilización indiscriminada de las nuevas tecnologías, que a veces hasta pueden perjudicar la salud de determinados pacientes.

El Poder Judicial necesita crear mecanismos para el apoyo y soporte técnico (médico-asistencial) a los jueces, para que éstos no continúen concediendo ventajas judiciales para los demandantes, sin el respaldo técnico, e incentivando a aquellos profesionales y usuarios oportunistas a conseguir la obtención de beneficios indebidos. Es decir, finalizar con el negocio legal sustentado de manera errónea en el sistema de salud, ya que la judicialización de la medicina parecería ser moneda corriente y tiene, sin lugar a dudas sus precursores. Pero caber destacar que, el Poder Judicial debería sancionar a aquellas empresas que no respetan los derechos de los consumidores, las cuales deberían ser intimadas a cumplir con sus obligaciones pactadas.

CAPÍTULO 6 – CONCLUSIÓN

El costo en el servicio de salud, de manera comprobada crece por encima de los demás indicadores medidos por los órganos competentes nacionales, en función de varios factores, donde la relación entre las empresas de Medicinas Prepagas y los prestadores de los servicios hospitalarios cada vez más se vuelve agotadora, desconfiada y con indicios fehacientes de la necesidad de un urgente cambio en dicha relación.

El usuario indignado y sin querer depender del Sistema Único de Salud, adquiere una Medicina Prepaga y muchas veces se ve en una guerra entre su empresa y el prestador del servicio, así sea para la autorización de algún procedimiento que exige técnicas y/o materiales poco utilizados en el mercado y/o hasta falta de inclusión en el rol de los procedimientos de cobertura obligatoria editado por A.N.S. En esa discusión no siempre el resultado final es por la concesión del mejor tratamiento con resultados favorables para todas las partes implicadas en la tríada (paciente, Medicina Prepaga y Hospital).

Los modelos de retribución prestacional por los servicios asistenciales hospitalarios, contratados entre las empresas de Medicinas Prepagas y los hospitales, no atienden a los anhelos de las partes intervinientes. Asimismo, no le presta importancia en el servicio de salud con su consecuente manutención y/o el aumento de la calidad en dichos servicios. Ello ocurre, mientras que el mercado apunta a satisfacer la necesidad de cambiar el modelo de retribución y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria lanza un proyecto piloto con una propuesta para permutar el modelo imperante, con el apoyo de los hospitales y las empresas financiadoras, que propende a la posibilidad de un cambio más factible y figura como posible solución a medio plazo para una mejora en la relación entre las partes intervinientes.

Este cambio requiere de una atención muy especial para que permanezca la equidad. No es factible simplemente cambiar un modelo pensando tan sólo en la reducción de costos, atento a que ello puede provocar un colapso en la calidad del sistema asistencial.

La constante búsqueda por la ganancia, puede implicar que los servicios esenciales dejen de ser ofrecidos, con lo cual el beneficiario puede llegar a ser perjudicado al no recibir lo que sea necesario para el resultado deseado en su tratamiento.

La calidad también tiene un costo, pero, debe ser bien dimensionado, no sobrecargando el sistema y proporcionando resultados satisfactorios con costos racionalizados y un exhaustivo control, en el que se incluyan acciones correctivas y preventivas.

Está claro que el mercado de la salud de Río de Janeiro y de Brasil tienen que basarse en modelos de éxito e incorporar nuevas soluciones de gestión de los servicios en el área de la salud privada. Los sistemas existentes tienden a la individualidad y al consumo indebido de diversos servicios y suministros, que podrían evitarse y centrar los esfuerzos en un sistema que añada valores agregados con más calidad y con menos costos para los participantes del mismo.

Teniendo en cuenta las observaciones de la evolución del mercado de la salud en Río de Janeiro, se sugiere como una posible mejora a corto plazo, los incentivos para la adopción del modelo de Estadía Diaria Global con la provisión de suministros para los mismos, demostrando la posibilidad de previsibilidad a los financiadores y estimulando a los prestadores de servicios para la gestión de los suministros.

En el medio plazo, se requiere una evolución para aplicar los Procedimientos Quirúrgicos Gestionados, a través de la participación del equipo médico de los hospitales en la creación de protocolos y como parte “activa” en la gestión de los costos.

Con la introducción de los dos modelos propuestos anteriormente, se observa como posible mejora a largo plazo, la evolución hacia la adopción de los Procedimientos Clínicos Gestionados y la creación de indicadores de calidad que permitan un modelo de retribución por los resultados obtenidos.

Todo cambio a implementar en los modelos retributivos, debe ser estratégicamente estudiado entre los actores del sector, estableciendo un sistema de Planificación, Gestión y Control del Sistema de la Gestión de la Calidad (S.G.C.) en sistema de salud suplementaria de Río de Janeiro.

CAPÍTULO 7 – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1. Bibliografía General:

Artells, J.J., Rodríguez, J. R., Berenguer, J., Casas, M., Rovira, J., Muslera, E. (1994). *Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona, España: Ediciones Vicens Vives.

Chistensen, C. M., Grossman, J. H., Hwang, J. (2009). *Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade*. Tradução Vieira, A. G., Cunha, M. B., Costa R. C. Porto Alegre, Brasil: Editorial Bookman.

Gherzi, C. A., Weingarten, C., Ippolito, S. C. (1993). *Contrato de medicina prepaga*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Astrea.

Iglesias, G., Resala, G. Bernhardt, F. (2009). *Trabajo final, Tesinas y Tesis: Modalidades, Estructura Metodológica y Discursiva, Evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Ediciones Cooperativas.

Lemus, J. D., Aragües y Oroz, V., Lucioni, M. C. y colaboradores. (2009). *Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Atención de la Salud*. Argentina: Editorial Corpus.

Lemus, J. D., Aragües y Oroz, V. y colaboradores. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Bases epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos*. Argentina: Editorial Corpus.

Loverdos A. (2003). *Auditoria e análise de contas médico-hospitalares*. 3a edição. São Paulo, Brasil: Editora STS.

- Matos, A. J. (2002). *Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão*. São Paulo, Brasil: Editora STS.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2004). *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Montone, J., Castro, A. J. W. (organizadores). Rio de Janeiro. Brasil: Ministério da Saúde.
- Motta, A.L.C. (2003). *Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento*. 1a ed. São Paulo, Brasil: Editorial Láttria.
- Meléndrez, E. H. (2006). *Metodología de la Investigación: Como escribir una tesis*. Argentina: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Paim, C. R. P., Ciconelli, R. M. (2007). *Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde*. São Paulo, Brasil: Editorial RAS.
- Pires, D. S. y colaboradores. (2008). *Judicialização da Saúde Suplementar*. Belo Horizonte, Brasil: Editorial Unimed-BH
- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a Saúde: Estratégias para qualidade e reduzir os custos*; tradução de Bazan, C. Porto Alegre, Brasil: Editorial Bookman.
- Segatto, C. (2014). *Dilemas da saúde: A morte financeira das famílias que usam os serviços de hospitais privados*. Brasil: Editorial Época, 60-82.
- Scheffer, M., Bahia, L. (2010). *Planos de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo, Brasil: Editora Unesp.

Silva, E. L., Menezes, E.M. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4ª ed. Revista Atualizada. Florianópolis, Brasil: Editorial de: UFSC.

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. (2012). *Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa*. São Paulo, Brasil.

7.2. Recuperado de Sítios Web Consultados:

Andreazzi, M.F.S. (2003). *Formas de Remuneração de Serviços de Saúde*. Recuperado de: <http://www.ipea.gov.br>.

Bessa, R. O. (2011). *Análise dos Modelos de Remuneração Médica no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro*. (Tesis de mestrando). Fundação Getúlio Vargas. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8151/61090100005.pdf?sequence=1>.

Blay, E. (2011). *Em busca de Novos modelos de pagamento hospitalar*. Recuperado de: <http://saudeweb.com.br/blogs/em-busca-de-novos-modelos-de-pagamento-hospitalar/>.

Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2012). Novo Modelo para remuneração de hospitais, Carvalho, B.S. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1860--novo-modelo-para-remuneracao-de-hospitais>

Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2012). *Novo Modelo para remuneração de hospitais*. Figueiredo, C. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/imprensa/releases/80-operadoras/1863--novo-modelo-para-remuneracao-de-hospitais>.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2014). *Foco Saúde Suplementar*. Setembro 2013. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>.

Brasil. União Nacional das Empresas de Autogestão. (2010). *Remuneração Hospitalar: Discutindo a construção de parâmetros consensuais*. Recuperado de: http://unidas.org.br/institucional/arq_inst/8_congresso/afonso_matos.pdf.

Junior, A. E., Koyama, M. F. (2007). *O Relacionamento entre hospitais e operadoras de Planos de Saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS*. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/09.pdf>.

Junqueira, L. A. P. (1990). *Gerência dos Serviços de Saúde*. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002.

Ribeiro, A. (2012). *Revisão do Modelo de Remuneração Hospitalar pelas Fontes Pagadoras Privadas*. Recuperado de: http://www.britcham.com.br/download/090312_ary_ribeiro_ANAHP.pdf.

Silva, A. A. (2003). *Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços - Um Novo Relacionamento Estratégico*. Recuperado de: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_A_AlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf.

Takahshi, A. C. D. (2011). *Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano*. Recuperado de: [http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/DISSERTACAO_ANA_CLAUDIA\(1\).pdf](http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/DISSERTACAO_ANA_CLAUDIA(1).pdf).

7.3. Traducción de Citas bibliográficas en otro idioma:

Andreazzi, M.F.S. (2003). “A identificação dos incentivos apropriados na relação entre os agentes econômicos e o seu alinhamento, ou seja, o desenho de contratos que respondam aos objetivos a serem alcançados – e nesse caso os mecanismos de pagamento, as formas de contratação dos profissionais de saúde – também são partes importante dessa teoria. Porém, ao contrário da teoria neoclássica, a presença isolada dos incentivos é insuficiente, pois admite-se que os agentes sejam dados a oportunismos, ou seja, sistemáticas violações dos termos dos contratos. Isso ocorreria por uma assimetria de informação entre eles, o que cria a necessidade de um constante e vigilante sistema de gerenciamento para que tais contratos sejam cumpridos ou ajustados às condições constantes do ambiente. Constituem exemplos desse sistema os mecanismos de auditoria”. Traducción mía.

Andreazzi, M.F.S. (2003). “Na história dos serviços de saúde, o hospital destaca-se como a principal instituição centralizadora da prática médica, da pesquisa e das inovações, inclusive no que tange aos serviços especializados de diagnóstico e terapia. Mais recentemente, a organização destes últimos em nível do ambulatório de forma lucrativa constitui uma tendência bastante importante”. Traducción mía.

Andreazzi, M.F.S. (2003). “Com a introdução do seguro ou de um terceiro-pagador, seja seguro saúde, privado ou social, ou mesmo fundos públicos que organizam a sua assistência por meio da compra de serviços a profissionais, acaba surgindo a questão da negociação por preços ou o estabelecimento de tabelas. Tanto no interesse de redução de custos por parte do financiador, como de imposição de pisos como resultado de movimentos de autodefesa profissional”. Traducción mía.

Andreazzi, M.F.S. (2003). “O problema mais relevante, no entanto, foi a chamada demanda induzida pela oferta, ou seja, a utilização de serviços de saúde em razão da recomendação do profissional, dada pela assimetria de informação entre ele e o paciente. Essa demanda tem um peso significativo na explicação da variação da utilização de serviços”. Traducción mía.

Bento, S. (2014). “Há casos em que o médico indica ao hospital a empresa que fornece o material e, ao mesmo tempo, recebe um incentivo do fabricante”. Traducción mía.

Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2012). “Com isso, mudam os incentivos. Torna-se fundamental que os hospitais busquem comprar os melhores insumos pelos menores preços e que as equipes assistenciais participem da formatação dos serviços hospitalares. A mudança do modelo possibilita o reconhecimento e a premiação das melhores equipes e muda a relação com os planos de saúde, que passam a analisar a indicação clínica que o paciente possuía para o procedimento e a qualidade dos serviços prestados, ao invés de analisar a composição das contas, agilizando o processo de autorização dos procedimentos para os pacientes e o pagamento para os hospitais”. Traducción mía.

Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2012). “A proposta inicial é que a adoção seja voluntária, mas a ANS já está estudando formas de indução, caso necessário, para maior aderência ao modelo proposto. O principal ganho nesse momento é que a ANS passa a oferecer ao setor um conjunto de referências e conceitos técnicos que, por terem sido pre-acordado por todos, possibilita a adoção do novo modelo de forma mais rápida e com um menor custo de construção de consenso reduzindo assim a necessidade dessa discussão caso a caso entre operadoras e hospitais”. Traducción mia.

Loverdos A. (2003). “Auditoria é análise, à luz das boas práticas de assistência à saúde e do contrato entre as partes – paciente, médico, hospital e patrocinador do evento – dos procedimentos executados e conferindo os valores cobrados, para garantir que o pagamento seja justo e correto”. Traducción mía.

Matos, A. J. (2002). “A Margem de contribuição corresponde à diferença entre o valor da receita total e o custo variável, cuja expressão compreende a parcela de contribuição do produto ou serviço destinada à cobertura do custo fixo e à geração de resultados, caso o montante da referida contribuição seja superior ao valor do custo fixo”. Traducción mía.

Motta, A.L.C. (2003). “A auditoria trata da avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, e hoje esse trabalho tomou grandes proporções no contexto dos hospitais e operadoras de planos de saúde; com isso é necessário que a prática, em qualquer ramo da auditoria seja baseada em evidências por meio da formação de conceitos sólidos fundamentando a prática”. Traducción mía.

O.P.S., (1998). “São todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos”. Traducción mía.

Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007). “A maneira de transformar o sistema de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes. O valor na assistência à saúde é o resultado obtido na saúde por dólar gasto. Se todos os participantes do sistema tiverem que competir em valor, o valor melhorará drasticamente. No entanto, por mais simples e óbvio que isso possa parecer, a melhoria do valor não tem sido a meta central dos participantes do sistema”. Traducción mía.

Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007). “A competição baseada em valor focada em resultados vai muito além da assistência à saúde dirigida pelo consumidor. Os consumidores só conseguirão desempenhar um papel maior no seu atendimento e fazer melhores escolhas se os prestadores e os planos de saúde realinharem a competição em torno dos resultados aos pacientes e disseminarem as informações relevantes”. Traducción mía.

Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007). “A competição em valor deve girar em torno de resultados. Os resultados que interessam são os efeitos no paciente por unidade de custo no nível de condição de saúde. Competição em resultados significa que todos os prestadores, planos de saúde e fornecedores que alcançarem excelência são recompensados com mais negócios, ao passo que os que deixarem de demonstrar bons resultados perderão negócios ou terão que deixar de prestar aquele serviço. Competição por transferência de custos e limitação de serviços é uma competição de soma zero – o ganho de um ator é uma perda para os demais. Competição nos resultados para o paciente é uma competição de soma positiva, com a qual todos os participantes podem se beneficiar. Quando os prestadores têm êxito na entrega de valor superior, os pacientes ganham, os empregadores ganham e os planos de saúde também ganham, por meio de melhores resultados alcançados a custos mais baixos”. Traducción mía.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz del Instrumento “Encuesta Semiestructurada”

Encuesta N°:
Fecha:/...../ 2014
Informante Calificado N°:
Encuestador: Júlio César Souza

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

- MODELOS DE RETRIBUCIÓN PRESTACIONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS-

1. Datos de Clasificación:

- 1.1. Sexo: 1.1.a. () Femenino 1.1.b. () Masculino
1.2. Edad: _____ años
1.3. Título de: 1.3.a. () Graduación: ¿Cuál?: _____
1.3.b. () Posgrado
1.3.c. () Otros: _____
- 1.4. Cuánto tiempo hace que trabaja en el campo de la salud?
1.4.a. () Hasta 3 años 1.4.b. () De 3 hasta 5 años
1.4.c. () De 5 hasta 8 años 1.4.d. () De 8 hasta 10 años
1.4.e. () Más de 10 años 1.4.f. () No sabe/No contesta

2.- Datos de la Investigación:

2.1. ¿Cuál o cuáles son los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios que adopta la Institución donde trabaja actualmente?

- 2.1.a. () Cuenta abierta (fee-for-service) 2.1.b. () Paquetes
2.1.c. () Capitación 2.1.d. () Cuenta abierta perfeccionada
2.1.e. () Procedimiento Quirúrgico Gestionado 2.1.f. () Diaria semiglobal
2.1.g. () Procedimiento Clínico Gestionado 2.1.h. () Diaria Global
2.1.i. () Otro – ¿Cuál?: _____

2.2. La Institución en la que trabaja actualmente ¿ya intentó adoptar un modelo diferente?

- 2.2.a. () si 2.2.b. () no 2.2.c. () No sabe/No contesta

Si la respuesta es afirmativa:

- 2.2.a.1. ¿desde cuándo?: _____ 2.2.a.2.: ¿Con quién?: _____
_____ 2.2.a.3. () No sabe/No contesta

2.3. ¿Ya recibió propuesta de algún hospital para cambiar el sistema de cobro/ restitución?

- 2.3.a. () si 2.3.b. () no

Si la respuesta es afirmativa:

- 2.3.a.1. ¿Desde cuándo?: _____ 2.3.a.2. ¿Cuántos? _____

2.4. ¿Su Institución es abierta a intentar un nuevo modelo de retribución prestacional de servicios hospitalarios?

- 2.4.a. () si 2.4.b. () no

2.5. ¿Crees que el mercado necesita cambiar el modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios?

2.5.a. Si

2.5.b. no

Si la respuesta es afirmativa: 2.5.c./d. ¿en cuánto tiempo y por qué? _____

2.6. ¿Qué modelo considera como el más adecuado para la retribución prestacional de servicios hospitalarios en Río de Janeiro?

2.6.a. Cuenta abierta (fee-for-service)

2.6.b. Paquetes

2.6.c. Capitación

2.6.d. Cuenta abierta perfeccionada

2.6.e. Procedimiento Quirúrgico Gestionado

2.6.f. Diaria semiglobal

2.6.g. Procedimiento Clínico Gestionado

2.6.h. Diaria Global

2.6.i. Otro – ¿Cuál?: _____

2.6.j. ¿Por qué? _____

2.7. ¿Considera que el cobro por cuenta abierta (fee-for-service) genera desconfianza en la relación entre la medicina prepaga y los hospitales?

2.7.a. si

2.7.b. no

2.7.c. No sabe/No Contesta

2.7.d. ¿Por qué? _____

2.8. ¿Qué modelo le parece más ventajoso para la **medicina prepaga**?

2.8.a. Cuenta abierta (fee-for-service)

2.8.b. Paquetes

2.8.c. Capitación

2.8.d. Cuenta abierta perfeccionada

2.8.e. Procedimiento Quirúrgico Gestionado

2.8.f. Diaria semiglobal

2.8.g. Procedimiento Clínico Gestionado

2.8.h. Diaria Global

2.8.i. Otro – ¿Cuál?: _____

2.8.j. No sabe/No Contesta

2.9. ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el **hospital**?

2.9.a. Cuenta abierta (fee-for-service)

2.9.b. Paquetes

2.9.c. Capitación

2.9.d. Cuenta abierta perfeccionada

2.9.e. Procedimiento Quirúrgico Gestionado

2.9.f. Diaria semiglobal

2.9.g. Procedimiento Clínico Gestionado

2.9.h. Diaria Global

2.9.i. Otro – ¿Cuál?: _____

2.9.j. No sabe/No Contesta

2.10. ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el **usuario/paciente**?

2.10.a. Cuenta abierta (fee-for-service)

2.10.b. Paquetes

2.10.c. Capitación

2.10.d. Cuenta abierta perfeccionada

2.10.e. Procedimiento Quirúrgico Gestionado

2.10.f. Diaria semiglobal

2.10.g. Procedimiento Clínico Gestionado

2.10.h. Diaria Global

2.10.i. Otro – ¿Cuál?: _____

2.10.j. No sabe/No Contesta

2.11. ¿Qué modelo considera más ventajoso para el financiamiento del sistema de servicios de salud en Río de Janeiro?

- 2.11.a. () Cuenta abierta (fee-for-service) 2.11.b. () Paquetes
2.11.c. () Capitación 2.11.d. () Cuenta abierta perfeccionada
2.11.e. () Procedimiento Quirúrgico Gestionado 2.11.f. () Diaria semiglobal
2.11.g. () Procedimiento Clínico Gestionado 2.11.h. () Diaria Global
2.11.i. () Otro – ¿Cuál?: _____
2.11.j. () No sabe/No Contesta

2.12. ¿Qué modelo le parece que genera más costo para todo el sistema de salud?

- 2.12.a. () Cuenta abierta (fee-for-service) 2.12.b. () Paquetes
2.12.c. () Capitación 2.12.d. () Cuenta abierta perfeccionada
2.12.e. () Procedimiento Quirúrgico Gestionado 2.12.f. () Diaria semiglobal
2.12.g. () Procedimiento Clínico Gestionado 2.12.h. () Diaria Global
2.12.i. () Otro – ¿Cuál?: _____
2.12.j. () No sabe/No Contesta

Términos:

Cuenta Abierta: Es la modalidad donde los precios son definidos de manera específica para cada acomodación, equipamientos, cada uno de los insumos utilizados durante la internación y /o procedimiento del paciente, con descripción analítica de todos los ítems, incluso materiales y medicamentos.

Paquetes: Es la formación de un costo fijo para determinado procedimiento, o sea, la suma de los servicios utilizados, procedimientos médicos, diarias de acuerdo con las referencias médicas en lo que se refiere a la permanencia del paciente, materiales, medicamentos, gasas medicinales, alquileres de equipamientos y otros costos incluidos, acrecidos de impuestos y lucro, pudiendo tener incluidos los horarios médicos o no.

Capitación: El pago por Capitación es una manera de retribución prestacional per cápita, en la que el valor del auxilio es establecido mensualmente, de acuerdo con un determinado número de usuarios, por el cual la empresa se responsabiliza en ofrecer los servicios de salud y recibe de manera prepaga por el servicio realizado.

Cuenta abierta perfeccionada: Anticipa el detallar todas las diarias y tasas con ítems y servicios comprendidos y no comprendidos en cada una de ellas.

Procedimiento Gestionado: Es el conjunto de acciones asistenciales y administrativas necesarias y suficientes para la realización integral de procedimientos clínicos o quirúrgicos, contemplando recursos humanos, instalaciones físicas, infraestructura, instrumentos y materiales de servicio, inherentes al proceso asistencial. En el Procedimiento Gestionado la base está fundamentada en protocolos, directrices clínicas y consenso de los especialistas que componen el cuerpo clínico del hospital. Sólo en ese momento son examinados los costos y se atribuyen los precios de los servicios que serán negociados.

Diaria Global: Constituye principalmente la composición de diaria, servicios de enfermería, materiales de consumo y descartables, medicamentos de uso común, utilización de los equipamientos, gasas medicinales, dieta del paciente, tasas diversas, algunos análisis y a veces honorarios médicos.

Gracias por su colaboración!

Anexo 2

RESULTADOS ARROJADOS DE LAS ENCUESTAS SOBRE MODELOS DE RETRIBUCIÓN PRESTACIONAL DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

1. Datos de Clasificación:

1.1. Sexo:

Femenino	8	53%
Masculino	7	47%
Total	15	100%

1.2. Edad:

De 20 hasta 30 años	3	20%
De 31 hasta 40 años	3	20%
De 41 hasta 50 años	6	40%
De 50 hasta 60 años	3	20%
Más de 61 años	0	-
Total	15	100%

1.3. Titulación:

Graduación	03	20%
Posgrado	12	80%
Total	15	100%

¿Cuál?		
Administración	10	67%
Contabilidad	01	7%
Medicina	02	13%
Servicio Social	02	13%
Total	15	100%

1.4. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en el campo de salud?

Hasta 3 años	2	13%
De 3 hasta 5 años	1	7%
De 5 hasta 8 años	-	-
De 8 a 10 años	3	20%
Más de 10 años	9	60%
Total	15	100%

2. Datos de la Investigación:

2.1. ¿Cuál o cuáles son los modelos de retribución prestacional de los servicios hospitalarios que adopta la Institución donde trabaja actualmente?

Cuenta abierta (fee-for-service)	15	100%
Paquetes	14	93%
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	6	40%
Diaria Semiglobal	9	60%
Procedimiento Clínico Gestionado	1	7%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	2	13%

2.2. ¿La institución ya intentó adoptar un modelo diferente?

Si	3	20%
No	12	80%
Total	15	100%

Si es afirmativa la respuesta, ¿cuándo? ¿Con quién?

1- 2013 – Mayores hospitales de las 5 mayores capitales

2- Diversos prestadores

3- Rede D'Or

2.3. ¿Ya recibió propuesta de algún hospital para cambiar el sistema de cobro/ retribución prestacional?

Si	6	40%
No	9	60%
Total	15	100%

Si es afirmativa la respuesta: ¿cuándo? ¿De cuántos?

1- 2010 – 5 hospitales – Rede D'Or

2- 2005 – Rede D'Or

3- 2003 – 01 hospital

4- Rede D'Or e C.S.N.S. de Fátima

5- 2012 – Rede D'Or

6- 2013 – Rede D'Or

2.4. ¿Su Institución es abierta a intentar un nuevo modelo de retribución prestacional de servicios hospitalarios?

Si	12	80%
No	03	20%
Total	15	100%

2.5. ¿Considera que el mercado necesita cambiar el modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios?

Si	15	100%
No	-	0%
Total	15	100%

Si es afirmativa la respuesta: ¿en cuánto tiempo?		
Inmediatamente	05	33,5%
En breve 2 a 4 años	05	33,5%
Urgente	02	13%
No respondieron	03	20%
Total	15	100%

2.6. ¿Qué modelo considera como el más adecuado para la retribución prestacional de servicios hospitalarios en Río de Janeiro?

Cuenta abierta (fee-for-service)	-	-
Paquetes	08	23%
Capitación	01	3%
Cuenta abierta perfeccionada	02	6%
Diaria Global	07	21%
Diaria Semiglobal	03	9%
Procedimiento Clínico Gestionado	05	15%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	08	23%
Total de indicaciones	34	100%

¿Por qué? Respuestas: Costo establecido anteriormente; previsibilidad; reducción de costos; estandarización y control de costos, retención de costos y estandarización de tratamientos, definición de protocolos, reducción de costos administrativos y auditorías contables, conformidad con estudios de la ANS y vía para formas más avanzadas como capitación.

2.7. ¿Considera que el cobro por cuenta abierta (fee-for-service) genera desconfianza en la relación entre la medicina prepaga y los hospitales?

Si	14	93%
No	01	7%
Total	15	100%

2.8. ¿Qué modelo le parece más ventajoso para la medicina prepaga?

Cuenta abierta (fee-for-service)	01	3%
Paquetes	07	20%
Capitación	03	9%
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	06	17%
Diaria Semiglobal	01	3%
Procedimiento Clínico Gestionado	07	20%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	10	28%
Total de indicaciones	35	100%

2.9. ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el hospital?

Cuenta abierta (fee-for-service)	13	61%
Paquetes	02	10%
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	03	14%
Diaria Semiglobal	01	5%
Procedimiento Clínico Gestionado	01	5%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	01	5%
Total de indicaciones	21	100%

2.10. ¿Qué modelo le parece más ventajoso para el usuario/paciente?

Cuenta abierta (fee-for-service)	01	5%
Paquetes	02	10,5%
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	01	5%
Diaria Global	02	10,5%
Diaria Semiglobal	01	5%
Procedimiento Clínico Gestionado	03	16%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	06	32%
Otro – ¿Cuál? R.: Independiente	03	16%
Total de indicaciones	19	100%

2.11. ¿Qué modelo considera más ventajoso para el financiamiento del sistema de servicios de salud en Río de Janeiro?

Cuenta abierta (fee-for-service)	-	-
Paquetes	06	20%
Capitación	02	7%
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	06	20%
Diaria Semiglobal	01	3%
Procedimiento Clínico Gestionado	06	20%
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	09	30%
Total de indicaciones	30	100%

2.12. ¿Qué modelo le parece que genera más costo para todo el sistema de salud?

Cuenta abierta (fee-for-service)	15	100%
Paquetes	-	-
Capitación	-	-
Cuenta abierta perfeccionada	-	-
Diaria Global	-	-
Diaria Semiglobal	-	-
Procedimiento Clínico Gestionado	-	-
Procedimiento Quirúrgico Gestionado	-	-
Total de indicaciones	15	100%



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Buenos Aires, 20 de Octubre de 2014

Por la presente, se deja constancia de aprobación de la "Tesis Final":
"IDENTIFICACIÓN DE LOS MODELOS DE RETRIBUCIÓN DE LA PRESTACIÓN
DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS PRIVADOS, CONTRATADOS POR LAS
MEDICINAS PREPAGAS EN RÍO DE JANEIRO (BRASIL), EN EL PERÍODO DE
ESTUDIO: AÑO 2000 HASTA 2013.", del alumno DE SOUZA, JÚLIO CÉSAR,
correspondiente a la Carrera "Maestría en Administración de Servicios de Salud",
para su presentación ante la Secretaría Académica de Posgrado:

Firma y aclaración del Director/Tutor:
Prof. Dr. Oscar García Romero

Firma y aclaración de la Codirectora:
Prof. Dra. María de Fátima Sillansky de Andreazzi

Firma y aclaración del Coordinador de Tesis de la Carrera:
Prof. Dra. Hiliana Gabriela Frías

Firma y aclaración del Director de la Carrera:
Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus Calderón

Firma del Alumno:
De Souza, Julio César