

DIRECTORES MÉDICOS | BIBLIOTECA DE GESTIÓN CLÍNICA 2023

Reunión 02/03/2023

Primer encuentro virtual del año.

Tema: **“Síndrome pagador-prestador ¿Una crisis sin salida?”**. A cargo de **Ricardo Pieckenstainer, Director General del Hospital Privado Universitario de Córdoba**

INTRODUCCIÓN

Roberto Martínez, coordinador de la Comisión de Directores Médicos y director General en Hospital Italiano de La Plata

Para introducir el tema y ponerlo en contexto, Roberto Martínez definió: “Las organizaciones prestadoras de salud estamos frente a una severísima crisis de sustentabilidad económica. Es por eso, siempre debemos pensar cómo tenemos que relacionarnos con cada uno de los pagadores/financiadores”.

Explicó que el título del tema elegido para tratar durante el encuentro hace referencia a la idea de que “estamos frente a un proceso patológico, *un síndrome pagador-prestador*”, y que por eso nos preguntamos: “¿Una crisis sin salida? ¿Una crisis o un problema que venimos abordando siempre de la misma manera y, por tanto, será casi imposible encontrar una salida?”.

“Estamos ante la presencia de un modelo de relación pagador-prestador que pareciera inviable. Si el director médico vive a diario este problema, debiera interiorizarse y ser parte de la búsqueda de una solución”, resumió.

DESARROLLO TEÓRICO

Ricardo Pieckenstainer, director General del Hospital Privado Universitario de Córdoba
Médico egresado de la Universidad Nacional de la Córdoba, especialista en Medicina Interna y Medicina Interna Geriátrica y ex Director Médico del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Al inicio de su ponencia, Pieckenstainer señaló que “el primer desafío es entender y aceptar que el paradigma de la relación médico-paciente tal como la conocíamos no existe más, puesto que la complejidad tecnológica y, por ende, el impacto de las comunicaciones (dentro de esto, por ejemplo, la telemedicina) ha modificado la forma en la que nos relacionamos con los pacientes. La complejidad de las operaciones ha cambiado diametralmente”.

En este sentido, fundamentó que es importante que “intentemos pensar diferente”.

“La peculiaridad, además, del servicio de salud es que es un sistema que funciona 24x7, especialmente el sector hospitalario, por tener guardia e internación, lo que nos convierte en una especie de **industria de servicios**: damos servicios médicos que están atravesados por operaciones de calidad, seguridad, transferencia de pacientes, métricas”, explicó.

Allí, introdujo y se centró en el concepto de “flujo”: **“A una industria de servicios, como la nuestra, lo que más le impacta es el flujo de pacientes, de información, de los mecanismos de seguridad, de los proveedores, etcétera, y todo esto depende del flujo del dinero: cadena de pagos, cobro y liquidación. Cualquier traspíe o retraso en esta cadena o flujo nos genera un impacto muy grave”, sintetizó.**

Y apuntó a las “tres o cuatro circunstancias que hacen que el flujo de fondo, que hace falta para que todos los otros mecanismos operacionales funcionen correctamente, se vea severamente afectado:

- 1- **El ciclo operativo:** en este aspecto, Pieckenstainer explicó la brecha o el desfase temporal (y, por ende, en costos) que existe entre la prestación que las instituciones brindan y la facturación de ese servicio. **“El flujo tiene un ciclo operativo que lleva de 90 a 120 días. Cuando las circunstancias económicas son estables el flujo y la espera de dinero no nos cuesta plata, pero esa no es la realidad”, resumió,** y luego detalló ese ciclo: “Para poder facturar la primera prestación del día uno del mes, tenemos 15 días el dinero invertido para atender al primer paciente. Antes y durante todo el mes, todo lo que compramos se lo damos a los pacientes, cerramos la facturación el día que podemos, la presentamos a los financiadores según la fecha que corresponda y, desde ahí, esperamos entre 60 y 90 días para empezar a hacernos de ese dinero que comenzamos a gastar los primeros días del mes”.

“Como existe un flujo operativo tan prolongado, los directores médicos, quienes deben tomar decisiones médicas en estas circunstancias, tienen que entender que encarnan un rol absolutamente preponderante en el impacto económico que produce (en ese flujo) cada una de las decisiones tomadas”, destacó.

- 2- **La inflación:** aquí señaló que “el aumento, la disminución, el hecho de eficientizar y/o poner en inversión capital de trabajo no solamente deben ser analizados en cuanto al impacto económico que generan en ese momento sino en la proyección a 60 ó 90 días”.

A eso se suma el problema actual de una “acotada pauta de precios con los financiadores”, que termina generando, en suma, una “crisis sin salida”: “Mientras que antes, al menos, teníamos la capacidad de mover los precios en base a la inflación, hoy estamos frente a una muy controlada pauta de precios con los financiadores, con lo cual la distorsión (por el ciclo operativo, pero también por la fijación de precios) es interminable”.

En relación a los financiadores afirmó que “si no empezamos a comprometer a distintos jugadores, el problema se torna realmente inviable, ya que nuestros proveedores (de prótesis, distribución, alimento, oxígeno, entre otros) no tienen un ciclo operativo de 90 a 120 días, por lo cual debemos pagarles al momento y proveernos de nuestro stock a un precio que no está regulado, como el nuestro, y a una moneda que no es la misma que la que cobramos”.

“Así, la conformación del flujo que uno intenta proyectar en 120 días o más torna imprevisible la capacidad de poder prever los impactos que toman los directores médicos en la operación”, sintetizó.

- 3- Los recursos humanos:** problema al que definió como “el más grave de todos”. “Vemos que están faltando recursos humanos, que las licencias de especialistas que van generándose año a año son cada vez menores en las básicas”, dijo, y mencionó a especialidades como ginecología, pediatría, terapistas, entre otros.

En este contexto, advirtió que “estos jugadores empiezan a desaparecer del mapa y la concentración comienza a ser cada vez mayor, por lo cual las instituciones deben tener el suficiente capital de trabajo para que todo el trabajo adicional que llega a la infraestructura (casi colapsada) tenga la capacidad de financiar los 120 días o más para volver a hacer el dinero para volver a atender a los pacientes que vienen”, reflexionó.

Luego abordó las CONCLUSIONES FINALES:

Después de analizar los tres puntos anteriores, Pieckenstainer enfatizó la importancia de alcanzar una “alianza estratégica”: “Necesitaríamos que nuestros proveedores entiendan nuestro ciclo operativo y así buscar una alianza estratégica para conseguir precios, plazos, formas de pago, financiamiento, etcétera, que nos permitan funcionar a ambos actores”. Recalcó que esto “redundaría en previsibilidad, tanto para los prestadores como para los financiadores”.

Recordó que la situación de los financiadores es distinta a la de los prestadores: “Los financiadores cobran 120 días antes que nosotros”.

“Debemos ser parte de un nuevo acuerdo, equitativo y honesto, para que tanto los financiadores como los prestadores tengamos el margen razonable de rentabilidad que todos necesitamos para funcionar, con el menor impacto posible que nos genera la inflación”.

“Los directores médicos son agentes indispensables de esto, ya que cada vez que toman una decisión en el ciclo operativo esto no tiene un impacto inmediato en ese momento”, cerró.

INTERCAMBIOS

Roberto Martínez: al cierre de la ponencia de Ricardo Pieckenstainer y en línea con el enfoque de la charla, Roberto Martínez preguntó a los directores médicos, en forma retórica, “si están seguros de que cada uno de ustedes se siente el director de cada una de las cosas que sucede desde el punto de vista de la atención médica dentro de sus instituciones”.

Y amplió: “Si eso está fuera de control, no hay futuro posible para poder llevar adelante un nuevo modelo para poder presentarle a nuestros financiadores”.

Alejandro Ciano (Clínica Monte Grande): propuso que “los financiadores paguen un porcentaje de la facturación a fin de mes, para que el riesgo sea compartido”.

Ricardo Pieckenstainer: en respuesta a Ciano, Pieckenstainer opinó que esa ecuación sería positiva, pero es “inviabile”, y citó un ejemplo figurativo: “Si un prestador factura cien pesos anuales promedio y acuerda una facturación del 50% por adelantado o sin débito y luego pasa de facturar cien a 300 pesos el sistema es inviable”.

José Luis Leone (Clínica Bessone): le consultó a Ricardo Pieckenstainer “cómo linkea su exposición con el tema de la calidad de atención al paciente”.

Ricardo Pieckenstainer: “El tema es complejo. La calidad que el director médico percibe que da no es exactamente igual a la que el paciente percibe que recibe. La percepción de calidad que el paciente tiene es lo que se imagina que va a recibir y no lo que realmente recibe”, afirmó Pieckenstainer, y explicó que lo que sucede es que, **“en la actual circunstancia de crisis, la calidad se percibe muy mala, ya que, todos están mal, cansados de la pandemia, todos se comunican muy agresivamente, y eso tiene un impacto contundente en la transmisión de información y la relación médico-paciente”**.

Fernando Iudica (Hospital Universitario Austral): opinó, en principio, que es importante que “el financiador vea nuestra dificultad para mantener la prestación. Nosotros, los prestadores, queremos ser socios de ellos para atender bien a sus afiliados, pero sin el dinero para costear los insumos, por ejemplo, probablemente no podamos atenderlos adecuadamente”.

Por otra parte, aclaró que “los débitos dependen de los financiadores y nos envían esos débitos tres o cuatro meses después de haberlos efectuado, y los prestadores terminamos refacturándolos ocho meses después, que termina siendo mucho dinero” y, en ese sentido, preguntó: **“¿En qué medida tenemos que comprometer al financiador para que el sistema de salud sea un poco más equilibrado?”**.

Ricardo Pieckenstainer: en este aspecto, se refirió a la acreditación internacional de calidad que tiene el Hospital Universitario Austral como “mecanismo de seguridad” para negociar y/o alcanzar consensos. “Esa “vara” es la que debiera existir para determinar que si uno hace las cosas bien y con previsibilidad, el financiador debe pagar en tiempo y forma, actualizando los precios como corresponde”.

Gerardo Bozovich (IADT): contextualizó la complejidad propia del sistema de salud, con la cantidad de obras sociales y prepagas existentes como parte de esa complejidad, y la falta de voluntad política para “tocar o tratar el tema de servicios de salud”.

En ese marco, señaló: “En nuestro subsector hay una realidad de una posible supervivencia en quienes tienen integración vertical, una incertidumbre profunda en quienes no tenemos ese tipo de integración y una ausencia de posibilidad de gestión en quienes dependen de un financiador público, que a su vez tiene fuerzas políticas que lo gobiernan e imponen las reglas”. Y luego puntualizó: “Nosotros, definitivamente, tenemos una combinación de problemas, empezando por el recurso humano, que es el problema de los próximos diez años”.

Luego resumió: “En este conjunto dinámico, nuestra probabilidad de éxito logrando acuerdos individuales con un financiador, que a su vez está zamarreado por otras fuerzas superiores, es extremadamente limitado”.

Ricardo Pieckenstainer: “La crisis de recursos humanos va a ser, sin duda, la que dará el golpe de gracia final a los problemas que tiene nuestro sector”, adhirió, agregando que “los prestadores terminaremos “canibalizándonos” para ver quién atiende a nuestros pacientes y eso será, de alguna manera, el decisor de quién quedará funcionando, con estándares de calidad, procesos operativos seguros y personal idóneo y entrenado”.

Javier Sala (IMC de Córdoba): sumó a la industria farmacéutica como otro de los actores involucrados: “Es necesario considerar también el desafío que tenemos con la industria farmacéutica: la cuestión del lobby que podemos llegar a hacer con este sector y la libertad con la cual los precios se manejan en la Argentina”.

“Muchas veces, los prestadores y hasta los propios financiadores terminan pagando sobrepagos. Por eso, sería importante que entre prestadores y pagadores pudiéramos trabajar para ver cómo controlar esta cuestión”, sugirió.

Ricardo Pieckenstainer: en coincidencia con el argumento de Sala, Pieckenstainer comentó que “si no se toman decisiones basadas en flujos económicos serios, no se comparte con los prestadores el impacto que esto tiene y no se suma, luego, a la industria al proceso, no se puede alcanzar un acuerdo”.

CIERRE

José Luis Leone, Director Médico de Clínica Bessone

Destacó algunos de los puntos más importantes de la disertación de Ricardo Pieckenstainer:

- **Debemos pensar diferente.** “Los financiadores debieran aumentar el 100% de las consultas de atención primaria y pagarlo a 30 días”, agregó Leone.
- **Esta es una industria de servicios, cuyo impacto mayor es en el flujo y, por las características de nuestro sector, tenemos un flujo operativo prolongado del dinero.**
- **El problema es de todos.**
- **Se requiere una alianza estratégica basada en previsibilidad presupuestaria.**

Luego, cerró el encuentro con una reflexión a modo de resumen, “como base de la problemática”:

“El síndrome pagador-prestador se caracteriza por la presencia de la díada de sobreprestación y débito en el entorno no modulado, y el incumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión en el entorno modulado, junto con la postergación de los pagos en el contexto inflacionario (propio de la medicina) y crónico (de nuestra República). Todo esto en un marco regulatorio y

cultural, donde el sano incremento de los derechos de cobertura va de la mano indisoluble del patológico desconocimiento acerca del origen de los fondos que pueden cubrir ese derecho.

El síndrome pagador-prestador tiene como base fisio-patológica fundamental la falta de confianza entre las partes y la ausencia de estímulos alineados con la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios financiadores y prestadores.

El método diagnóstico por excelencia es el monitoreo permanente de los resultados clínicos, cuyo desvío de los promedios establecidos en las guías de práctica clínica evidencia el nivel de gravedad del síndrome.

Todos los tratamientos utilizados hasta la fecha consisten en terapias paliativas”.

Ya a título personal, Leone opinó: “En el contexto actual, se propone la remuneración mensual de las prácticas en base a un score consensuado de resultados clínicos y epidemiológicos, tanto en ambientes modulados como no modulados. Solo así se restituirá la confianza de todos los actores del sistema sanitario de la República Argentina”.