

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: María Inés Sfriso

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CONTRATACIÓN DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UNA PREPAGA ENTRE
PER CÁPITA Y AUTOGESTIONADA POR PRESTACIÓN,
DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO EN 2017**

2019



Citar como: Sfriso, M. I. (2019). Análisis comparativo de la contratación del servicio de emergencias de una prepaga entre per cápita y autogestionada por prestación, desde el punto de vista económico en 2017. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de Contenidos

Resumen/Abstract	4
Introducción,	5
Planteamiento del Problema	5
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
Lugar y fecha	9
Metodología	9
Desarrollo,	10
Marco teórico,	10
Contratos con pago por prestación	12
Contratos con pago capitado	13
Contratos de relación de dependencia	15
Economía de escala	15
Análisis del problema	16
Descripción de la población de EMP en AMBA.....	17
Descripción de las modalidades de contratación de EMP en AMBA	20
Explicación de la composición de costos de EMP en AMBA.....	23
Descripción de la población de EMP2 en AMBA	24
Descripción del tipo de contratación EMP2 en AMBA	25
Simulación de costos de autogestión por prestación de EMP2 en AMBA	26
Situación en el interior del país	28
Cálculo del valor de las cápitas de interior al Prestador1	29
Tasa de uso de las poblaciones del interior del país	29

Estimación del costo por prestación de la cartera del interior	31
Descripción estructural de la cabina actual del sector Emergencias del Grupo EMP	33
Proyección del impacto en recursos humanos y tecnológicos	36
Comparación de costos capitados versus auto gestionados.....	39
Conclusiones	41
Diccionario	43
Bibliografía	444
Anexos	455

Resumen / Abstract

El prepago EMP comenzó sus operaciones en la Argentina en el año 1967. En la actualidad el Grupo empresario tiene más de 180.000 beneficiarios en el ámbito de AMBA, distribuidos en dos tipos de planes de salud: el histórico de EMP y el correspondiente a otra empresa de medicina prepaga adquirida hace más de una década, identificada como EMP2. Las modalidades de cobertura de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias son diferentes para cada una de ellas.

Por un lado, están los planes del prepago históricos en los que se auto gestionan los servicios de emergencias por prestación y por el otro, el conjunto de planes pertenecientes a EMP2 que siempre estuvieron capitados en un prestador tercerizado. En este trabajo se realiza una comparación de las modalidades de contratación con el objetivo de identificar la que resulte menos costosa, según la información del año 2017. Se justifica la utilización de un año anterior al último disponible (2018) por resultar el 2017, un año de demanda típica de servicios.

Se realiza una simulación de los costos de EMP2 con la información de EMP, tanto para AMBA como para las localidades de interior del país que también están gestionadas con el mismo prestador capitado. Se dimensionó el impacto que la eventual absorción de la gestión capitada tendría a nivel operativo y se la cuantificó económicamente. De los cálculos realizados, se arribó a la conclusión de que el cambio de la modalidad de contratación de servicios de emergencias podría producir un ahorro del orden de los cinco millones de pesos anuales, a valores del 2017. En términos relativos, esto representa una disminución del 16% de los costos. Se mencionan al final, algunos beneficios adicionales que podrían obtenerse con el cambio de gestión de las emergencias de EMP2.

Palabras Clave:

autogestión - capita - costos - emergencias - prestación - tercerización - urgencias médicas.

Introducción.

El presente Trabajo Final tiene por objetivo analizar la gestión del servicio de emergencias médicas domiciliarias de los beneficiarios de una empresa de medicina prepaga de alcance nacional, desde el punto de vista económico. Con tal fin, se organiza el documento en tres grandes ejes de trabajo que se describen sintéticamente en esta introducción.

El Planteamiento del Problema, donde se establece el objetivo general y los objetivos específicos que motivan esta producción así como la metodología cuantitativa, descriptiva y longitudinal utilizada. Posteriormente, en el Marco Teórico se define principalmente el concepto de Agencia y las diferentes modalidades de contratación y pago entre principales y agentes: cápita, prestación y relación de dependencia. En el apartado Análisis del Problema se realiza una descripción de las diferentes modalidades de gestión de las emergencias para las poblaciones de AMBA, se detalla la situación en el interior del país y se simulan los costos asociados a la modificación del tipo de contratación.

Será transversal a lo largo del Análisis del Problema la comparación entre la gestión de las urgencias y emergencias de dos empresas integrantes del mismo Grupo empresario, que se designan como EMP y EMP2 respectivamente.

Al finalizar el trabajo, se dedican unas líneas para las conclusiones.

Planteamiento del Problema.

El Grupo de Salud EMP es un grupo empresario familiar que comenzó sus operaciones en el año 1967, como una empresa de medicina prepaga en la Argentina cuya misión es "brindar a la familia una amplia variedad de servicios y asistencia médica, con la garantía de la atención personalizada y la destacada calidad en el cuidado médico. EMP considera que un adecuado cumplimiento de sus propósitos y objetivos contribuirá al desarrollo y mejoramiento de su personal y de la sociedad en la que actúa"¹.

Para dar un contexto que permita conocer a los distintos emprendimientos que este Grupo tiene en la Argentina, se hace un resumen de algunos de los hitos fundacionales más relevantes: poco después de la creación de la prepaga, en el año 1971 se fundó una Clínica Odontológica,

¹Extraído de la página web del grupo: <http://www.EMP.com.ar>, consultada el 19.03.2019

representando la primera de las integraciones verticales de este Grupo empresario. En el año 1999 el Grupo adquirió una Clínica para internación de pacientes agudos, ubicada en la localidad de Palermo y cuatro años más tarde esta clínica es acreditada por el ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud), para urgencias e internación de carácter polivalente para adultos.

Por otro lado, continuando con su foco en la calidad y mejora continua, en el año 2005 la prepaga obtuvo la certificación ISO 9001, para los procesos que aseguran la Calidad Médica a Nivel Nacional. Dos años más tarde ingresó al International Federation of Health Plans², reconocida red internacional de la industria de la Salud. En el 2009 el Grupo adquirió la empresa de medicina prepaga EMP2 y junto con ella, dos Clínicas para internaciones de urgencias estratégicamente ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Adicionalmente, en el 2010 se creó dentro del Grupo una Unidad de Negocios destinada a brindar servicios de asistencia al viajero, EMP Assistance y tres años más tarde inició sus operaciones EMP ART, la unidad de negocios dedicada a brindar seguros de accidentes del trabajo en la Argentina. En el 2016 se establece como la primer prepaga en incorporar la video-consulta gratuita para sus afiliados, a través de su portal web.

La combinación de todos estos eventos que incluyó diversificaciones e integraciones horizontales, integraciones verticales y varias acreditaciones en distintas entidades de garantía de la calidad, posicionan al Grupo de Salud EMP como uno de los líderes del mercado de salud local, brindando asistencia aproximadamente a 600.000 beneficiarios directos entre socios del prepago, clientes de asistencia al viajero y asegurados de la ART y un total aproximado de 3.000 empleados.

Las Unidades de Negocio de Asistencia al Viajero y ART son emprendimientos relativamente recientes, que provocaron la incorporación de gran cantidad de personal al staff del Grupo. Particularmente, en el caso del sector de Emergencias de EMP, la cantidad de operadores y mandos medios se triplicó durante los últimos años. Este crecimiento se debió al impacto que produjo la diversificación de tareas que se fueron incorporando a la gestión cotidiana, como consecuencia de la inclusión de las distintas Unidades de Negocio a las que se presta servicios (prepaga, viajero y ART). Asimismo, hace tres años fue necesario trasladar a todo el equipo de

² La IFHP es la principal red global de la industria de la salud; está conformada por empresas líderes en más de 25 países y tiene como objetivo principal garantizar el mantenimiento de altos estándares éticos y profesionales en las empresas adheridas.

trabajo a una nueva ubicación con mayor cantidad de posiciones operativas disponibles y mejores recursos informáticos de registro, archivo, seguimiento y control.

El equipo de Emergencias de EMP realiza la coordinación de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los socios de EMP en AMBA, la gestión inicial de las denuncias de EMP ART en territorio nacional y la coordinación integral de los casos de EMP Assistance en el mundo. Sin embargo, la coordinación de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los socios con planes médicos de la adquirida EMP2, a pesar de hacer ya más de una década de su fusión con EMP, permanecen gestionadas por el mismo prestador tercerizado que los gestionaba previamente, bajo la modalidad de contratación capitada.

Con el mayor número de personas en el staff del equipo, las mejores herramientas disponibles y el espacio físico adecuado, surge la inquietud de los líderes del sector Emergencias de EMP al respecto de la viabilidad de absorber la coordinación de las urgencias y emergencias de los socios del prepago pertenecientes a la EMP2, homologando el servicio al de los beneficiarios de EMP.

El foco del presente trabajo se establecerá entonces en la empresa fundacional de este Grupo de Salud: la empresa de medicina prepaga EMP; más particularmente se basará en el sector Emergencias del Grupo EMP. Dentro de los servicios que el prepago ofrece a sus afiliados en todo el país, se incluye la atención de las emergencias, urgencias y consultas médicas domiciliarias. La cobertura de estos eventos en la actualidad se realiza con recursos y modalidades contractuales diferentes según se trate de socios históricos de la prepaga EMP en el ámbito del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), socios históricos de la prepaga EMP residentes en el interior del país o socios de la adquirida EMP2, independientemente de su lugar de residencia.

Dentro de AMBA, la atención de las urgencias, emergencias y visitas domiciliarias de los socios históricos de EMP es coordinada a través de una Central Operativa perteneciente al propio Grupo EMP y gestionada bajo la modalidad "por prestación" con múltiples prestadores médicos, mientras que la gestión de los mismos servicios para los socios de EMP2 se encuentra tercerizada en un único prestador "capitado". Asimismo, las atenciones de estos servicios para los socios de ambas carteras que residen en el interior del país se gestionan también a través de la modalidad de contratación capitada en diferentes prestadores, dependiendo de la zona geográfica, que incluyen al prestador de AMBA al que a los fines de este trabajo se llama Prestador1.

El presente trabajo pretende analizar la conveniencia de homologar las modalidades de atención de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los socios pertenecientes a ambas empresas EMP y EMP2.

Para comenzar, se analizará la situación de los socios de los planes que pertenecieron a la EMP2 que residen en AMBA, por tratarse de la región donde el sector de Emergencias de EMP cuenta con mayor *expertise* con relación al conocimiento de prestadores, logística y demanda de servicios. Asimismo, dado que en algunas provincias del interior del país, la gestión y atención de las emergencias, urgencias y visitas domiciliarias de los socios del Grupo EMP también están capitadas en el Prestador1, en esta primera etapa se analizarán conjuntamente todas las áreas cubiertas por este mismo prestador. El objetivo de un análisis conjunto radica en efectuar una propuesta de salida de la cápita con el Prestador1 en forma simultánea de AMBA y el interior del país.

Se pretende, al concluir este trabajo, poder dar respuesta a la pregunta: ¿Qué alternativa de gestión de las emergencias médicas de un prepago de alcance nacional es menos costosa en 2017?

Objetivo General

Comparar la contratación del servicio de emergencias de una prepaga desde el punto de vista económico, entre capitada y autogestionada, en 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar los costos asociados a la modalidad de contratación "per cápita" de servicios de emergencias para los beneficiarios de EMP2, en 2017
- Estimar los costos asociados a la modalidad de contratación "por prestación" de servicios de emergencias para los beneficiarios de EMP2, en 2017
- Cuantificar los costos de operación vinculados a la absorción de la gestión de las emergencias de los asociados a EMP2 a 2017
- Comparar los costos de la gestión de las emergencias de EMP2 capitada con la proyección asociada a la autogestión por prestación en 2017

Lugar y fecha

Se analizarán los datos relacionados a los consumos de los servicios de emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los beneficiarios de una empresa de medicina prepaga de la República Argentina durante el año 2017.

Metodología

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y longitudinal, retrospectiva. Las investigaciones cuantitativas utilizan magnitudes numéricas que pueden analizarse con herramientas del campo de la estadística. Este tipo de investigaciones permiten predecir comportamientos en función a determinadas variables estudiadas. Sus resultados son descriptivos. La investigación descriptiva se lleva a cabo cuando se quiere mostrar las características de un grupo, de un fenómeno o de un sector, a través de la observación y medición de sus elementos. La información que nos proporciona un análisis descriptivo, además de ser un fin en sí mismo, la podemos utilizar como base de partida para el desarrollo de una investigación más específica³. Resulta longitudinal dado que se estudiarán y evaluarán todos los casos del servicio de emergencias del prepago EMP durante todo el año 2017. Finalmente, es retrospectiva porque es un estudio longitudinal del 2017, pero analizado en el 2019.

Se eligió tomar en consideración los distintos tipos de asistencias médicas provistas por el sector Emergencias correspondientes al año 2017 a los efectos de lograr un estudio más representativo ya que, por razones aun no epidemiológicamente analizadas, la demanda de servicios del 2018 tuvo una disminución significativa en comparación a los estándares de promedio de servicios de años anteriores. Se considera que en caso de tomar para el análisis de costos asociados a las atenciones médicas domiciliarias del último año con información de servicios y facturación completa (2018), puede arribarse a una conclusión errónea ya que, como se menciona, fue un año de demanda totalmente atípica, con una estacionalidad invernal muy por debajo de los promedios históricos.

Si bien se comprende que esa baja cantidad de servicios podría influir positivamente en la confirmación de la conveniencia de la auto-gestión, dado que el valor de la cápita fue igual al que hubiera sido en una situación de alta demanda, se prefiere realizar el análisis en los escenarios

³ LAFUENTE IBAÑEZ, C., EGOSCOZABAL, A.M. "Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases y selección de técnicas". Revista EAN No. 64: p.5-18, septiembre-diciembre, 2008

más adversos posibles, para lograr conclusiones de mayor solidez argumental. Por esto, se considerarán para todos los efectos de cálculo, tanto para los servicios provistos por EMP directamente como los brindados por el Prestador¹, la distribución de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias correspondiente al año 2017.

En la misma línea, y a efectos de mantener una coherencia interna de datos, se tomará la población activa de socios de EMP y EMP2 a lo largo de ese mismo año 2017 para realizar el análisis retrospectivo de cuáles hubieran sido los costos de gestionar la cápita de EMP2 desde la Central Operativa de EMP. Cabe mencionar que la cantidad de cápitras de ambas carteras no ha sufrido modificaciones cuantitativamente significativas que ameriten la utilización de datos de otro período.

Desarrollo.

Marco teórico.

El marco teórico por utilizar para analizar las características de la relación contractual entre profesionales de la salud, aseguradores y gerencadoras y las variables que inciden sobre el comportamiento de las partes, corresponde a la Teoría de la Agencia (Arrow, 1985; Grossman y Hart, 1983; Hart y Holmström, 1987) y a la Teoría de Costos de Negociación o Transacción (Coase, 1960; Williamson, 1985; Grossman y Hart, 1986), pilares fundamentales de la Nueva Economía Institucional⁴. El principio básico alrededor del cual giran las diferentes teorías pertenecientes a la Nueva Economía Institucional (NEI) es que en toda actividad económica se establecen vínculos entre los agentes económicos intervinientes. Estos vínculos estarían representados por algún tipo de contrato, ya sea explícito o no. En función a la complejidad del vínculo entre los agentes, se optará por una u otra estructura para enmarcar la relación. Esta estructura marco se elige siguiendo un criterio de eficiencia.

Las relaciones de agencia se refieren a la existencia de una relación bilateral en la que una parte (el principal) contrata a otra (el agente) para realizar una labor o tomar ciertas decisiones. Se definen a partir de la existencia de 3 condiciones:

- Especialización (o separación de propiedad)

⁴ Extraído del material de Economía de la Empresa, Isalud. Apuntes de clase, Unidad 5: Economía de los Contratos en Salud. Fernández, Guillermina

- Objetivos divergentes
- Información asimétrica.

El foco de la Teoría de la Agencia se ubica en determinar el diseño del contrato más eficiente que gobierna la relación entre el principal y el agente, según los supuestos sobre las características de las personas, las organizaciones y la información involucrada. El "contrato" es un acuerdo entre voluntades, no necesariamente escrito, que representa un compromiso entre dos o más partes. En el contrato se especifican las obligaciones de cada una en todas las contingencias posibles detectadas previo al mismo, e incluye el mecanismo de pago en que un actor compensará o remunerará a otro.

Dentro de la relación de agencia descrita, existen diferentes tipos de contratos posibles entre un principal y un agente. El contrato representa la institución que proporciona una estructura a la forma de realizar transacciones, reduciendo la incertidumbre. En el contrato se conjugan la conducta humana y los costos y beneficios de una negociación en tanto que la contratación, como procedimiento entre agentes que interactúan económicamente, es un problema de incentivos⁵. Los incentivos son generados por los diferentes mecanismos de pago existentes en las contrataciones entre principales y agentes y afectan el comportamiento de profesionales, empresas gerencadoras de servicios y aseguradores con un impacto directo en la cantidad y calidad de servicios médicos provistos a la población. Otros factores influenciados también por la modalidad de contratación entre principal y agente, son la transferencia de riesgo entre los actores y la eficiencia en la utilización de los servicios de salud. Dentro de la gestión del riesgo, es posible tomar diferentes actitudes: aceptarlo, evitarlo, mitigarlo o transferirlo. La transferencia del riesgo consiste en trasladar el impacto económico y financiero que pueda tener el riesgo en cuestión, en este caso la atención de las urgencias domiciliarias, a otro elemento externo al propio proyecto.

El diseño de un sistema de pago óptimo de financiación requiere lograr un balance entre los incentivos y la distribución de riesgos financieros. A medida que se refinan las tarifas según las características de la asistencia, el riesgo financiero se traslada desde el prestador al financiador. De la combinación de las unidades de pago y el riesgo financiero de cada una resulta una gama de posibles sistemas de remuneración. La elección depende, entre otras cosas, de los objetivos de quien diseña los mecanismos de pago. Una desacertada distribución de riesgos entre

⁵Adaptado del material de Economía de la Empresa, Isalud. Apuntes de clase, Unidad 3: Teoría de la Agencia. Fernández, Guillermina

asegurador y prestador puede dar lugar a conductas oportunistas, situación que intenta remediarse con la firma de contratos entre las partes que las prevengan y castiguen.

En la Argentina, son múltiples las modalidades de contratación vigentes para los servicios de salud, teniendo particular preponderancia los tipos de contrato capitados, por prestación y los de relación de dependencia. Se hace una breve descripción de cada uno de ellos ya que todos estos modelos están vigentes en la relación entre el Grupo EMP y los prestadores con que se vincula, en particular quienes efectivizan las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias para todos sus asociados.

Contratos con pago por prestación

El pago por prestación o FFS (Fee For Service en su acepción inglesa) es el mecanismo de pago en salud que presenta la máxima desagregación posible en tanto conforma un pago retrospectivo por cada acto médico realizado, dependiendo estrictamente del volumen de prácticas hechas por el profesional interviniente, en el periodo de tiempo estipulado. Los mecanismos retrospectivos son aquellos en los que el financiador paga cada mes la factura que le presentan los prestadores, en función de los servicios realizados. Hay un desconocimiento del volumen monetario que debe abonar el financiador al prestador hasta tanto se produzca la prestación médica, por lo que el financiador tiene poca capacidad para prever el monto total del gasto. Asimismo, es un sistema de pago que suele estar regido por Nomencladores⁶ ya sean nacionales, provinciales o específicos por especialidad. Su valor está dado por monedas abstractas, por ejemplo Galenos, que luego son reconvertidas a las monedas de curso legal del país, a través de cálculos matemáticos. Es decir, el profesional emite una factura correspondiente a la cantidad de prestaciones que realizó el mes anterior. El financiador efectúa una auditoría de las facturas recibidas y las abona en función de los plazos establecidos en las condiciones contractuales acordadas previamente con ese prestador.

En esta modalidad de contratación médica, el incentivo económico para el profesional radica en maximizar los actos médicos dentro del periodo. Esto, en muchas ocasiones, lleva a una menor duración de las consultas y a una sobre citación de pacientes, por ejemplo, solo para repetir

⁶ El Nomenclador nacional consiste en un catálogo donde se detallan las técnicas médicas utilizadas para el tratamiento de una enfermedad. Este catálogo se lo suele utilizar en facturación sanatorial ya que le facilita al profesional el nombre de la prestación médica que recibe el paciente. El Nomenclador Nacional se divide en diferentes partes o prácticas: quirúrgicas, médicas, odontológicas y bioquímicas. De acuerdo con la práctica específica que se utilice los prestadores médicos deberán facturar a los prestatarios, que pueden ser por ejemplo las obras sociales, un monto justo y razonable.

recetas. En la misma línea, el riesgo recae plenamente en el financiador, salvo que se tome alguna medida contractual como puede ser la inclusión de "techos" individuales o grupales.

Existen diferentes técnicas para garantizar que el financiador no abone en exceso al límite fijado en el acuerdo con el prestador, en concepto de servicios del mes. Por ejemplo se menciona la técnica denominada "*Claw Back*" que fija un techo al gasto y cuando las facturas superan ese importe se aplica un descuento en el pago al prestador. En algunos casos el *Claw Back* se aplica solo a las grandes facturas, aunque puede ser aplicado por igual a todos los médicos sin considerar sus volúmenes de facturación. También puede focalizarse su uso en aquellos médicos que generan costos de atención altos en comparación con los de otros profesionales que tratan pacientes de características similares. Finalmente, puede usarse también para situaciones en las que lo facturado por un prestador se incrementa, en forma llamativa, con respecto a sus facturaciones de periodos anteriores.

Esta modalidad de contratación, si bien es una de las más difundidas entre prestadores médicos, presenta algunos efectos teóricos previsible que conspiran contra la calidad médica. Entre ellos se puede mencionar que desincentiva la prevención en salud, induce la demanda y en consecuencia la sobre prestación, genera un gasto excesivo en salud sin una contraparte en resultados de calidad, puede facilitar situaciones de corrupción o fraude, fomenta la discriminación de tarifas y motiva una distribución desigual de la oferta médica ya que tenderá a aglutinarse en lugares geográficos de alta demanda.

Todos estos efectos adversos indeseados requieren, por parte del financiador, la realización de una adecuada auditoría de facturación, lo que supone un gasto administrativo extra a ser tenido en cuenta.

Contratos con pago capitado

Los contratos capitados se corresponden a contratos con pagos prospectivos, en los que las partes acuerdan un valor por cada beneficiario alcanzado por la cobertura de salud (cápita). En este tipo de contratos, el Principal abona el equivalente a ese valor de cápita multiplicado por la cantidad de cápitadas asignadas al Agente, de manera mensual e independientemente del consumo que esa población tenga en el periodo. Es decir, el prestador recibe el importe correspondiente al valor acordado de la cápita, por la cantidad de personas incluidas en la población a su cargo, con anterioridad a brindar los servicios asistenciales.

En consecuencia, se puede considerar que en los mecanismos de pago prospectivos, el financiador preestablece los volúmenes a ser pagados. Por estas características, es que el tipo de contrato capitado es considerado muy eficiente al momento de poner un techo al gasto asociado a la cobertura de salud de una población determinada. En principio, se asume que esta modalidad de contratación controlará el incentivo negativo de la sobre-prestación por una mayor demanda inducida usualmente asociada al concepto del tercer pagador⁷. Sin embargo, no está exenta de terminar en situaciones vinculadas a la sub-prestación de servicios. El riesgo radica en que el prestador brinde servicios por debajo de las necesidades de la población asignada como mecanismo de maximización de ingresos. Esto es posible ya que la tarifa se percibe independientemente de si los beneficiarios utilizan o no el servicio.

Como ventaja principal, se puede identificar la sencillez de su gestión administrativa y la facilidad de la presupuestación del gasto en salud, para la atención médica de una población específica. Asimismo, su principal desventaja radica en que el estímulo está puesto en sub-prestar servicios, tanto en cantidad como en complejidad. Al mismo tiempo, se puede generar falta de capacidad de respuesta ya que el prestador puede "vender sus servicios" a varios Principales, incluso en exceso de su capacidad operativa, comprometiendo así a la calidad de la atención médica de esa población.

El riesgo financiero, en principio, recae sobre el prestador ya que el financiador abonará lo mismo con independencia de los costos asistenciales reales de ese periodo. Sin embargo, existen contratos que prevén la realización de ajustes para acotar este riesgo. El incentivo podría estar puesto en proveer servicios de prevención para bajar el costo futuro. Pero solo aplicaría en cápitales que se prevean de larga duración, caso contrario sería un costo extra inicial para el prestador, quien correría el riesgo de no percibir el beneficio de esa prevención en el largo plazo.

Este tipo de vínculo contractual también puede dar lugar a la selección adversa de clientes. A retener a los pacientes más sanos, con menores requerimientos de atención, con enfermedades con menor nivel de consumo de recursos y tender a derivar los demás. Dentro de las actitudes

⁷ El concepto de tercer pagador está vinculado al de intermediación. *La intermediación puede ser en la compra o financiación de los servicios; lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que consiste en establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado, aunque existen mecanismos de auto regulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.* Tobar, Federico en el Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS).

oportunistas relacionadas a la selección adversa, se pueden incluir el *creaming*, *skimping* y *dumping*⁸.

Contratos de relación de dependencia

Este tipo de contrato presenta una remuneración fija al profesional, normalmente relacionada a su carga horaria o jerarquía dentro de la institución en la que provee servicios. Es un modelo de pago retrospectivo, centrado en la oferta. Cuando se establece un salario puro, el riesgo financiero recae absolutamente en el financiador; mientras que en la medida en que se incluyan ajustes por productividad, se va logrando compartir este riesgo con el profesional.

Las actitudes oportunistas previsibles para este tipo de relación contractual incluyen la maximización del tiempo no asistencial y la minimización de la carga de trabajo. En general, se incentivan las consultas más prolongadas y las prácticas preventivas, lo que trae aparejada una mejor relación médico-paciente. Sin embargo, suelen plantearse situaciones de percepción de salarios bajos por parte de los profesionales, lo que se traduce en una reducción de la jornada efectiva (especialmente cuando no hay ajustes por productividad). A su vez los profesionales presionan por ascensos o incrementos en las dotaciones de los equipos de atención. Normalmente también hay alta cooperación entre médicos.

Como ventaja administrativa, este método de contratación y pago tiene una alta previsibilidad del gasto. Resulta eficiente cuando a igual costo que otras alternativas, mejora la salud de la población objetivo.

Economía de escala

Finalmente se menciona el concepto de Economía de Escala ya que formará parte de las conclusiones del presente trabajo. La economía de escala da cuenta del poder que tiene una empresa para producir más, a menor costo. A niveles microeconómicos, se refiere a las ventajas en términos de costes que una empresa obtiene gracias a la expansión y buenas sinergias que implemente. El concepto de economía de escala sirve para el largo plazo y hace referencia a las reducciones en el costo unitario de producción de un bien o servicio a medida que aumenta el tamaño de una organización y hasta lograr el nivel óptimo de producción de ésta.

⁸ Creaming: sobreprestación de servicios a pacientes de bajo costo, skimping: subprestación de servicios a pacientes de alto costo y dumping: rechazo o derivación de pacientes de alto costo.

Análisis del problema.

Para estructurar el análisis del problema en cuestión, se organizará la información comenzando por la descripción de la población de AMBA, con su respectiva tasa de uso de los servicios de emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias. A este detalle de casos se les asignarán los costos asociados por prestación, ponderando su composición interna. La ponderación de la composición interna de los costos de EMP en AMBA es particularmente relevante con referencia a las visitas médicas domiciliarias como se explica posteriormente.

Luego se describe de igual manera la población de EMP2 en AMBA, con su tasa de uso y el costo asociado a su actual modalidad de gestión, la cápita. Finalmente, para terminar con el análisis de la situación en AMBA, se realiza una simulación de costos en el escenario de que las prestaciones de EMP2, hoy capitadas, se hubieran auto gestionado por prestación con los mismos costos que se tuvo para EMP.

A continuación se abordará el análisis de las poblaciones del interior del país capitadas en Prestador1, siguiendo la misma lógica de descripción, detalle de tasas de uso y costos asociados a su cápita. A continuación, se hace una proyección hipotética de cuáles hubieran sido los costos asistenciales de las prestaciones médicas de las poblaciones del interior del país, en el caso de haber autogestionado, desde la cabina de Emergencias del Grupo EMP, los servicios correspondientes a las poblaciones capitadas.

Posteriormente a la estimación de los costos asociados a las prácticas médicas, se dimensiona el impacto que la absorción de estas gestiones provocaría en la actual estructura de Emergencias del Grupo EMP. Se analiza tanto el recurso humano como tecnológico y edilicio. Aquí se menciona que en el equipo de Emergencias del Grupo EMP se gestionan también casos de las UN de Asistencia al Viajero y ART, lo que tiene relevancia al momento de la estimación del impacto real de necesidad de personal y estructura. Finalmente, se hace una comparación entre la situación actual y la proyectada, comparando costos totales.

Se reconoce que estos costos deberían poder reducirse, habida cuenta de la mejor negociación que el Grupo EMP podría llevar a cabo con sus actuales prestadores en función del mayor volumen de trabajo. Sin embargo, el estudio se hace desde la perspectiva más conservadora posible, es decir, utilizando los costos reales vigentes a lo largo del 2017 y no los potencialmente disminuidos en función de la escala.

Descripción de la población de EMP en AMBA

La población de los socios de EMP en AMBA durante el año 2017, tuvo un promedio mensual de 92.088 asegurados y de 5.123 atenciones domiciliarias, considerando todos los niveles de urgencias posible (emergencias con riesgo de vida, urgencias, y visitas médicas domiciliarias). Estos servicios, especialmente las visitas médicas domiciliarias, presentan una marcada diferencia en la demanda por estacionalidad.

Se compara la información recabada para el mes de menor demanda de servicios, que en el 2017 fue febrero, con el de mayor cantidad de casos, que resultó ser junio. Puede observarse en el extracto de la Tabla #1, a continuación, que se pasa de 2892 asistencias mensuales de piso, a un máximo de 8820 servicios entre códigos rojos, amarillos y verdes. La mayor diferencia está dada por las visitas domiciliarias, pasando de cubrir 2236 códigos verde en febrero a una demanda de 7682 visitas en junio. Esto representó un incremento del orden del 344%.

En términos de la variación en la Tasa de Uso, se pasa de un 32,11% (32 casos por cada mil socios) en el mes de febrero, a un 95,52% (95 casos por cada mil beneficiarios) en el pico de asistencias requeridas en junio.

Distribución de casos, población y tasa de uso cada 1000 socios de EMP en AMBA

2017	ene	feb	may	jun	dic
Rojos	178	203	286	354	202
Amarillos	505	453	690	784	568
Verdes	2728	2236	7139	7682	2811
Total casos	3411	2892	8115	8820	3581
Población	89461	90055	91600	92335	93766
Tasa uso	38,13	32,11	88,59	95,52	38,19

Tabla # 1 (extracto) – Elaboración propia

Por razones de espacio, en el extracto de la tabla #1 encima se muestran solo los meses mas representativos para el análisis, el detalle de la distribución completa de los servicios a lo largo de todo el 2017 se muestra en la tabla #1 en el Anexo.

Se ha mencionado en el apartado Metodología del presente trabajo que para todos los análisis se utiliza la información recabada por el Grupo EMP correspondiente al año 2017, por considerarse un año con demanda de servicios típica en el sector. Para justificar el uso de un año previo, en vez de utilizar la información del año 2018, el último con datos de demanda y facturación completos disponibles, se hace un breve resumen y comparación del total de casos anuales de los últimos períodos.

Durante el 2018, hubo un total anual de 56.356 casos mientras que en el año 2017 se registraron 61.478 asistencias incluyendo emergencias, urgencias y visitas domiciliarias. Esta diferencia de 5.122 servicios resulta del orden del 9%. Con la alerta en la alta variabilidad de servicios totales anuales y su evidente impacto en los costos, se decide analizar las características de los años precedentes a fin de no sacar conclusiones con un único año de desvío. Para esto, se promedian los cuatro últimos períodos completos. Se accedió entonces a la información de los años 2015 a 2018 a efectos de verificar cuál de los últimos años se asemejaba más al promedio histórico. Se vio que en total, durante el 2015, se brindó asistencia a 62856 casos y en el 2016 se atendieron 64225 solicitudes; asimismo, en el 2017 fueron 61.478 casos y en el 2018 solo 56.356 asistencias totales.

Cabe mencionar que la población alcanzada por la cobertura del servicio de emergencias de EMP no sufrió variaciones significativas en estos períodos. A modo de síntesis se exponen a continuación (Tabla #2) los totales de cada uno de los años en consideración. Adicionalmente, se incluye un cálculo del promedio de asistencias de los períodos 2015 al 2018 y finalmente se lo compara con las prestaciones otorgadas durante el año 2017.

Total comparado de casos por año para socios de EMP en AMBA

	2015	2016	2017	2018	Promedio años 15 al 18	Diferencia con 2017	2017 vs prom. (%)
Rojos	2828	2788	2867	2980	2866	-1	0%
Amarillos	6464	6396	7128	7151	6785	-343	-6%
Verdes	53564	55041	51483	46225	51578	95	0%
Totales	62856	64225	61478	56356	61229	-249	-1%

Tabla # 2 – Elaboración propia

A nivel absoluto, la diferencia entre la totalidad de los servicios del 2017 y el promedio que se obtiene al considerar la demanda de los cuatro últimos años, es de 249 casos de menos, en algo más de 61.000 servicios totales. Este valor representa una diferencia de solo el -1% del total de servicios anuales, lo que justifica la clasificación del 2017 como un año de demanda típica respecto a la totalidad de los servicios de emergencias, en comparación con el promedio de los últimos cuatro años.

Para una comparación completa, se muestra en la Tabla #3 del Anexo la distribución mensual de casos a lo largo del año 2018 y en la Tabla #4 el detalle completo de las solicitudes de asistencias domiciliarias correspondiente a los tres años anteriores (2015 al 2017). Se observa que la menor demanda de servicios del año 2018 mencionada con anterioridad del 9% menos que su periodo precedente, se basa en la significativa diferencia en la cantidad de servicios de visitas médicas domiciliarias (códigos verdes). Estas prestaciones tienen un promedio de 51.578 servicios anuales considerando los últimos cuatro periodos, en comparación con los 46.225 que hubo en 2018. Es por esta diferencia que se descartó el análisis de la información del 2018 y se definió la utilización de los datos del 2017. Se destaca que los servicios de emergencias con riesgo de vida y las urgencias médicas, permanecen prácticamente constantes en los cuatro años estudiados.

A continuación se muestra un gráfico con las curvas de cada servicio por separado, entre el 2015 y 2018.

Totales de servicios por año –Socios EMP, AMBA

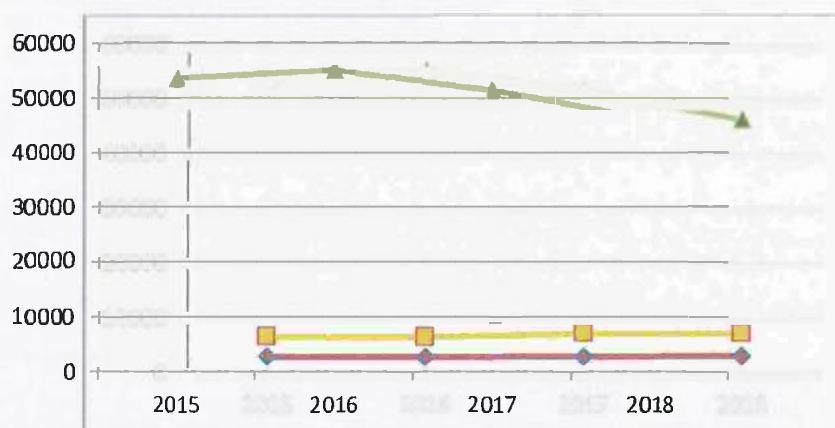


Gráfico # 1 – Elaboración propia

La distribución del total anual de los servicios de visitas domiciliarias de los socios de EMP en AMBA, así como el promedio del período (51.578), se muestra a continuación en el gráfico #2:

Comparación de visitas médicas domiciliarias por año – Socios EMP, AMBA

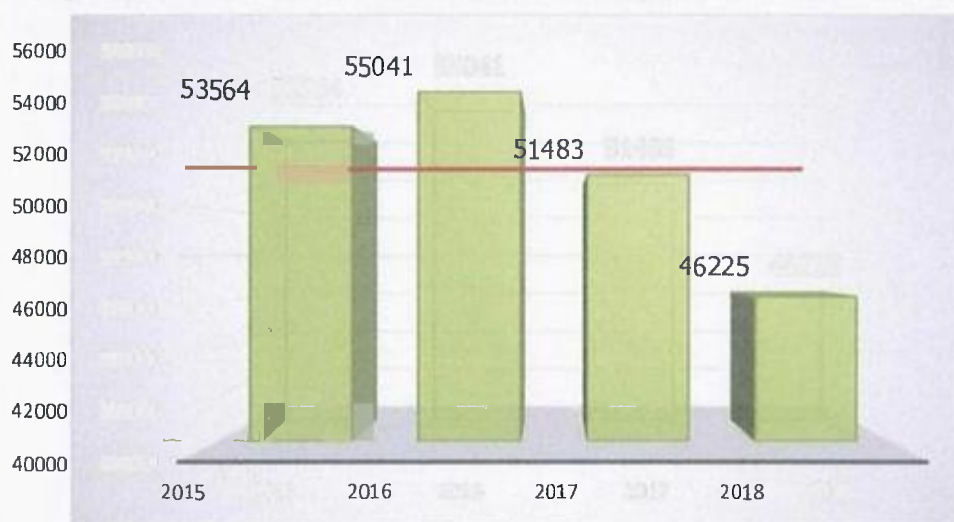


Gráfico # 2 – Elaboración propia

La relevancia de las visitas médicas domiciliarias está dada por dos factores determinantes de su impacto en el costo médico del sector: cantidad y precio. Por un lado, resultan ser los servicios con mayor demanda en el año, representando en promedio el 84% de los servicios totales (51.578/61.229). Por otro, representan el tipo de servicio que se brinda en el sector Emergencias del Grupo EMP con mayor posibilidad para gestionar los valores de las prestaciones, ponderando las alternativas que se mencionan en el apartado siguiente.

Descripción de las modalidades de contratación de EMP en AMBA

El Grupo EMP terceriza todos los servicios de emergencias y urgencias médicas domiciliarias en AMBA, ya que como actitud estratégica no posee ambulancias propias. El prepago EMP tiene contratos de larga data con casi todas las empresas de ambulancias del mercado, especialmente en el contexto de AMBA. La modalidad de contratación es, en todos los casos, de pago por prestación, con diferentes valores según la empresa de ambulancias involucrada.

En lo referente al servicio de visitas médicas domiciliarias, las modalidades de contratación y pago de prestadores que brindan servicios para los asociados a EMP en AMBA, son muy variadas e incluyen:

- Pago por prestación: pago retrospectivo en función a la cantidad de visitas realizadas, con pago diferenciado según el plan médico del asociado a quien se brindó el servicio y el horario o día de semana en que ocurrió el mismo. Dentro de esta modalidad de pago, EMP tiene 2 tipos de maneras de gestionar los servicios:
 - Prestadores con movilidad propia: se trata del típico caso de servicios de médico a domicilio, donde se le asignan visitas y el prestador las realiza movilizándose por sus propios medios. Tiene como ventaja que se le asignan visitas dentro de una zona restringida, con el tiempo logra tener un grupo de pacientes fidelizados (especialmente cuando se sostienen por periodos prolongados las mismas guardias). Otro beneficio es que no es requisito la exclusividad con un único financiador. Es decir, que con su movilidad y dentro de la franja horaria en la que EMP le otorga servicios a cubrir, el prestador podría estar haciendo el mismo trabajo para otro financiador. Por otro lado, como desventajas se puede mencionar que el prestador tiene un gasto asociado a la movilidad (nafta, mantenimiento, seguro, estacionamiento, reparaciones, etc.) y cada servicio le lleva el tiempo extra de estacionamiento que en el caso de CABA, pueden resultar varios minutos adicionales por visita. Se le abona una tarifa fija por franja horaria, con independencia del plan médico del paciente
 - Prestadores trasladados en remise a cargo de EMP: en este caso, el prestador se moviliza con un auto de alquiler provisto por EMP que lo recoge en su domicilio al inicio de la guardia. A estos médicos se les abona lo mismo que a los anteriores por visita y no tienen costos de movilidad asociados, lo que representa la primera ventaja de la alternativa, junto con la comodidad y la no exposición a siniestros viales con su vehículo propio. Desde el punto de vista del financiador, la ventaja principal radica en poder garantizarse exclusividad del médico, ya que no se pueden resolver servicios de otros financiadores con ese transporte
- Básico de guardia más pago por prestación: similar al anterior, pero incluyendo un mínimo garantizado por guardia efectiva, equivalente al importe de 5 visitas del plan médico superior del prepago. Se lo utiliza para poder cubrir con profesionales propios aquellas zonas u horarios que por sus características pudieran resultar poco atractivas para los

prestadores. La principal ventaja para el profesional es que cuenta con un piso de ingreso garantizado, independientemente de la demanda real que, como se vio precedentemente, puede resultar muy variable en función de la época del año

- Relación de dependencia más pago por prestación: En este caso el médico cuenta con todos los beneficios asociados a la relación de dependencia (ingreso mínimo garantizado, aportes contributivos, vacaciones pagas, sueldo anual complementario, cobertura médica para él y su grupo familiar primario, indemnización en caso de finalización del contrato) y un ingreso variable vinculado a la cantidad de visitas realizadas que se abonan por prestación. Como desventaja, el prestador tiene menos posibilidad de rechazar visitas o incumplir guardias
- Por hora: esta modalidad de pago es exclusiva para el servicio de telemedicina dentro de Emergencias. Se le abona al prestador por hora de disponibilidad, con diferenciación de horas diurnas, nocturnas o de fin de semana y feriados. El pago resulta independiente de la cantidad de consultas recibidas o de los planes de cobertura médica de los pacientes atendidos. Las principales ventajas para el prestador incluyen la posibilidad de elegir horarios ya que es un servicio que funciona con la modalidad 24x7, puede atender desde su domicilio o consultorio y cuenta con un valor fijo garantizado por hora realice o no atenciones. Como contrapartida, la desventaja radica en la dificultad diagnóstica. Se menciona que los únicos casos que se derivan a prestadores de telemedicina son enfermedades simples pero muy prevalentes como estados gripales, fiebre de reciente comienzo, infecciones urinarias, etc. Se destaca que el Grupo EMP realizó un acuerdo con la principal red de farmacias del país y que, a partir del mismo, los prestadores de telemedicina tienen la posibilidad de prescribir medicamentos, enviando sus indicaciones por correo electrónico a los pacientes
- Pago por prestación a empresa de emergencias: en este caso, se abona a una empresa de emergencias que tiene injerencia en el área de cobertura donde surge la demanda que no puede resolverse con médicos propios, a través del pago por prestación. Esta variante no permite la posibilidad de elección del prestador que efectivamente asiste al domicilio del paciente. Solo se utiliza cuando no se pudo resolver la visita con ninguna de las alternativas antes mencionadas, es decir, cuando la alternativa es no poder cubrir la asistencia domiciliaria. La principal desventaja para el financiador, además del proceso fuera de control en cuanto a la calidad del profesional, radica en el alto costo que representa en comparación con las alternativas autogestionadas

Explicación de la composición de costos de EMP en AMBA

Cada una de las modalidades de contratación y pago descriptas precedentemente para el servicio de visitas médicas domiciliarias, tiene asociados costos que resultan variables. La comparación se realiza siempre contra la alternativa disponible en todas las zonas y horarios, de tercerizar el servicio de una visita en domicilio a una empresa de ambulancias, por prestación. A modo de ejemplo, se menciona que el punto de equilibrio⁹ de contar con un prestador con movilidad en remise provisto por EMP, está en que resuelva 1,3 visita por hora. Asimismo, contar con una hora de disponibilidad médica en telemedicina se justifica con solo resolver 1 asistencia cada 2 horas, siempre en comparación con la tercerización del servicio.

A los efectos del presente trabajo, se ha tomado un valor equivalente al promedio ponderado de los diferentes costos por tipo de servicio. Se estima que, en caso de incorporar las gestiones de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de EMP2, estos valores necesariamente mejorarían en función a la economía de escala posible y la eventual contratación de mayor cantidad de médicos en forma directa.

Para valorizar los distintos códigos de servicios de emergencias, se realiza una ponderación de los valores que se abonan desde CABA para esas prestaciones entre los distintos prestadores. El criterio para el cálculo de estos valores es el de promedio ponderado, entre los prestadores disponibles para los códigos rojos y amarillos. De esta manera, se obtiene un promedio de valores por tipo de servicio más ajustado a la realidad de costos de EMP. Estos cálculos arrojan los valores de referencia que se muestran en la tabla # 5 debajo.

Cabe mencionar que los distintos importes referidos están en relación con los momentos en que se actualizaron los costos con los prestadores a lo largo del 2017. En el caso particular de las visitas médicas domiciliarias, se tomó el promedio mensual de la combinación de todas las alternativas posibles de gestión mencionadas en el apartado previo. Así, por ejemplo, puede verse que el costo de los servicios verdes de noviembre y diciembre fue inferior al de octubre. Esto ocurre simplemente porque hacia el interior del valor de esas visitas, hubo menor cantidad de tercerizaciones o, dicho de otra manera, mayor disponibilidad de alternativas para cubrirlos con médico propio.

⁹ En economía, el punto de equilibrio o umbral de rentabilidad (en inglés break-even point - BEP) es el número mínimo de unidades que una empresa necesita vender para que el beneficio en ese momento sea cero. Es decir, cuando los costos totales igualan a los ingresos totales por venta.

Los valores promedio de estos servicios para prestadores de EMP en AMBA, durante el 2017 fueron:

Valorización de servicios por prestación, socios EMP, AMBA, 2017

Códigos (unitario en \$)	ene - jun	jul	ago - oct	nov - dic	Promedio anual
Rojos	2492	2619	2762	2810	2623
Amarillo	2047	2151	2268	2308	2154
Verde	546	546	642	635	585

Tabla # 5 - Elaboración propia

Descripción de la población de EMP2 en AMBA

La población de los socios de EMP2 en AMBA durante el año 2017 tuvo un promedio mensual de 79.742 asegurados y 2.477 casos entre emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias. En el extracto de la tabla #6 debajo, se muestra el total de los servicios correspondientes a los meses más representativos, los de enero y febrero (1708 y 1469 respectivamente), mayo y junio (4025 y 4428 respectivamente) y diciembre (1300). En promedio, los servicios de enero y febrero representan el 37,6% de los casos del pico de demanda, en los meses de mayo y junio. Dicho de otra manera, en el periodo invernal, los casos de atención médica domiciliaria de los socios de EMP2 en AMBA representan un 266% más de atenciones que durante los meses de verano.

Distribución de casos, población y tasa de uso cada 1000 socios de EMP2 en AMBA

2017	ene	feb	may	jun	dic	Totales
Rojos	57	70	113	115	124	1334
Amarillos	296	242	366	494	345	4019
Verdes	1355	1157	3546	3819	1300	24377
Total casos	1708	1469	4025	4428	1769	29730
Población	80646	80511	79057	78666	79401	79742
Tasa de uso	21,18	18,25	50,91	56,29	22,28	31

Tabla # 6 (extracto) – Elaboración propia

Como se puede apreciar en el extracto de la Tabla # 6 arriba, en términos relativos, la Tasa de Uso se triplicó entre el mes de febrero y junio. Estos valores relacionados con la población total

fueron, durante el 2017, de 18,25% (18 servicios cada mil beneficiarios) en febrero y 56,29% (56 servicios por cada mil beneficiarios) en el pico de asistencias requeridas, durante junio.

El detalle completo de la distribución de servicios y población total mensual, así como el cálculo de la tasa de uso de los beneficiarios de EMP2 en AMBA, se muestra en la tabla #6 en el apartado Anexos.

Descripción del tipo de contratación EMP2 en AMBA

En la actualidad, la contratación vigente entre el Grupo EMP y el Prestador1 para la atención de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los socios de la EMP2 en AMBA es bajo la modalidad descrita precedentemente de pago *per cápita*. El valor de la cápita durante el mes de enero 2017 fue de \$ 23,89 y la cantidad de cápitales cuyo gerenciamiento estuvo en manos del Prestador1 para esa misma fecha y zona geográfica es de 80.646. El detalle completo, mes a mes, de cantidad de beneficiarios incluidos en la cápita y valor de la misma se muestra en la Tabla #6 en el apartado Anexo.

A continuación se muestra una tabla con el detalle de la distribución promedio de las cápitales de los socios de EMP2 en AMBA durante los periodos del 2017 que mantuvieron el valor cápita constante, utilizándolo como agrupador. Es decir, por ejemplo, entre los meses de enero y mayo de 2017 hubo un promedio de 79.849 beneficiarios y el valor de la cápita de AMBA, fue de \$ 23,89 en todo el período.

Costo anual de la cápita de socios EMP2 en Prestador1 en AMBA

2017	Valores ene-may		Valores jun-jui		Valores ago-dic		Total anual en \$
	Cantidad	\$ unit.	Cantidad	\$ unit.	Cantidad	\$ unit.	
Promedio de Cápitales Prestador1 – AMBA	79.849	23,89	79.557	25,69	79.709	27,59	24.621.458

Tabla # 7 - Elaboración propia

Se concluye que, durante el año 2017, el Grupo EMP realizó un pago acumulado total de \$ 24.621.458 al Prestador1 en concepto de la atención de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los socios de EMP2 en AMBA.

Simulación de costos de autogestión por prestación de EMP2 en AMBA

A los efectos de lograr una posible comparación entre ambas poblaciones (la de EMP y EMP2) en AMBA, se realiza la simulación de los costos prestacionales a valores de EMP. El objetivo es determinar los costos en que se habría incurrido durante el 2017, si la demanda de la población de EMP2 hubiera sido auto gestionada dentro del Grupo EMP.

Para esto, se utiliza la cantidad de casos que tuvo la población de EMP2 en AMBA y se los valoriza a los valores promedio que maneja el Grupo EMP en la población que gestiona (ver Tabla #5 precedente). En todos los tipos de servicios, se considera una ponderación de los valores que se tienen para EMP en AMBA. En el caso de las ambulancias con las que resolver los códigos rojos y amarillos, se toma el promedio ponderado de los valores de los diferentes prestadores tercerizados disponibles.

Para la valorización de las visitas médicas domiciliarias, en cambio, se utiliza la ponderación de todas las modalidades descritas en el apartado *ad-hoc* precedente ya que las prestaciones ocurrirían en el ámbito de AMBA, donde todas ellas están en la actualidad vigentes para los beneficiarios de EMP. Nuevamente se menciona que estos valores representan un techo, ya que se asume que los costos podrían disminuir en función de la mayor escala que trae consigo una mejor posibilidad de negociación con los prestadores.

En principio, utilizando los valores de EMP y la demanda de servicios de EMP2 en AMBA, se confeccionó la Tabla # 8 del Anexo, detallando de manera mensual la cantidad de prestaciones solicitadas por tipo de servicio, su costo unitario y el cálculo de los costos totales correspondientes. Por un tema de espacio, a continuación se presenta un extracto de esta. Nuevamente se agrupan los meses en los que los valores promedio de las prestaciones para EMP no sufrieron variación.

Se concluye que, en el caso de haber absorbido la resolución de los servicios de emergencias de los beneficiarios de EMP2 en AMBA con los mismos valores de EMP durante el 2017, se habrían gastado un total aproximado de \$ 26,3MM. La apertura de estos costos está dada por un consumo de \$3,5MM en códigos rojos, \$8,6MM en amarillos y algo más de \$14MM en verdes. A continuación se muestra la tabla que da soporte a esta descripción.

Distribución anual de casos de EMP2 en AMBA a valores de EMP, año 2017

2017	ene	jun	jul	ago	oct	nov	dic	Total
Rojo (\$)	2492		2619		2762		2810	
Rojo (Q)	528		109		460		237	1334
Total mes		1315776		285471		1270520		665970
Amarillo (\$)	2047		2151		2268		2308	
Amarillo (Q)	2009		328		978		704	4019
Total mes		4112423		705528		2218104		1624832
Verde(\$)	546		546		642		634	
Verde (Q)	13328		2140		6031		2878	24377
Total mes		7277088		1168440		3871902		1824652
Total anualizado de servicios EMP2 a valores EMP en AMBA								26.340.706

Tabla # 8 (extracto) – Elaboración propia

Se compara entonces el valor total abonado en concepto de cápitaa al Prestador1 para la cobertura de los servicios en AMBA que se mostró en la tabla #7 (\$ 24.621.458), con el costo por prestación en que se hubiera incurrido si la gestión de esa demanda se hacía desde el propio Grupo EMP por prestación (\$ 26.340.706).

Se observa que en caso de cambiar la modalidad de atención habría un incremento de \$ 1.719.248 en el costo estrictamente prestacional, que representa casi un 7% de diferencia en contra de la propuesta de modificar el tipo de gestión. Se decide avanzar de todas formas en el estudio de la situación en el interior del país, habida cuenta del conocimiento que se tiene al respecto de la significativa menor demanda general de servicios de esas poblaciones. Se recuerda la característica de la cápita, de tener para el financiador, un costo plano con independencia de la efectiva utilización de los servicios.

Situación en el interior del país

El mismo Prestador1 brinda el servicio de coordinación de las emergencias, urgencias y atenciones médicas domiciliarias en varias localidades del interior, por lo que se aclara que este análisis se concentrará exclusivamente en las localidades atendidas por el Prestador1 en el interior del país. Las cápitas del resto de las regiones del interior gerenciadas por otros prestadores capitados, serán consideradas en un análisis futuro; quedando excluidas del alcance de este trabajo.

El Prestador1 brinda servicios en el interior del país a un total mensual, en promedio, de 20.800 socios del Grupo EMP. Esta población está compuesta tanto por socios históricos de EMP como beneficiarios de la adquirida EMP2, con la distribución que se muestra en la tabla siguiente. Se detallan las poblaciones más representativas, que corresponden a las provincias de Buenos Aires, Mendoza, San Juan, Córdoba y Santa Fe. Cabe aclarar que en el ítem Otras se incluyen los asociados de Entre Ríos, Formosa, San Luis, Salta, Tucumán y Ushuaia por ser sus cantidades de cápitas poco significativas.

Distribución de la cápita de socios EMP2 en Prestador1 en el Interior

Provincia	Socios capitados en Prestador1
Buenos Aires	8.900
Mendoza	4.000
San Juan	3.700
Córdoba	1.800
Santa Fe	1.400
Otras	1000
Total	20.800

Tabla # 9 - Elaboración propia

El mecanismo de resolución de los servicios domiciliarios en estas localidades es que los socios de EMP y EMP2 se comunican directamente a un número 0800 del Prestador1 y son atendidos por operadores telefónicos de dicho Prestador1. Los operadores del Prestador1 evalúan la complejidad de la situación descrita con sus propios protocolos, registran el caso en su sistema informático y

lo resuelven ya sea con prestadores propios o tercerizando a su vez el servicio con prestadores locales. La totalidad del proceso está fuera del control del Grupo EMP.

Cálculo del valor de las cápitas de interior al Prestador1

La siguiente tabla resume lo abonado a Prestador1 durante el año 2017 en concepto de cápitas del interior del país, correspondiente a las provincias donde brinda servicio de asistencia médica domiciliaria. Cabe destacar que el valor cápita de interior es el mismo para todas las provincias, por lo que se utilizaron acumuladores de población, con independencia de su ubicación específica.

Para realizar el cálculo se sacó un promedio de la cantidad de cápitas de los meses que compartían un mismo valor unitario de cápita y se multiplicó esa cantidad promedio de beneficiarios por el valor unitario de la cápita y por la cantidad de meses que ese importe estuvo sin modificaciones. De los cálculos descriptos, se obtuvo que a lo largo del 2017 se abono al Prestador1, en concepto de cápitas del interior, un total de \$ 6.967.522 como se muestra en la Tabla # 10 a continuación:

Valorización anual de la cápita interior del Prestador1

2017	Valores ene-jun (6 meses)		Valores jul-ago (2 meses)		Valores sep-dic (4 meses)		Total anual abonado en \$
	Cantidad	\$ unit	Cantidad	\$ unit	Cantidad	\$ unit	
Promedio Cápitas Prestador1 (Interior)	21.184	26,2	21.199	28,16	20.194	30,25	6.967.522

Tabla # 10 - Elaboración propia

Esto significa que durante el 2017 el Grupo EMP le pago al Prestador1 casi \$7MM para la atención de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de los 20.830 socios incluidos en las nominas de las provincias anteriormente enumeradas. Se continua con el análisis de la demanda de esas poblaciones, en el mismo período.

Tasa de uso de las poblaciones del interior del país

De forma mensual, el Prestador1 envía el listado de servicios que realizó para las poblaciones capitadas. Con esa información, se realizó un agregado de los servicios brindados a las poblaciones de las provincias gestionadas por el Prestador1. Para sintetizar la información se consideraron los

distintos tipos de prioridad de atención reportados (códigos rojos, amarillos y verdes) con independencia de su lugar de ocurrencia, por no verse afectados ni los valores unitarios que son equivalentes para las distintas provincias asistidas por el mismo Prestador1.

La información consolidada correspondiente a las 20.830 cápitas del interior respecto al volumen de la demanda de servicios del 2017 se refleja en la tabla #11 del Anexo. En resumen, a lo largo del 2017 en las provincias enumeradas como gestionadas por el Prestador1, se brindaron servicios a un total de 26 emergencias con riesgo de vida, 83 urgencias médicas y 688 visitas domiciliarias. En conjunto, estas asistencias totalizan 797 prácticas. Un extracto de la tabla # 11 del anexo se muestra a continuación:

Distribución de casos gestionados en el interior por Prestador1, año 2017

Códigos (demanda acumulada interior)	Total 2017
Rojo	26
Amarillo	83
Verde	688
Total año	797

Tabla # 11 (extracto) - Elaboración propia

Se relaciona entonces la información resumida del total de casos por complejidad, con la presentada precedentemente en la Tabla #10 de costos totales de la cápita de interior. Se obtiene que se abonaron un total de \$ 6.967.522.- al Prestador1 durante el 2017 para la atención de 797 servicios en el mismo período. Si bien los valores de los servicios son muy variables en función de la codificación de estos (\$2492 un rojo y \$759 un verde en el interior del país, en enero 2017); como primera aproximación podría mencionarse que se abonaron un valor promedio aproximado de \$ 8.742.- por servicio efectivo brindado (\$6.967.522 / 797 servicios totales). Este importe está muy por fuera de cualquier valor de referencia, por lo que a priori se intuye que la hipótesis de trabajo de posibilidad de disminución de costos asistenciales podría ser acertada.

Se avanza entonces en una estimación más refinada del costo de los servicios correspondientes al año 2017 de los socios de EMP2, pero con la valuación de las prestaciones que se manejan en EMP, con la intención de comparar totales por tipo de servicio (rojo, amarillo, verde).

Estimación del costo por prestación de la cartera del interior

Con esta información, se realiza la simulación de cálculo de los costos médicos, en la situación hipotética de que la demanda del interior (hoy capitada en el Prestador1) hubiera sido resuelta bajo la modalidad del pago por prestación, con los valores que se manejan en EMP. Para esto, se valoriza la cantidad mensual de servicios realizados en la cápita interior y que están reflejados en la Tabla #11 del apartado Anexo, con los valores promedio por prestación de los que se dispone en la central operativa de AMBA.

Estimación valor de servicios por prestación, socios EMP y EMP2, Interior, 2017

Códigos (unitario en \$)	ene - jun	jul	ago - oct	nov - dic	Promedio anual
Rojo	2492	2619	2762	2810	2.623
Amarillo	2047	2151	2268	2308	2.154
Verde	759	798	842	856	799

Tabla # 12 (extracto) - Elaboración propia

La discriminación detallada de los valores estimados mensuales y cantidades por tipo de práctica se muestra en la Tabla #13 del Anexo. Los valores correspondientes a las prestaciones en el interior resultan conocidos para la cabina de Emergencias del Grupo EMP ya que, como se mencionó en la Introducción del presente trabajo, en ese sector se brindan atenciones a beneficiarios de EMP ART en todo el país. Esta situación nos brinda un inestimable *Know How* corporativo que cuenta con vínculo con prestadores en todo el interior del país y en el conocimiento de los valores de sus prácticas.

Un análisis aparte se requiere para el caso de las visitas médicas domiciliarias. Anteriormente se explicaron todas las modalidades de contratación y pago que existen entre el Grupo EMP y los prestadores que resuelven este tipo de servicios en el ámbito de AMBA. La ponderación de todas ellas daba un costo de los códigos verdes de \$ 566 para el mes de enero 2017 (ver Tabla #8 del Anexo). De todas las alternativas mencionadas, en el interior solo podría contarse con servicios de telemedicina y tercerización en empresas de ambulancias, ya que no se cuenta con staff médico propio en esas zonas del país. Es por esto por lo que la valorización de las visitas médicas domiciliarias que se menciona en la Tabla #12 asciende a \$ 759 para el mes de enero en vez de los \$ 566 correspondientes a AMBA. Aun conociendo del alto impacto que ligeras modificaciones

en el valor de estos servicios puede representar, se elige dejar el máximo valor conocido para las consultas médicas domiciliarias. Este valor es el correspondiente a la tercerización de servicios en empresas de ambulancias. Se toma esta decisión ya que, como se dijo en el apartado Metodología, este trabajo considera los escenarios más favorables para garantizar la solidez de las conclusiones. Adicionalmente, aún se desconoce la posible adherencia de las poblaciones del interior del país al uso de la telemedicina para las consultas médicas domiciliarias.

De la combinación de cantidad de servicios y valores promedio de cada uno de ellos, se proyectan los totales de costos anuales, que corresponden a la valoración por prestación de las prácticas realizadas a las poblaciones del interior de ambas poblaciones EMP y EMP2, hoy capitadas en el Prestador1. Estas proyecciones dan cuenta de que, se habrían gastado algo más de \$800.000 a lo largo del 2017 si se considera exclusivamente el costo de las prácticas médicas abonando los servicios del interior a los valores por prestación de AMBA corregidos en el caso de los códigos verde.

Valorización mensual de servicios en el interior a valores EMP, 2017

Códigos (total en \$)	ene	feb	mar	abr	may	jun
Rojo	2.492	2.492	7.476	2.492	0	0
Amarillo	8.188	16.376	20.470	12.282	10.235	12.282
Verde	31.878	26.565	40.227	30.360	33.396	95.634
Total mes	42.558	45.433	68.173	45.134	43.631	107.916

Jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total Anual en \$
7.857	16.572	8.286	8.430	5.620	8.430	70.147
17.208	15.869	13.602	9.232	20.772	23.080	179.596
80.598	49.678	39.574	47.936	32.528	40.232	548.606
105.663	82.119	61.462	65.598	58.920	71.742	798.349

Tabla # 13 (extracto) – Elaboración propia

Teniendo presente que, como se consigna en la Tabla # 10 precedente, por estos mismos servicios valorizados por prestación en menos de \$800K, se abono en concepto de cápitaa algo más de

\$6.9MM, es que se decide avanzar en el análisis comparativo de costos. La diferencia en los costos meramente asistenciales es de algo más de \$6MM aproximadamente; se justifica entonces cuantificar los otros tipos de costos vinculados a la absorción de la gestión de los servicios del interior (estructura edilicia, operadores, supervisores, equipos tecnológicos de todo tipo, etc.).

Descripción estructura de la cabina actual del sector Emergencias del Grupo EMP

En el mismo período bajo análisis (año 2017), la estructura operativa del sector Emergencias del Grupo EMP estuvo compuesta por un total de 52 Operadores telefónicos, 4 Referentes Operativos, 1 Coordinador, 6 Supervisores y 1 Jefe Operativo. Con esta dotación se brindó servicios a las tres unidades de Negocio mencionadas previamente: el prepago, la asistencia al viajero y la ART, con un total de 107.739 servicios, cuya distribución se analiza más adelante.

Con el staff mencionado de 52 operadores se prestan servicios para las 3 Unidades de Negocio (prepago, asistencia al viajero y ART), con atención las 24hs, los 365 días al año. Estos operadores se distribuyen en 3 turnos durante los días hábiles y en 2 turnos de 12hs durante los fines de semana y feriados.

Distribución de operadores de emergencias por turno

Turno	Días de la semana	Franja Horaria	Operadores
Mañana	Lunes a viernes	8 a 14	15
Tarde	Lunes a viernes	14 a 20	15
Noche	Lunes a lunes	20 a 08	11
SADOFE	Sábado, domingo y feriado	8 a 20	10
Total de operadores estructura 24 x 7			52

Tabla # 14 - Elaboración propia

Cabe aclarar que del total de 11 operadores correspondientes al turno noche se distribuyen en grupos de a 5 cada jornada; se consignó el total del turno a efectos de explicar la distribución de la dotación completa. El resto de los turnos se trata de operadores coexistiendo en simultáneo todos los días. Los operadores referentes corresponden a las mesas de prepago y ART y se distribuyen de a 2 por turno diurno y están incluidos en los respectivos totales.

Asimismo, la supervisión se distribuye de a 2 por turno mañana y tarde de lunes a viernes, 1 supervisora turno noche y 1 de SADOFE. Tanto la coordinadora como la jefa operativa trabajan de lunes a viernes en horario central, al igual que todo el personal del prepago de Casa Central.

Cada una de las UN presenta estacionalidades complementarias. La variabilidad de la demanda de servicios del prepago ya fue descripta en profundidad precedentemente, con su máximo en el invierno nacional. La ART, en cambio, presenta una demanda bastante homogénea a lo largo del año, con una ligera disminución en el verano, del orden del 30%, pasando de 1653 servicios en abril a 1194 en diciembre del 2017. EMP Assistance, a su vez, tiene pico de demanda de asistencias para viajeros en el verano nacional, con 358 casos en febrero en contraste con los 163 de mayo. La información detallada por mes y UN se muestra en la Tabla #14 en el apartado Anexo y se totalizan los 107.739 servicios mencionados. Hacia el interior del total de 107.739 asistencias resueltas en la cabina de Emergencias de EMP, la distribución por Unidad de Negocio es la siguiente:

Distribución del total de casos por Unidad de Negocio - 2017

2017	Totales por UN	Distribución %
Prepago	87.721	81,40%
ART	17.416	16,20%
Viajero	2.602	2,40%
Total	107.739	100%

Tabla #15 (extracto) - Elaboración propia

Se explica la discordancia que puede apreciarse entre la información correspondiente al prepago mencionada en este extracto y la de la Tabla #4 (61.478 servicios gestionados en el 2017 por el prepago vs 87.721 en el mismo período). Esta diferencia se debe a otros tipos de servicios que también se gestionan en la cabina del prepago, además de los rojos, amarillos y verdes, como pueden ser: traslados tanto urgentes como programados, interconsultas en domicilio o en internación y prácticas en domicilio. Estos servicios en la actualidad ya se prestan para ambas carteras de beneficiarios, es decir socios pertenecientes a EMP y a EMP2, por lo que no habría una eventual absorción en caso de incorporarse la atención de emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de EMP2.

Del total de casos gestionados, los correspondientes a la UN Prepago del Grupo EMP representan

un 81,4% (87.721/107.739), como se vio en el extracto de la Tabla #14. Gráficamente:

Distribución de casos por Unidad de Negocio - 2017

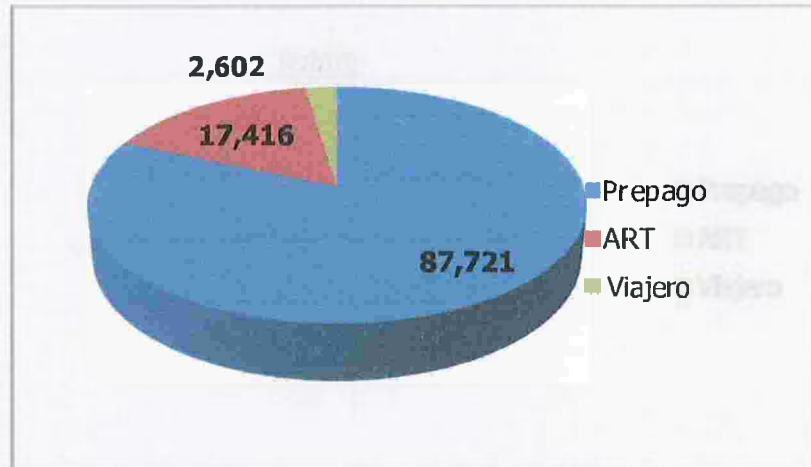


Gráfico #3 - Elaboración propia

Las llamadas entrantes tienen una distribución mayormente homogénea durante los días hábiles, con un incremento los lunes. Es significativamente menor la demanda durante los fines de semana. Esta es la justificación de la dotación de 16 operadores los días hábiles, a 10 operadores los fines de semana. El promedio de llamadas es de 834 diarias, representada con la línea roja en el gráfico:

Distribución promedio de llamados por día de semana de EMP en AMBA, año 2017

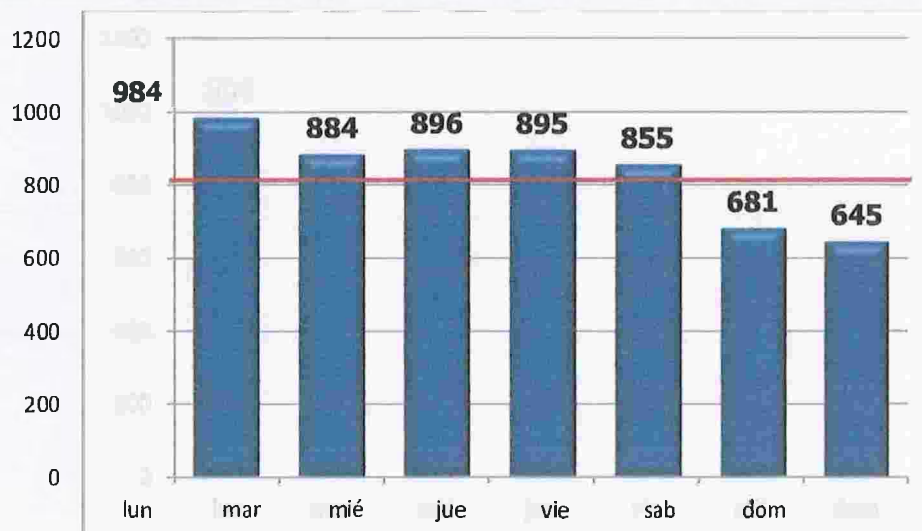


Gráfico # 4 – Elaboración propia

A su vez, la distribución de llamados por hora durante el día presenta una distribución muy similar aún en los fines de semana, mostrando un pico bien notorio entre las 8 y las 13hs (ver gráfico #5), lo que a su vez explica la diferencia de un operador más durante el turno mañana, pasando de 16 a 15 como se vio anteriormente en la tabla #13:

Distribución promedio de llamados por hora de EMP en AMBA, año 2017

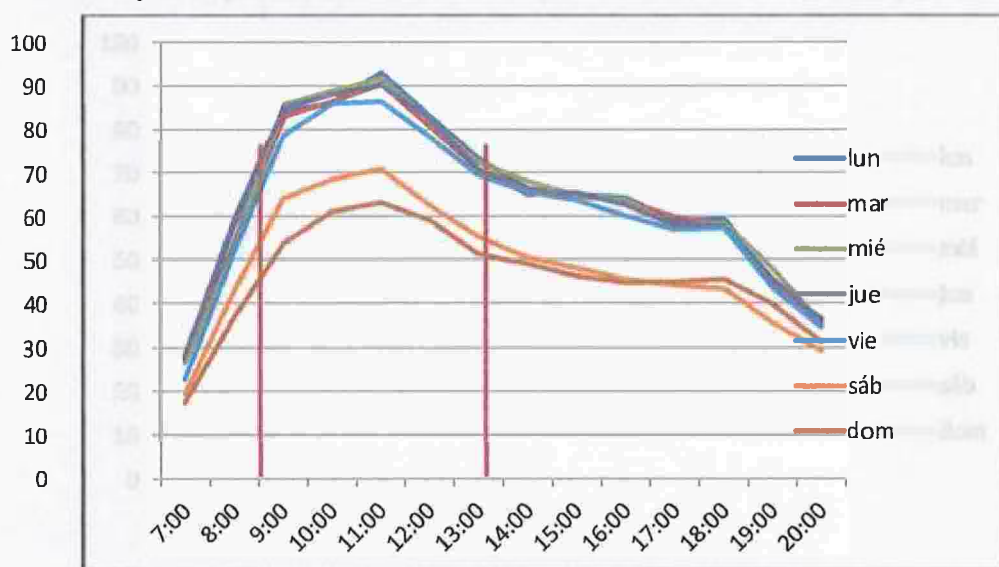


Gráfico # 5 – Elaboración propia

Proyección del impacto en recursos humanos y tecnológicos

La eventual incorporación de las gestiones de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias de la población capitada en Prestador1 en AMBA, generaría un incremento de 29.730 casos anuales, como se menciona en el extracto de la Tabla # 6 precedente. La misma situación, pero respecto a la totalidad de las poblaciones del interior del país capitadas en Prestador1, representaría la absorción de 797 casos, como se muestra en el extracto de la Tabla #11. Ambas incorporaciones, en conjunto, habrían significado la gestión de 30.527 casos más dentro de la UN del prepago durante el 2017.

Es decir, se habría pasado de coordinar los 87.721 servicios antes mencionados a un total de 118.248. Esto significaría un incremento en la carga de trabajo del prepago de casi el 35% en cuanto a la cantidad de casos. Asimismo, resulta necesario mencionar que el tiempo de gestión operativa de los casos del prepago resulta significativamente menor al de las otras UN. Se

contabiliza entonces el impacto real en tiempo de gestión operativa que la incorporación de la cartera capitada del prepago tendría en la cabina actual del Grupo EMP. Se explica la diferencia de los tiempos promedio de gestión de los casos del prepago, entre la situación actual (29 min) y los 20 minutos asignados a los casos de EMP2. Esta diferencia se debe a que solamente se incorporarían las gestiones de los códigos rojos, amarillos y verdes de la población de EMP2. El resto de las coordinaciones (trasiados, interconsultas, etc.), que tienen tiempos de gestión mayores y que hacen subir el promedio de tiempo por caso, actualmente ya se realizan en la cabina de emergencias del Grupo EMP. Del análisis surge entonces que la carga total de trabajo se vería incrementada en un 17%, como se muestra en la Tabla #15 continuación:

Estimación del impacto de gestionar los casos capitados de EMP2 en minutos

	Total casos actual	T prom gestión (min)	Total tiempos gestión en min (actual)	Gestión casos capitados	T prom gestión (min)	Total tiempos gestión en min (proy)	Impacto % en tiempo de gestión
Prepago	87.721	29	2.543.909	30.527	20	3.154.449	
ART	17.416	45	783.720			783.720	
Viajero	2.602	80	208.160			208.160	
Total	107.739		3.535.789			4.146.329	17%

Tabla #15 - Elaboración propia

Si se absorbiera la gestión de las cápitras AMBA e interior del Prestador1, como vimos, representaría un incremento del 17% de la carga laboral total del Sector. A su vez, se espera que la distribución en horarios y días de semana de las solicitudes de EMP2 sea similar a las ya conocidas de los casos de EMP.

Previo a la realización de la proyección del impacto en los recursos humanos y tecnológicos que ocurrirían si se incorporaran las gestiones hoy capitadas en Prestador1, resulta necesario hacer algunas aclaraciones respecto a la situación actual. El proceso de atención telefónica de las emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias cuenta con una descripción de acuerdo con las normas ISO 9001, con sus respectivos indicadores. Las metas de éste están ubicadas en atender el 95% de los llamados entrantes en menos de 10 segundos y no superar, en promedio, el 5% de llamadas caídas. A lo largo del 2017 y años subsiguientes, los valores obtenidos resultaron muy superadores de esta meta, obteniendo un 96% de llamadas atendidas en menos de 6 segundos y

solo el 2,5% de las llamadas recibidas anuales sin responder. En la misma línea, en promedio, cada operador recibe un total de 10/12 llamados por hora, lo que también da cuenta de capacidad ociosa disponible. En general, un operador de emergencias puede recibir hasta 18 llamados/hora. Esto demuestra que en la actualidad hay estructura con capacidad de absorción de tareas, sin arriesgar los valores de los indicadores certificados ISO.

Entonces, el 17% de incremento en el tiempo de trabajo mencionado, sobre la estructura de 16 operadores del turno mañana, representaría una necesidad de incorporación de 2.72 operadores. En función a la holgura de estructura actual, en una primera instancia, se prevé la incorporación de 2 operadores por turno de días hábiles y un recurso para los fines de semana y feriados. Con respecto al turno noche, actualmente el staff tiene la holgura suficiente como para absorber las gestiones de EMP2 en AMBA y las capitadas en el prestador del interior sin realizar incorporaciones de personal, ya que el impacto resulta muy poco significativo en esa franja horaria. Asimismo, se prevén dos acciones estratégicas respecto al recurso humano:

- La capacitación de la totalidad de operadores en las funciones básicas de recepción del prepago, a fin de poder dar soporte en la atención del desborde de llamados en caso de ser necesario y
- La incorporación de personal de refuerzo por temporada invernal, práctica que hasta el momento no se realiza en el sector

Con respecto a los recursos tecnológicos, habría que habilitar dos de las cinco posiciones con las que hoy se cuenta para "eventuales contingencias" como puestos efectivos, completos de trabajo. Es decir, 2 puestos que incluyan: escritorio, vincha telefónica, PC completa y sillas. No sería necesario agrandar el espacio alquilado, ya que el impacto de dos puestos de trabajo adicionales resulta trivial respecto a la estructura actual. Se recuerda que todo el Sector fue trasladado hace un par de años a un espacio donde se proyectaba tener un crecimiento futuro, por lo que hay holgura de espacio.

Resulta entonces que el costo operativo adicional estará vinculado estrictamente con los salarios y cargas sociales de los 5 operadores de Emergencias a incorporar, ya que el resto de la estructura requerida hoy está disponible y en desuso. Se muestra a continuación una proyección anual de esos salarios y cargas sociales:

Estimación del impacto de gestionar los casos capitados de EMP2 por prestación, en \$

	Mensual	Anualizado	Totales (\$)
Salario de operador x 6hs diarias	13.500	162.000	
Cargas sociales operador x 6hs diarias	6.075	72.900	
SAC operador x 6 horas diarias	6750	13500	993.600
Salario de operador SADOFE	19.300	231.600	
Cargas sociales operador SADOFE	8.685	104.220	
SAC operador SADOFE	9.650	19.300	355.120
Total costo operación a incorporar			1.348.720

Tabla #16 - Elaboración propia

Comparación de costos capitados versus auto gestionados

Para realizar un resumen de la situación, recordamos que el ahorro posible se corresponde con el valor de la cápita de EMP2 para las atenciones en AMBA, que en 2017 fue de \$ 24.621.458 (ver Tabla #7); el valor de la cápita de EMP y EMP2 conjunta en el interior, de \$ 6.967.522 (ver Tabla #10). Como contraparte, el extra-gasto estaría dado por el costo de las prácticas por prestación que hubieran ascendido a \$ 26.340.706 (ver Tabla #8) en AMBA y a \$ 798.349 en el interior (ver Tabla #12) y a la incorporación de personal por \$ 1.348.720 anuales (ver Tabla #16).

Adicionalmente, el 34% de los planes de EMP2 tienen copago para las visitas médicas domiciliarias. Estos valores, durante el 2017, fueron entre \$ 200 los de menor copago y \$ 253 los mas altos. Se promedia entonces el valor de los copagos que se descuentan de manera directa del importe a abonar por los servicios en código verde. Se obtiene un valor promedio de \$ 226. Se aclara que tanto las emergencias con riesgo de vida (códigos rojos) como las urgencias (códigos amarillos) no tienen asociados copagos.

Para calcular el ahorro que producirían los copagos, se multiplica el valor promedio de éste por la cantidad de códigos verdes que tuvo EMP2 a lo largo del 2017. El total de verdes de beneficiarios de EMP2 en AMBA fue de 24.377 (ver Tabla #6). Se considera para el mismo servicio en el interior a la mitad de las visitas domiciliarias realizadas ya que los socios de EMP no tienen copago. Se estima entonces que de los 688 códigos verde del interior (Tabla #13), 344 fueron de EMP2.

Finalmente, se tiene un total de 24.721 visitas médicas domiciliarias de beneficiarios de EMP2 a nivel nacional. De este total de visitas, el 34% corresponde a planes con copago. Es decir, en 8.405 visitas médicas domiciliarias se percibió, en promedio, un copago de \$ 226. Esto da como resultado un total anual de \$ 1.899.530 cobrados bajo la forma del copago de las visitas.

Se realiza una comparación final de valores entre capitados y auto-gestionados por prestación para todos los servicios de emergencias, urgencias y visitas domiciliarias de los beneficiarios de EMP2 en AMBA y los de ambas carteras (EMP y EMP2) residentes en las provincias del interior del país coordinadas por Prestador1. Se refleja la pérdida de \$ 1.719.248 entre cápita y prestación por la gestión de los beneficiarios de EMP2 en AMBA previamente mencionada. Se la corrige con el ajuste por los copagos percibidos estimados en \$ 1.847.390, dando un saldo final positivo para AMBA de \$ 128.142. Con respecto a la valorización de las cápitas del interior asignadas al Prestador1 se observa una diferencia inicial de \$ 6.169.173 que, luego del ajuste por copagos, se incrementa a \$ 6.221.313. Adicionalmente, se considera de manera integrada el costo anual del personal adicional mencionado anteriormente, representado por un costo operativo de \$ 1.348.720.

Finalmente se muestra que la diferencia neta agregada entre las gestiones capitadas y por prestación, de los socios de EMP2 en AMBA y de EMP y EMP2 en el interior capitadas en Prestador1 durante el 2017 habría ascendido a \$ 5MM, como se muestra en la Tabla #17.

Comparación de valores totales capitados y por prestación, en \$, año 2017

	Socios EMP2 en AMBA	Socios Prestador1 Interior
Total cápita 2017 (\$)	24.621.458	6.967.522
Total costos por prestación	26.340.706	798.349
Diferencia entre cápita y prestación	-1.719.248	6.169.173
Total ingreso por copagos	1.847.390	52.140
Dif cápita y prestación incluyendo copagos (1)	128.142	6.221.313
Costos operativos adicionales conjunto	1.348.720	
Diferencia neta agregada (\$) = (1) AMBA + (1) Prestador1 Interior - Costos operativos adicionales conjunto	5.000.735	

Tabla #17 - Elaboración propia

Conclusiones.

A lo largo de este trabajo se procuró realizar una estimación del impacto económico de modificar la modalidad de contratación de las emergencias médicas de gran parte de los beneficiarios del Grupo EMP, localizados en AMBA y en las principales ciudades del interior del país. La estimación de los costos prestacionales y operativos en que se habría incurrido en caso de haber autogestionado por prestación los servicios de emergencias de estos socios durante el 2017 habría generado un ahorro de \$ 5MM, en comparación con la alternativa utilizada de capitación en el Prestador1.

Esta disminución en el costo de \$5MM en términos nominales, representa un potencial ahorro del orden del 16% para la provisión del servicio de emergencias, urgencias y visitas médicas domiciliarias a las poblaciones estudiadas.

A su vez, se identifican otros beneficios adicionales como por ejemplo, la posibilidad de obtener mejores valores individuales para cada tipo de servicio en función a la economía de escala, ya que la cantidad de beneficiarios gestionados actualmente se duplicaría. Asimismo, el contar con una estructura operativa ampliada y un mayor conocimiento de las gestiones en el interior del país, permitiría proyectar nuevos negocios a futuro. Esta modificación en la manera de gestionar los servicios está en línea con la intención del sector, de tener un único número de teléfono a nivel nacional, para la solicitud de emergencias médicas para todos los socios del Grupo EMP.

Por último, si la coordinación de las emergencias se realiza de manera centralizada en la cabina que hoy brinda servicios a los socios en AMBA, se estaría evaluando las necesidades médicas de los socios del Grupo EMP con el mismo *triage* y sistema informático, independientemente de su lugar de residencia, lo que se entiende daría mayor sensación de pertenencia al prepago y la consecuente fidelización de los socios.

El riesgo de sobrefacturación, usualmente asociado a las gestiones "por prestación", en principio estaría bajo control porque en la actualidad todas las prestaciones que se gestionan en la cabina de emergencias se registran en un sistema informático que, de manera mensual y automática, interactúa con el área de Liquidación de Prestaciones Médicas y autoriza las prácticas efectuadas.

La decisión empresarial de tercerizar los servicios en un prestador externo en comparación con la alternativa de absorber dicha operación dentro de su estructura, es siempre multivariable y contextual. En términos generales, al sistema por prestación se le asocia una mayor calidad prestacional, que permite una atención personalizada, más directa entre el médico y el paciente. Asimismo, estas gestiones potencian los atributos de marca que posicionan a la organización en la mente del consumidor, generando fidelidad de los afiliados a la organización y mejorando la imagen

del financiador. Posibilita al financiador un manejo financiero más flexible, porque puede utilizar el pago como un poderoso instrumento de financiamiento y a su vez permite una gestión de calidad superior al modelo capitado, básicamente porque no se estimula la sub-prestación de servicios como ocurre en los sistemas capitados¹⁰.

Del análisis realizado se desprende que, con las condiciones actuales existentes en la cabina de Emergencias del Grupo EMP y la situación de demanda de servicios de los últimos 4 años, la autogestión por cápita resultaría beneficiosa en términos estrictamente económicos para el Grupo. Se identificaron además otros potenciales beneficios inmediatos y se destaca el mayor poder de mercado que tendría el sector en caso de pretender ampliar la oferta de servicios por fuera del Grupo EMP.

En síntesis, en respuesta a la pregunta planteada al inicio de este trabajo acerca de cuál sería la alternativa menos costosa para gestión de las emergencias médicas de un prepago de alcance nacional en 2017, se arribó a la conclusión que el pago por prestación de las emergencias es menos costoso que el pago por cápita, generando un ahorro del orden 16%, de \$ 5.000.735.

¹⁰ Adaptado de Oggier, Guillermo R., Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios? - 1ª ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012

Diccionario: se describen acepciones de las definiciones pertinentes a la comprensión del presente trabajo, en virtud de la polisemia de algunos conceptos.

AMBA: Zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 23 distritos de la provincia de Bs As (INdeC)

Diversificación: proceso por el cual una empresa pasa a ofertar nuevos productos y entra en el nuevo mercado por la vía de las adquisiciones corporativas o invirtiendo directamente en nuevos negocios. Existen dos tipos de diversificación dependiendo de si existe algún tipo de relación entre los negocios antiguos y nuevos de la compañía. El motivo por el que las compañías se diversifican es la búsqueda de sinergias o una reducción del riesgo global de la empresa.

Emergencia médica: toda aquella situación en la cual se deben tomar acciones y decisiones médicas en forma inmediata. Dada la importancia o gravedad de la afección, en general son cuadros que ponen la vida del paciente en peligro. Ante ellos se debe enviar una Unidad de Terapia Intensiva Móvil, que debe llegar en el menor tiempo posible al domicilio del paciente.

Integración horizontal: En microeconomía y dirección estratégica, la integración horizontal es una teoría de propiedad, autopertenencia y control. Es una estrategia utilizada por una corporación que busca vender un tipo de producto en numerosos mercados. Para alcanzar esta cobertura de mercado, se crean multitud de empresas subsidiarias. Cada una comercializa el producto para un segmento de mercado o para un área diferente. La integración horizontal de producción se produce cuando una compañía tiene plantas en diferentes puntos produciendo productos similares.

Integración vertical: En microeconomía y dirección estratégica, la integración vertical es una teoría que describe un estilo de propiedad y control. Las compañías integradas verticalmente están unidas por una jerarquía y comparten un mismo dueño. Generalmente, los miembros de esta jerarquía desarrollan tareas diferentes que se combinan para satisfacer una necesidad común. Esa necesidad común proviene de generar economías de escala en cada compañía, y sinergias dentro de la corporación.

Urgencia médica: aquellos casos que requieren asistencia médica en un lapso reducido, pero que no implican riesgo de vida ni peligro de evolución de la afección. En estas situaciones, hay más tiempo para llegar, tratar o derivar al enfermo.

Visita médica domiciliaria: aquella situación en la que no se requiere urgencia en la asistencia médica, pero dificulta al paciente a trasladarse a un consultorio, dadas las características del síntoma o dolencia.

Bibliografía

BIANCONI, Z.E., Instrumentos para gestionar la calidad (Compilación). Cátedra Marketing y Calidad. ISALUD 2018

FERNÁNDEZ, G., Economía de la Empresa, Isalud. Apuntes de clase, Unidad 5: Economía de los Contratos en Salud

FERNÁNDEZ, G., Economía de la Empresa, Isalud. Apuntes de clase, Unidad 3: Teoría de la Agencia.

LAFUENTE IBAÑEZ, C., EGOSCOZABAL, A.M. "Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases y selección de técnicas". Revista EAN No. 64: p.5-18, septiembre-diciembre, 2008

OGGIER, G. R. "Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?" - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012.

<http://journal.universidadean.edu.co/index.php/Revista/article/view/450/442> consultado el 12/05/2019

http://www.academiamedicinatolima.org/uploads/7/1/5/9/71599273/glosario_epidemiologia_pdf_1.pdf consultado el 12/05/2019

<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud> consultado el 18/07/2019

Anexos

Distribución de casos, población y tasa de uso cada 1000 socios de EMP en AMBA, año 2017

2017	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
	178	203	203	221	286	354	262	244	252	231	231	202
Amarillos	505	453	516	490	690	784	618	691	657	611	545	568
Verdes	2728	2236	3690	3843	7139	7682	4530	4821	4268	4182	3553	2811
Total casos	3411	2892	4409	4554	8115	8820	5410	5756	5177	5024	4329	3581
Población	89461	90055	90619	90998	91600	92335	92505	92930	93381	93596	93814	93766
Tasa uso	38,13	32,11	48,65	50,05	88,59	95,52	58,48	61,94	55,44	53,68	46,14	38,19
					- Elaboración propia							

Tabla # 1

Distribución mensual de casos de EMP en AMBA, año 2018

2018	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Totales
	188	188	247	245	290	266	261	241	250	239	281	284	2980
Amarillos Rojos	490	459	599	547	614	656	580	689	683	618	605	611	7151
Verdes	2490	2144	3555	3276	4577	4847	4538	5795	5025	4115	3204	2659	46225
Total 2018	3168	2791	4401	4068	5481	5769	5379	6725	5958	4972	4090	3554	56356
					# 3 - Elaboración propia								

Tabla # 2

Distribución mensual de casos de EMP en AMBA, años 2015, 2016 y 2017

	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Totales
2015	138	127	245	181	251	176	310	310	346	270	248	226	2828
Amarillos	379	404	470	449	487	519	721	742	697	561	504	531	6464
Rojos	2706	2585	3603	4318	5233	6412	4848	5872	5674	4849	4253	3211	53564
Verdes													
Total 2015	3223	3116	4318	4948	5971	7107	5879	6924	6717	5680	5005	3968	62856
2016	249	197	201	235	260	266	263	243	238	207	202	227	2788
Amarillos	448	430	478	487	689	580	562	536	593	539	523	531	6396
Rojos													
Verdes	2551	2682	4116	4999	8180	6075	5044	5024	5070	4328	3985	2987	55041
Total 2016	3248	3309	4795	5721	9129	6921	5869	5803	5901	5074	4710	3745	64225
2017	178	203	203	221	286	354	262	244	252	231	231	202	2867
Amarillos	505	453	516	490	690	784	618	691	657	611	545	568	7128
Rojos													
Verdes	2728	2236	3690	3843	7139	7682	4530	4821	4268	4182	3553	2811	51483
Total 2017	3411	2892	4409	4554	8115	8820	5410	5756	5177	5024	4329	3581	61478

Tabla # 4 - Elaboración propia

Distribución mensual de casos de EMP2 en AMBA, población y Tasa de uso del año 2017

2017	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total
Amarillos	57	70	87	86	113	115	109	167	154	139	113	124	1334
Rojos Verdes	296	242	312	299	366	494	328	352	322	304	359	345	4019
Total casos	1355	1157	1714	1737	3546	3819	2140	2254	1992	1785	1578	1300	24377
Total casos	1708	1469	2113	2122	4025	4428	2577	2773	2468	2228	2050	1769	29730
Población	80646	80511	79294	79737	79057	78666	80448	80147	79751	79629	79619	79401	
Tasa uso	21,18	18,25	26,65	26,61	50,91	56,29	32,03	34,60	30,95	27,98	25,75	22,28	
Tabla # 6 – Elaboración propia													
Distribución mensual de casos de EMP2 en AMBA a valores de EMP, año 2017													

2017	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total
Rojo (\$)	2492	2492	2492	2492	2492	2492	2619	2762	2762	2762	2810	2810	2623
Rojo (Q)	57	70	87	86	113	115	109	167	154	139	113	124	1334
Total mes	174440	174440	215804	214312	281596	286580	2854	451254	425348	383918	317530	348440	3.527.727
Amarillo (\$)	2047	2047	2047	2047	2047	2047	2151	2268	2268	2268	2308	2308	2154
Amarillo (Q)	296	242	312	299	366	494	328	352	322	304	359	345	4019
Total mes	605912	495374	638664	612053	749202	1011218	705528	798336	730296	689472	828572	796260	8.660.887
Verde (\$)	566	582	556	550	506	514	546	651	620	655	634	635	585
Verde (Q)	1355	1157	1714	1737	3546	3819	2140	2254	1992	1785	1578	1300	24377
Total mes	766660	673507	952193	955726	1794480	1961647	1168513	1466843	1235175	1169721	1000318	825839	13.970.622
Tabla # 8 – Elaboración propia													



Distribución mensual acumulada de casos gestados en el interior por Prestador1, año 2017

Códigos (demanda interior)	ene feb mar abr may jun jul ago sep oct nov dic												Total
	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	
Rojo	1	1	3	1	0	0	3	6	3	3	2	3	
Amarillo	4	8	10	6	5	6	8	7	6	4	9	10	83
Verde	42	35	53	40	44	126	101	59	47	56	38	47	688
Total mes	47	44	66	47	49	132	112	72	56	63	49	60	797
Tabla # 11 – Elaboración propia													

Valorización mensual de servicios del interior del país a valores por prestación de EMP, 2017

2017	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	totales
Rojo (\$)	2492	2492	2492	2492	2492	2492	2619	2762	2762	2762	2810	2810	2.623
Rojo (Q)	1	1	3										
Amarillo (\$)				1	0	0	3	6	2268	2268	2308	2308	2354
Total mes (Q)	2492	2492	7476	2492	0	0	7857	16572	8286	8286	8430	8430	70.003
Total mes	3047	2047	2047	2047	2047	2047	2151	2268	13602	9072	20772	23080	179.436
Verde (\$)	759	759	759	759	759	798	798	842	842	842	856	856	799
Verde (Q)	42	35	53	40	44	126	101	59	47	56	38	47	688
Total mes	31878	26565	40227	30360	33396	95634	80598	49678	39574	47152	32528	40232	547.822
Total gral.	42558	45433	68173	45134	43631	107916	105663	82119	61462	64510	58920	71742	797.261
Tabla # 13 – Elaboración propia													



UNIVERSIDAD

ISALUD

Monitoreo de casos de Emergencias de EMP por Unidad de Negocio, año 2017

Distribución mensual de casos de EMP	Distribución mensual de casos de EMP												Totales	Ponderación en %
	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic		
Prepago	5554	4736	6663	6832	10553	11219	7648	7777	7444	7065	6709	5521	87721	81,4%
ART	1546	1218	1653	1653	1477	1469	1345	1494	1455	1481	1431	1194	17416	16,2%
Viajero	358	281	194	163	163	182	205	251	205	182	183	235	2602	2,4%
Total	7458	6235	8510	8648	12193	12870	9198	9522	9104	8728	8323	6950	107739	100%
	Tabla # 15 -- Elaboración propia													

P

