

AGOSTO 2020

PRIMEROS APUNTES PARA LA COMPRENSIÓN DE LA REALIDAD PROFESIONAL EN TEMÁTICA ARANCELARIA



Colegio de Odontólogos de la Pcia. de Buenos Aires
Consejo Superior

INDICE

Introducción.....	3
Antecedentes históricos	4
Análisis de la Plétora profesional a través de los años	11
Descripción general de los modelos de contratación y pago en salud	13
Clasificación de los modelos	13
Modelos de pago como instrumentos de gestión	14
Análisis de los modelos de pago en salud.....	15
Modelos de pago a profesionales.....	16
Salario	16
Pago por Prestaciones	17
Cápita.....	18
Tipos de cadena de valor en modelos tercerizados	19
Modelos de pago en Odontología	21
El salario en Odontología	21
Sistema capitado en Odontología	22
Pago por prestaciones en Odontología	24
Análisis de la variación de aranceles de IOMA 2011-2019	25
Modelo de cálculo del arancel COSUCOBA.....	30
¿Cómo se ajustan los aranceles?	30
Estudio de costos sobre nomenclador reducido.....	32
Costos indirectos	33
Costos directos.....	35
Tiempo de ejecución de cada prestación	37
Algunas conclusiones	38
Fuente de datos y bibliografía	40

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, llevado a cabo durante la pandemia por Covid-19, cuyo contexto agudizó la crisis económico-profesional (en este caso planteado desde la Odontología, pero que bien puede ser aplicado a otras profesiones), nos condujo a repensar la dirección de las discusiones sobre el tema. Refleja un intenso estudio, que pretende plasmar diferentes aspectos –desde datos históricos, planteos teóricos y estadísticas reales– y repensar la discusión acerca de la retribución por el trabajo realizado, utilizando el análisis de diferentes libros de actas históricos del Colegio provincial y Distrital, como así también diferentes extractos pertenecientes a trabajos sobre la temática.

Este informe surge de un análisis tanto de la historia como de la evolución de los cálculos en la odontología, desde los orígenes colegiales hasta la fecha, considerándolo desde varias ópticas. Busca alternativas de pensamiento en aras de plantear acciones que *resguarden y dignifiquen el trabajo del Odontólogo*. Busca, muy humildemente, tratar de entender la realidad cotidiana del odontólogo en su ejercicio profesional.

La odontología constituye una *acción social* y una *acción económica*. Como acción social involucra a un conjunto de actores que se articulan de múltiples formas, algunas veces más cooperativas y otras más conflictivas. En su figura de acción económica involucra flujos de recursos, donde se incorpora valor y se desarrollan bienes y servicios. El estudio de los modelos de contratación y pago por los servicios provistos requiere ser considerado desde ambas dimensiones.

Hay profesionales que adhieren a la idea de una práctica que busca la excelencia y elevar la odontología, como antaño se hiciera, a los más altos lugares tanto científico, como técnico. Otros pertenecen a la idea de una profesión que se adapta a las necesidades que le impone la lógica del mercado y que ve en el profesional una herramienta de aplicación de las decisiones que se toman en función de las necesidades que se le plantean al financiador de los pagos, sea este público o privado.

La clave está en la importancia de la conciliación.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Evolución de las Obras Sociales en la Argentina a través de los años en relación a las diferentes leyes de Colegiación.

Desde los inicios, las obras sociales creadas principalmente a partir de 1970, contrataron masivamente servicios privados, generando un gran crecimiento de la capacidad prestacional instalada de este sector. La consolidación de un mercado privado de establecimientos hospitalarios y no hospitalarios tenía dos precondiciones económicas. Por un lado, la existencia de un flujo estable de recursos financieros que los individuos (pacientes), por separado, no conseguirían garantizar. En segundo lugar, la declinación del modelo universalista y público del estado de compromiso que impulsaron los dos planes quinquenales.

En aquel contexto, caracterizado por la expansión de los grandes centros urbanos vinculados a la industrialización, las entidades contrataban a las grandes corporaciones por acto médico (Colegios/Asociaciones médicas o Asociaciones de Clínica y Sanatorios) y estos últimos eran los que pagaban a los prestadores individuales, quienes en general no podían conseguir los convenios que su entidad lograba.

Por aquellos años predominaba la separación de funciones, existiendo por un lado un mercado financiador y por otro, un mercado prestador privado incipiente. Aunque predominaba el modelo de contrato, los gastos de intermediación eran poco relevantes porque los prestadores estaban concentrados, los financiadores disponían de recursos, no se había planteado la escalada de costos prestacionales, ni producido la “puja distributiva”, como tampoco se había iniciado el proceso acelerado de incorporación tecnológica que se planteará luego. Su financiación estaba vinculada no sólo al pleno empleo, que durante casi cuarenta años rigió en la economía argentina, sino también a salarios altos en términos reales.

En los ´70 se estableció la obligatoriedad de realizar aportes (empleados) y contribuciones (empresas) con destino a la obra social de la actividad. Este punto es central por dos motivos, el primero porque configura la estructura básica de los financiadores vinculados a los sindicatos de la rama de actividad que aún hoy predomina. La segunda razón se debe a que este cambio fue un punto de inflexión en el devenir histórico de las organizaciones porque de este modo comenzaron a disponer de un flujo de fondos más previsible aunque muy pro cíclico.

Esto último, sumado al constante aumento de los salarios y del empleo, les permitió a los financiadores modificar tibiamente los mecanismos de contratación. Si bien la

gran mayoría continuó dentro del modelo de separación de funciones contratando a las corporaciones a través del sistema de pago por prestación, especialmente en el submercado de servicios médicos; otras optaron por una estrategia de integración vertical, particularmente en las zonas de gran concentración poblacional donde además canalizaban la mayor complejidad médica.

En el año 1964 se crea el IOMA, y en el año 1966 se crea la primera Ley de Colegiación Odontológica, Ley N° 6788. Los Colegios Distritales tenían la potestad de FIJAR los aranceles y CONTROLAR los contratos tanto en el Ámbito público como en el PRIVADO.

Primer período: Redacción según Ley N° 6.788

ARTÍCULO 5º: "...7º "Los colegios Odontológicos de Distrito tienen por objeto y atribuciones exclusivamente", Establecer los aranceles profesionales mínimos del Distrito y que comprenderán aquellos para las prestaciones de servicios odontológicos a particulares, mutualidades, compañías de seguros en general, los que cubran la asistencia odontológica de los peones de campo, del persona de empleados y obreros de las fábricas y para toda institución oficial, empresas o personas de funciones similares. Dichos honorarios deberán ser convalidados por el Colegio en la forma y modo que establecen las disposiciones legales y administrativas vigentes en los casos establecidos expresamente por dichas normas".

En este período podemos ver la colaboración mutua interinstitucional necesaria para el avance de la organización profesional:

1º Ejemplo de la Ley N° 6788 en sus Disposiciones Transitorias dice: Art. 61º El ministerio de Salud Publica designara una Junta Electoral constituida por un representante del Ministerio y dos representantes de la Federación de Odontólogos de la Provincia. Dicha Junta Electoral tendrá por objeto: Determinar por esta única vez los partido que integraran cada Colegio de Distrito, confeccionar el padrón electoral y convocar, dentro de los 120 días, a los odontólogos empadronados para las elecciones de las primeras autoridades de los colegios de Odontología de Distrito.

2º Ejemplo, a través del Libro de Actas COPBA D VIII podemos ver como la función del colegio sirvió de andamiaje para el funcionamiento provincial de la FOPBA, *"Federación ha pedido colaboración a todos los Distritos para poder enviar notas o informaciones a todos los colegiados y quedaría a cargo del Distrito colocar en cada sobre una estampilla; Federación se encargará de enviar el material para imprimir luego las hojas con el informe..."*

3º Ejemplo: Como se establecía el rol del colegio en este periodo: *"Nota de la Federación Odontológica (FOPBA) notificando que, por mandato de su Asamblea, no realizará tratativas con ninguna OO.SS si no es en base a los Aranceles regionalizados, es decir, aquellos que rigen de acuerdo a la Ley de Colegiación (6788)"* o *"Nota de la Federación Odontológica comunicando que, por resolución de Asamblea de FOPBA llevada a cabo el día 16-01-1972 y ratificada por la CORA, se resolvió denunciar los contratos y suspender prestaciones odontológicas indefectiblemente 30 días, no obstante los odontólogos podrán continuar prestando sus servicios profesionales a las OO.SS exclusivamente por vía de reintegro, con el Arancel fijado por los respectivos Distritos..."*

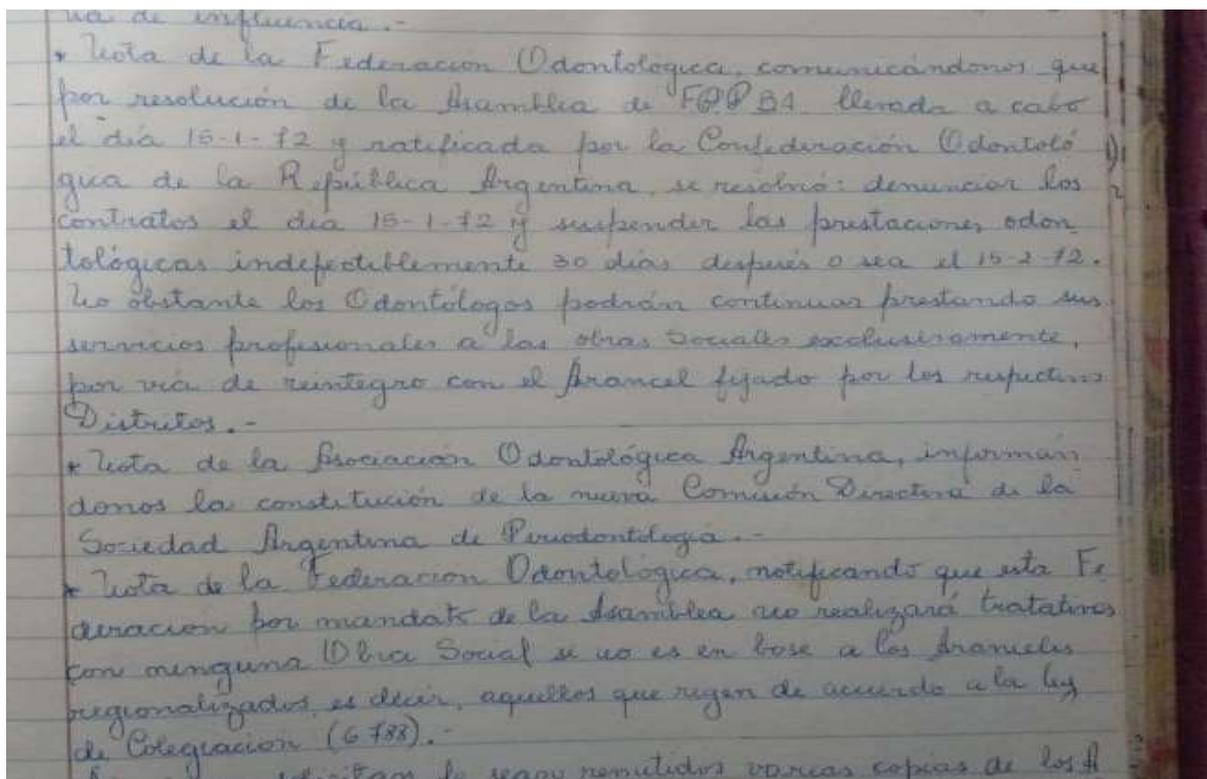


Foto: Primer Libro de Actas de COPBA Distrito VIII

En el periodo siguiente se puede evidenciar como comenzaron las dificultades para sostener las instalaciones propias de las OO.SS que se debieron a dos motivos fundamentales. Por un lado, a los financiadores de la seguridad social le fue difícil seguir el tren del avance tecnológico que requería de permanentes inversiones para incorporar aparatología médica de última generación y por otro lado, la creciente inflación socavaba los recursos, que cuando se combinó con problemas de empleo, generó en los prestadores propios un elevado costo fijo que difícilmente pudieron cubrir con los decaídos recursos. En este marco, disponer de un activo inmovilizado fue poco racional, iniciándose de este modo un proceso de desintegración vertical. Por otro lado, el mecanismo de pago por prestación producía grandes rentas financieras a los financiadores en períodos de alta inflación, muy superiores a los elevados costos de transacción que debían afrontar por la renegociación permanente de los valores contratados; con la estabilidad de precios este mecanismo encontró serias dificultades.

Segundo período: En el año 1979, mediante el Decreto Ley 9384/79 se le quita la potestad de fijar arancela varios Colegios profesionales entre ellos al de Odontólogos, ahora se utiliza en término “proponer”.

Redacción según el Decreto Ley N° 9384/79 (B.O. 14/08/1979) -NO vigente-
ARTÍCULO 5°:“...7°. Proponer al Poder Ejecutivo, a través del Colegio de Odontólogos de la Provincia los aranceles profesionales mínimos del Distrito para las prestaciones de salud a particulares y las remuneraciones básicas para profesionales en relación de dependencia, con exclusión de las aplicables en el ámbito estatal y de las prestaciones comprendida en los regímenes de obras sociales...”.

Fundamentos del citado Decreto Ley N° 9384/79

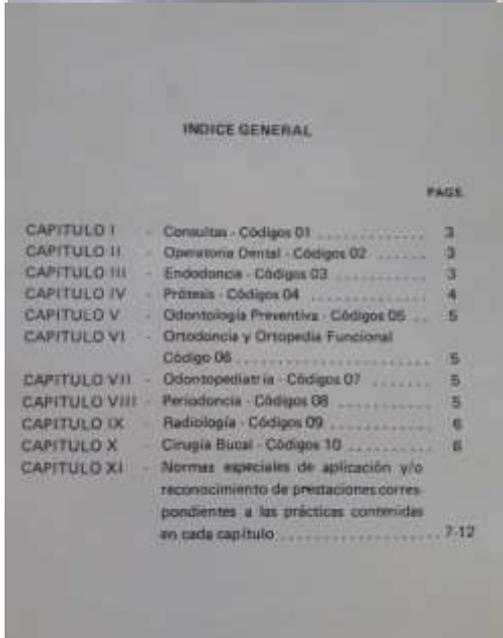
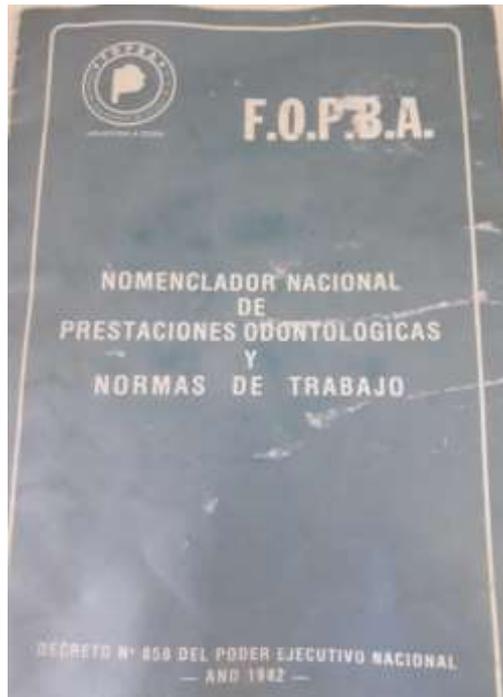
“...Los fundamentos de la expresada ley afirmaban que las facultades en cuestión permitieron en varios casos establecer valores arancelarios que no guardaban coherencia con las políticas estatales, provocando la creación de situaciones que afectaron la prestación de servicios mutualizados, conflictos institucionales y perjuicios a los usuarios. Manifestaban asimismo que se advertía una evidente desigualdad en cuanto a los modos de fijación de aranceles profesionales que regulaban las distintas normas provinciales, desde que en algunos casos aquellos eran fijados por los poderes públicos y en otros por las entidades que colegian a profesionales.

Atendiendo a las razones expuestas se dispuso un detenido estudio de la cuestión a los efectos de establecer un régimen definitivo, cuyas conclusiones se reflejan en las normas de la ley adjunta. En ella el Gobierno Provincial ratifica su decisión de reservarse las atribuciones que emergen del poder de policía en los aspectos referidos a la fijación de aranceles profesionales dada su importancia para el interés general, desde que ellos tienen carácter obligatorio e irrenunciable.....

En el año 82 se dicta el DECRETO NACIONAL 858/1982: Modificación del Nomenclador Nacional de Prestaciones Odontológicas aplicable en la contratación de los servicios de atención odontológica que brindan las entidades comprendidas en la Ley 22.269. En su cuerpo Dice: “NORMA GENERAL DE VALORIZACION DE PRACTICAS ODONTOLOGICAS”

Para la valorización de las diferentes prácticas contenidas en el presente Nomenclador, se ha seguido el criterio de desdoblarse en ellas, los honorarios por una parte y los gastos por la otra. Los honorarios se expresan en unidades “honorario odontológico” (H Od.) asignándose a la misma el valor que se indica en el Anexo I y estipulándose en la columna respectiva el número de ellas que corresponde a cada práctica. Los gastos son también expresados en unidades; pero separando a los mismos en unidades “gasto odontológico” (G.Od.), que son aquellos gastos que insume el consultorio odontológico para la realización de las prácticas comprendidas en los capítulos de operatoria dental, endodoncia, odontología preventiva, Odontopediatría, periodoncia y cirugía; y en unidades “gasto odontológico de prótesis” (G.Od.) que son todos los gastos que insume la realización de aquellas prácticas comprendidas en los capítulos de prótesis, ortodoncia y ortopedia funcional, Odontopediatría y periodoncia que así lo requieran.

En esta Unidad se incluye el total de gastos correspondientes a la clínica de prótesis y técnica para prótesis. A las unidades G.Od. y G.Od. P. se les asigna el valor que se indica en el Anexo I, estipulándose en las columnas respectivas el número de ellas que corresponde a cada práctica. Para las prácticas comprendidas en el capítulo IX (radiología) los gastos son expresados en unidades “gasto radiológico” (G.Rx.) siendo el valor de dicha unidad el indicado en el Anexo I, estipulándose en la columna respectiva el número de ellas que corresponde a cada práctica.



Fotos: Nomenclador Nacional de FOPBA – Año 1982

En 1983, aun bajo el funcionamiento de la junta militar, el Gobernador mediante Ley 9944 le da continuidad a las modificaciones del decreto Ley 9384/79 (más otras correcciones menores) y transcurre así un periodo de vigencia que comienza en 1979 y se extiende hasta el 2001.

En el orden administrativo y de gestión, llegando los noventa, fue ganando adeptos el mecanismo de pago por cápita. Además, fueron los años en los que aparecieron los gerenciadore para administrar los convenios capitados ya sea empresas u organizaciones compuestas por entidades intermedias. Estas redes intermediarias percibían ingresos capitados que luego pagaban a los prestadores de la red por medio el sistema de acto médico (este es el modelo que funciona actualmente en el modelo IOMA - INTERMEDIARIO – PRESTADOR).

En los noventa se produjo un cambio estratégico en la concepción ideológica de la seguridad social. Fue así que en esa década se decretó la desregulación del sistema de obras sociales, rompiendo de este modo la cautividad que tenían los sindicatos de cubrir a los trabajadores de su rama de actividad. La posibilidad de elegir a la aseguradora no sólo repercutió en el mercado de la seguridad social, sino que se hizo extensivo a las prepagas, quienes obtuvieron contratos o alianzas estratégicas con algunas obras sociales. También fueron años caracterizados por el elevado crecimiento de los prepagos, particularmente los que hacen foco en el estrato ABC1 y por la llegada del capital extranjero al financiamiento y provisión de Salud.

La crisis de finales de los noventa, caracterizada por la caída del salario y por el elevado desempleo, redujo significativamente los recursos de los financiadores, particularmente de las obras sociales. Esta situación produjo que muchos financiadores tengan problemas de pago con sus gerenciadorees o con sus prestadores. El contexto macroeconómico contribuyó a exacerbar los conflictos entre prestadores y financiadores al tiempo que muchas redes, particularmente aquellas integradas por las asociaciones de profesionales o de clínicas y sanatorios entraron en crisis provocando cambios en los modelos de contratación. Finalmente, otro rasgo que caracterizó a este período fue la fuga del capital extranjero del sector.

Durante este periodo la función legal de los Colegios de proponer al Ejecutivo Provincial se basó en la utilización, por parte de muchos Colegios Distritales, de los aranceles del IOMA y, en aquellos códigos que el Instituto no presentaba, se utilizaba los aranceles del INOS.

Tercer período: En 2001 se dicta la ley 12.754 que establece nuevamente la *potestad* del Colegio Distrital de *FIJAR* los aranceles. En los fundamentos dice: “La Honorable Legislatura debe saldar una deuda con la comunidad odontológica que ejerce en el ámbito de nuestra Provincia y que está representada en su totalidad por el Colegio de Odontólogos, creado por la Ley 6.788”. No se conocen antecedentes donde prácticamente un texto cuente con las sanciones de ambas Cámaras y no tenga el rango de ley, por haberse dado en distintos expedientes legislativos.

Desde 1987, el Colegio de Odontólogos de la Provincia viene bregando por modificar la ley de colegiación vigente y no lo ha conseguido pese a los reiterados intentos porque circunstancias que hacen a los avatares de algunos trámites legislativos, se lo han impedido.

No queda otra alternativa que hacer propios todos y cada uno de los argumentos dados por la citada institución, que doy aquí por reproducidos en homenaje a la brevedad y propiciar esta iniciativa, que de hecho es la reproducción del proyecto que tramitara, en su último tramo, por expediente HS/84/91-92.

Cabe también compartir una reivindicación histórica hacia esta profesión y por qué no decirlo, hacia esta Legislatura, que en su momento sancionó la ley original, bajo el número 6.788 y que fuera luego derogada por el Decreto-Ley 9.944/83, hoy vigente, propiciando que el nuevo texto que apruebe esta honorable Legislatura, lo sea *dentro del marco de restablecer la vigencia de esa primera ley*”, pero el estado se sigue reservando algunas potestades que estaban plasmadas en la ley original.

Redacción según Ley N° 12754

ARTÍCULO 5º: "...7º "Los colegios Odontológicos de Distrito tienen por funciones, atribuciones y deberes", Fijar los honorarios mínimos para las prestaciones odontológicas las remuneraciones para profesionales en relación de dependencia con exclusión de los aplicables en el ámbito estatal"

El cambio de modelo perpetuado a partir de la crisis de 2001/2002 sumado al buen momento económico internacional por el alto precio de las materias primas permitió una rápida recuperación de la economía con un fuerte impacto en el empleo primero y en el salario después, situación que mejoró significativamente los ingresos de los financiadores en general y de las obras sociales en particular, dado que sus recursos, al ser pro cíclicos, dependen fundamentalmente de la situación macroeconómica del país.

El vigoroso proceso de crecimiento que emprendió la economía permitió que las obras sociales obtengan, entre diciembre de 2003 y diciembre de 2011, un 811% más de recursos, un 82% de afiliados titulares (cotizantes) y un 400% más de ingresos por titular aportante. Este nuevo contexto trajo aparejado algunas transformaciones en la manera en que los prestadores se relacionan con los financiadores. En efecto, se observa durante este periodo una nueva ola de integración vertical en el sector. Esto se registra tanto por información proporcionada por informantes claves del sector como a través de datos publicados en los medios locales.

Cuarto período: En el año 2010 se dicta la Ley 14.163 que modifica la anterior ley que saca a los Colegios Distritales y delega en el Colegio Provincial la potestad de FIJAR los aranceles profesionales y mantiene reservado al Ejecutivo Provincial las cuestiones estatales.

En el año 2011 se establece el *actual modelo de cálculo de los aranceles* que fija el COSUCOBA. Este modelo de cálculo, si bien puede que ser mejorado, permite ajustar todos los códigos del nomenclador en una relación directa y muy cercana a un ajuste por inflación.

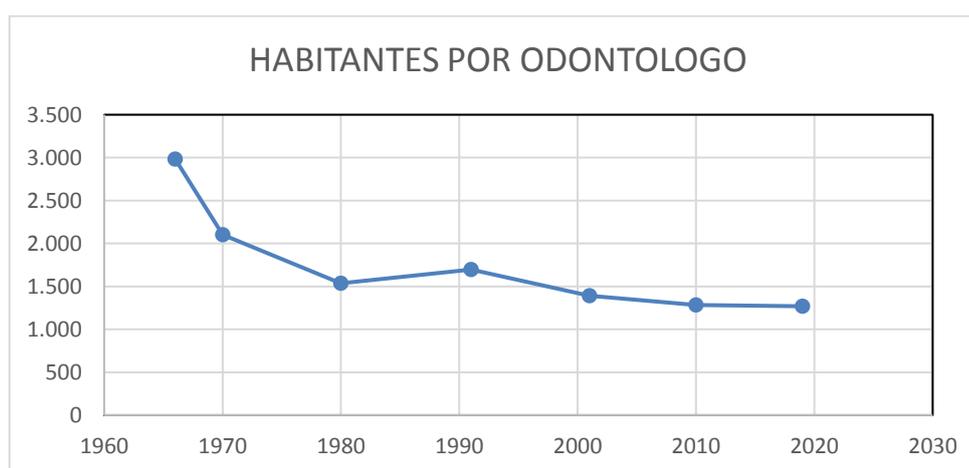
El período 2011/2020 es marcado por el descenso del producto bruto por habitante, aumento de la pobreza, caída de las exportaciones y nula creación de empleo privado. Estas son algunos de los datos que permiten considerar que el decenio que va desde 2011 a 2020 será una nueva década perdida para la Argentina. Muchos economistas sitúan el principio de la caída en el año 2011, dado que se trata del *último en el cual hubo un crecimiento real* de la actividad.

ANÁLISIS DE LA PLÉTORA PROFESIONAL A TRAVÉS DE LOS AÑOS

La población profesional, en la provincia de Buenos Aires, ha experimentado un crecimiento elevado del número de Odontólogos. En los últimos 20 años la cantidad de Odontólogos que se matricularon en la provincia de Buenos Aires ha aumentado un 40,70% por ciento, pasando de 9.741 en 1999 a 13.706 en 2019.

Según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (Un profesional por cada 3.500 habitantes), y teniendo en cuenta el número de habitantes en nuestra provincia, ya se superó holgadamente la cantidad de odontólogos recomendados. Si ajustamos ese indicador a las cifras de demanda de asistencia odontológica sin duda esa relación sería mucho más ajustada.

AÑO	ODONTOLOGOS MATRICULADOS	POBLACION PROVINCIA BS. AS.	HABITANTES POR ODONTOLOGO
1966	2.673	7.971.161	2.982
1970	4.172	8.774.529	2.103
1980	6.360	9.766.030	1.536
1991	7.431	12.594.974	1.695
2001	9.949	13.827.203	1.390
2010	12.159	15.625.084	1.285
2019	13.553	17.196.396	1.269



En los cuadros anteriores se puede observar de qué manera decayó la proporción de habitantes por cada Odontólogo, en los últimos años.

Por otro lado, no debemos dejar de considerar un factor importantísimo como lo es la disminución del poder adquisitivo del salario promedio. Para dar un simple ejemplo podemos citar datos del INDEC que informan que “La pobreza aumentó del 32% al 35,5% de las personas entre los 2° semestres de 2018 y 2019...” Entonces, por un lado se registró una baja en el índice de habitantes por odontólogo, y, a su vez, se incrementó proporcionalmente el índice de pobreza.

En este sentido, podemos afirmar que “es igual de peligroso no tener suficientes dentistas como tener demasiados, debido a los altos costes sociales de ambas situaciones”. Entre las consecuencias del exceso de Odontólogos podemos encontrar, entre otras, la realización de sobre-tratamientos, la disminución de la calidad asistencial y la precariedad en las relaciones laborales y contractuales.

Una situación que ha contribuido principalmente en este aspecto es el gran número de Facultades de Odontología privadas que cada año se abren en nuestro país sin realizar ningún tipo de estudio donde se analice la necesidad real de los recursos humanos. No puede haber una disociación entre las personas que se forman en Odontología y el número de profesionales que se requieren para ofrecer a la población una asistencia odontológica de calidad.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE MODELOS DE CONTRATACIÓN Y PAGOS EN SALUD

Cuando se hace referencia a los actores se contempla a aquellos que influyen en la determinación del volumen de ingresos a ser percibido por el prestador. La literatura internacional de la economía de la salud suele identificar tres actores:

El pagador (asegurador -obras sociales, mutuales, prepagas, etc.- o regulador - ministerios o agencias autárquicas), que financia la provisión de servicios y establece la forma y nivel de pago a los prestadores;

los prestadores o proveedores -como suelen ser llamados en Argentina, efectores- que pueden ser tanto profesionales de la salud - médicos, kinesiólogos, odontólogos, psicólogos, etc.- o instituciones - clínicas, hospitales, laboratorios, centros de rehabilitación, etc., que toman decisiones sobre los tratamientos, y los usuarios o pacientes quienes pueden contar con mayor o menor cobertura del seguro.

En la Argentina, merece destacarse un cuarto actor que son las instituciones intermediarias tales como asociaciones y colegios de profesionales, que muchas veces establecen contratos con las obras sociales. Estas instituciones actúan de manera similar a las agencias de contratación o a los proveedores mayoristas ya que reciben de la entidad aseguradora un volumen de recursos y se ocupan de reclutar y remunerar a los profesionales. Generalmente las obras sociales utilizan un modelo de pago para las entidades intermediarias y estas utilizan otros para remunerar a los profesionales que nuclean.

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS

Existen varias alternativas para la remuneración de los servicios cada una de las cuales presenta ventajas y desventajas específicas. Para obtener una visión panorámica de los modelos de pago se mencionarán a continuación diversas modalidades de clasificación para luego analizar cada alternativa con mayor detalle.

Los modelos de pago a prestadores pueden ser clasificados según:

- a quién se remunera.
- cuando se paga o cuando se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagos.

Según a quién se remunera. Los instrumentos de pago pueden remunerar:

1. A profesionales, los instrumentos de pago tradicionales son el salario, el pago por acto médico - que en la Argentina es denominado pago por prestación- y el pago capitado. También existen alternativas intermedias a estas “formas puras” que consisten en combinaciones de elementos propios de cada uno, y serán examinados más adelante.

2. A establecimientos.
3. A entidades intermediarias, se utiliza especialmente la cápita, e instrumentos como los contratos de riesgo y a los que ahora se agregan los más sofisticados modelos de pago por resultados.

Según cuando se paga o cuando se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagos.

Aquí se distingue entre instrumentos prospectivos y retrospectivos. La variable clave que justifica esta distinción es la previsibilidad del gasto dentro del sistema.

Los instrumentos retrospectivos son mucho menos previsibles por que el asegurador o financiador debe pagar cada mes la factura que le presentan los prestadores y tiene poca capacidad para prever el monto total de dicha factura. En otras palabras, en modelos de pago retrospectivo como el pago por prestación cada mes el seguro firma un “cheque en blanco” a ser llenado por los prestadores.

Los modelos de pago prospectivo son aquellos en donde la entidad aseguradora o financiadora preestablece los volúmenes a ser pagos con diferentes grados de rigidez. Un ejemplo lo constituye el pago capitado en el cual el seguro sabe cuánto pagará a los prestadores de acuerdo a sus beneficiarios pero independientemente de la utilización que estos hagan de los servicios.

MODELOS DE PAGO COMO INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

Las formas en que se paga a los proveedores de servicios de salud están relacionadas con un conjunto de factores:

Condicionan la oferta

Porque cada forma de pago puede estimular la subprestación, la sobrestación, la derivación o la retención del paciente por parte del profesional.

Porque unas formas de pago están estrictamente limitadas a los servicios curativos y otras son más compatibles con los preventivos. Porque alterando tanto la modalidad como los valores a ser pagos se puede estimular la concentración de profesionales en una determinada especialidad y área geográfica y se puede estimular el desarrollo de determinadas técnicas y conocimientos.

Condicionan la demanda

Porque algunos modelos facilitan más la inducción de la demanda por los médicos que otros.

Porque cada modelo influye de determinada manera sobre la relación médico-paciente

Condicionan la gestión

Los métodos de pago a proveedores han demostrado ser importantes en la determinación de cuanto servicio es distribuido, de qué clase y cuánto cuesta.

Son especialmente útiles para el control de costos.

Además algunos métodos permiten a los administradores de los establecimientos y entidades intermedias una mayor previsibilidad del total del gasto prestacional que otros.

Algunos son más fáciles de administrar y otros son más complejos. Algunos estimulan más la eficiencia técnica que otros, algunos permiten un margen mayor para redistribuir los recursos que otros. Algunos requieren de sofisticados sistemas de información y otros no.

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE PAGO EN SALUD

La definición de cuál es la manera más adecuada para pagar por los servicios de salud adquiere relevancia cuando se comienza a verificar que los costos de salud aumentan más rápidamente que el costo de vida en general.

La problemática de los modelos de pago puede ser planteada como la cuestión de cuál es la forma adecuada para distribuir los riesgos que involucra esa actividad económica que consiste en brindar cobertura médica a las personas. Se puede suponer un modelo de mercado ideal en el cual no existirían entidades aseguradoras (como prepagos, mutuales, u Obras Sociales) y las personas se proveerían de asistencia médica directamente en el mercado a través del desembolso directo.

La probabilidad de enfermar representaría un riesgo económico que, en este caso, asumiría integralmente el enfermo. Es decir, cuando un individuo se enferma él mismo debería hacerse cargo de financiar su asistencia médica. Las diferentes modalidades de seguros buscaron alternativas para evitar esta encrucijada por la cual la mayoría de los enfermos eran sentenciados a la pobreza.

El comportamiento teórico involucrado en los modelos de seguro social es que el riesgo individual de enfermar es asumido sino por el conjunto de la sociedad al menos por un colectivo grupal planteándose un esquema de financiamiento solidario en el cual el sano financia al enfermo.

En los casos de seguros privados el riesgo de enfermar de cada individuo es asumido por un grupo empresario que, en base a cálculos actuariales, establece primas adecuadas para que la actividad aseguradora pueda sustentarse.

En el marco del Estado Benefactor se reemplaza el concepto de riesgo por el de necesidad, la salud es un derecho ciudadano y adquiere el carácter de cuestión de Estado, convirtiéndose en un bien predominantemente público. Por este motivo su financiamiento se debe establecer a través de recursos fiscales y no debe dar cabida a la lógica especulativa de los aseguradores privados.

En la medida en que el volumen total del gasto de los seguros de salud aumentaba se fue desarrollando una vasta ingeniería empresarial para transferir parte de los riesgos a los usuarios.

Dentro del modelo de seguros la implementación de co-pagos o tickets moderadores, por los cuales, independientemente de las primas abonadas, cada asegurado absorbe parte del costo de cada prestación, introduce la elasticidad- precio en el consumo de servicios de salud.

A través de este mecanismo la mayor parte del riesgo continúa siendo cubierto por

el asegurador pero se incentiva al asegurado a no consumir desmesuradamente puesto que ello le resultaría oneroso. El establecimiento de topes a las prestaciones constituye una forma más clara de transferir parte del riesgo o responsabilidad al usuario.

No obstante, los mencionados ejemplos no contemplan la incorporación del prestador en esa distribución del riesgo. De hecho aún ante la incorporación de copagos y topes la elasticidad-precio puede continuar ausente o ser poco significativa.

MODELO DE PAGO A PROFESIONALES

- A) EL SALARIO
- B) PAGO POR PRESTACIÓN
- C) LA CAPITACIÓN

SALARIO

Base de cálculo: En este sistema el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo dado. En otros términos, el profesional alquila su tiempo (cuando se trata de contratos de dedicación parcial) o alquila su título (cuando se trata de contratos de dedicación total).

Determinantes del volumen de ingresos: Las variables que determinan el volumen de ingresos son: la carga horaria y el rango jerárquico asumido dentro de la organización.

Actores: Entidad prestadora (empleados), Profesional (empleado). Se trata de un modelo de remuneración centrado en la oferta, por lo tanto, en este caso el paciente no afecta directamente el pago del médico puesto que este último recibirá su sueldo aun cuando ningún paciente concurra al servicio.

Comportamiento teórico: El profesional buscará maximizar el tiempo no asistencial y minimizar las cargas de trabajo.

Ventajas:

- _ Alta Previsibilidad (facilita la administración y el control de costos).
- _ No obstaculiza la cooperación "horizontal" (entre colegas).
- _ No estimula la sobre prestación.
- _ Homogeneiza la forma de remuneración entre médicos y otros trabajadores.

Desventajas:

- _ No incentiva la productividad.
- _ Introduce presiones para el incremento del personal (de la planta, de las cargas

horarios o la jerarquización). Por lo tanto, mantiene los ingresos y reduce las cargas de trabajo individuales).

_ La percepción de ingresos bajos se traduce en reducciones de la jornada efectiva. Introduce la lógica "...y, por lo que me pagan".

_ Independiza la cantidad y calidad de los servicios de las remuneraciones, lo que puede insensibilizar al prestador respecto a las preferencias de los pacientes.

_ No favorece la relación médico-paciente.

_ Puede estimular la subprestación (reducción en la cantidad / calidad de servicios).

_ Aumenta el peso relativo de los costos fijos.

PAGO POR PRESTACIÓN

Base de cálculo: Constituye la forma más desagregada ya que la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico le brinda al paciente.

Determinantes del volumen de ingresos: El nivel de actividad o prestaciones realizadas.

Actores: Paciente (cuando no tiene seguro o éste funciona bajo reembolsos), Profesional (cobrando directo al paciente o al seguro), Seguro (tercer pagador).

Comportamiento teórico: El número de actos producidos dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costos marginales de cada procedimiento específico. El efector brindará todos los servicios posibles mientras los costos de estos actos sean inferiores al ingreso marginal que obtendrá.

Ventajas:

_ Alta productividad, tanto en términos de pacientes atendidos como de servicios brindados.

_ Alta satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarifa fijada a los actos: nomenclador).

_ Prevalece la acción más que la observación. Resistencia a derivar pacientes.

_ Amplio control del precio.

_ Buena relación médico-paciente. Favorece la satisfacción del usuario (permite y estimula la libre elección).

_ El cálculo de la remuneración es relativamente simple.

Desventajas:

_ Facilita la inducción de la demanda y con ella la sobreutilización (uso inapropiado).
_ No permite controlar la cantidad de la producción y provee un escaso control sobre el gasto total (funciona como un "cheque en blanco").

_ Incentiva la sobrefacturación.

_ Desincentiva prácticas más costo-efectivas como la prevención. Tiene poca visión integral sobre el proceso salud-enfermedad (es una cadena de montaje) e induce al médico a despreocuparse con la causa u origen del problema detectado.

_ Incentiva una distribución desigual de la oferta médica ya que habrá concentración en las actividades que permitan rentas mayores.

_ Requiere numerosos controles para su gestión.

_ Incentiva el hacer, con independencia de la utilidad de la acción.

_ Tiende a aumentar el número de consultas y a disminuir la duración de las mismas.

CÁPITA

Base de cálculo: Pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico por un período determinado. Se paga por estar “disponible para tratar” más que propiamente por “tratar”. La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como la frecuencia de sus visitas. Es consistente con la definición de salud como producto principal del proceso de atención sanitaria y de los servicios sanitarios como productos intermedios. Se utiliza para retribuir a los Médicos Generales en el Reino Unido, Holanda y otros. En España ha sido el sistema de pago a los médicos hospitalarios (de cupo: medicina general y pediatría no reformada y especialistas de ambulatorios de 25 horas).

Comportamiento teórico: Maximizar número de pacientes, minimizado actos propios.

Ventajas:

- _ Sencillez administrativa.
- _ Menor competencia que en pago por acto.
- _ Permite (pero no garantiza) estimular la continuidad en la atención.
- _ Admite ajustes por edad y combinaciones con otros (sistemas “mixtos”).

Desventajas:

- _ Estimula la sobreutilización de los medios auxiliares: recetas, análisis, pruebas.
- _ Ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo.
- _ Sin incentivos explícitos para prestar servicios preventivos.
- _ Puede estimular la “selección adversa” de beneficiarios y el “creamskimming”.
- _ Sin límites, hay incentivos para aceptar más clientes de los que se puede atender.
- _ Proporciona estímulos para “derivar” la actividad a otras áreas del sistema.
- _ Sin corresponsabilidad en los costos: tendencia a “satisfacer” las solicitudes de los pacientes de todo tipos de pruebas, interconsultas, etc.: (Satisfacción sin trabajo).

Modelos Mixtos

La verificación de que cada modelo de pago presenta ventajas y desventajas, condujo a la búsqueda de modelos híbridos o mixtos, en los que se utilizan dos o más bases de pago. La premisa es que combinando sistemas de pago se pueden anular los efectos negativos que cada uno de ellos poseen, y al mismo tiempo potenciar las características benéficas de los mismos.

Síntesis

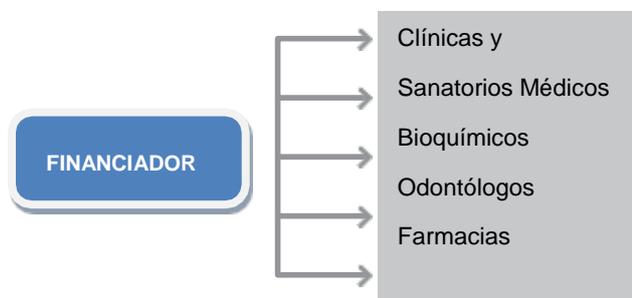
La adopción de cada modelo de pago involucra un conjunto de definiciones y puede generar consecuencias específicas. En otras palabras, las formas más agregadas permiten una mayor adaptación de los mecanismos de financiamiento a las acciones preventivas y de promoción. Mientras que con los instrumentos de pago más desagregados resulta difícil incentivar la producción de las acciones de Atención Primaria de la Salud, por ejemplo.

TIPOS DE CADENA DE VALOR EN MODELOS TERCERIZADOS

El mecanismo de contratación de profesionales puede diferir en cuanto a su longitud, es decir puede variar al incluir una relación directa del tipo proveedor-cliente o un conjunto más amplio de intermediarios.

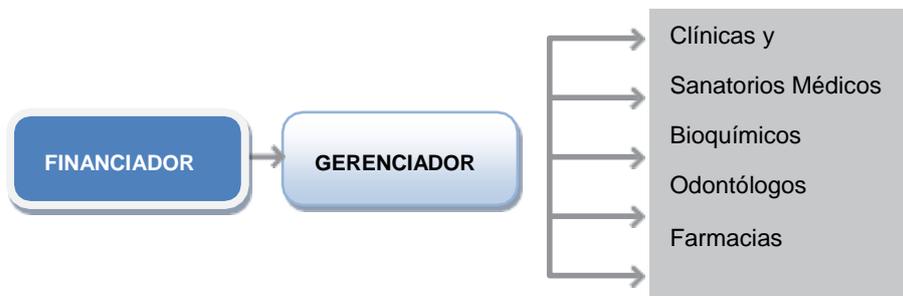
En este último caso, lo relevante es la cadena de valor que se genera.

Figura N°7. Encadenamiento Corto.



* Gráfico 1

Figura N°8. Encadenamiento Medio.
Opción 1: Con Gerenciador.



* Gráfico 2

Opción 2: Con entidades intermedias.



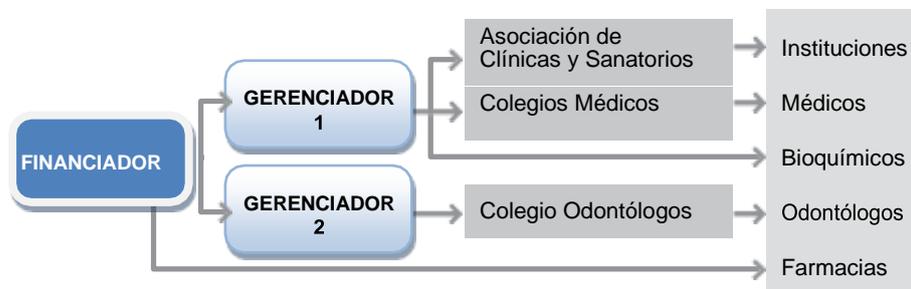
* Gráfico 3

Figura N°9. Encadenamiento Largo.



* Gráfico 4

Figura N°10. Encadenamiento Combinado.



* Gráfico 5

* Gráficos 1 al 5: Libro "Modelos de contratación y pago en salud", Guillermo Oggier

MODELOS DE PAGO EN ODONTOLOGIA

Ya habíamos mencionado los diferentes tipos de modelo de pago:

MODELO DE PAGO A PROFESIONALES



EL SALARIO

Recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeña en un periodo de tiempo dado



PAGO POR PRESTACIÓN

Forma más desagregada. Remuneración en base a cada servicio individual que el odontólogo brinda al paciente



CAPITACIÓN

Pago de una cantidad fija por cada persona bajo la responsabilidad del profesional, por un periodo determinado

a) EL SALARIO EN ODONTOLOGIA:

Ámbito público:

Los salarios de los odontólogos que prestan servicios en la Administración Pública de la provincia de Buenos Aires, en los diferentes establecimientos asistenciales provinciales dependientes del Ministerio de Salud, los establece el Poder Ejecutivo conforme las previsiones de la Ley de la Carrera Profesional Hospitalaria N° 10.471 (conf. arts. 29 y siguientes). El artículo 3° expresamente consigna que dicha Carrera abarcará las actividades profesionales de, entre otros, los odontólogos. La remuneración promedio a la fecha es de alrededor de \$38.000,00.

Por su parte, a nivel municipal, los salarios de los profesionales de la odontología que prestan servicios en los diferentes establecimientos sanitarios locales, son fijados por el Departamento Ejecutivo Comunal, de acuerdo a las disposiciones establecidas en sus propias ordenanzas locales. Existen numerosos municipios de la Provincia que han adherido al régimen de la citada Ley Provincial N° 10.471 en los términos de lo previsto en su artículo 56.

Ámbito privado:

No existe ningún Convenio Colectivo de Trabajo que encuadre en forma específica la actividad profesional de los odontólogos. La remuneración puede variar de acuerdo a la cantidad de horas de prestación del servicio, la especialización, el cargo que ocupe dentro de la organización que contrata, rondando entre los \$ 30.000,00 a \$ 100.000,00 en promedio.

b) SISTEMA CAPITADO EN ODONTOLOGIA.

El sistema capitado no es lo más utilizado en odontología, para contratar a profesionales. Se podría pensar que PAMI trabaja a través de este modelo pero al carecer de varios de los requisitos necesarios para ser considerado como tal, como por ejemplo, que el padrón de beneficiarios tenga identificación nominativa de cada afiliado. Esto no sucede, ya que el padrón se modifica constantemente otorgándose la cápita por sistema, lo cual hace totalmente imprevisible poder conocer de antemano el rango etario de los beneficiarios asignados al prestador, lo cual necesariamente impacta en la previsión de los costos de la atención.

Asimismo, luego de haber analizado el modelo de trabajo propuesto por el contratante podemos inferir que estamos frente a una relación laboral encubierta. La contraprestación percibida está sujeta a la cantidad de afiliados inscriptos en el padrón a su cargo (cobro por “cápita”), por lo cual el profesional no asume el riesgo de su actividad ya que su retribución no depende de los servicios efectivamente cumplidos sino de una variable ajena: la cantidad de afiliados al PAMI inscriptos en el padrón confeccionado por dicho instituto.

Resulta evidente que el instituto paga al odontólogo que se obliga a estar disponible durante determinados días y horarios por esa “puesta a disposición” antes que por los servicios concretamente cumplidos y ello indudablemente se identifica como un contrato de trabajo y no como un contrato de locación de servicios. El art. 103 de la Ley de Contrato de Trabajo al definir el concepto de retribución dispone que “...es la contraprestación que debe percibir el trabajador como consecuencia del contrato de trabajo...”

El empleador debe al trabajador la remuneración, aunque éste no preste servicios, por la mera circunstancia de haber puesto su fuerza de trabajo a disposición de aquél”.

Debido a esa puesta a disposición permanente no puede hablarse de locación de servicios por no verificarse la autonomía funcional que caracteriza a ésta última forma de contratación. Esa falta de autonomía puede advertirse también en la organización de la prestación y en las modalidades de cumplimiento.

En tal sentido se observa que el contrato obliga al prestador a regirse por una serie de pautas fijadas por el Instituto tales como: la utilización de recetarios, la confección de las historias clínicas, las características que debe reunir el consultorio, etc.; todo lo cual se encuentra sujeto a la supervisión del Instituto mediante auditorías, lo cual demuestra el ejercicio por parte de éste del poder de dirección y control respecto de la actividad del prestador. Incluso posee la facultad de aplicar distintos tipos de sanciones frente al incumplimiento observado por el profesional en el cumplimiento de su prestación, lo cual se condice con el ejercicio del poder disciplinario que emana del art. 67 de la Ley de Contrato de Trabajo. (“CEPEDA, NORMA MABEL Y OTROS C/ INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS S/ DESPIDO”. CAMARA NACIONAL DE APELACIONES DE TRABAJO 2 SALA I.)

Asimismo el prestador se obliga personalmente a ejecutar la prestación tal como, según lo prevé el art. 37 LCT, sucede en un contrato de trabajo. Ello así por cuanto si bien el prestador puede hacerse reemplazar dicha posibilidad no es totalmente libre pues sólo puede acontecer por causa justificada y por períodos máximos determinados y no por razones de simple conveniencia o de organización de sus servicios profesionales. Además, debe contar con la aceptación del Instituto, todo lo cual no se condice con el carácter autónomo de los servicios que son propios de un contrato de locación ya que coloca al prestador fuera del marco de la autonomía y del ejercicio libre de su profesión -ello en lo referido a la atención de los afiliados del Pamiy, por lo tanto, al amparo del régimen de un contrato de trabajo (conf. art. 21, 22 y 23 LCT).

En virtud del principio de primacía de la realidad, ni las formas que las partes le pudieron dar al contrato ni el lugar de trabajo, ni la falta de exclusividad u otra serie de elementos netamente formales resultan determinantes de la inexistencia de una relación laboral, cuando se trata de la prestación personal a favor de otro, según sus órdenes e instrucciones y bajo su dependencia jurídico-personal.

En este sentido, de conformidad con las reglas del *onus probandi*, se encuentra a cargo de quien invoca un hecho, demostrarlo y precisarlo (cfr. arts. 377 del CPCCN y 23 de la L.C.T.). Por ello, para que resulte aplicable la presunción contenida en el artículo 23 de la Ley de Contrato de Trabajo, no es necesario que el prestador de los servicios acredite el carácter subordinado de los mismos, siendo justamente éste el contenido de la presunción establecida en la norma para cuya operatividad basta, en principio, que se acredite la prestación de servicios (cfr. in re “González, Juan Carlos y otros c/ Transportes Automotores Riachuelo S.A. s/ despido”, Sentencia Definitiva Nº 89.921 del 14/11/2001, del registro de la Sala II, entre muchas otras).

Copiosa jurisprudencia se ha pronunciado en el sentido aquí expuesto, reconociendo la existencia de una verdadera relación laboral entre los prestadores y el Instituto. A modo referencial podemos citar:

- Wolfenson, Raquel Nilda c. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - P.A.M.I. s/ regularización ley 24013 (29/05/2014, CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES DEL TRABAJO, SALA II): “Se configura una relación laboral entre el profesional médico y la institución médica demandada si la prestación se llevó a cabo bajo el permanente control, supervisión y coordinación de esta última, por lo que las formalidades impuestas para la instrumentación de la relación —en el caso, un contrato de locación de servicios— no resultan relevantes a efectos de calificarla como tal, ello por aplicación del principio de primacía de la realidad.”
- R., D. F. c. P.A.M.I. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (18/02/2014, CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES DEL TRABAJO, SALA I)

“La circunstancia de que el trabajador haya firmado un contrato que se califica la prestación como “locación de servicios” —en el caso, el actor se desempeñaba como médico de cabecera- o que percibiera una retribución bajo la denominación de honorarios no reviste relevancia a los fines de la caracterización de la relación, pues, en el caso debe prevalecer el contenido real de la vinculación ya que el

rigorismo de las formas cede para que prime la verdad objetiva y la naturaleza concreta de la relación existente.”

- Barrios, Cristian Gustavo c. PAMI s/ despido (21/12/2018, CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES DEL TRABAJO, SALA IX)

“Teniendo en cuenta que el hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo y que este encuentra su nota típica en la dependencia, no existe razón válida por la cual, una vez acreditada aquella, corresponda necesariamente probar la subordinación.”

- Sierra, Ana María y Otros c/Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s/Despido (14-02-2018, CAMARA NACIONAL DE APELACIONES DEL TRABAJO SALA II).

Se hace lugar a la demanda por despido iniciada por la trabajadora, reconociéndose el carácter dependiente de los médicos de cabecera contratados por el instituto demandado. Para decidir de este modo, se explicó que la contraprestación percibida por la médica accionante estaba sujeta a la cantidad de afiliados inscriptos en el padrón a su cargo (cobro por “cápita”), lo cual da cuenta de que la profesional no asumía el riesgo de su actividad ya que su retribución no dependía de los servicios efectivamente cumplidos sino de una variable ajena: la cantidad de afiliados al PAMI inscriptos en el padrón confeccionado por dicho instituto.

- Cepeda, Norma Mabel y otros c/ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s/ Despido (CAMARA NACIONAL DE APELACIONES DE TRABAJO SALA I).

Se reconoció que el cumplimiento de tareas como médico de cabecera para el instituto accionado (PAMI) constituía una relación laboral, e hizo lugar al cobro de las indemnizaciones legales por despido y pagos en lo que comúnmente se denomina “en negro”.

“El hecho que el accionante haya atendido pacientes de otras obras sociales - punto que destaca la accionada- no resulta idóneo para desconocer o negar la naturaleza laboral del vínculo que medió con éstas demandadas, dado que la actividad cumplida no requiere la nota de exclusividad en la prestación del servicio”.

c) PAGO POR PRESTACIONES EN ODONTOLOGIA

Es la forma más utilizada en nuestros consultorios, es nuestro salario desagregado de la siguiente forma:

$$\text{ARANCEL} = \text{COSTO} + \text{HONORARIO (GANANCIA)} \times \text{TIEMPO}$$

Para introducirnos en la temática específica vamos a comenzar mostrando el trabajo de la subcomisión de aranceles del Distrito VIII comparativo de aranceles IOMA – Arancel Mínimo Provincial 2011-2019

ANÁLISIS DE VARIACIÓN DE ARANCELES IOMA (DESDE 2011 a 2019)

En el año 2011 el pago de IOMA representaba el 71% del AMP; en el 2019 llegaba a cubrir sólo el 35% del valor fijado por AMP para una práctica. Dicho de otra manera, en los últimos años el odontólogo perdió el 50% de actualización del arancel. Solo contando el valor nominal, es decir, sin considerar los descuentos de Círculos / Asociaciones, de entidad secundaria, impuestos, y el plazo de pago.

Capítulo I: CONSULTAS

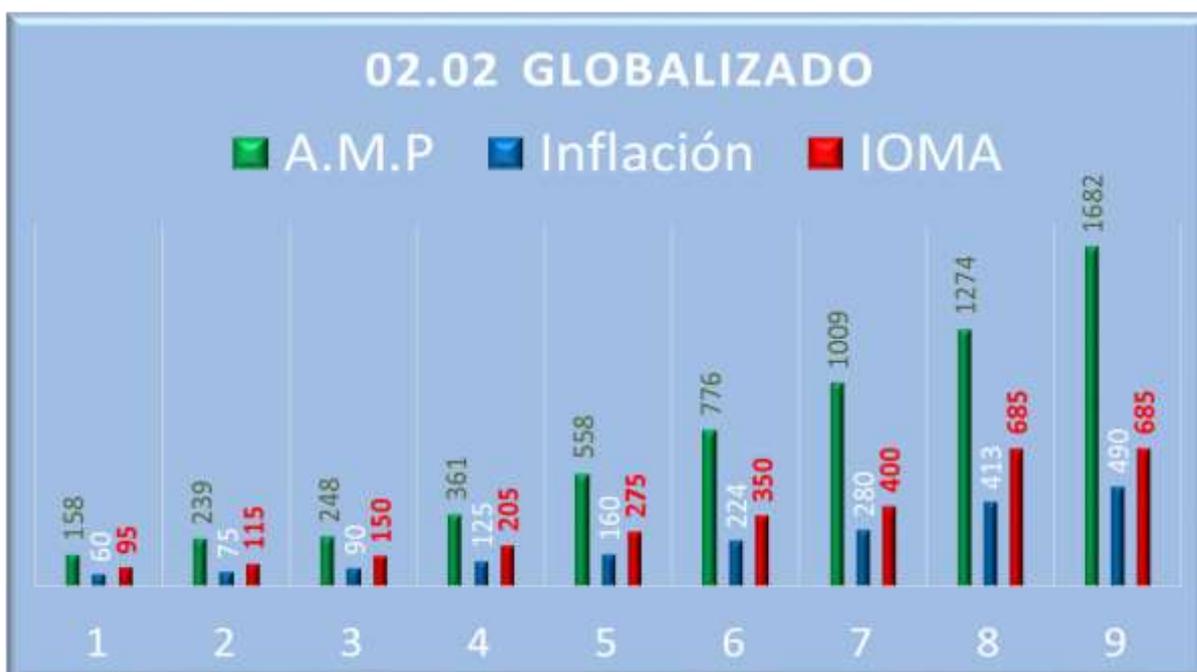


** Gráfico 1

En este período podemos visualizar la pérdida del valor del arancel del IOMA frente al Arancel fijado por el Colegio provincial a través de los diferentes gráficos comparativos por prestación. Si bien como decíamos anteriormente, no es potestad del Colegio intervenir en la fijación de los valores del IOMA, sirve comparar, ya que por el volumen que representa al ser el principal financiador en el área de la odontología provincial, marca la tendencia general.

Podemos visualizar la pérdida de valor y recordar la invariabilidad de las condiciones exigidas a través de las normas de trabajo. Lo cual es una forma de transferir la responsabilidad sobre la calidad de la cobertura al prestador.

Capítulo II: OPERATORIA DENTAL



** Gráfico 2

Las prácticas de éste capítulo, se abonan y auditan por pieza tratada independientemente de su tipología. Los materiales cubiertos y reconocidos por el I.O.M.A. son los que se encuentran dentro de la clasificación de materiales plásticos de restauración como por ejemplo, y a solo efecto enunciativo, amalgama, Composite de autopolimerización, (Cód. 02.01) restauraciones plásticas fotopolimerizables (Cód. 02.02).

Las restauraciones tendrán una garantía de dos años, haciéndose responsable el profesional de la misma para cualquier tipo de caries que se produzca durante ese lapso. Solo se considerará finalizada la práctica y apta para su facturación cuando en la misma se hayan cumplido todos los pasos del tratamiento y su obturación se encuentre realizada con los materiales descriptos en el presente párrafo. Se deberá asentar en el bono de atención la/s cara/s de la/s pieza/s tratada/s en todas las prácticas de este capítulo.

Capítulo III: ENDODONCIA



** Gráfico 3

En el presente capítulo se produce la clasificación de acuerdo a la anatomía radicular y el correspondiente desdoblamiento de los códigos 03.00. De los códigos originales se desprenden códigos alternativos, lo que posibilitará diferenciar los tratamientos realizados por el profesional de cabecera, los que fueren tratamientos derivados a otro prestador y los que se deban re ejecutar por el prestador actuante o por derivación.

Para realizar tratamientos endodónticos el profesional actuante deberá contar en su consultorio con aparatos de Rx., el cual deberá declarar a I.O.M.A. (Declaración Jurada) por medio de la Entidad Prestadora. La facturación de dichas placas deberá acompañarse de su número de pieza y número de código respectivo en los casilleros correspondientes para tales fines. Se reconocerán hasta tres (3) placas por tratamiento (pre, conductometría y post-operatoria). En el caso de que el mismo profesional sea quien realice el tratamiento es obligatorio contar con las radiografías pre y post-operatoria, no siendo obligatoria la conductometría.

Cuando se trate de una prestación endodóntica por “derivación” (respaldado esto por el correspondiente formulario) se podrá obviar por parte del profesional actuante la radiografía preoperatoria (09.01 pre), pero en estos casos el profesional sí debe poseer la Conductometría y la post-operatoria.

Se considerará apto para su facturación todo tratamiento que haya cumplido con todos los pasos y se encuentre obturado con los materiales definitivos. Los tratamientos endodónticos se codificarán según el número de conductos que tenga la

pieza a tratar. La garantía para los tratamientos endodónticos, será de TRES (3) años, lapso durante el cual no se reconocerá su re-ejecución o la extracción de la pieza, si son efectuadas por el mismo profesional. Se enviarán las Rxs. solo en los casos de re-ejecución (en sobre con los datos del paciente y del profesional). Estas serán devueltas al prestador por la Obra Social. El resto de las placas deberán permanecer en poder del profesional por el término de un (1) año. Las mismas podrán ser solicitadas por el I.O.M.A. en caso de realizarse una fiscalización de documentación respaldatoria.

Capítulo X: CIRUGÍA



** Gráfico 4

Cód. 10.01 Extracciones dentarias simples

Piezas temporarias

En piezas 51, 61, 71, 81, 52, 62, 72 y 82: Se reconocerá hasta los 6 años de edad. En las restantes piezas temporarias se reconocerá hasta los 8 años de edad. En caso de no alcanzar el paciente la edad estipulada, el profesional deberá solicitar autorización previa al I.O.M.A. a través de F.O.P.B.A., para ello deberá cumplimentar el Formulario de Autorización de Tratamiento (Provisto por F.O.P.B.A.), el cual deberá completar en todos sus ítems, adjuntando además la documentación respaldatoria (Rx. preoperatoria y Breve Historia Clínica) o constancia de derivación emitida por el Ortodoncista. Esto se aplicará también en los códigos de derivación (11.01), de re-ejecución (19.01) y de re-ejecución por derivación (17.01).

Del mismo modo se requiere que en el momento de la facturación de la práctica, se adjunte al bono la referida autorización más la documentación respaldatoria que corresponda y se debe remitir en forma separada al resto de la facturación

normal. Ante una eventual urgencia odontológica, el profesional podrá efectuar la práctica respectiva pero deberá elevar el bono con el formulario de autorización completo y la documentación respaldatoria que corresponda, de la misma forma que lo explicitado en el párrafo anterior, debido a que deberá contar con la respectiva autorización de la auditoría de F.O.P.B.A.

** Gráficos 1 al 4: "Comparativo de Aranceles 2011-2019", Dra. Andrea Laborde. Subcomisión de Aranceles (COPBA VIII)

MODELO DE CALCULO DEL ARANCEL ODONTOLÓGICO

El Arancel Mínimo Provincial del Colegio de Odontólogos se estableció, en su momento como variable de ajuste, es decir, ajustar a los aranceles de acuerdo a la inflación. Ese cálculo resulta beneficioso mientras las condiciones económicas se mantienen estables.

¿CÓMO SE AJUSTAN LOS ARANCELES?

En junio del 2015 COSUCOBA estableció la siguiente metodología de ajuste de los aranceles:

El ARANCEL se actualizará aplicándole un porcentaje de ajuste en forma periódica (semestre o año, de acuerdo a lo que determine la Asamblea Provincial)

¿Cómo se obtiene ese porcentaje?

Mediante el cálculo del promedio de las variaciones cuantitativas ocurridas en el período considerado de tres indicadores testigos o de referencia, a saber:

1) Indicador:

Insumos o materiales representativos utilizados en la profesión

Para la obtención de la variación de este indicador deberán tenerse en cuenta aquellos tres insumos que, para el período considerado, expresen de manera clara y comprobable el incremento de estos costos para todos los profesionales.

Actualmente se consideran que son susceptibles de ser considerados: Guantes, Composite y Anestesia.

En la práctica se deberá entonces considerar el aumento de precio de estos tres insumos, para luego obtener el promedio, y de esta manera llegar al *resultado del primer indicador*.

2) Indicador:

Salarios de Carrera Profesional Hospitalaria Establecimientos Asistenciales del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs.As.

La escala salarial de los profesionales en Carrera Hospitalaria se rige por la Ley 10.471. Dicha escala contempla para la liquidación de los correspondientes sueldos un Valor Base, a partir del cual de acuerdo a la antigüedad, Grado, Clase y Régimen horario van resultando las remuneraciones de los profesionales. Dicho valor base es concreto y es el Sueldo Básico de la categoría 16 para un régimen de 30 hs. de un empleado de la Administración Pública provincial según la Ley 10.430.

En la práctica se deberá entonces considerar el aumento que ocurra en el mencionado Valor Base, indicador de la variación del importe de los sueldos de los profesionales de Carrera Hospitalaria, resultando el segundo indicador.

**3) Indicador:
Salarios del personal vinculado a los Convenios Colectivos de Trabajo de Utedyc y Atsa.**

Para la obtención de la variación de este punto deberán tenerse en cuenta las variaciones de los sueldos básicos de ambos convenios colectivos por separado y a posterior el promedio de los mismos. Del promedio resulta entonces el *tercero de los indicadores*.

Ahora sí, con los tres indicadores definidos deberá calcularse el promedio de los mismos:

**PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACION DE
ARANCELES ODONTOLÓGICOS MÍNIMOS**

$$\frac{\text{Indic. 1} + \text{Indic. 2} + \text{Indic. 3}}{3} \times 100 = \text{Porcentaje de ajuste del Valor del Arancel}$$

Veamos el ejemplo de la última actualización:

ARANCELES 2018/2019 - INCREMENTO JULIO 2018 - JUNIO 2019					
OBTENCION DEL INCREMENTO DEL ARANCEL PARA EL PERIODO					
1) MATERIALES - INSUMOS REPRESENTATIVOS UTILIZADOS EN LA PROFESION					
		Valor inicio	Valor final	Diferencia	En porcent
1.- Guantes		\$ 101,25	\$ 163,00	\$ 61,75	60,99%
2.- Anestesia		\$ 649,00	\$ 915,00	\$ 266,00	40,99%
3.- Composite		\$ 680,75	\$ 1.060,00	\$ 379,25	55,71%
Promedio Indicador 1:		52,56%			
2) Escala Salarial Ley 10.430 - Ley 10.471 Pcia. de Buenos Aires					
		Valor inicio	Valor final	Diferencia	En porcent
Basico categoria 16		\$ 4.541,90	\$ 6.049,31	\$ 1.507,41	33,19%
Reg.30hs Ley 10430					
Indicador 2:		33,19%			
3) Sueldos de convenio Personal de Utedyc y Fatsa (referencia categoría Administrativo 1ra.)					
		Valor inicio	Valor final	Diferencia	En porcent
1.- Utedyc		\$ 22.073,00	\$ 33.620,00	\$ 11.547,00	52,31%
2.- Fatsa		\$ 20.464,68	\$ 28.752,88	\$ 8.288,20	40,50%
Promedio Indicador 3:		46,41%			
LUEGO:					
PORCENTAJE DE AUMENTO DEL PERIODO					44,05%
INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC) - INDEC - IGUAL PERIODO					57,30%

ESTUDIO DE COSTOS SOBRE NOMENCLADOR REDUCIDO

$$\text{Arancel} = \text{Costo} + \text{Honorario (ganacia)} \times \text{Tiempo}$$

¿QUÉ ES UNA ESTRUCTURA DE COSTOS?

En palabras simples es la descripción de los gastos que conlleva cualquier negocio que se va a emprender o que se está ejecutando. Es la suma de bienes y servicios que se utilizan para llevar a cabo las diferentes prácticas que brindamos a los pacientes. Dicho de otra manera, es el dinero que se tiene que invertir en bienes y servicios.

Nos permite reconocer cuánto dinero se va a necesitar para cubrir los gastos de servicios básicos, local, materiales, empleados, publicidad, etc. Nos permite tener una idea clara de lo que estamos gastando y así poder saber si las prácticas que realizamos en nuestros consultorios son rentables, o si estamos gastando más de lo que ganamos. En pocas palabras, una estructura de costos nos facilita el control sobre las finanzas de nuestro negocio.

Importancia de la estructura de costos:

- A) Conocer la rentabilidad/viabilidad de determinadas prácticas*
**Tanto para los pacientes privados como para las diferentes propuestas de OO.SS*
- B) Prever la necesidad de conseguir dinero.
- C) Y en el peor de los casos, cerrar a tiempo determinadas prácticas o el servicio entero.

Permite arribar a diferentes conclusiones numéricas al variar principalmente: el tiempo, cantidad y calidad de materiales a utilizar y el personal auxiliar.

Los costos que serán objeto de evaluación se calcularán teniendo en cuenta la forma de ejercicio profesional que resulta la más representativa de la idiosincrasia del ejercicio profesional en la provincia, por ello el análisis se centrará en comparar dos formas de ejercicio individual

- a) El profesional que debiendo alquilar un inmueble desarrolla su actividad en forma individual + **asistente**.
- b) El profesional que, no debiendo alquilar un inmueble (pero sí amortizar el espacio que utiliza), desarrolla su actividad en forma individual

sin asistente.

OBJETIVO: Lograr que en cada una de las prácticas de referencia que toma el presente análisis, se pueda visibilizar fácilmente la totalidad de los COSTOS reales que se originan para su realización.

Esta herramienta proyecta comportarse como un instrumento de autonomía profesional al acercar información objetiva y actualizada.

MECANISMOS: A través del cálculo de los costos directos e indirectos de la realización de una práctica odontológica determinada, considerando en un principio 4 prácticas básicas de referencia:

- a) consulta inicial o post-consulta,
- b) restauración estética compuesta,
- c) endodoncia 3 conductos **MANUAL**
- d) exodoncia simple.

- **COSTOS INDIRECTOS:**

Son aquellos gastos fijos que permiten al profesional llevar a cabo el ejercicio de su profesión y se devengan en forma mensual. Se incurre en ellos independientemente del tipo de práctica que se realice, y aún en los meses de potencial inactividad. A los fines de su fraccionamiento por práctica se tendrá en cuenta el tiempo que cada prestación demanda en su ejecución, o sea que, a mayor cantidad de tiempo invertido, mayor incidencia del costo indirecto.

En este rubro incluiremos: alquiler o amortización del local (considerando una unidad funcional promedio de 40 m² de superficie total), sueldo y cargas sociales del personal auxiliar (si lo hubiere), servicios del inmueble, amortización del instrumental y equipamiento, gastos de matriculación, aportes a la seguridad social y seguros, servicios de estudio contable y jurídico, impuestos, cuotas sociales, papelería, artículos de limpieza, etc.

De la suma de todos estos ítems se obtendrá el costo indirecto mensual de funcionamiento, a este valor lo debemos transformar en un costo fijo por hora para poder utilizarlo como medida de tiempo para las prácticas. Esto se logra dividiendo dicho costo por la cantidad de horas mensuales promedio. A dichos fines se estima en 160 hs mensuales en función de considerar 8 horas diarias de atención, de lunes a viernes.

Si multiplicamos las 8 horas diarias por los 20 días promedio obtenemos 160 horas mensuales de prestación efectiva. Dado que en el año debe existir un mes de vacaciones, en el cual el profesional no atenderá, pero los costos indirectos o fijos, como su nombre lo indica permanecerán invariables, debemos multiplicar las horas mensuales por los 11 meses de trabajo efectivo y dividirlo por 12 meses, esto nos dará las horas mensuales promedio.

Respecto de la amortización del equipamiento e instrumental a los fines de su cálculo se suma al costo fijo por hora de atención un 20%.

A.3 GASTOS MENSUALES		2020						Valores en \$		
		JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Promedio	Promedio x rubro
Servicios	AGUA CORRIENTE	836,25							836,25	10636,25
	GAS	3200							3200,00	
	LUZ	3300							3300,00	
	TELÉFONO FIJO	1100							1100,00	
	TELÉFONO MÓVIL	1000							1000,00	
	INTERNET	1200							1200,00	
Impuestos del inmueble	IMPUESTO: MUNICIPAL	0							0,00	0,00
	IMPUESTO: PROVINCIAL								0,00	
	IMPUESTO: NACIONAL Monotrib.								0,00	
Asesoram.	CONTABLE	1000							1000,00	1000,00
	LEGAL								0,00	
Personal	RECEPCIONISTA: Sueldo de bolsillo (48 hs. seman.)	0							0,00	0,00
	" : Aportes jubilatorios, seguridad social, etc.	0,00							0,00	
	" : Sueldo Anual Complementario	0							0,00	
	COSTO POR DESPIDO	0,00							0,00	
	ASIST. DENTAL: Sueldo de bolsillo (48 hs. seman.)	0							0,00	
	" : Aportes jubilatorios, seguridad social, etc.	0,00							0,00	
	" : Sueldo Anual Complementario	0							0,00	
	COSTO POR DESPIDO	0,00							0,00	
	MAESTRANZA (personal de limpieza)	0							0,00	
" : Aportes jubilatorios, seguridad social, etc.	0							0,00		
COSTO POR DESPIDO	0,00							0,00		
Ejercicio Profesional Odontólogo Titular	MATRICULA ANUAL PROFESIONAL (Provincias)	590,00							590,00	16490,00
	SEGURIDAD SOCIAL (Ap. Prev., Obra Social)	15300							15300,00	
	SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL	600							600,00	
Gastos Generales	ARTICULOS DE LIMPIEZA	1000							1000,00	25485,00
	CHAQUETILLAS - AMBOS	1250							1250,00	
	COMISIONES - MENSAJERÍA	1500							1500,00	
	COMPRESAS - TOALLAS	500							500,00	
	CONTRIBUCIONES (rifas, donaciones, etc.)	525							525,00	
	CUOTAS Societarias	900							900,00	
	EDIFICIO: AMORTIZACION o ALQUILER(40 mts)	8000							8000,00	
	EDIFICIO: MANTENIMIENTO	2000							2000,00	
	GASTOS GENERALES	1000							1000,00	
	MANTENIMIENTO EQUIPOS	4050							4050,00	
	MARKETING - PUBLICIDAD	2000							2000,00	
	MATERIALES DE BIOSEGURIDAD	0							0,00	
	PAPELERIA E IMPRENTA	670							670,00	
	REFRIGERIO	1340							1340,00	
	SEGURO INCENDIO - ROBO	750							750,00	
	OTRO	0							0,00	
	OTRO: IIBB	0							0,00	
OTRO: Monotrib.	2000							2000,00		
OTRO	0							0,00		
Gastos Mensuales de Funcionamiento		55611	0	0	0	0	0	0	53611,25	
PROMEDIO MENSUAL (11 / 12 Meses)									58485,00	

COSTO MENSUAL FINAL		58485,00
HORAS MENSUALES TRABAJADAS:	160	
COSTO POR HORA x Gasto Mensual		365,53
COSTO x Amortizaciones		20%
COSTO INDIRECTO TOTAL		438,64
COSTO x DÍA		
Días Mensuales Trabajados		20
Costo x día		3509,10

Estudio de costos en Odontología, del Dr. Nicolás José Ortiz

• COSTOS DIRECTOS:

Se entiende por tales, a los materiales y/o instrumentos (insumos) utilizados para la realización de una práctica en particular y que por su característica se consumen en el propio acto.

Para calcular la incidencia de los insumos en cada una de las prestaciones se debe definir:

- Productos a utilizar
- Precio en el mercado
- Tasa de Uso

Producto a utilizar: Se detallan todos los insumos a utilizar en una práctica en particular.

Precio en el mercado: Se define como precio de mercado al valor que normalmente debe abonar el prestador del servicio al comprar el producto, tomándose como referencia los precios promedio del comercio en los distintos puntos de la provincia, observando variaciones en función de la cercanía a los grandes centros urbanos. En el caso de este programa, se solicitó a los delegados del Distrito la cotización de los productos en su localidad y por otro lado de casas dentales de Capital Federal y Rosario, para realizar un promedio, cuyo resultado es el que conforma el listado.

Tasa de Uso: Para determinar los coeficientes de rendimiento se debe calcular la cantidad o veces que se utiliza la unidad del producto, de acuerdo a la presentación que se toma como referencia.

Insumos	Presentación	Tasa de Uso
Anestubos	Caja x 100 unid	1 / 100
Guantes	Caja x 100 unid	2 / 100
Agujas descartables	Caja x 100 unid.	1 / 100

COSTOS DIRECTOS				jun-20	Consultas		Operatoria		Endodoncia		Cir Dentomax	
PRODUCTO	\$ Por envase	Rend. (tasa de uso)	\$ Por fracc.	01.01 a 01.05		02.16		03.03		10.01		
				1º cons. c. ulterior		Restaurac. estética compuesta		Eendodoncia 3 conductos		Exodoncia simple		
				Nº	\$	Nº	\$	Nº	\$	Nº	\$	
KIT Bioseguridad: Paciente	240,00	1	240,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
KIT Bioseguridad: Operador	240,00	1	240,0	0,33	79,20	0,33	79,20	0,33	79,20	0,33	79,20	
KIT Bioseguridad: Asistente	240,00	1	240,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	
Guantes descartables x 100	627,00	50	12,540	2	25,08	2	25,08	2	25,08	2	25,08	
Papel de articular	515,75	100	5,157	1	5,16	1	5,16	1	5,16		0,00	
Baberos descartables x 100	412,79	100	4,128	3	12,38	3	12,38	3	12,38	3	12,38	
Vasos descartables	182,47	100	1,825	1	1,82	1	1,82	1	1,82	1	1,82	
Espejo bucal sin mango	86,30	50	1,726	1	1,73	1	1,73	1	1,73	1	1,73	
Anestubos	2278,00	100	22,780		0,00	2	45,56	2	45,56	2	45,56	
Agujas de sutura c/u	173,00	1	173,000		0,00		0,00		0,00	1	173,00	
Barbijo descartable	2000,00	50	40,000	2	80,00	2	80,00	2	80,00	2	80,00	
Varios (*)	20,00	1	20,000			1	20,00	1	20,00	1	20,00	
Gasa 1/2 kg.	445,71	120	3,714		0,00		0,00		0,00	4	14,86	
Agujas descartables x 100	596,65	100	5,966		0,00	1	5,97	1	5,97	1	5,97	
Anestesia de superficie Spray	579,00	250	2,316		0,00	1	2,32	1	2,32	1	2,32	
Composite fotocurado 4gr	1433,43	50	28,669		0	3	86,01		0,00		0,00	
Ionómero x 35gr	3593,00	75	47,907		0	1	47,91		0,00		0,00	
Clamps	573,29	15	38,219		0	1	38,22	1	38,22		0,00	
Fresas carburo	261,30	15	17,420		0	2	34,84	2	34,84		0,00	
Pedras diamante serie I	167,52	10	16,752		0	2	33,50	1	16,75		0,00	
Composite flow	1362,91	45	30,287		0	1	30,29		0,00		0,00	
Goma dique	29,33	1	29,330		0	1	29,33	1	29,33		0,00	
Acido fosfórico 12gr	512,00	90	5,689		0	2	11,38		0,00		0,00	
Adhesivo p/ Composite	1873,83	220	8,517		0	1	8,52		0,00		0,00	
Tiras de papel p/ pulir	7,79	1	7,790		0	1	7,79		0,00		0,00	
Brochas	38,10	10	3,810		0	2	7,62		0,00		0,00	
Cuñas de madera	7,36	1	7,363		0	1	7,36		0,00		0,00	
Gomas y tazas de pulir	104,99	15	6,999		0	1	7,00		0,00		0,00	
Pasta de limpieza	632,88	130	4,868		0	1	4,87		0,00		0,00	
Tiras de acero	51,88	15	3,459		0	1	3,46		0,00		0,00	
Eyectores descart. x 100	319,96	100	3,200		0	1	3,20	1	3,20		0,00	
Tiras de celuloide y acetato	2,40	2	1,201		0	1	1,20		0,00		0,00	
Limas y escareadores c/u	630,66	5	126,132		0		0,00	8	1009,06		0,00	
Fresas de Gates y Largo	289,19	5	57,837		0		0,00	2	115,67		0,00	
Lentulo c/u	353,00	4	88,250		0		0,00	1	88,25		0,00	
Rx simple x 100	1490,00	100	14,900		0		0,00	3	44,70		0,00	
Fresa Endo Z	1175,00	15	78,333		0		0,00	1	78,33		0,00	
Conos gutapercha	2,89	1	2,887		0		0,00	9	25,99		0,00	
Esponja para esponjero	16,92	1	16,924		0		0,00	1	16,92		0,00	
Conos absorbentes	2,53	1	2,525		0		0,00	6	15,15		0,00	
Cemento provisorio	520,00	100	5,200		0		0,00	2	10,40		0,00	
Jeringa Luer descartable 5ml	12,98	1	12,982		0		0,00	1	12,98		0,00	
Cemento de Grossman	386,00	120	3,217		0		0,00	3	9,65		0,00	
Iodoformo purísimo 10ml	313,00	90	3,478		0		0,00	1	3,48		0,00	
Revelador / fijador	909,57	250	3,638		0		0,00	2	7,28		0,00	
Édtac	140,00	20	7,000		0		0,00	1	7,00		0,00	
Hidróxido de Ca	211,05	60	3,518		0		0,00	1	3,52		0,00	
Formocresol	186,09	150	1,241		0		0,00	1	1,24		0,00	
Topes de silicona p/ endodoncia x120	643,00	1000	0,643		0		0,00	2	1,29		0,00	
TOTAL COSTO DIRECTO					205,37		641,70		1852,46		461,91	

Estudio de costos en Odontología, del Dr. Nicolás José Ortiz

• TIEMPO DE EJECUCIÓN DE CADA PRESTACIÓN:

Para poder aplicar los costos indirectos en cada prestación es indispensable que se calcule el tiempo en horas o fracción promedio para la ejecución de cada uno de los códigos desarrollados en el presente nomenclador.

Este ítem cobra importancia ante la aparición de la pandemia y la extensión de los tiempos de atención por un lado y la modificación de esta variable en función de si se cuenta o no, con al menos un personal auxiliar para poder influir en el tiempo final de atención. Considerando el tiempo necesario para dejar en condiciones el equipo dental como así también el instrumental.

RESUMEN de COSTOS sin asistente					
Cód.	DESCRIPCION	T'	Costo Directo	Costo Indirecto	COSTO TOTAL
01.01	Primera consulta	60	205	439	644
02.02	Restauración estética compuesta	60	642	439	1080
03.03	Endodoncia 3 conductos	120	1852	877	2730
10.01	Exodoncia simple	60	462	439	901

RESUMEN de COSTOS con asistente					
Cód.	DESCRIPCION	T'	Costo Directo	Costo Indirecto	COSTO TOTAL
01.01	Primera consulta	60	375	1023	1398
02.16	Restauración estética compuesta	60	812	1023	1835
03.03	Endodoncia 3 conductos	120	2023	2046	4069
10.01	Exodoncia simple	60	632	1023	1655

PRIMERA COMPARATIVA (A tiempo constante)

RESUMEN de COSTOS sin asistente ajustado por tiempo					
Cód.	DESCRIPCION	T'	Costo Directo	Costo Indirecto	COSTO TOTAL
01.01	Primera consulta (15 minutos mas al trabajar sin asistente)	75	205	548	754
02.02	Restauración estética compuesta (15 minutos mas al trabajar sin asistente)	75	642	548	1190
03.03	Endodoncia 3 conductos (30 minutos mas al trabajar sin asistente)	150	1.852	1097	2949
10.01	Exodoncia simple (15 minutos mas al trabajar sin asistente)	75	462	548	1010

RESUMEN de COSTOS con asistente					
Cód.	DESCRIPCION	T'	Costo Directo	Costo Indirecto	COSTO TOTAL
01.01	Primera consulta	60	375	1023	1398
02.16	Restauración estética compuesta	60	812	1023	1835
03.03	Endodoncia 3 conductos	120	2023	2046	4069
10.01	Exodoncia simple	60	632	1023	1655

PRIMERA COMPARATIVA (A tiempo variable)

Análisis de costos en Odontología, del Dr. Ariel Vergara

ALGUNAS CONCLUSIONES

La práctica privada en consultorio ha generado un modelo de profesional donde la relación Odontólogo-Paciente transcurre entre las presiones de los aranceles de las obras sociales y el “encierro” de esa modalidad de trabajo.

Las mutuales y las prepagas plantean una serie de servicios con aranceles que en algunas prestaciones no cubren los costos de la profesión.

Esta realidad es producto de una trama compleja de regulaciones que entorpecen el ejercicio y las relaciones entre profesionales. Y de la falta de herramientas alternativas de desarrollo para una parte considerable de la profesión.

Desde los años 70 para acá las obras sociales, los centros de trabajos de los entes gremiales, etc. comenzaron a imponer limitaciones a las prácticas en salud (por su costo al ente prestador) por ejemplo no reconociendo determinadas prácticas o limitándolas en el tiempo, el diferimiento del cobro de las practicas (2 o 3 meses), gastos desmedidos administrativos y/o de auditorías, etc.

El decreto de desregulación de Obras Sociales (1993) implicó una “liberalización” del mercado de la salud pero en el mismo no se daba el libre juego de la oferta y la demanda sino que grandes empresas denominadas de la salud y algunas obras sociales controladas por los sindicatos se apoderaron del “mercado” deteriorando la calidad de vida de la población (por el tipo de prestación realizada) y de una gran cantidad de profesionales de la salud que se transformaron en dependientes y/o empleados de dichos consorcios.

En el siguiente esquema ideado por la Dra. Débora Kreisler (“Empresas versus Salud”. Marzo 2001), construye una representación del sistema de atención odontológica. Dentro del sistema, encontramos la problemática que presentan los profesionales que trabajan para empresas, y fuera del mismo, se ubicarían los que intentan entrar, atienden pacientes particulares y/o trabajan bajo una verdadera relación de dependencia.

La introducción de estas concepciones en el ámbito de la salud marcó el inicio del fin de la Odontología como práctica liberal. Por otro lado existen instituciones que no se manejan con la lógica de mercado, en el sentido de costo–beneficio. Instituciones formativas, gremiales, de salud.

Sistema de atención odontológica

AP: ATRASO DE PAGOS
ATP: AUSENCIA TOTAL DE PAGOS
IMP: INDUCCIÓN A LA MALA PRAXIS
TP: TOPE EN LAS PRESTACIONES
TF: TOPE EN FACTURACIONES
DD: DÉBITOS DESMEDIDOS
CSC: CONTRATACIÓN SIN CONTRATO
FLL: FALTA LEGISLACIÓN LABORAL
HP: HONORARIOS PAUPÉRRIMOS

ST: SIN TRABAJO (El que no entra en el sistema)



Esquema ideado por la Dra. Débora Kreisler ("Empresas versus Salud". Marzo 2001)

Es válido observar una de las conclusiones que surgen del estudio llevado a cabo en Junio de 2020 por la Confederación General de Profesionales de la República Argentina "El impacto económico en el sector salud".

Cabe aclarar que, si bien la muestra sobre la que se llevó a cabo el mismo consideramos, no es suficiente en el área de odontología, tampoco justifica su desestimación: El 74.2% de los odontólogos dice que sus ingresos bajaron entre un 80% y 100%.

Si bien las crisis periódicas que sufre nuestro país hacen difícil planificar, existe sin embargo, una primera etapa que debe estar signada por la elaboración de un diagnóstico de situación a través de un proceso de participación multisectorial y multi-institucional para poder pensar políticas y estrategias en busca del bien común, de los pacientes, del profesional y de nuestra actividad toda, esa es la propuesta.

Ariel Vergara
Presidente COSUCOBA

BIBLIGRAFIA GENERAL Y FUENTE DE DATOS

- Libro “Modelos de contratación y pago en salud”, Guillermo Oggier
- Primer Libro de Actas del COPBA Distrito VIII
- Monografía, “Políticas y Sistemas de Salud”, Dr. Agustín Orlando
- “Empresas versus Salud”. Marzo 2001, Dra. Débora Kreisler
- Comparativo de Aranceles 2011-2019, Dra. Andrea Laborde. Subcomisión de Aranceles (COPBA VIII)
- Tesis Doctoral, “Odontología, La ultima Profesión Liberal” Ps. Ignacio Sáenz,
- Trabajo: “Profesionales argentinos en el marco del aislamiento social obligatorio y Covid-19 – El impacto económico en el sector Elaborado por la Confederación General de Profesionales de la República Argentina”
- Estudio de costos en Odontología, del Dr. Nicolás José Ortiz (<http://www.costosenodontologia.com.ar/>)