



Fundación  Sanatorio Güemes

MODELOS DE CONTRATACIÓN Y PAGO EN SALUD

¿INTEGRACIÓN VERTICAL
O TERCERIZACIÓN DE SERVICIOS?

GUILLERMO R. OGGIER



Oggier, Guillermo R.

Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012.
164 p. ; 16x23 cm.

ISBN 978-987-24399-6-5

1. Salud. I. Título.
CDD 613

Fecha de catalogación: 21/08/2012

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios sin el permiso previo del editor.

MODELOS DE
CONTRATACIÓN
Y PAGO EN SALUD
¿INTEGRACIÓN VERTICAL O
TERCERIZACIÓN DE SERVICIOS?

GUILLERMO R. OGGIER

EDICIONES

Fundación  Sanatorio Güemes

A mi familia

ÍNDICE

Pág.

El autor	
Guillermo R. Oggier	13

Prólogo · Prof. Carlos Vassallo	15
--	-----------

Capítulo 1	
A modo de introducción	19
Anexo	
Características de las empresas prestadoras de Salud.....	25

Capítulo 2	
Algunas categorías de la economía de la Salud para entender las claves de los sistemas de contratación	27
2.1. Introducción	27
2.2. Incertidumbre o falta de información	28
2.2.1. Incertidumbre respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad. 28	
2.2.1.1. Selección por riesgos.....	29
2.2.1.2. Selección adversa.....	29
2.2.1.3. Riesgo moral.....	30
2.2.2. Incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos. 30	
2.3. Asimetría de la información	30
2.4. El pool de riesgos	32
2.5. Fenómeno del tercer pagador	33
2.6. Mercados incompletos	34
2.7. Rendimientos crecientes	34

Capítulo 3	
Definición de los modelos de contratación y pago	37
3.1. Introducción	37
3.2. Modalidades de contratación	39

3.3. Tipos de cadenas de valor en los modelos tercerizados	40
3.4. Clasificación de los mecanismos de pago.....	44
3.5. Sistemas de contratación e incentivos.....	45
<hr/>	
Capítulo 4	
Principales sistemas de contratación y pago.....	49
4.1. Introducción.....	49
4.2. Principales sistemas de pago en el modelo integrado.....	50
4.2.1. Salario.....	50
4.2.2. Presupuesto.....	51
4.2.3. Honorarios.....	51
4.3. Principales sistemas de pagos en el modelo de contrato.....	52
4.3.1. Sistemas prospectivos.....	52
4.3.1.1. Cápita.....	53
4.3.1.2. Cartera Fija.....	54
4.3.1.3. <i>Leasing</i> de camas.....	54
4.3.2. Sistemas retrospectivos.....	55
4.3.2.1. Acto médico (<i>Fee-for-Service</i>).....	55
4.3.2.2. Módulo.....	56
4.3.2.3. Pago por día (<i>per diem</i>).....	58
4.3.3. Sistemas mixtos.....	59
<hr/>	
Capítulo 5	
Ventajas y desventajas de la integración vertical y de la tercerización.....	63
5.1. Introducción.....	63
5.2. Ventajas y desventajas de la integración vertical en Salud.....	64
5.2.1. Ventajas de la integración vertical en Salud.....	64
5.2.2. Desventajas de la integración vertical en Salud.....	66
5.3. Ventajas y desventajas de la tercerización.....	67
5.3.1. Ventajas de la tercerización.....	67
5.3.1.1. Ventajas del sistema capitado.....	68
5.3.1.2. Ventajas del sistema por prestación.....	69
5.3.2. Desventajas de la tercerización.....	69
5.3.2.1. Desventajas del sistema capitado.....	70
5.3.2.2. Desventajas del sistema por prestación.....	70

Capítulo 6

Los actores del sector Salud argentino	73
6.1. Introducción	73
6.2. Los financiadores	73
6.2.1. Sector público.....	76
6.2.2. Sector de la seguridad social.....	76
6.2.3. Sector privado.....	81
6.3. Prestadores	85
6.3.1. Servicios profesionales.....	86
6.3.2. Establecimientos sanatoriales.....	88
6.3.3. El mercado de medicamentos.....	95
6.4. El rol de las asociaciones de prestadores o entidades intermedias	97
6.5. El rol de los gerenciadore s.....	99

Capítulo 7

Evolución de los sistemas de contratación y pago en la Argentina a través de los años	105
7.1. Antecedentes históricos	105
7.2. La situación actual	107

Capítulo 8

Las principales tipologías de contratación	113
8.1. Definición de grupos homogéneos	113
8.2. Las tipologías	115
8.2.1. Población baja / Ingresos bajos.....	115
8.2.2. Población baja / Ingresos medios.....	116
8.2.3. Población baja / Ingresos altos.....	116
8.2.4. Población mediana.....	117
8.2.5. Población alta / Ingresos bajos.....	117
8.2.6. Población alta / Ingresos medios.....	118
8.2.7. Población alta / Ingresos altos.....	119
8.3. Descripción de las tipologías	120

Capítulo 9

Los costos de transacción como razón para definir si integrar o tercerizar	123
9.1. Introducción	123
9.2. Los costos de transacción	124
9.2.1. Empresas vs. mercado	124
9.2.2. Definición de los costos de transacción	125
9.2.3. El papel de la información	126
9.2.4. El rol del contrato	126
9.3. Las razones económicas para organizar las transacciones	127
9.3.1. La primera dimensión: La especificidad de los activos	127
9.3.2. La segunda dimensión: La incertidumbre	128
9.3.3. La tercera dimensión: La frecuencia de las transacciones	129
9.3.4. Modelo de organización de las transacciones	129
9.4. Los costos de transacción como razón para definir si integrar o terciarizar	131
9.4.1. Introducción	131
9.4.2. La incertidumbre	133
9.4.3. Frecuencia de las transacciones	134
9.4.4. Las especificidades de los activos	134

Capítulo 10

Las "otras" razones de la elección del modelo	137
10.1. Introducción	137
10.2. Las características de los financiadores	139
10.2.1. El número de beneficiarios	139
10.2.2. El nivel de ingresos	140
10.3. Estrategia o política empresariales	141
10.3.1. La maximización de la calidad	141
10.3.2. La minimización del costo	142
10.3.3. La mejora en la imagen de marca	143
10.4. La conformación del mercado prestador	144

Capítulo 11	
Consideraciones finales	147

BIBLIOGRAFÍA	155
Organismos e Instituciones.....	160
Diarios	161
Sitios Web consultados.....	161

EL AUTOR

GUILLERMO R. OGGIER

- Magister en Administración de empresas (MBA) de la Universidad de Buenos Aires y Licenciado en Economía por la Universidad Nacional de Rosario.
- Es fundador y socio de head consulting.
- Actualmente se desempeña en el sector de presupuesto y control de la Obra Social de Petroleros donde participa de innumerables proyectos para mejorar la gestión de la organización, como así para generar información clave para la toma de decisiones.
- Es docente de la Fundación del Sanatorio Güemes y ha publicado diversos artículos de su especialidad.
- Su campo profesional se ha focalizado en el análisis de la gestión de las organizaciones y a la economía de la salud.
- Su carrera profesional como consultor incluye haber participado en diversas organizaciones tanto públicas como privadas, con o sin fines de lucro, actuando profesionalmente en diversas áreas como economía, gestión, administración y finanzas.

PRÓLOGO

PROF. CARLOS VASSALLO

CÁTEDRA EXTRACURRICULAR ECONOMÍA DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR – FUNDACIÓN SANATORIO GÜEMES

El trabajo de Guillermo Oggier nos introduce en una temática escasamente analizada en el contexto sanitario de la Argentina. La introducción de los enfoques de la economía institucional y, en particular, la economía de los costos de transacción para explicar los procesos de integración vertical que se están dando en el marco de la Seguridad Social, constituye una excelente noticia porque nos permite encontrar respuestas con fundamentos y no simplemente seguir una moda o una explicación surgida de la coyuntura.

En un contexto de incertidumbre económica, de inseguridad jurídica y donde los costos y los precios no son transparentes como para poder negociar y explicitar, se hace difícil para un asegurador la negociación contractual. Justamente lo que asegura la legislación y la práctica de Alemania, donde surgieron los sistemas de origen bismarkiano que se construyeron sobre la base de financiadores y proveedores negociando en los mercados regulados y evitando la integración vertical de los aseguradores y proveedores.

Alemania ha conservado la prohibición de la integración vertical entre asegurador y proveedor de servicios de salud en tanto que, si bien la legislación argentina no menciona absolutamente nada respecto de la prohibición o no de contar con prestadores propios, las obras sociales han tenido una conducta adaptativa según el entorno donde han debido moverse en las últimas décadas.

Durante los años noventa surgieron las gerencadoras que justamente tenían por objetivo establecer mecanismos de control y gestión de las prestaciones *managed care* de las poblaciones de la seguridad social, y algunas de las obras sociales transfirieron el riesgo y se lavaron las manos respecto de los afiliados. Algunas otras mostraron una actitud más responsable y, si bien tercerizaron, no se sacaron de encima la responsabilidad de cuidar a los beneficiarios. Los pésimos resultados, la disconformidad de la población a cargo, la incapacidad de algunos prestadores en brindar respuestas administradas, la asimetría informativa y los comportamientos oportunistas desacreditaron este modelo organizativo que implicaba un vínculo contractual sin llegar a compartir la propiedad.

Después de la crisis del año 2002 y de la recuperación financiera de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga, las mismas han comenzado a optar por una estrategia, descrita en el libro, de integración con clínicas y sanatorios y, en otros casos, hasta médicos de primer nivel de atención y organizando redes de atención primaria en todo el país (Construir Salud) para

alinearse básicamente incentivos y contar con esquemas de negociación ante la oferta prestadora privada. Por otro lado, los prestadores más renombrados (hospitales de comunidad, clínicas y sanatorios, asociaciones médicas) desarrollaron financiadores propios (empresas de medicina prepaga) que compiten en el mercado de la medicina prepaga.

A diferencia de otros mercados, el de la salud no se caracteriza por la escasa importancia de la identidad de los agentes sino, por el contrario, los agentes se conocen y frecuentemente realizan transacciones, existe escasa flexibilidad de las partes para cambiar de proveedores o clientes y los precios no siempre constituyen un vehículo adecuado de información e intensidad de incentivos.

Cuando analizamos el mercado de la medicina prepaga y la Seguridad Social a nivel nacional, nos encontramos con organizaciones sanitarias integradas que no eran habituales algunas décadas atrás.

La teoría de los costos de transacción plantea un interrogante consistente en seleccionar el tipo de organización o estructura de *governance* que haga mínimos los costos asociados a la realización de una determinada transacción, costos que dependen de las características de éstas.

Los tres grandes tipos de organización son la jerarquía (empresa), los híbridos (contratos) y el mercado.

La economía de los costos de transacción intenta armonizar las funciones de utilidad de las personas mediante estructuras y mecanismos de incentivos, pero insiste en que los contratos son inevitablemente incompletos en función de la racionalidad limitada de los individuos.

Los costos de transacción son costos asociados a la utilización de un determinado mecanismo asignativo: mercado u organización. Cuando los costos de mercado aumentan por asimetría informativa, racionalidad limitada y contratos incompletos (contratación de proveedores privados), se dan condiciones para avanzar hacia un esquema de internalización de las prestaciones a través de la compra o creación de un prestador propio o de un asegurador propio, en el caso de que se trate de un prestador.

No es correcto afirmar que la empresa suplanta al mercado, sino que un tipo de contrato suplanta a otro tipo, considerando a la empresa como una unidad organizativa, aglutinadora de un conjunto de contratos relacionados, que presentan ciertas características comunes.

Esto es lo que ha estado sucediendo en el mercado de la medicina prepaga y de la Seguridad Social de la Argentina en los últimos años. Por ello, este trabajo de Guillermo Oggier constituye una pieza fundamental para comprenderlo.

El paso que sigue será comenzar a medir los costos de transacción de producir

internamente las prestaciones de salud y evitar de esta manera financiar transacciones en forma interna, que podrían tener un costo menor producidas por un tercero con el cual plantear un esquema de cooperación o integración virtual.

La internalización no será gratuita en los próximos años y se verá como funciona la integración vertical. En cuanto a la coordinación y la motivación, siguen siendo positivas en este esquema de gobierno o se han relajado como para comenzar a pensar en una nueva instancia de contratación externa. El vínculo entre la obra social y el prestador propio es fundamental, dado que puede llegar a confundirse los objetivos de uno y otro y terminar utilizando al prestador como variable de ajuste de la obra social. Esto no estaría errado en la medida que se sepa y se pueda medir. El problema surge cuando se enjuagan las gestiones y no es posible saber que se está haciendo bien y en forma eficiente y cuáles son los servicios que se están haciendo con baja calidad y eficiencia.

La confianza en la sociedad es la base del desarrollo, tanto la confianza hacia el gobierno, como aquella que se tengan entre sí los diversos sectores de la sociedad. De ello dependerá que las transacciones que se realicen sean confiables.

Tengo el orgullo de conocer al autor de este libro y de compartir con él trabajo, docencia e investigación sobre el complejo sistema de salud de nuestro país. Me resulta personal e institucionalmente de gran valor el esfuerzo y sus resultados, expresados en esta publicación que auspicia la Fundación del Sanatorio Güemes.

CAPÍTULO 1

A MODO DE INTRODUCCIÓN

La Argentina tiene un gasto en Salud estimado en 106.000 millones de pesos para el año 2010, esto es, unos U\$S 730 per cápita por año. Si se lo mide respecto al PBI, el mismo asciende al 9.6%¹.

El sistema de Salud argentino se caracteriza por ser uno de los más fragmentados de la región. En él, coexisten tres grandes subsectores: el público (nacional, provincial y municipal), que representa un 2,7% del PBI; el de la Seguridad Social, que significa un 3,6% del producto (obras sociales sindicales, provinciales y PAMI) y el privado con una participación en el PBI del 3,3% (empresas de medicina prepaga y gasto de bolsillo). A su vez, cada uno de estos tres subsectores participa como financiador y prestador, aunque algunos de ellos lo hagan sólo en una de las dos actividades (financiadores puros o prestadores puros).

En nuestro país, el sector Salud crece en permanente desequilibrio debido a una tendencia a la disminución del financiamiento observada desde los años setenta. Esta tendencia de largo plazo se debe a los diferenciales en las tasas de crecimiento de las necesidades sanitarias, en el aumento de la oferta de servicios y en el comportamiento del financiamiento dependiente, entre otros factores, de las condiciones macroeconómicas². En países donde el fenómeno del *stop and go* es una característica central del comportamiento económico y donde los ciclos tienen un alto componente de volatilidad, este desequilibrio se observa con mayor fuerza.

El gasto mundial en Salud para 2007 se estimó en un 9.7% del PBI, de acuerdo a estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en el reporte *Estadísticas Sanitarias 2010*.

En los últimos años se ha venido observando un crecimiento significativo en el gasto en Salud en los principales países del mundo, incluso más rápidamente que el costo de vida en general. El ejemplo más notorio de este incremento se observa en los Estados Unidos donde, en 1960, se destinaba el 5.1% del PBI a Salud, mientras que en el año 2007 alcanzó el 15.7% del PBI. Esto representa un gasto de más de 7.200 dólares por habitante por año, cuando la media mundial asciende a 802 dólares.

¹ En general las cifras difieren de acuerdo a la fuente y al año; en efecto, estas diferencias muestran la debilidad del sistema estadístico y la dificultad para disponer de información confiable.

² Tafani, Roberto. *Más allá de la desregulación* (2001). Revista *Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental*.

A nivel mundial, existen un conjunto de causas estructurales que impulsan los costos hacia arriba. Entre ellas podemos identificar las de orden social, como la mayor demanda social por calidad de vida; las culturales, como el mayor acceso a la información médica de parte de los pacientes (que en muchos casos llega a exigir tratamientos simplemente porque lo leyeron en internet); las demográficas, como la prolongación de la vida que, por cada año que se incrementa la expectativa de vida, el gasto en Salud tiende a aumentar 8 veces respecto al año anterior; y las legales, que alientan un mayor gasto al solicitar un mayor número de prestaciones a los efectos de prevenir las posibles demandas por mala praxis.

Las características del mercado de la Salud, donde conviven un conjunto de fallas de mercado como el fenómeno del tercer pagador, la incertidumbre, la asimetría de la información, entre otras, también tiene importancia a la hora de motorizar el crecimiento de los costos. Estas fallas serán descriptas en el capítulo 2.

La presión inflacionaria superior en el área de Salud respecto del resto de las actividades económicas también tiene causas específicas originadas en el mismo sector. Por un lado, el cambio en el patrón epidemiológico hacia la aparición de nuevas patologías, particularmente las crónico-degenerativas y la introducción de nuevos tratamientos para las viejas patologías ejercen una influencia no menor. Por otro lado, la complejidad y particularidad que caracteriza a las empresas de Salud inducen al crecimiento de los costos (al final de este capítulo se presenta una breve síntesis de las principales características de las empresas de Salud). Sin embargo, uno de los principales causales del incremento del costo en Salud se produce a partir de la acelerada introducción de tecnologías en dos ramas de la oferta sanitaria, como es la industria de diagnóstico y tratamiento y la farmacéutica, particularmente los medicamentos de alto costo (MAC), como los oncológicos y biotecnológicos. Un estudio elaborado por Federico Tobar y José Charreau concluyó que el precio de los MAC en la Argentina se encuentra entre los más altos de la región, superando también a los registrados en Inglaterra y España³.

El modelo de contratación y pago, como veremos, también ejerce su influencia en la determinación de los costos. La integración puede llegar a ser menos costosa en determinadas situaciones y circunstancias, mientras que un sistema por prestación, como consecuencia de la sobreprestación y sobrefacturación, tiende a incrementar los costos. Esto lleva a algunos financiadores a introducir los denominados techos financieros o a optar por un modelo agregado de transferencia de riesgos como es la cápita.

³ Tobar, Federico y Charreau, José. *Comparación internacional del precio de los medicamentos de alto costo. Argentina, Países del Cono sur, España e Inglaterra* (2011). Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud.

En el esquema que se presenta en la próxima página se pueden identificar las principales causas del aumento del costo estructural en Salud.

Figura N°1. Causas de Presión inflacionaria superior en el área de salud respecto al resto de los sectores económicos.

Sociales	Mayor demanda por mayor calidad de vida.
Culturales	Mayor información de parte de los pacientes.
Demográficas	Prolongación de la vida; por cada año que se incrementa la expectativa de vida, el gasto en salud aumenta por 8 respecto al año anterior.
Legales	Prevención de mala praxis, los médicos tienden a generar un mayor gasto para prevenir posibles consecuencias legales.
Características del mercado de la Salud	Fallas de mercado, entre otras podemos mencionar: fenómeno del tercer pagador, monopolios, asimetría de la información, etc.
	Características de las empresas prestadoras de salud entre las que se destacan la descentralización y la toma de decisiones basadas pura y exclusivamente teniendo en cuenta las consideraciones clínicas.
	Nuevas patologías y nuevos tratamientos para patologías viejas.
	Incremento de la oferta, particularmente en dos áreas, diagnóstico y tratamiento y medicamentos (desarrollo de la industria farmacéutica).
	Los diferentes mecanismos de contratación y pago generan diferentes niveles de costos. La integración tiende a ser menos costosa, mientras que un sistema por prestación, como consecuencia de la sobreprestación y sobrefacturación, tienen a incrementar los costos.

En este marco de costos crecientes, la búsqueda de perfiles de gestión adecuados se transforma en un imperativo a resolver de manera permanente, siendo la elección de los mecanismos de contratación y pago una de las claves.

El sistema de pago a prestadores es uno de los componentes más relevantes de las relaciones contractuales entre los agentes del sistema de Salud, al tiempo que constituye una de las cuestiones más significativas para definir la eficiencia y la calidad en el sector Salud.

Las fórmulas de pago generan incentivos modificando la conducta de otros agentes, especialmente los proveedores, lo cual impacta en su comportamiento en cuanto a la cantidad, calidad y tipos de servicios que ofrecen. Además, una problemática central en el estudio de los modelos de contratación y pago son la forma en que se distribuyen los riesgos asociados a esta actividad económica.

En relación a los modelos de contratación, se han generado y se siguen generando un conjunto de controversias donde ninguna de las múltiples alternativas existentes puede considerarse mejor o superior a la otra. Cada uno de los mecanismos de pago tiene ventajas y desventajas que deben evaluarse o juzgarse en función de los objetivos que pretenda lograr cada uno de los actores.

Para estudiar las razones que llevan a elegir un modelo de contratación y pago, se ha enfocado el análisis desde la teoría de la economía neoinstitucional. Para esta corriente del pensamiento, la manera en que se organizan las transacciones (integración/tercerización) se definen a partir de los costos de utilizar el mercado. La bibliografía neoinstitucional hace referencia a que las unidades empresariales como organización jerárquica surgen cuando los costos de transacción entre partes contratantes son elevados.

Las relaciones entre los diferentes actores en los modelos tercerizados suponen la existencia de costos de transacción, costos que no se producen si el sistema se encuentra integrado verticalmente, donde predominan los costos de organización y administración.

Si bien los costos de transacción juegan un rol protagónico a la hora de definir si un financiador se integra verticalmente o terceriza los servicios en otras unidades económicas, en el caso del sector Salud, donde existen innumerables fallas de mercado sumado a la particular y compleja conformación que adquirió en nuestro país, los costos de transacción pueden no ser la única explicación, sino que la presencia de otros factores pueden llegar a ser tan o más importantes.

En este marco, planteamos estudiar un tema central como es la relación entre quienes financian los servicios de Salud y quienes los proveen, analizando los modelos de contratación y pago que los vinculan. El objetivo de la presente publicación es analizar los factores que determinan la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de Salud. En el trabajo, estudiaremos los distintos mecanismos procurando determinar por qué algunas entidades se organizan bajo un modelo integrado, mientras que otras instituciones adoptan la tercerización utilizando un mecanismo prospectivo o uno retrospectivo.

A lo largo del libro nos planteamos responder las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué algunos financiadores optan por la existencia de una única entidad que coordina todas las acciones asignando recursos a

diferentes tareas, mientras que otros emplean el mecanismo de precios contratando a terceras organizaciones?

2. ¿Los costos de transacción, tal como señala la teoría neoinstitucional, son el único factor que lleva a los agentes de Salud a tercerizar o existen otros factores?
3. ¿Cuáles son esos otros factores que conducen a las organizaciones a elegir el modelo de contratación y pago?

El presente libro está basado en mi tesis de Maestría de Administración aprobada en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Esta tesis ha sido dirigida por el Doctor Federico Tobar, quien ha sido un profesional de lujo a la hora de guiar el trabajo. La responsabilidad por lo escrito es pura y exclusivamente mía.

El estudio tomará un conjunto de atributos para describir a los actores, a los efectos de obtener patrones de conducta que nos permitan arribar a generalizaciones válidas a la hora de identificar las razones por las que los diferentes financiadores optan por un modelo de contratación u otro.

La investigación se acotó a un grupo de organizaciones de Salud que poseen diferentes características. Estas entidades, que conforman el universo de investigación, representan una porción significativa del conjunto del sistema. Estas instituciones, al ser heterogéneas y estar sustentadas en modelos prestacionales disímiles (integrados o tercerizados) y al poseer diferentes tipos de contratos con gerenciadore y/o prestadores, hacen de esta muestra un excelente laboratorio para investigar y obtener conclusiones relevantes para el sistema. Para ello se ha entrevistado a directivos y gerentes de las empresas financiadoras y prestadoras, como así también a académicos y estudiosos del sector Salud.

En el capítulo 2, se examinarán las fallas de mercado, haciendo foco en aquellas que tienen vinculación directa con los modelos de pago. En el tercer capítulo se definirán los modelos de contratación y pago, haciendo hincapié en los diferentes tipos de encadenamientos. El capítulo 4 describirá cada uno de los sistemas de contratación, distinguiéndose el modelo integrado (salario, presupuesto, honorarios) de los modelos de contrato, ya sean prospectivos (cápit, monto fijo o leasing de camas) o retrospectivos (acto médico, módulo y pago por día), de los modelos mixtos. El capítulo 5 indaga sobre las principales ventajas y desventajas de los modelos integrados como los de contrato. El sexto capítulo describe a los actores del sistema de Salud argentino, distinguiendo a los financiadores, prestadores, gerenciadore y entidades intermedias que participan en la cadena de contratación. En el séptimo capítulo se analiza la evolución de los modelos de contratación a lo largo de la historia hasta la actualidad. El capítulo 8 presenta las tipologías de contratación según

las características de los financiadores (representadas por nivel de ingreso y tamaño de la organización). En el capítulo 9 se discute si los costos de transacción son la razón principal para definir si integrar o tercerizar. El capítulo 10 presenta “las otras razones” para decidir si integrar o no. El último capítulo está destinado a presentar las consideraciones finales.

Para finalizar esta introducción, deseo agradecer a mi familia por su enorme apoyo. Les pido perdón por el tiempo sustraído. ¡Gracias Maru, gracias Delfi, gracias Bauti! Deseo dedicar una mención especial al Sanatorio Güemes por su infinita confianza, principalmente a su Director, Contador Jorge Gutztat, al Presidente de la Fundación, Doctor Mario Lugones y esencialmente al Director Académico de la Maestría en Sistemas y Servicios de Salud, Doctor Federico Tobar. Al Doctor Carlos Vassallo por sus aportes, conocimientos y oportunidades. A todos aquellos que participaron en esta labor y muy especialmente a las personas entrevistadas, fundamentalmente por el tiempo que me han brindado para que este emprendimiento cuente con vuestras visiones y experiencias. A mis compañeros de trabajo, específicamente al cuerpo gerencial, a quienes me han brindado sus aportes y a mi equipo por su apoyo incondicional, Walter Lan y C.P. Fernando de la Vega, quien siempre me instó a que cumpliera el objetivo y me supere día a día. A todos quienes de alguna u otra manera colaboraron con este trabajo.

ANEXO

Características de las empresas prestadoras de Salud⁴

Una empresa de Salud es uno de los centros de producción más complejos que existen por la cantidad de procesos que se entrelazan en su seno. La esencia de este tipo de empresas es el proceso clínico, esto es diagnosticar, tratar y rehabilitar. Este proceso requiere de decisiones tomadas por los profesionales utilizando los recursos materiales, humanos y económicos de forma que maximicen el beneficio médico para el paciente; este tipo de lógica genera una tensión con la parte administrativa, dado que esta última considera que debe existir un equilibrio entre los recursos disponibles para la institución con los recursos que se utilicen. El hospital, como organización, posee características muy especiales que las diferencian del resto de las empresas comerciales. Entre otras podemos mencionar las siguientes:

- Las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica, lo hace exclusivamente el médico y, en su caso, la enfermera junto al paciente con su sola autoridad. Ello representa una descentralización absoluta, infrecuente en otras empresas, que choca con la estructura jerárquica de toda organización.
- Las decisiones son clínicas y sin consideración económica.
- Su principal recurso es el personal, que además es de elevada calificación.
- Los pacientes no pagan sino terceros y por tanto, no existe un control directo del consumidor.
- El producto es el paciente y no se selecciona.
- Está muy regulado legalmente.

En una organización de Salud conviven tres tipos de empresas diferentes. Una es clínica y está basada en conocimientos médicos para atender a los pacientes. Otra es técnica, semejante a la que se aplica en sectores industriales, la cual está básicamente focalizada en el área de diagnóstico donde los productos son tipificados, utilizan inputs y producen outputs (laboratorio, rayos, etc.). Finalmente encontramos a una empresa hotelera, encargada de atender y facilitar el funcionamiento del hospital.

⁴ Asenjo, Miguel Angel. *El hospital como empresa* (1991). Med Clin (Barc). Capítulo 2 "La gestión del hospital, límites y particularidades".

CAPÍTULO 2

ALGUNAS CATEGORÍAS DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD PARA ENTENDER LAS CLAVES DE LOS SISTEMAS DE CONTRATACIÓN

2.1. INTRODUCCIÓN

Un sistema de Salud es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la Salud; en otras palabras, todos aquellos esfuerzos cuyo propósito sea promover, restaurar y mantener la Salud.

La Salud es un bien económico muy particular, el mercado que gira en torno a él también lo es. Un mercado es una institución social en la que los bienes y servicios, así como los factores productivos, se intercambian. El mecanismo de asignación en Salud opera de acuerdo a los postulados de un mercado imperfecto. Esto es así dado que presenta una serie de fallas por las cuales no es posible proveer asignaciones eficientes de recursos. Por ende, el mecanismo de precios no ofrece la información necesaria para operar normalmente. Entre otros autores, Arroz (1963); Hsiao (1995) y Musgrove (1996), trataron extensamente el tema.

A esta particularidad (fallas) se le debe sumar que este mercado, como cualquier otro, opera en un marco caracterizado por la escasez de recursos, lo cual implica para las organizaciones que participan en él un desafío para brindar servicios de Salud eficaces y de calidad, los cuales dependen de las condiciones epidemiológicas.

En el mercado participan instituciones públicas como empresas privadas, tanto en el financiamiento como en la gestión, el aseguramiento y la prestación de servicios y provisión de insumos.

Algunas instituciones asumen una doble función como financiadores y al mismo tiempo como proveedores de los servicios. Sin embargo, también es posible observar financiadores que subcontratan los servicios a prestadores bajo diferentes arreglos contractuales, sean estos agregados (sistema capitado) o desagregados (sistema por prestación). La separación de las funciones de financiamiento y provisión, como veremos, se conoce con el nombre de

modelo de contrato. Con el advenimiento de la estabilidad macroeconómica, aparecieron los gerenciadorees con el objetivo de ejercer un eficaz control a los prestadores. Además, existen otros agentes intermediarios como los colegios médicos o las asociaciones de clínicas que alargan aún más la cadena de contratación y pago existente entre el usuario y el prestador.

Un modelo integrado posee menos fallas de mercado, sin embargo tiene una baja productividad y, en general, una menor satisfacción de parte de los usuarios (no tienen la posibilidad de elegir prestadores). Para mejorar la productividad se opta por el modelo de contrato, pero al seleccionarse un mecanismo capitado o uno por acto médico, se generan incentivos como la subprestación o la sobreprestación, se afecta la calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos, al tiempo que es un modelo con mayores fallas de mercado, entre otros motivos, porque existe un tercer pagador.

Para realizar este capítulo nos basaremos en artículos como los de Carlos Vassallo, Matilde Sellanes y Valeria Freylejer, *Curso El mercado desde la economía de la salud*, disponible en http://www.isalud.org/html/site/documentos/12_Archivo_Economia-Salud.pdf (2003); de Daniel Maceira, *Argentina: Claves para coordinar un sistema de salud segmentado* (2011), del Documento de Políticas Públicas - Recomendación N°92 de CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) y de Federico Tobar, *“Qué aprendimos sobre regulación de los seguros de salud. Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina”* (2010), 1° ed. Buenos Aires, Fundación Sanatorio Güemes.

A continuación, se describirán las principales fallas de mercado que la economía de la Salud ha estudiado. De todas ellas, se hará foco en aquellas vinculadas a los modelos de contratación y pago. En consecuencia, se analizarán los conceptos de incertidumbre, asimetría de la información, pool de riesgos, fenómeno del tercer pagador, mercados incompletos y rendimientos crecientes.

2.2. INCERTIDUMBRE O FALTA DE INFORMACIÓN

Esta falla se puede dividir en dos, incertidumbre respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad e incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos.

2.2.1. Incertidumbre respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad

Las personas tienen una imposibilidad natural para prever con exactitud cuándo y de qué enfermarse. Esta categoría tiene estricta relación con el riesgo de enfermar. Esta incertidumbre origina un problema financiero al enfermo, no sólo por los gastos en que debe incurrir para repararla, sino también por el lucro cesante en el que se ve inmerso.

La respuesta institucional a esta falla son los seguros de Salud. Estos seguros surgen de modo de acotar la natural aversión al riesgo que poseen las personas dado que “*el consumidor es contrario a correr riesgos*”⁵. Es decir, las personas temen que un hecho determinado le provoque pérdidas económicas. La compra de seguros de Salud tiene como objetivo diluir el riesgo asociado con esos eventos imprevisibles. Un sistema de aseguramiento social brinda al sistema de Salud un soporte financiero sostenible en el tiempo, que permite a amplios contingentes de población tener acceso a servicios sanitarios, dentro de un marco de transferencias entre grupos de ingreso. A mayor universalidad del seguro, mayor probabilidad de cubrir a menor precio o prima los riesgos de toda la población.

Asociados a esta falla surgen tres efectos secundarios: la selección por riesgos, la selección adversa y el riesgo moral. Cabe destacar que los tres efectos secundarios analizados se basan en un esquema de seguros privados. En los sistemas nacionales de Salud no se encuentra la selección adversa, pero sí distintas variantes de las otras dos fallas.

2.2.1.1. Selección por riesgos

La selección por riesgos es un defecto por el cual los aseguradores, en su afán por maximizar sus beneficios, se comportan de modo oportunista seleccionando los buenos afiliados y rechazando aquellos de mayores riesgos.

Hasta la sanción de la Ley de regulación de la actividad, las empresas de medicina prepaga tenían implementado una declaración jurada de Salud al tiempo que los contratos con los usuarios contenían cláusulas con carencias explícitas de prestaciones. Por ley, las obras sociales deben aceptar a todos los afiliados, en consecuencia no pueden implementar la selección por riesgos.

El fenómeno conocido en el sector como *descreme*, con el que se encontraron algunas obras sociales desde la instauración del proceso de desregulación, encuentra su fundamento en esta falla como consecuencia de los convenios celebrados entre obras sociales y entidades de medicina prepaga, donde estas últimas captaron afiliados jóvenes, sanos y de altos ingresos. Este fenómeno ha sido fundamento de las obras sociales para regular y/o limitar el ejercicio de opción de cambio entre obras sociales.

2.2.1.2. Selección adversa

La selección adversa implica, a diferencia del caso anterior, una conducta oportunista pre-contractual de los usuarios. Estos, al poseer mayor información sobre su estado de salud, buscan ocultarla para que el contrato se efectivice. Esta falla ha sido uno de los argumentos que con mayor fuerza han enfatizado

⁵ Varian Hal, *Microeconomía Intermedia. Un enfoque actual* (1999). 5ª Edición Antoni Bosh editor.

las empresas de medicina prepaga al oponerse a la Ley 26.682 de regulación. Metafóricamente, se ha señalado: “es como si un empresa de seguros de automóviles recibiera autos chocados”. Un paciente con una patología crónica o de alto costo, puede elegir al mejor financiador que siempre le resultará económico.

2.2.1.3. Riesgo moral

El riesgo moral (*moral hazard*) es la situación en la que una de las partes del mercado no puede observar el comportamiento de la otra; específicamente el financiador no puede observar el comportamiento del prestador. En este caso y a diferencia de los dos anteriores, es postcontractual. El hecho que una persona esté asegurada puede llevarlo a un “consumo excesivo o superfluo”; esto es así porque el consumidor racional tiende a considerar que sus beneficios son elevados mientras los costos de utilización se reparten entre todos los aportantes. La implementación de copagos y coseguros son herramientas que se utilizan para disuadir estos incentivos al sobreconsumo, teniendo actualmente un impacto acotado en su objetivo de reducción del consumo.

Algunas obras sociales o prepagas, específicamente aquellas que tienen una amplia red de profesionales y facilidad de acceso (sin bonos y coseguros o copagos), pueden llegar a tener una tasa de uso, particularmente en consulta, prácticas diagnósticas y de laboratorio que pueden duplicar a las tasas estándar.

2.2.2. Incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos

Este tipo de incertidumbres dependen de lo acertado del diagnóstico, de la efectividad del tratamiento, de su duración, como también de la respuesta y de la tolerancia al tratamiento instituido, de la conducta del paciente respecto al cumplimiento de lo prescripto, etc. La respuesta institucional del Estado para proteger a los consumidores es la regulación del ejercicio profesional, la habilitación, acreditación y categorización de prestadores, etc. De esta falla es que se suele señalar que en Salud no hay dos pacientes iguales y por lo tanto es muy difícil la estandarización.

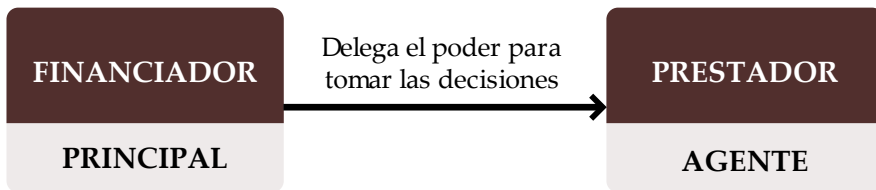
2.3. ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN

La asimetría de la información se refiere a la diferencia en el grado de información que posee el comprador (financiador) respecto a la que tiene el proveedor del servicio (prestador), no pudiendo el primero ejercer su soberanía decidiendo libremente en base a sus conocimientos e informaciones.

La principal respuesta institucional a esta situación es la relación de agencia que se establece entre el prestador y el financiador. Una relación de agencia existe cuando una persona u organización, a quien “llamamos principal” (financiador) delega en otra denominada “agente” (prestador) el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo.⁶

En el esquema que a continuación se presenta se puede observar la relación de agencia que se produce como consecuencia de las asimetrías de información.

Figura Nº2. Relación Principal-Agente entre el financiador y el prestador.



Si inscribimos esta relación en el marco de ética médica que debe prevalecer, tendremos una situación positiva. Sin embargo, existen limitaciones que imposibilitan que dicha relación se lleve a cabo como el principal espera. Esto es así porque los objetivos del agente pueden no estar alineados con los del principal y en un escenario de información asimétrica y monitoreo imperfecto, la parte más informada puede comportarse como oportunista. En efecto, cuando el agente, al momento de tomar decisiones terapéuticas, considera no sólo aquellas variables que afectan positivamente al paciente, sino también sus propios intereses o los de la institución a la cual pertenece, estamos frente a relación de agencia incompleta⁷. Esta situación supone un comportamiento oportunista del agente que acarrea un costo para el principal que se denomina pérdida residual. Esta pérdida puede entenderse como la diferencia entre el bienestar o utilidad potencial que alcanzaría el principal en el supuesto de un comportamiento óptimo del agente y el realmente alcanzado. Para minimizar este comportamiento se plantean sistemas de incentivos que buscan alinear los intereses del agente con los del principal; sin embargo estos mecanismos tienen sus propios costos, sumados a la pérdida residual constituyen los llamados

⁶ Si bien en la relación financiador-prestador existe asimetría de información, entre el médico y el paciente también se registra un caso típico.

⁷ Como ejemplo de este tipo de conductas se pueden mencionar, la prescripción de medicamentos o prótesis de marcas que le otorgan beneficios (inscripción a congresos, viajes, etc.), indicar estudios superfluos que le reditúan alguna participación monetaria o no indicar los necesarios por los costos que le significarían al financiador del cual él es empleado, incluir pacientes en protocolos que está adhiriendo, dar altas indebidamente precoces para liberar camas, etc. Para un tratamiento más profundo sobre el tema puede consultarse a Vassallo y otros (2003) Op. Cit.

costos de agencia. La relación de agencia incompleta presenta efectos secundarios como la demanda inducida, la cual se produce cuando un médico recomienda o proporciona servicios que difieren de lo que el paciente elegiría si tuviera disponible la misma información y conocimiento que el profesional.

A los efectos de minimizar los costos de agencia y reducir la asimetría, los financiadores suelen solicitar autorizaciones previas con resumen de la historia clínica para evaluar si corresponde o no el tratamiento. También implementan auditorías en terreno y un férreo control de las liquidaciones prestacionales a los efectos de evitar la sobrefacturación y sobreprestación.

2.4. EL POOL DE RIESGOS

Los seguros se basan en el acuerdo que llevan a cabo un grupo de personas para financiar una posible contingencia. Dada una determinada frecuencia de ocurrencia de la contingencia (riesgo) y un costo de la misma, cuanto mayor sea el número de personas que participan en el grupo menos costoso resultará la financiación del seguro para todas ellas, dado que los siniestros se distribuyen entre un conjunto numeroso de personas. Por lo tanto, cuanto más grande es el *pool* de riesgo, mayor fortaleza adquiere el seguro y por lo tanto más protegidos están quienes aportan a ese *pool*. Desde esta perspectiva no hay paciente caro, un trasplante de corazón repartido en un número importante de aportantes al *pool* genera una póliza baja, pero si el número de aportantes es pequeño, la posibilidad de distribuir ese riesgo tiende a ser muy alto⁸.

Los cálculos actuariales demuestran que un *pool* compuesto por un grupo mínimo de más de cinco mil personas podría ser predecible, sin embargo un *pool* de aproximadamente diez mil personas permite manejar mejor los riesgos⁹. Por otro lado, Bill Savedoff, del BID y de la OMS, plantea que los seguros de Salud alcanzan sustento a partir de los 15.000 beneficiarios¹⁰. Cabe destacar que, de acuerdo a la resolución 109/2000 SSS, las obras sociales deben tener como mínimo 10.000 beneficiarios, lo cual no se cumple porque más de la mitad de las obras sociales no alcanzan ese número.

⁸ Martínez, Félix. *De la Seguridad Social hacia el Aseguramiento en Salud*. Seminario Andino de Reformas en el Sector Salud. 2 y 3 de octubre de 2003. Lima, Perú. Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/salud74/colabora.htm>

⁹ Vassallo, Carlos. *Actualización del esquema de financiamiento de la atención de la salud en Argentina*. XIII Jornadas Internacionales–XIV Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. 22 y 23 de Abril de 2002. Disponible en http://www.cedss.com.ar/trabajos/econsalu/Finaciamento_de_la_salud.pdf

¹⁰ Savedoff, William. *La Organización Marca la Diferencia* (1998). Washington D.C. Banco Interamericano de Desarrollo.

Un punto central a tener en cuenta, que está directamente relacionado con la cantidad de beneficiarios, es la dispersión/concentración del padrón que tenga el financiador. En efecto, un *pool* concentrado puede presentar un riesgo acotado aun cuando sea relativamente más pequeño, mientras que un *pool* disperso necesariamente debe ser más numeroso para reducir los costos.

Cabe destacar que en la Argentina se ha implementado un mecanismo de reaseguro de manera que aquellas obras sociales más pequeñas, ante un evento de alta complejidad (trasplante) o una patología crónica (discapacidad) o ante la necesidad de tratar una patología con medicamentos de alto costo como los biotecnológicos, puedan solicitar el recuperó a la Administración de Programa Especiales.

2.5. FENÓMENO DEL TERCER PAGADOR

El fenómeno denominado del “tercer pagador” surge cuando un tercero (obra social o prepaga) se debe hacer cargo económicamente de una transacción que no le reporta beneficios directos. La misma aparece cuando el paciente concurre al médico y este es quien decide el tratamiento que abona el financiador. En otras palabras, el financiador se hace cargo de pagar el consumo o tratamiento de un paciente decidido por un tercero, el médico.

En términos económicos este fenómeno se puede describir como la ausencia de la elasticidad-precio, la cual se define como la variación porcentual de la cantidad dividida por la variación porcentual del precio. En consecuencia, la demanda de los servicios de Salud no se ve afectada ante variaciones en los precios de las prestaciones.

Cuadro N°1. Valor de Coseguros de PMO.

TIPO DE PRESTACIÓN	VALOR
Consultas	\$4,00
Prácticas diagnósticas	\$5,00
Prácticas de laboratorio (hasta 5 determinaciones)	\$5,00

Para contrarrestar este fenómeno se fueron desarrollando un conjunto de instrumentos para transferir parte de los riesgos a los usuarios, de manera que cada asegurado absorbe parte del costo de cada prestación. Para ello, se implementaron bonos moderadores y/o coseguros. Los primeros se definen como un sistema de copago tipo chequera, cuya característica es que tiene un valor único independientemente del tipo de prestación que realice el paciente (consulta o práctica diagnóstica). Los coseguros, que son aceptados en el PMO, implican

que el paciente abone un porcentaje del valor de la consulta o práctica. Sin embargo, actualmente el valor de los mismos es prácticamente insignificante, alcanzando para una consulta menos del 10% del valor que paga un financiador (*véase Cuadro N° 1 con valores de coseguros de PMO*)¹¹. De esta forma se introduce, muy parcialmente, la elasticidad precio en el consumo de servicios de Salud, dado que la mayor parte del riesgo continúa siendo cubierto por el financiador. De acuerdo a cálculos del sector, actualmente la tasa de uso en consulta puede diferir menos del 10% entre planes con y sin coseguros.

2.6. MERCADOS INCOMPLETOS

Los mercados incompletos se producen cuando existen consumidores dispuestos a pagar pero no hay una oferta para ese tipo de consumo. De este modo, se genera una demanda insatisfecha. Por ejemplo, personas discapacitadas que desean adquirir un seguro de Salud que nadie ofrece en plaza, o una determinada tecnología médica que nadie ha desarrollado en una región donde hay gente dispuesta a consumirla. En la Patagonia o en ciudades del interior donde la población es escasa, puede observarse la existencia de mercados incompletos, en cuyo caso la respuesta es la derivación a los centros de Salud de mayor complejidad.

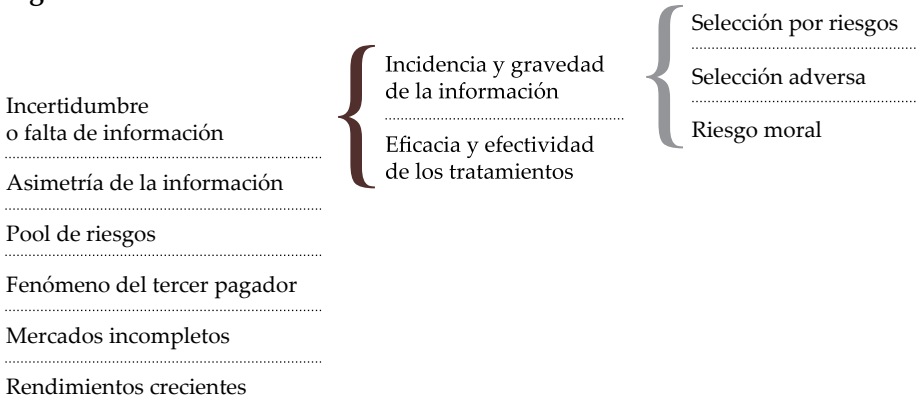
2.7. RENDIMIENTOS CRECIENTES

Una fase de la producción tiene rendimientos crecientes a escala cuando los costos medios de producción disminuyen a medida que se aumenta el nivel de actividad. Los rendimientos crecientes implican economías de escala y estas pueden justificar la existencia de monopolios naturales en el mercado de la Salud. Se pueden encontrar ejemplos en zonas de baja densidad poblacional donde no tendría sentido que existiese más de un proveedor, entonces el único hospital zonal actuaría como un monopolio natural económicamente justificado.

Para concluir este capítulo, se presenta una figura que resume las fallas de mercado analizadas.

¹¹ Cuando se definió el valor del coseguro para consultas, el porcentaje ascendía a aproximadamente al 40% del valor de mercado de la misma; hoy no llega al 10%.

Figura N°3. Fallas de mercado.



CAPÍTULO 3

DEFINICIÓN DE LOS MODELOS DE CONTRATACIÓN Y PAGO

3.1. INTRODUCCIÓN

El sistema de pago a prestadores es, de acuerdo con Álvarez, Pellisé y Lobo¹², uno de los componentes más importantes de las relaciones contractuales entre los agentes de los sistemas de Salud y uno de sus signos definidores.

Las modalidades de pago se refieren a la relación monetaria entre el asegurador y el proveedor de servicios de Salud¹³. También puede definirse como la fórmula de remuneración con la que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador por la provisión de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes¹⁴, o como la forma que adopta el contrato que une a los prestadores con los compradores o financiadores¹⁵. Finalmente, puede decirse que es la manera en que el dinero es asignado desde una fuente de recursos (financiador) hacia un proveedor de servicios de Salud, sea este institucional (hospital, clínica, etc.) o individual (médico, psicólogo, etc.)¹⁶.

Los mecanismos de pago implican en todos los casos una definición acerca del objeto de remuneración. De esta forma, importa *qué* se remunera, *quién* efectivamente realiza el pago, y *cómo* se remunera. Es decir, quién determina

¹² Álvarez, Begoña; Pellisé, Laura y Lobo, Félix. *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*. Revista Panamericana Salud Pública vol.8 n.1- Washington July/Aug. 2000.

¹³ Franza, José Luis; Burgos, Alejandro y Mó, María del Carmen. *Modalidades de Contratación de Prestaciones: Impacto en la relación Financiador/Prestador*. Congreso Metropolitano de Ciencias Económicas, Buenos Aires, Noviembre de 2005.

¹⁴ Pellisé, L. *Sistemas de pago óptimos en el sector sanitario*. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, BCN; 1998.

¹⁵ Maceira, Daniel. *Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo*. Estudios Mayores de Investigación Aplicada 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. Agosto de 1998.

¹⁶ Maceira, Daniel; Cejas, Cintia; Olaviaga, Sofía; Reynoso, Ana María; Peralta, Martín; Rodríguez, Mariana; Calderón, Manuel; Segal, Cristina; Droller, Federico y Strusberg, Mariela. *Sistemas de salud locales: análisis de la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago en Córdoba, Salta y Tucumán*. Revista Argentina de Salud Pública Vol. 1 - N° 2 Marzo 2010.

el nivel de remuneración y bajo qué forma, lo cual constituye la modalidad organizativa del pago¹⁷.

Esta relación se caracteriza por la presencia de tres actores principales: el usuario, el financiador y el prestador. El *usuario* es quien sustenta las prestaciones médicas mediante el pago de la cuota (si se encuentra asociado a una empresa de medicina prepaga) o a través de los aportes y contribuciones descontados del salario (si pertenece a la seguridad social)¹⁸ y es a quien se le brindan los servicios médicos asistenciales. El *financiador* es quien administra los fondos de los beneficiarios adquiriendo paquetes prestacionales. El *prestador* es quien percibe su retribución de parte del financiador por los servicios prestados a los usuarios. Este circuito, con mayor o menor cantidad de actores, se observa en todos los sistemas de contratación y pago, siendo los extremos la integración vertical y la cadena de contratación.

Los juicios sobre los distintos modelos de pago pueden variar según la óptica de quien lo analice o evalúe (usuario, financiador o prestador), del momento histórico y del contexto en que se desarrolla¹⁹. En este sentido, Álvarez, Pellisé y Lobo afirman que no existe una modalidad de contratación ideal como tampoco la superioridad de un sistema sobre otro. Cada mecanismo de pago tiene ventajas y desventajas que deben ser evaluadas pura y exclusivamente en relación a los objetivos que se pretendan alcanzar.

Las modalidades de pago a prestadores pueden, en forma sintética, caracterizarse en función a dos dimensiones: la unidad de pago y la distribución de los riesgos financieros entre el que financia y el que provee los servicios. La primera dimensión se aproxima a una medida de referencia como el tiempo de trabajo de un médico, el producto obtenido o los productos intermedios generados como ingreso, estancia u otros. Las unidades de pago se pueden distinguir por el grado de agregación de los servicios contratados; la unidad de pago más desagregada es el pago por acto médico, un grado intermedio la constituye el pago por módulos y la más agregada es el sistema capitado. La segunda dimensión, denominada los riesgos financieros, vinculan los niveles de riesgos para una determinada unidad de pago. En efecto, cuanto mayor es la variabilidad de costos para un precio fijo, mayor riesgo financiero se transfiere del financiador hacia el prestador. Por ende, un sistema prospectivo como el capitado transfiere riesgos mientras que un sistema retrospectivo como es el acto médico, el riesgo lo asume el financiador.

¹⁷ Franza, Burgos y Mó (2005) Op. Cit.

¹⁸ El empleado aporta el 3% de su salario (remuneración bruta) y el empleador contribuye con el 6% de la misma base imponible.

¹⁹ Buglioli M, Gianneo O y Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. Revista Médica de Uruguay, Vol 18 N° 3, Dic 2002.

3.2. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

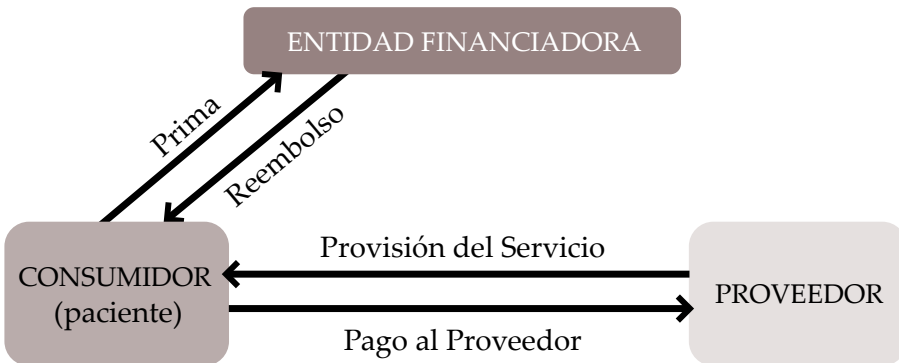
De acuerdo con el trabajo de Titelman y Uthoff, *El mercado de la Salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud*, publicado en el libro *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*²⁰, se distinguen tres modelos de contratación y pago. El primero es el denominado modelo de reembolso, el segundo es el modelo integrado y el tercero el modelo de contrato.

El modelo de reembolso consiste en que los consumidores o pacientes pagan una prima a las agencias aseguradoras de manera que, cuando incurren en gastos médicos que son abonados por el usuario directamente al prestador, reciben un reembolso de la entidad aseguradora (*ver figura N° 4*). Estos reembolsos están sujetos a descuentos explicitados en los contratos de seguro.

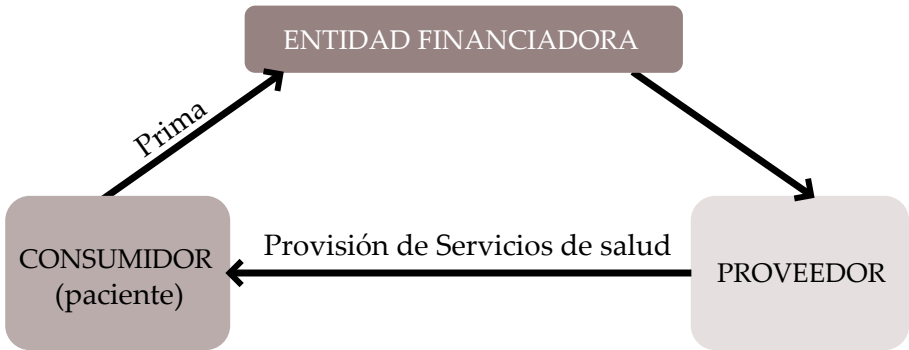
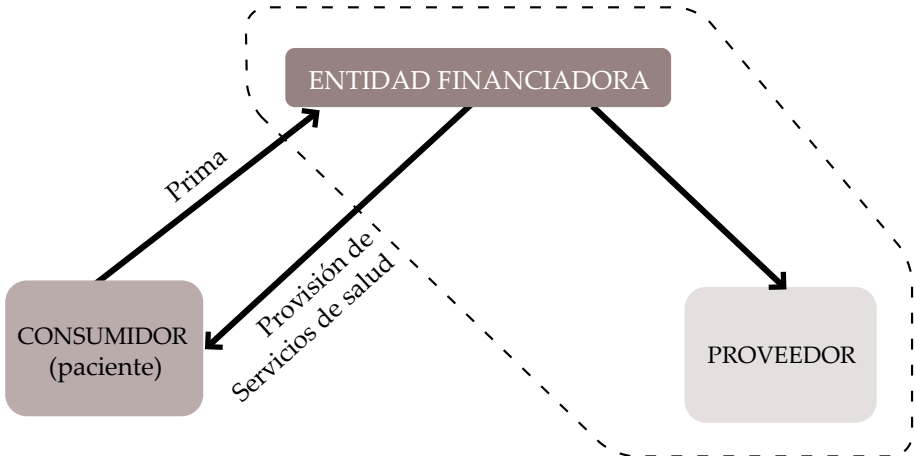
El modelo de contrato se refiere al mecanismo mediante el cual el consumidor (paciente) paga una prima de seguro a un financiador, siendo esta organización la que contrata a otra entidad mediante la tercerización (proveedor externo), la compra de un paquete de servicios de Salud (*ver Figura N° 5*).

En el modelo integrado, los financiadores y las instituciones proveedoras se fusionan formando una única organización. Bajo este modelo el consumidor paga una prima de seguro y recibe a cambio servicios médicos y de hospitalización en la institución propia del financiador (*ver Figura N°6*).

Figura N°4. Modelo de Reembolso.



²⁰ Titelman y Uthoff. *El mercado de la Salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud* (pag. 19 a 49) en Titelman y Uthoff (Compiladores) (2000). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Fondo de Cultura Económica, CEPAL.

Figura N°5. Modelo de Contrato.**Figura N°6.** Modelo Integrado.

Fuente: Titelman y Uthoff “El mercado de la Salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud”, publicado en el libro *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, FCE (2000).

3.3. TIPOS DE CADENAS DE VALOR EN LOS MODELOS TERCERIZADOS

El mecanismo de contratación 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.

Se entiende por cadena de valor al conjunto interrelacionado de actividades creadoras de valor, que se extienden durante todos los procesos, donde la empresa es una parte de la misma. La cadena de valor, cuyo enfoque es externo, permite aprovechar los lazos con los proveedores y clientes lo cual puede ser una fuente de ventaja competitiva. Una configuración adecuada de la cadena de valor puede conducir a un posicionamiento y a una segmentación de mercado más eficiente o ser un factor clave para lograr una ventaja competitiva²¹.

En el sector Salud es posible encontrar diferentes tipos de encadenamientos, unos más cortos y otros más largos. Esta diferencia depende básicamente de la cantidad de actores involucrados. En efecto, si el financiador contrata directamente a sus prestadores (médicos, farmacias, clínicas, etc.) estamos frente a un encadenamiento corto (*Figura 7*).

Si entre el financiador y el prestador aparece un intermediario que contrata a los profesionales y/o instituciones, estaremos en presencia de un encadenamiento medio. Este intermediario puede ser una gerenciadora que contrata a prestadores (profesionales e institucionales) (*Figura 8, opción 1*) o una entidad intermedia (colegio profesional o una asociación de clínica y sanatorios) que contrata a quienes realmente prestan el servicio (*Figura 8, opción 2*).

Un encadenamiento largo surge cuando los dos intermediarios mencionados precedentemente están presentes en la misma cadena de contrataciones, es decir el financiador contrata a un gerenciador, este a una entidad gremial (asociación de clínicas o colegio profesional) y estas últimas a los profesionales e instituciones. En este caso se produce lo que se conoce como doble intermediación (*Figura 9*).

También es posible observar una combinación de las opciones presentadas precedentemente, como se explica en la *Figura 10*. En este caso, el financiador puede contratar a un gerenciador que tiene convenios con entidades intermedias (asociación de clínicas y colegio médico), las cuales contrata a las

²¹ La cadena de valor se diferencia del valor agregado por una empresa, dado que este último es eminentemente interno al comenzar con los pagos a proveedores y terminar con los costos pagados por los consumidores, por lo que suele afirmarse que tiene dos problemas: empieza demasiado tarde y termina demasiado temprano. Por su parte, la cadena de valor es externa permitiendo aprovechar los lazos con los proveedores, particularmente cuando esta está tercerizada. Además se extiende más allá de la percepción del servicio por parte del cliente y permite aprovechar las oportunidades de los lazos con el cliente, lo cual puede ser una fuente de ventaja competitiva. Esta última visión es la idea clave para fundamentar el concepto de costeo del ciclo de vida, el mismo trata específicamente de la relación entre lo que un cliente paga por un producto y el costo total que asume el cliente durante el ciclo de vida de utilización del producto. Un menor costo para el consumidor después de la compra puede conducir a un posicionamiento y a una segmentación de mercado más eficiente o ser un factor clave para lograr una ventaja competitiva. Para más información puede consultarse el libro de Shank John y Govindarajan Vijay (1995), *Gerencia estratégica de costos - La nueva herramienta para desarrollar una ventaja competitiva*. Grupo Editorial Norma.

instituciones y profesionales. Por otro lado, el mismo gerenciador puede contratar directamente a la red de bioquímicos sin la existencia de la institución intermedia (colegio bioquímico). Además puede contratar a otro gerenciador para que maneje el convenio con los odontólogos, en cuyo caso este gerenciador contrata al colegio odontológico, que es quien contrata a los profesionales. Finalmente la red de farmacia es contratada una por una en forma individual, sin intermediarios. Las opciones son múltiples y las combinaciones pueden variar de financiador a financiador, incluso un mismo financiador puede tener distintos mecanismos según la zona o los planes que financia.

Figura N°7. Encadenamiento Corto.

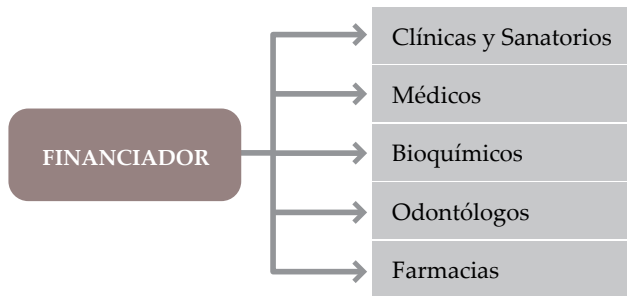
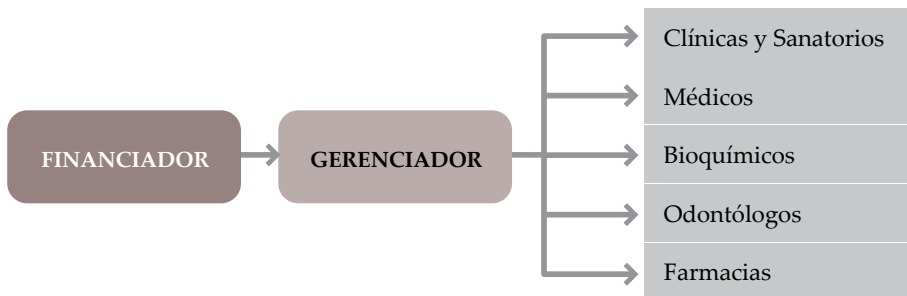


Figura N°8. Encadenamiento Medio.
Opción 1: Con gerenciador.



Opción 2: Con Entidades intermedias.



Figura N°9. Encadenamiento Largo.

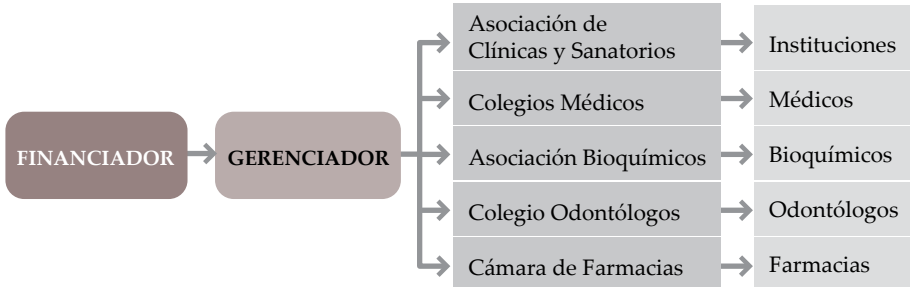
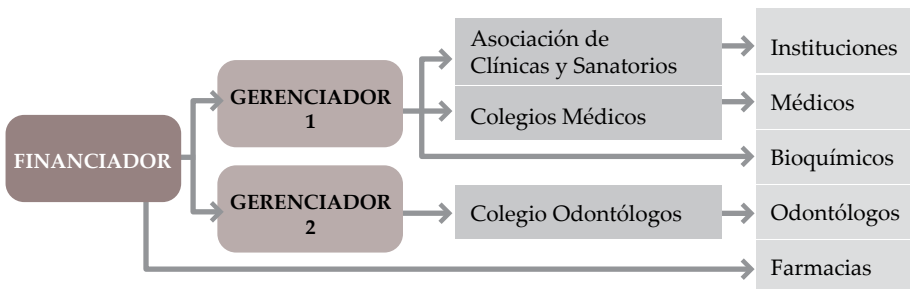
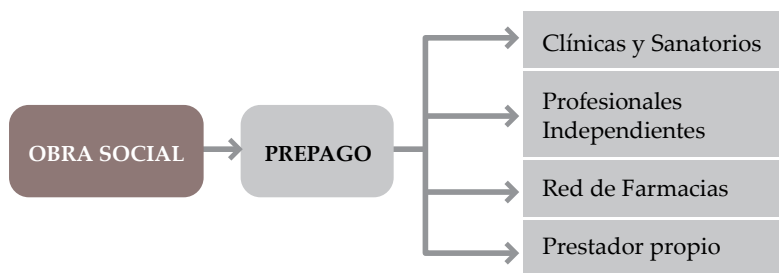


Figura N°10. Encadenamiento Combinado.



Desde la instauración del régimen de opción de cambio de obras sociales se popularizó un tipo de encadenamiento en el cual las obras sociales, que perciben los aportes y contribuciones de los trabajadores, luego los derivan a una empresa de medicina prepaga, previo cobro de un *fee* de administración²². Las empresas de medicina prepaga es la que provee los servicios a través de su prestador propio y/o su red de prestadores, sean institucionales como las clínicas y sanatorios o profesionales independientes. Este tipo de encadenamiento se puede observar en la figura 11 que se presenta a continuación.

Figura N°11. Encadenamiento Medio.



3.4. CLASIFICACIÓN DE LOS MECANISMOS DE PAGO

Los mecanismos de contratación y pago pueden clasificarse según Tobar, Rosenfeld y Reale²³, en base a diferentes criterios. Una posible clasificación divide a los instrumentos en prospectivos y en retrospectivos, donde la clave es la previsibilidad del gasto. En el primer caso es posible conocer de antemano los montos a ser pagados, lo cual facilita la presupuestación. El ejemplo típico es el pago por cápita. En el segundo caso y a diferencia del anterior, se desconoce el volumen monetario a abonar al prestador, teniendo el financiador una menor capacidad para prever el monto de la factura dado que se abona a los 60 o 90 días de realizada la prestación, lo cual significa una financiación de los prestadores a las obras sociales y prepagas. En este caso el ejemplo típico es el pago por acto médico. Esta última modalidad, al transferir el riesgo al financiador, implica para este *“la firma de un cheque en blanco a nombre del prestador”*.

Una segunda clasificación tiene en cuenta a quien se remunera, distinguiéndose

²² Además del costo de administrar los aportes y contribuciones, las obras sociales suelen tener a su cargo algunas prestaciones como medicación crónica, prestaciones de PMI, etc.

²³ Tobar, Rosenfeld y Reale, (1998)Op. Cit

a los profesionales (salario, honorarios y pago por acto médico), de los establecimientos (por presupuestos, por módulos), de las entidades intermediarias (cápita, monto fijo, etc.).

También se distinguen según el nivel en que la unidad de pago se encuentra agregada o desagregada. En las formas agregadas, se transfiere el riesgo desde el financiador hacia el prestador dado que dentro de un valor predeterminado se deben completar todos los servicios que involucren la mejora en la Salud. En contraposición, la unidad de pago desagregada se caracteriza por facturar cada uno de los actos que se le practican al paciente.

Hay formas puras y mixtas. Se entiende por forma pura aquella fórmula que toma como unidad de pago un único criterio, esto es el acto médico, la cápita o el pago por módulos. Las formas mixtas, implican la coexistencia de más de un método al mismo tiempo. Ejemplo de estas formas son los sistemas capitados ajustados por riesgos, el pago al profesional de un salario más un plus por cada acto médico realizado o cápita más prestaciones cuando un evento supera un determinado valor pactado.

Desde otro punto de vista se puede distinguir los métodos de pago según se financie a la demanda o a la oferta. La primera se produce cuando las funciones de financiación y provisión se encuentran separadas; en este tipo de organización los costos para el financiador son básicamente variables. En la financiación a la oferta, el financiador y el prestador se encuentran bajo una misma organización jerárquica integrados verticalmente. A diferencia del caso anterior, aquí los costos son básicamente fijos.

Según como se organice el servicio podemos encontrar organizaciones directas cuando las mismas cuentan con una estructura propia y pueden prestar servicios exclusivamente en sus establecimientos o también a través de una red convenida. Por otro lado, se entiende por organización indirecta cuando la provisión de servicios se separa mediante la figura del intermediario que asume una serie de responsabilidades a través de un contrato.

3.5. SISTEMAS DE CONTRATACIÓN E INCENTIVOS

Los sistemas de pago son especialmente importantes para la eficiencia del sistema. Se entiende por eficiencia al tratamiento del problema médico al mínimo coste posible manteniendo la calidad constante. En este sentido, puede afirmarse que cada unidad de pago representa un determinado concepto de eficiencia, así la elección de un mecanismo constituye una señal que el financiador le brinda al proveedor en cuanto a cuál es el concepto de eficiencia que desea estimular.

Las fórmulas de pago generan incentivos, entendiéndose por tal a todo elemento introducido por un agente para modificar la conducta de otro. El criterio de ordenación determina fundamentalmente el tipo de incentivo que el financiador emite al prestador. De este modo, se tendrá un mayor incentivo a la eficiencia cuando el nivel de agregación de los servicios asistenciales incluidos en la contratación sea mayor.

El modelo de contratación y pago afecta el paradigma de estructura-conducta-rendimiento. Los prestadores responden a los nuevos mecanismos de pago de maneras diferentes, reformando la estructura de los mercados. Es decir, la cantidad de prestadores y su participación en el mercado, el grado de diferenciación de producto y la subcontratación. Esto determina cambios en las conductas de los oferentes del mercado que ejecutarán diferentes estrategias de fijación de precios, llevarán a cabo distintos proyectos de inversión o aumentarán la publicidad. En consecuencia, se generan diferentes rendimientos en el mercado ya sea que se mida en términos de efectividad, costos, ganancias, equidad, etc.

Los distintos sistemas de pago generan diferentes incentivos, condicionan la oferta, la demanda y la gestión de las organizaciones. En este marco, Tobar, Rosenfeld y Reale²⁴ clasifican estos condicionamientos de la siguiente manera:

- *Condicionamiento a la oferta:* Cada forma de pago puede estimular la subprestación, la sobreprestación, la derivación o la retención del paciente por parte del profesional. Además pueden estar limitadas a los servicios curativos o a los preventivos. También puede inducir la concentración de profesionales en una determinada especialidad y área geográfica o provocar el desarrollo de determinadas técnicas y conocimientos.
- *Condicionamiento a la demanda:* Algunos modelos facilitan más la inducción de la demanda²⁵ que otros, al tiempo que cada modelo influye de determinada manera sobre la relación médico-paciente.
- *Condicionamiento a la gestión:* Los métodos de pago a proveedores han demostrado ser importantes en la determinación de cuánto servicio es

²⁴ Tobar, Rosenfeld y Reale, (1998) Op. Cit

²⁵ Se entiende por inducción de demanda a la situación en la que la cantidad demandada real en el mercado difiere de la que los consumidores están dispuestos a adquirir si tuviesen plena información. Para un tratamiento más extenso de este tema puede consultarse el trabajo de Temporelli, Karina, *El sistema de pago a médicos como incentivo a la inducción de la demanda*, publicado en los Anales de la Asociación Argentina de Economía Política. Tucumán (2002). Disponible en: http://www.aaep.org.ar/esp/anales/resumen_02/temporelli.htm.

distribuido, de qué clase y a qué costo. Además, algunos métodos permiten a los administradores de los establecimientos y entidades intermedias una mayor previsibilidad del gasto prestacional que otros; unos son más fáciles de administrar y otros son más complejos, al tiempo que determinados modelos requieren de sofisticados sistemas de información, mientras que otros no.

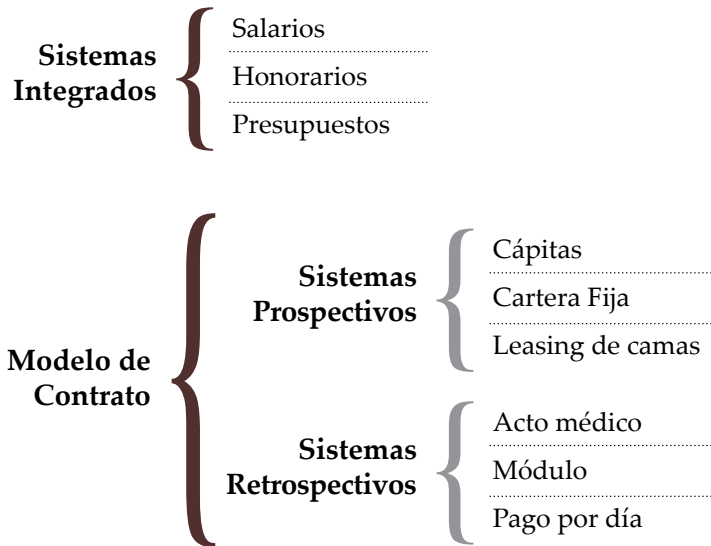
CAPÍTULO 4

PRINCIPALES SISTEMAS DE CONTRATACIÓN Y PAGO

4.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se definirán y describirán teóricamente los diferentes modelos de contratación y pago. Se dividirán en dos grandes grupos: los sistemas vinculados a los modelos integrados y los mecanismos relacionados al modelo de contrato. Dentro de los primeros encontramos al salario, al presupuesto y a los honorarios. Los sistemas basados en la tercerización son cápita, cartera fija y *leasing* de cama para los modelos prospectivos, mientras que dentro de los sistemas retrospectivos se destacan el pago por acto médico, por módulos y pago por día. Finalmente se describirán los modelos mixtos. En la figura 12, que se expone a continuación, se muestran los principales sistemas de contratación y pago, que se describirán en los próximos párrafos.

Figura Nº12. Principales Sistemas de Contratación y Pago.



Para la elaboración de este capítulo, de carácter eminentemente teórico, nos basaremos fundamentalmente en tres textos que tratan el tema. Ellos son los trabajos de Federico Tobar, Nicolás Rosenfeld y Armando Reale denominado *Modelos de pago en servicios de Salud*, que ha sido publicado en los Cuadernos Médicos Sociales N° 74 de 1998. En segundo término, el documento del Doctor Camilo Marracino llamado *Modalidades, Modelos y Sistemas de la Atención Médica*, que forma parte del Programa de Educación a distancia de Medicina y Sociedad y la Fundación Donabedian disponible en <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/modal.,model.y%20sistemas%20.%20Abril%201998.rtf>. También se ha tenido en cuenta el *paper* presentado en el Congreso Metropolitano de Ciencias Económicas desarrollado en Buenos Aires en noviembre de 2005 por José Luis Franza, Alejandro Burgos y María del Carmen Mó, *Modalidades de Contratación de Prestaciones: Impacto en la relación Financiado/Prestador*. Para describir la modalidad que trata sobre los mecanismos de pago en el sector público nos basaremos en el trabajo de Federico Tobar *El subsector público de salud en Argentina*, disponible en <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Economiadelasalud/Subsector-publico-de-salud%20en%20Argentina.pdf>

4.2. PRINCIPALES SISTEMAS DE PAGO EN EL MODELO INTEGRADO

El modelo integrado, como habíamos definido anteriormente, fusiona en una única organización las funciones de financiación y provisión. Dentro de los sistemas de pago del modelo integrado identificamos al salario, al presupuesto y a los honorarios.

4.2.1. Salario

La Real Academia Española define al salario como la paga o remuneración regular. En su segunda acepción, aclara: cantidad de dinero con que se retribuye a los trabajadores por cuenta ajena. El vocablo salario se refiere al monto percibido por un trabajador en relación de dependencia por parte del empleador. En la antigüedad se retribuía con sal, de ahí su nombre.

En este sistema el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeña en un período de tiempo dado. Generalmente esta modalidad surge cuando el profesional se encuentra bajo relación de dependencia percibiendo su remuneración. Puede asimilarse al alquiler del tiempo al profesional (cuando se trata de contratos de dedicación parcial) o del título (cuando se trata de contratos de dedicación total). Bajo esta modalidad las variables que determinan el volumen de ingresos son, por un lado la carga horaria y por otro el rango jerárquico asumido dentro de la organización.

Se trata de un modelo de remuneración centrado en la oferta, de manera que el número de pacientes atendidos no afecta la remuneración del profesional puesto que aún recibirá su recompensa cuando no le preste servicios a ningún paciente.

El salario permite una alta previsibilidad, lo que facilita la administración y el control de costos; la cooperación “horizontal” entre colegas, la no estimulación de la sobreprestación y la homogeneización de la remuneración entre médicos y otros trabajadores. Por otro lado se asocia a una baja productividad y con la introducción de presiones para el incremento del personal (de planta, cargas horarias o jerarquización). En algunos casos se genera la percepción de ingresos bajos, lo que se traduce en reducciones de la jornada efectiva. Además se produce la independencia entre la cantidad y calidad de los servicios de las remuneraciones y no favorece la relación médico-paciente, puede estimular la subprestación y produce un importante aumento de los costos fijos en la organización.

4.2.2. Presupuesto

Si bien estrictamente no es una modalidad contractual, es muy empleada en el sector público. Se suele utilizar en aquellos casos en los cuales los financiadores poseen prestadores propios. El presupuesto es la relación económico-asistencial que se desarrolla a través de una asignación previa de los valores monetarios de un grupo poblacional determinado. Este sistema posee su propia metodología, la cual, como cualquier otro presupuesto, requiere de una definición *ex-ante* de las variables que definen las bases de cálculo para establecer los montos a asignar.

Esta modalidad facilita la planificación, otorga a las autoridades un máximo control sobre la oferta y permite la asignación de recursos de acuerdo a las prioridades sanitarias. Sin embargo, tiende a favorecer la centralización administrativa, introduce un fuerte incentivo al incrementalismo. Es decir, a la tendencia a que todos los años se incrementen los valores presupuestados respecto a ejercicio anterior.

4.2.3. Honorarios

Los profesionales pertenecientes a las instituciones médicas que no se encuentran en relación de dependencia como los médicos de guardia o de demanda espontánea, el personal técnico, administrativo o de enfermería, son contratados mediante la modalidad del pago de un honorario. Dentro de este último grupo se encuentran fundamentalmente los médicos especialistas.

El vocablo honorarios proviene del latín, *honorarius*. Según el diccionario de la Real Academia Española, en su tercera acepción lo define como estipendio

o sueldo que se da a alguien por su trabajo en algún arte liberal. Esta palabra claramente nos remite a otra: honor, en clara referencia a la retribución por honor de los reyes.

Los honorarios son una modalidad de pago o remuneración que recibe quien ejerce una profesión liberal, de manera que se pacta un cierto pago en forma libre en compensación de uno o varios servicios profesionales. Es decir, son los recursos percibidos por la prestación de un servicio personal independiente, en general no teniendo una relación de subordinación con un empleador.

Una de las modalidades más habituales es la locación de servicios. Esta existe cuando una persona se obliga a pagar un precio en dinero cuya contraprestación no importa la producción o modificación de un ente material o intelectual. La locación de servicios se diferencia de la locación de obras porque en esta última, según el Código Civil, el locador se compromete a alcanzar un resultado, ya sea material o inmaterial.

A diferencia del salario, que es fijo, los honorarios varían en función a la cantidad de pacientes atendidos, lo cual permite incrementar la productividad y evitar un costo fijo, aunque tiende a inducción de demanda y a la sobreprestación.

4.3. PRINCIPALES SISTEMAS DE PAGOS EN EL MODELO DE CONTRATO

El modelo de contrato implica que el financiamiento y la provisión de los servicios son funciones que se encuentran separadas. En otras palabras, el financiador contrata a otra organización para que preste los servicios. En este tipo de sistemas, basado en la tercerización de los servicios, se distinguen los sistemas prospectivos como la cápita, el monto fijo y el *leasing* de camas, de los instrumentos retrospectivos como el pago por acto médico, el módulo y el pago por día.

4.3.1. Sistemas prospectivos

Este tipo de mecanismo permite conocer de antemano los montos a ser pagados. Se caracteriza principalmente porque el pago se realiza con independencia de los servicios o actos brindados a los pacientes. En otras palabras, la unidad de pago al ser agregada, difiere de la prestación propiamente dicha. Por ende, suele afirmarse que se encuentran disociadas. Una de las principales características es la transferencia de riesgos que efectúa el financiador al gerenciador/prestador, dado que dentro de un valor predeterminado se deben completar todos los servicios que involucren la mejora en la salud. En este tipo de modelos, el gerenciador es una figura clave, dado que es el intermediario que reparte el flujo de fondos percibidos a los distintos prestadores

contratados. A continuación describimos los sistemas capitado, por cartera fija y el *leasing* de camas.

4.3.1.1. Cápita

Se denomina sistema de pago por cápita a la relación que considera un valor fijo por beneficiario por mes como contraprestación económica por los servicios brindados, independientemente del uso que efectúen los beneficiarios. Este mecanismo tiene como unidad de pago a la persona inscrita o empadronada. El término “per cápita” hace alusión al monto que se asigna a una persona para “estar disponible para recibir los servicios”²⁶.

Una capitación pura maximiza, según la literatura sobre el tema, los dos tipos de incentivos: eficiencia y selección. El financiador transfiere la responsabilidad sanitaria al gerenciador o al prestador, siendo el contratado quien asume el riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda y el riesgo por el tipo de conducta prestacional.

Siguiendo los trabajos mencionados al comienzo de este capítulo, se pueden destacar las siguientes características como las más relevantes de esta modalidad:

- Posee un valor de contraprestación evaluado por beneficiario / mes.
- El padrón de beneficiarios tiene identificación nominativa de cada uno de ellos. Sobre esta población determinada previamente se reconoce la responsabilidad terapéutica.
- Posee una definición explícita del menú de prestaciones que incluye o excluye.
- El financiador monitorea al prestador a través del análisis de tasas de utilización²⁷ y del cumplimiento de los pagos, como así también de la calidad médica brindada a los beneficiarios.
- Puede ser integral (cobertura total del PMO) o parcial (primer nivel) y/o especializada (odontología).
- Posee estímulos orientados hacia un uso racional de las prestaciones,

²⁶ Tobar, Rosenfeld y Reale, (1998) Op. Cit

²⁷ Se define a la tasa de uso como la frecuencia relativa que se obtiene de dividir el número de elementos que sufrió las consecuencias de determinado fenómeno (consultas, prácticas de laboratorio o diagnóstico) entre el total de elementos del conjunto que estuvo expuesto a tales consecuencias (la población de una determinada región sanitaria o la población total de un financiador de salud). Moya, Ligia. *Introducción a la Estadística de la Salud* (1969). Editorial Universidad de Costa Rica.

siendo necesaria la existencia de una auditoría que monitoree la posible subutilización.

- Constituye el modo de retribución más acorde con los roles originales de la práctica médica, dado que confiere libertad en el desempeño profesional.
- Establece parámetros de evaluación y de productividad en función de los resultados obtenidos sobre la población cubierta.
- Se adapta perfectamente a las asignaciones presupuestarias y posee una gran sencillez administrativa, dado que lo único que se debe conocer es el valor per cápita (previamente acordado) y la nómina de inscriptos en el padrón.
- Generan un fuerte incentivo a la selección de pacientes en base al riesgo, la subprestación y el skimping, es decir a la presión ejercida por el hospital o el gerenciador sobre los médicos para que omitan terapias y pruebas indicadas médicamente. Esto reduce los costos mientras que el hospital recibe un pago fijo destinado a cubrir todas las prestaciones²⁸.

4.3.1.2. Cartera Fija

Se entiende por modo de pago por cartera fija, también denominado Monto Fijo, a la relación contractual en la que se establece un valor fijo mensual y específico como contrapartida de los servicios disponibles independientemente del uso que los beneficiarios efectúen o de la demanda prestacional generada. Tiene grandes semejanzas al modelo capitado, diferenciándose de este último por la inexistencia de un padrón de beneficiarios identificados nominativamente, aunque incluya un cálculo global del número de los mismos.

4.3.1.3. Leasing de camas

Este sistema de pago se define como el alquiler de camas de una institución, abonando un valor fijo por cada cama sin considerar si se usan o no. Esto asegura un flujo de ingresos al sanatorio y camas al financiador, particularmente cuando el contratante necesite asegurarse un determinado número estable de días cama, con poca o ninguna estacionalidad, lo cual es sumamente importante en tiempos de alta demanda prestacional. Además es fácilmente presupuestable, aunque no se generen ahorros reales por la no utilización de los días cama no consumidos.

²⁸ Maceira D. (1998).

4.3.2. Sistemas retrospectivos

Los sistemas retrospectivos deben su nombre al desconocimiento del volumen monetario que debe abonar el financiador al prestador hasta tanto se produzca la prestación médica. Un sistema de pago por prestaciones implica pagar por cada acto, claramente identificado, separado y diferenciado. Bajo esta modalidad importan no sólo la cantidad de beneficiarios sino también sus tasas de uso. Así, cuantos mayores sean los consumos, más costoso será el pago que deba enfrentar el financiador al prestador. A diferencia del caso anterior, el riesgo bajo esta modalidad recae en el asegurador implicando, como dijimos, “*la firma de un cheque en blanco a nombre del prestador*”. El financiador tiene una menor capacidad para prever el monto de la factura, lo cual dificulta la presupuestación. Seguidamente se describirán las características de los principales sistemas desagregados.

4.3.2.1. Acto médico (*Fee-for-Service*)

Esta modalidad comprende el pago de la prestación asistencial individual que el médico brinda al paciente, siendo la forma de pago más desagregada. El nivel de ingresos viene dado por el precio y la cantidad de prestaciones realizadas.

El comportamiento teórico depende del número de actos producidos lo cual a su vez dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costos marginales de cada procedimiento específico. El efector brindará todos los servicios posibles mientras los costos marginales de estos actos sean inferiores al ingreso marginal que obtendrá.

Esta relación contractual posee, según la literatura analizada, las siguientes características:

- Posee una lista codificada de todas las prestaciones quirúrgicas, clínicas, especialidades de diagnóstico, bioquímicas, odontológicas, comúnmente llamados nomencladores.
- Cada práctica o prestación posee una ponderación en unidades abstractas (Galeno, unidad sanatorial, pensión, gastos quirúrgicos, honorarios médicos, gastos bioquímicos, etc.) relacionada con un valor real actualizable de cada una de ellas.
- Posee un conjunto de normas de aplicación “generales” y otras “específicas” para cada tipo o prestación que condicionan el reconocimiento económico de las mismas (facturación) y la emisión de órdenes de atención.
- Requiere de un sistema de control y fiscalización muy desarrollado y especializado.

- Contiene un fuerte estímulo a la producción de prestaciones y prácticas, en especial aquellas que poseen valores “estimulantes” con fuerte tendencia a la sobreprestación.
- Favorece la renovación tecnológica.
- Las variables de regulación aplicables a esta modalidad son: el precio de cada prestación y su valor relativo respecto de las demás; la existencia de coseguros²⁹ y las normas de facturación.
- Produce un importante estímulo económico porque da lugar a un alto rendimiento del profesional medido tanto en cantidad de pacientes atendidos como en número de actos realizados.
- Favorece una buena relación médico paciente lo que genera mayor satisfacción en el usuario.
- Se lo suele señalar como poco eficiente al estimular la sobreutilización de servicios, la inducción de demanda, la sobre-indicación de prestaciones y el gasto excesivo de recursos. Dado que la unidad de pago es el servicio individual, existe un incentivo para maximizar los beneficios mediante el incremento de los actos.
- Como el control por parte del financiador es muy complejo, genera un alto costo administrativo para gestionar el convenio (autorizaciones, liquidaciones, etc.).
- Se adapta mal a un financiamiento por asignación presupuestal determinada a priori, siendo sensible a las fuertes tendencias inflacionarias y al aumento en el número de actos.

En épocas inflacionarias suele producirse un desfasaje para el prestador porque, en general, las prestaciones de acto médico suelen abonarse a los 60 o 90 días de producida. Esta situación se ve agravada cuando las clínicas y sanatorios acuerdan un aumento de salarios cuya prestación se suele cobrar a los dos o tres meses. Además, en muchos casos el aumento no llega a reconocerse en su totalidad, lo que va generando un atraso de carácter estructural en los aranceles que cobran a los financiadores.

4.3.2.2. Módulo

El sistema de pago por módulos se puede definir a partir de la identificación

²⁹ El coseguro como instrumento moderador del consumo ha perdido fuerza en los últimos tiempos en la República Argentina como consecuencia de la falta de actualización de los valores. Al comienzo de su implementación, el valor del coseguro fijado en el PMO representaba aproximadamente entre un 30% y un 40% del valor de la consulta, hoy es inferior al 10%.

de una patología o prestación central cuyo modo de pago implica la realización de todas las prestaciones que requiera el paciente para devolverle su estado de salud.

Este sistema de pago es intermedio entre uno agregado como la cápita y uno desagregado como el pago por acto médico. Bajo este mecanismo, tanto el financiador como el prestador asumen riesgos. El asegurador contrae el riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda, mientras que el prestador conserva el riesgo de la conducta prestacional, diagnóstica y terapéutica utilizada en la atención.

Los criterios para diseñar módulos son diversos. Uno de ellos es “la estancia”, en este caso el financiador pagará una suma fija por cada día de internación del afiliado tratado, independientemente de la cantidad de servicios que consume el paciente durante su internación. Este criterio de modulación puede desagregarse en “estancias clínicas” y “estancias quirúrgicas”, donde ambos poseen diferentes aranceles. Otro criterio para modular son las prácticas quirúrgicas como cirugías cardiovasculares, laparoscópica, transplantes, etc.; en este caso el criterio de pago es el diagnóstico quirúrgico, que incluye una serie de prestaciones como derecho de utilización de quirófano, monitoreo, honorarios médicos, material descartable, entre otros.

Siguiendo a Marracino, podemos enunciar las siguientes características de este sistema de pago:

- Posee un listado codificado de los módulos con una clara descripción de las prácticas que contiene cada uno.
- Posee un conjunto de normas generales y particulares que especifican su uso y la facturación de los mismos.
- Cada módulo posee un valor que se le asigna de acuerdo a distintos métodos.

Dentro del sistema de pago por módulos pueden distinguirse diferentes tipos, a saber:

- *Patología con arancel indivisible*: Se trata de la identificación del diagnóstico principal del acontecimiento. Generalmente de uso en internación, incluye una ponderación detallada de las prácticas, medicamentos, insumos y prestaciones que, en promedio, son utilizados en la atención de los pacientes y la valorización de los mismos. Por ejemplo: D.R.G. (*Diagnostic Relacional Group*). Una variable de este tipo de módulos son aquellos que se calculan y definen a través de un consenso de expertos, indicando la conducta esperada y no la conducta observada. Por ejemplo: SAM (Sistema Arancelario Modular).

- *Patología con arancel global subdivisible:* Al igual que el anterior, se refiere al diagnóstico principal pero no posee un detalle de las prestaciones que contiene y sólo se presenta patología y valor global con cierta subagrupación (honorarios, gastos, medicamentos, laboratorio u otros). Para su cálculo se utiliza la misma ponderación que la descripta anteriormente. Generalmente se subdivide de acuerdo a los agrupamientos corporativos de los prestadores que participan.
- *Práctica Central Efectuada:* Generalmente de uso en actividades quirúrgicas. Incluye a todas las principales prácticas que acompañan a aquella. Se las identifica con el código y nomenclatura relacionado con la práctica central. Adoptan un formato parecido a los nomencladores. Ejemplo: Alta complejidad (Cirugía Cardio Vascular - CCV, Neurocirugía - NC, Transplantes, Hemodiálisis, Hemodinámica, etc.), Aranceles Hospital Público de Autogestión, SAMI (Sistema Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicio Social de Jubilados y Pensionados - INSSJYP)
- *Prestación Final Efectuada:* En general se refieren a día cama (de distintos tipos) o consulta vestida (de distintas especialidades). Incluye todos los insumos y prácticas utilizadas. En oportunidades pueden presentar exclusiones (que se realizan por separado), y se presentan con un valor global. Estimula el sobreuso del día cama (con promedio día-estada algo más elevados) y de la consulta vestida. Es de fácil implementación con bajo costo de monitoreo y control.

4.3.2.3. Pago por día (*per diem*)

Se puede definir el pago por día como una canasta promedio de servicios que brinda la institución por día a un valor único; para establecer este valor se toma el costo medio de los internados. El determinante del volumen de ingreso para el prestador son las camas ocupadas. Bajo esta modalidad, la institución tratará de agregar la menor cantidad de servicios en la canasta buscando conseguir el mayor precio por la misma. Por otro lado, intentará maximizar la cantidad de canasta-días provistos, sea aumentando el giro cama o la Tasa Media de Permanencia.

El pago por día permite una gran predictibilidad si se es capaz de estimar la cantidad de días, al tiempo que transfiere parte del riesgo a la institución. Además posibilita la confección de canastas a medida, el control de la cantidad de producción, estimula la productividad y reduce el incentivo a la sobreprestación (dada la imposibilidad de hacer ajustes). Sin embargo, es un sistema que genera un desincentivo al uso de prácticas ambulatorias, tiende a prolongar la permanencia, necesita disponer de adecuados sistemas de auditoría y control y facilita la existencia de la selección adversa.

El valor del *Per Diem* es muy arbitrario dado que nunca el último día de internación cuesta lo mismo que el primero³⁰, y el costo de una patología es diferente una de otra. Como variante a este modelo, se ha transformado al *Per Diem* en variable según el volumen de utilización. Igual que antes, se negocia un valor de la canasta de servicios que se pagará por día a la institución. Dependiendo del número total de canastas-día usados en el año, se pagará un valor ajustado según los valores negociados de antemano (que reflejan una relación inversa entre canasta-días totales usados y su precio).

4.3.3. Sistemas mixtos

Como mencionamos precedentemente, cada uno de los sistemas de pagos genera diferentes niveles de satisfacción en cada uno de los actores involucrados. Estas diferencias, en gran medida, explican que en los hechos ningún sistema puro puede considerarse mejor que otro. A partir de la identificación de esta característica propia de las modalidades de pago puras es que surgen los métodos mixtos.

Los modelos mixtos o híbridos utilizan dos o más bases de pago, anulando los efectos negativos de cada uno de ellos y potenciando las características benéficas de los mismos.

De acuerdo a la literatura que trata sobre los modelos mixtos se incluyen los siguientes sistemas combinados de pago:

- **Cápita ajustada por riesgo según las características del afiliado.**
- **Cápita parcial con determinados servicios por afuera del convenio:** en general abonados en forma retrospectiva (o por prestación).
- **Combinación de pagos por salario con pagos por actos médicos.**
- **Pago por acto con techos individuales:** Los techos buscan frenar la escalada del gasto. Si bien existen varias técnicas, una de las más utilizadas es la denominada "*Claw Back*", que fija el techo y cuando las facturas superan ese techo, se aplica un descuento pre-establecido al prestador. Este método permite corregir conductas inadecuadas al tiempo que requiere un efectivo sistema de auditoría.
- **Pago por acto con techos grupales:** consiste en fijar un tope sobre el total de los pagos a todos los profesionales generando un incentivo para el control de los gastos. De esta manera se intenta en forma grupal controlar la sobreprestación y sobrefacturación característicos de los

³⁰ Por este motivo algunos convenios fijan un valor para el primer o los primeros días y un valor menor para los siguientes.

modelos por acto médico, pudiendo penalizarse a médicos con conductas prescriptivas inapropiadas.

- **Integración vertical parcial:** Se integran en el propio centro de atención, no la totalidad de las prestaciones, sino de una parte de las mismas, subcontratando el resto. Este es el modelo típico de grandes prepagos como Swiss Medical o Galeno, como también de una gran cantidad de obras sociales sindicales como OSECAC, Perfumistas o UPCN, por nombrar sólo algunos. Aquí se combina la prestación propia con la posibilidad de elegir por parte del afiliado/usuario a otros prestadores, como así también para determinadas prestaciones que el propio sanatorio no provee, la subcontratación de prestadores especializados.
- **Modelo de retribución continua:** sistema que abona un valor de cápita bajo que se compensa con incentivos predeterminados que incrementan notablemente el valor que percibe el prestador. Este sistema, que ha comenzado a utilizar PAMI, abona un valor extra cuando los prestadores cumplen con determinados requisitos definidos contractualmente como la calidad de las prestaciones y la disponibilidad de información (tasas de uso). Estas tasas de incentivos les permiten a los buenos prestadores ganar más dinero.

La calidad de atención se mide con las auditorías, estas últimas se hacen en forma aleatoria, midiendo todo estadísticamente. Si bien auditan una muestra proporcionalmente baja, lo poco que auditan es definitorio para establecer el valor del incentivo. De este modo cada tres meses puede llegar a cambiar el perfil del prestador, de acuerdo al resultado de la auditoría.

La disponibilidad de información se vincula con la tasa de transmisión de información, la cual consiste en la medición de la información que los prestadores transmiten al PAMI. Incluye que lo haga correctamente y con suma calidad, que lo haga utilizando los programas que el PAMI necesita. Se supone que, si tienen la obligatoriedad de informar, es probable que aumente la confianza en la información.

Estos últimos intentan mejorar los estímulos económicos a los prestadores mediante la introducción de elementos de minimización del riesgo. Si bien esto mejora la eficiencia y en general la respuesta de los prestadores, para el financiador implica introducir un concepto de gasto variable no predecible.

Por otro lado, algunas organizaciones de salud pueden tener más de una modalidad de contratación, pudiendo dividir estos mecanismos de acuerdo a los niveles de atención. En el sector salud se plantean tres niveles, en el primero se centra en la asistencia médica ambulatoria y servicios de urgencias; se compone de consultorios y centros de salud donde se actúa en forma preventiva

y educativa. En el segundo se efectúa la atención hospitalaria, se imparten consultas especializadas en las áreas de: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Finalmente, el tercer nivel de atención concentra las actividades de alta complejidad médica. Así es posible que para cada nivel se opte por una modalidad diferente pudiendo, por ejemplo, un financiador atender a sus afiliados en su propio centro ambulatorio (para el primer nivel), contratar por cápita el segundo nivel y por prestación el tercer el nivel.

También es posible que en un mismo nivel existan distintas modalidades. Así, por ejemplo podemos encontrar organizaciones que contratan por prestación, específicamente por acto médico, a los profesionales médicos y por cápita a los bioquímicos. En consecuencia, se pueden producir algunos conflictos producto de la sobre-estimulación de actos inducidos por los médicos y la subprestación que tiende a producir el gerenciador bioquímico. Esto suele ocurrir porque los bioquímicos ven limitada la cantidad de actos que pueden realizar al valor de cápita pactado, la cual suele calcularse en base a las tasas normales y no teniendo en cuenta las tasas reales que incluyen un nivel de actividad excedente producido por la sobreprestación médica.

CAPÍTULO 5

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL Y DE LA TERCERIZACIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

Como ya mencionamos anteriormente, es posible afirmar que no existe la superioridad de un modelo sobre otro, como tampoco un sistema ideal. Cada uno de ellos debe ser evaluado en relación a:

- Los objetivos que cada organización se proponga alcanzar
- Del contexto en que se desarrolla

La elección de un mecanismo constituye una señal que el financiador le brinda al proveedor en cuanto al concepto de eficiencia y del tipo de incentivos que se desea estimular.

Cabe destacar que no existen sistemas integrados puros, es decir no hay ningún financiador que tenga absolutamente todo integrado, sino que más bien existen grados de integración donde algunos financiadores tienen un porcentaje mayor de cobertura dentro de sus propios prestadores, particularmente prestadores que integran hacia arriba como los hospitales de comunidad u obras sociales de ingresos bajos.

Si bien la relación entre los financiadores y prestadores tiene su complejidad. En el mercado cada uno de los fondos dedicados a financiar salud posee sus propias características en cuanto a nivel de ingresos, población a la cual brindan cobertura, estrategias e historia. Teniendo en cuenta estos puntos, intentaremos describir las principales ventajas y desventajas de los sistemas de contratación y pago.

Las mismas se analizarán desde la óptica del financiador. Se focalizará en los sistemas integrados, como en los tercerizados, los cuales a su vez los dividimos en sistema capitado y por prestación. En el esquema que se presenta a más abajo se puede observar una hoja de ruta con los temas que se tratarán. La descripción se efectúa en base a la información recogida de las entrevistas realizadas a las diferentes personalidades consultadas.

Hoja de Ruta para entender los temas a tratar en este capítulo

Ventajas y Desventajas de la Integración vertical en Salud
Ventajas de la Integración vertical
Desventajas de la Integración vertical
Ventajas y Desventajas de la Tercerización en Salud
Ventajas de la Tercerización
Ventajas del Sistema Capitado
Ventajas del Sistema por Prestaciones
Desventajas de la Tercerización
Desventajas del Sistema Capitado
Desventajas del Sistema por Prestaciones

5.2. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN SALUD

5.2.1. Ventajas de la integración vertical en Salud

- Permite que los factores críticos y de éxito de la gestión como los servicios esenciales y de alto impacto en los que la institución se quiere diferenciar, puedan ser brindados con calidad y sin demasiados costos adicionales.
- Desarrollar modelos prestacionales propios que estén de acuerdo con la filosofía del financiador. Construir Salud u OSECAC están convencidos de las bondades del médico de familia como estrategia para brindar los servicios de atención primaria de la Salud.
- Manejo propio de la política de calidad, la cual atraviesa a toda la organización. Esto es así porque es el mismo financiador quien las define e implementa de manera consistente y congruente, evitando que el tercero se las imponga. Además, permite asegurar un determinado nivel de calidad de acuerdo a los recursos que se dispone. La experiencia de Construir Salud y de OSECAC son ejemplos de esta ventaja.
- Tener objetivos y resultados sanitarios concretos. Cuando el financiador está integrado al prestador esta tarea se ve facilitada porque puede efectuar monitoreos de calidad sobre el cumplimiento de indicadores,

implementar guías de prácticas clínica propias contextualizadas a la realidad de su propia población beneficiaria, desarrollar ateneos médicos pagos y formación médica incorporada.

- Permite asegurar camas, que ya están escaseando, tal como algunos directivos del sector afirman y estiman que se profundizará en el futuro. En este escenario, disponer de un prestador propio representa claramente una ventaja competitiva. Esto evita pagar valores fijados por los prestadores, que sin dudas pueden atentar contra la ecuación de costos de los financiadores, particularmente de aquellos de menores recursos.
- Reduce los costos prestacionales, lo cual es muy importante en un contexto de aceleración mundial del mismo. Un ejemplo de esta ventaja es el caso de Construir Salud, que cuando tenía un modelo tercerizado, con pocos prestadores propios, poseía un alto déficit operativo (cincuenta millones de dólares), el cual logró revertir cuatro años después al migrar hacia un modelo con una alta integración vertical y énfasis en el médico de familia; equilibrio alcanzado fundamentalmente como consecuencia de la baja en los gastos prestacionales. Por otro lado, determinadas cirugías programadas al ser prestadas sólo en el prestador propio, permite hacer un manejo más eficiente de los costos, a través de la administración de los turnos, los cuales una vez agotados, deben pasar a formar parte de las denominadas listas de esperas, o incluso se pueden realizar en momentos en los cuales se dispone de capacidad ociosa.
- Asociar la marca del prestador propio a la del financiador, lo cual permite tangibilizar el servicio de financiamiento de Salud en algo concreto como puede ser una clínica o un hospital.
- No transferir rentas a la competencia. Esta ventaja debe analizarse como una cuestión estratégica que los financiadores, especialmente las prepagas, están implementando para minimizar las compras de servicios a su competencia.
- Menores costos de transacción, los cuales se reemplazan por costos administrativos o de organización.
- Un prestador propio permite incrementar el poder de negociación al no estar cautivo de la clínica o sanatorio con quien negocia valores. Es decir, se utiliza como instrumento para disponer de mayor fuerza para negociar.
- El afiliado queda al margen de los conflictos como cortes de servicios, que puedan producirse entre los financiadores y prestadores. En un marco inflacionario de permanente negociación de valores, esta ventaja se torna central.

- Desarrollar prestadores que respondan a la línea estratégica de la compañía. Estos prestadores puede que no existan en el mercado y por lo tanto el financiador debe ser quien invierta en ellos. El caso de Swiss Medical es paradigmático, dado que invierte en establecimientos que se distinguen por su calidad profesional, la alta innovación tecnológica y calidad percibida (definidas como los elementos que los usuarios conocen como la hotelería).
- Posibilidad de gerenciar todo el negocio fortaleciendo ambas partes y lograr sinergias entre ellas. La integración permite al financiador gestionar mejor sus costos a través de las prestaciones propias, mientras que el prestador tiene la capacidad de alcanzar una mayor ocupación de sus propias instalaciones. Esto último es muy importante porque, para poder manejar los costos adecuadamente, es necesario disponer de más del 90% de ocupación para que hagan viable la operatoria de la clínica.

5.2.2. Desventajas de la integración vertical en Salud

- Alto costo fijo, particularmente cuando el nivel de demanda cae como consecuencia de una disminución de la actividad económica, en cuyo caso el financiador no sólo tiene una menor masa crítica con la cual licuar sus costos fijos, sino que además tiene un capital inmovilizado muy importante.

La respuesta es, por ende, desprenderse de activos fijos o contraer la red de atención propia. Otra manera de reducir el impacto de esta desventaja es integrar un porcentaje inferior al 100%, tal como lo hace OSECAC o las prepagas que integran alrededor del 40/50%. OSECAC, por otro lado, ha diseñado una estructura de internación flexible. Finalmente otro mecanismo utilizado para mitigar este problema es que el prestador propio brinde servicios a otros financiadores como lo hacen la mayoría de las clínicas y sanatorios de los prepagos.

- Relacionado con el punto anterior, la capacidad ociosa con la que puede encontrarse cuando cae estacionalmente la demanda prestacional, desventaja que se puede mitigar vendiendo prestaciones a varios financiadores o haciendo un uso óptimo de las internaciones programadas.
- El financiador asume el pasivo contingente del riesgo laboral y de la mala praxis, aunque hoy en día como consecuencia de la solidaridad en los juicios este elemento ha perdido fuerza.
- Compite con el resto de los prestadores a los cuales contrata.
- Menor productividad de los recursos humanos, para esto es necesario formular dentro de la integración formas de pagos que alienten la

productividad. El caso de OSECAC como el de Construir Salud permite mostrar como esta desventaja es atacada para reducirla.

- No necesariamente es menos costosa, incluso puede llegar a generar mayores gastos, particularmente en algunos servicios. Entre otros motivos porque a terceros se les puede debitar prestaciones o se les puede no autorizar una determinada práctica, reducción de costos que no se pueden implementar cuando el sistema está integrado, básicamente porque el médico que lo solicita es del prestador. Además se ha señalado que las auditorías internas del propio financiador suelen ser más duras que las que realizan los financiadores externos.
- Dificultad para distinguir las dos unidades de negocios, provisión y financiación, lo cual puede generar que se multipliquen las deficiencias de ambas unidades de negocios.
- Dificultad para correr la carrera tecnológica, particularmente en la alta complejidad donde la acumulación de capital es un tema central. En consecuencia, se tiende a integrar los niveles más bajos, tercerizando los más elevados. Sin embargo, OSECAC, una de las obras sociales que mayor cantidad de cápitas administra y cuya escala así lo permite, ha construido en la ciudad de Buenos Aires, el Sanatorio Sagrado Corazón donde concentran la ultra alta complejidad de todo el país y otras cirugías que se realicen en la región metropolitana.
- La inversión en los prestadores propios es vista por el resto de los prestadores como un retraso en el pago de sus aranceles para ser utilizados en la financiación del prestador propio.
- Algunos prestadores, que inicialmente nacieron como prestadores puros facturando por prestación a obras sociales y prepagas (en muchos casos utilizando como práctica habitual la sobreprestación), luego cuando se integraron verticalmente hacia la financiación comenzaron a tener problemas para contener los costos como consecuencia de trabajar bajo una “cultura basada en la sobreprestación” que trasladaron a los pacientes del propio prepago.

5.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA TERCERIZACIÓN

5.3.1. Ventajas de la tercerización

- El financiador puede aprovecharse de la capacidad ociosa de terceros.
- La obra social o prepago puede elegir a los prestadores con valores

más convenientes en términos de la relación precio-calidad.

- El financiador evita los costos de aprendizaje, de instalación, de infraestructura, hospitalaria, etc.
- Permite que aquellos servicios difíciles de controlar, de mayor riesgo de error y en los que uno no se especializa, los asuma un tercero.
- El financiador no tiene que dedicar recursos a invertir en activos fijos.
- Si los directivos de los financiadores son conocidos en el mercado generan confianza y esto facilita la contratación de prestadores.
- Permite la focalización en aquellas actividades para las cuales el financiador está especializado, evitando tener que asumir un nuevo desafío en materia de gestión, como es administrar servicios propios.

5.3.1.1. Ventajas del sistema capitado

- Posibilidad de incorporarse a una red armada, particularmente cuando se trata de un financiador con escasa masa crítica.
- El sistema capitado es más simple de administrar y permite la programación y la planificación financiera más certera, porque el gasto es predecible y más estable a lo largo del tiempo. Además es fácilmente presupuestable lo que permite asegurar la cobertura al afiliado de acuerdo a la capacidad de pago del financiador.
- Si el gerenciador tiene una red amplia con prestadores reconocidos, entonces el financiador se puede aprovechar del reconocimiento de los prestadores. Ejemplos pueden ser los prepagos que cumplen la función de gerenciador de contratos capitados o una clínica o sanatorio de envergadura sobre la cual se asienta una red de administración de cápitás.
- Menor control a los prestadores dado que esta función le corresponde al gerenciador, que es quien asume el riesgo. Este actor, necesario en los modelos capitados, se encarga de resolver los conflictos y organizar las operaciones para brindar los servicios.
- El financiador se aprovecha de los sistemas, de los RRHH capacitados, de la infraestructura, etc., del gerenciador y por lo tanto tiene que invertir menores recursos en este tipo de activos.
- Más eficientes porque no estimula la sobreprestación.

5.3.1.2. Ventajas del sistema por prestación

- Mayor calidad prestacional, permite una atención personalizada, más directa entre el médico y el paciente.
- Potencia los atributos de marca que posicionan a la organización en la mente del consumidor. Estos atributos son claves para garantizar la supervivencia en el mediano y largo plazo y la fidelidad de los afiliados a la organización, particularmente desde la instauración de la competencia entre financiadores.
- En general mejora la imagen del financiador. Según los consumidores, OSDE es la organización que financia Salud que mayor imagen de marca tiene.
- Permite al financiador un manejo financiero más flexible porque puede utilizar el pago como un poderoso instrumento de financiamiento. Esto es así porque la prestación que se brinda en un determinado mes se termina pagando como mínimo a los 45 días de producida (por ejemplo, si la prestación se brinda el 15 de marzo, se factura el 31 de marzo, tiene un vencimiento el 30 de abril y se paga en promedio entre el 15/05 y el 30/05). Además en un proceso de negociación, puede ser prolongado en el tiempo para reducir los gastos como consecuencia del retraso del aumento de los aranceles. Ambos adquieren mayor relevancia en tiempos inflacionarios.
- Permite una gestión de calidad superior al modelo capitado, básicamente porque no se estimula la subprestación.

5.3.2. Desventajas de la tercerización

- Existen limitaciones para implementar una política de calidad propia y tener objetivos sanitarios concretos.
- Mayores dificultades para tangibilizar el servicio y lograr un adecuado posicionamiento en la mente del cliente.
- Existen mayores probabilidades de que se produzcan conflictos entre los prestadores y los financiadores que pueden involucrar a los afiliados. En efecto, cuando existen atrasos en los pagos, grandes débitos o inconvenientes en las negociaciones por los valores prestacionales. Por otro lado, el financiador puede verse perjudicado por el prestador monopolístico. En ambos casos, el afiliado puede sufrir cortes de servicios o el retraso en el otorgamiento de turnos.

5.3.2.1. Desventajas del sistema capitado

- La subprestación producida como consecuencia de la creación de barreras de acceso generadas por los gerenciadorees a los efectos de obtener un máximo rendimiento de los recursos percibidos. Esto afecta a la calidad y, por ende, a la imagen. Para ello, es necesario efectuar un eficaz control al gerenciador para que garantice una adecuada aplicación con el dinero transferido, respetando el convenio y la relación calidad-costos.
- Se dispone de menor información sobre utilización de servicios, patologías cubiertas, etc., y la que se posee generalmente es, dada la asimetría de la información, sesgada a favor del gerenciador y en contra del financiador.
- Mayor costo de transacción, esto es así básicamente porque la cadena de contratación es más larga. Sin embargo, esta desventaja se debe comparar con los beneficios que se pueden obtener al estar vinculados con un gerenciador.
- Alto riesgo que el sistema se degenere. En este sentido algunos de los consultados señalaron que hay tanto buenas experiencias con gerenciadorees como otras no tan buenas.
- Cuando el valor *per cápita* abonado resulta insuficiente, los gerenciadorees inmediatamente piden aumentos, pero cuando tienen superávit no devuelven el dinero sobrante. Si los valores luego del aumento continúan siendo insuficientes, entonces lo que hace es ajustar por cantidad (por ejemplo, restringir autorizaciones, demorar turnos, dilatar cirugías programadas, etc.).

5.3.2.2. Desventajas del sistema por prestación

- El gasto tiende a crecer como consecuencia de dos fenómenos. En primer lugar por la sobreprestación, lo que implica solicitar estudios y prácticas que no siempre son necesarias para tratar la patología. En segundo término por la sobrefacturación, la cual aparece cuando se facturan prestaciones que no figuran en las historias clínicas. Para controlar ambos fenómenos los financiadores autorizan previamente las prestaciones y auditan tanto en terreno como en forma *ex post* la facturación, realizándose cuando corresponde, los débitos correspondientes (lo cual también es un tema conflictivo). De acuerdo a datos del sector, los débitos en internación por discrepancias en la conductas prestacionales suelen rondar entre el 5% y el 10% del valor bruto facturado.
- Requiere de una estructura administrativa para efectuar el control a los prestadores, lo cual obliga a invertir en infraestructura, procesos, sistemas y recursos humanos.

- El gasto administrativo suele ser más elevado que en los otros sistemas. Esto es así porque requiere de un conjunto de actividades de control superiores a las necesarias en los restantes sistemas. Para las obras sociales, que deben destinar como máximo el 8% de los recursos al gasto administrativo, este punto suele ser crítico.
- El sistema por prestaciones produce grandes ciclos de gastos, dado que el componente estacional suele ser muy importante. En efecto, en los meses de enero a marzo el gasto suele ser muy inferior al de mayo a octubre, requiriendo estos meses de un colchón para poder afrontarlos y evitar desbalancear las cuentas del financiador. Se puede estimar que el diferencial en el gasto prestacional vinculado a la estacionalidad puede llegar a un 20%.
- No se puede transferir el riesgo a un tercero, excepto que se utilice el sistema modulado en cuyo caso es posible transferir al prestador sólo una parte del mismo, el correspondiente a la recuperación del paciente, asumiendo el financiador sólo el riesgo de ocurrencia de la enfermedad.

CAPÍTULO 6

LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD ARGENTINO

6.1. INTRODUCCIÓN

En el modelo integrado la función de financiación y provisión de servicios se encuentran dentro de la misma organización, por lo que no existen costos de transacción sino de administración.

Por el contrario, el modelo de contrato se caracteriza, como vimos, por la presencia de por lo menos dos instituciones diferentes, financiadores y proveedores. Como ya hemos analizado, la cadena de contratación puede ser reducida o, por el contrario, sumamente amplia, fundamentalmente cuando aparecen en escena los gerenciadorees y colegios o asociaciones gremiales de prestadores y/o profesionales. Estos intermediarios, con sus propias características organizacionales y sus intereses individuales, constituyen un modelo con altos costos de transacciones.

La participación, el comportamiento y la importancia de cada uno de estos actores varían de acuerdo al modelo de contratación elegido. A continuación, haremos una descripción de los dos actores más importantes que intervienen en el sistema de contratación y pago, los financiadores y los prestadores. Además se analizará el rol de las asociaciones de prestadores y de los gerenciadorees.

6.2. LOS FINANCIADORES

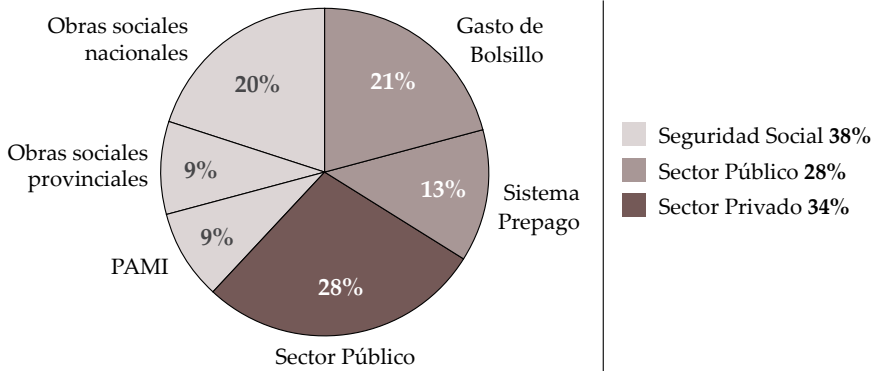
En la República Argentina el sector Salud tiene una participación en el PBI de casi el 10%, lo que representa más de 106 millones de pesos. Como se muestra en el gráfico N°1, las fuentes de financiamiento provienen de tres subsectores: el público, el privado y la seguridad social³¹. El subsector de la seguridad social es el más importante con el 38% del total. Este subsector se compone de tres tipos de organizaciones diferentes; ellas son las obras sociales nacionales (20%), las obras sociales provinciales (9%) y el PAMI (9%).

La segunda fuente en importancia corresponde al financiamiento privado con una participación del 34%. Esta se subdivide en gasto directo de los ciudadanos, también denominado gasto de bolsillo (21%) y la cobertura provista

³¹ La cifras corresponden al año 2009 y fueron obtenidas del estudio publicado por Key Markets.

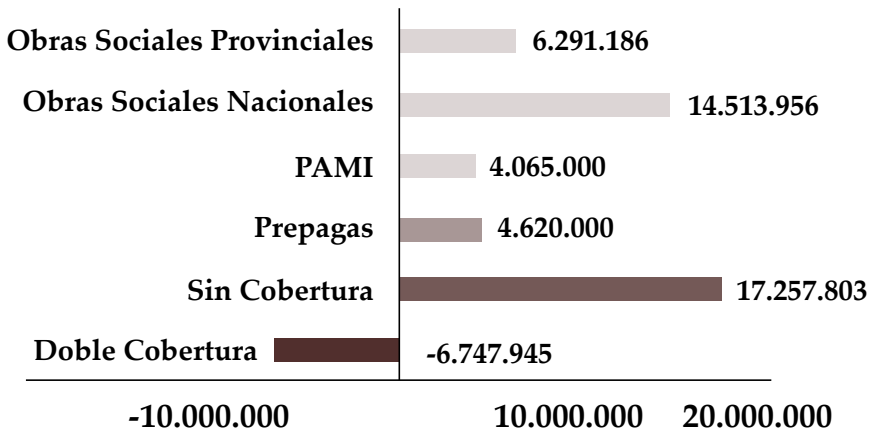
por las empresas de medicina privada (13%). Finalmente el subsector público participa con el 28%.

Gráfico N°1. Principales Sistemas de Contratación y Pago.



Si tenemos en cuenta a la población total de nuestro país (40 millones de habitantes), la composición por tipo de coberturas muestra que las obras sociales cubren a 25 millones de personas distribuidas entre obras sociales nacionales (sindicales y de dirección), obras sociales provinciales, PAMI y otras organizaciones menores como las obras sociales de las Fuerzas Armadas. Las empresas de medicina privada le brindan prestaciones a 4,6 millones de usuarios, incluyendo a socios directos como aquellos que derivan sus aportes a través de las obras sociales. De acuerdo con la consultora Key Market, 17 millones de habitantes de la Argentina no poseen cobertura de Salud de obras sociales o empresas de medicina privadas, debiendo asistir al hospital público.

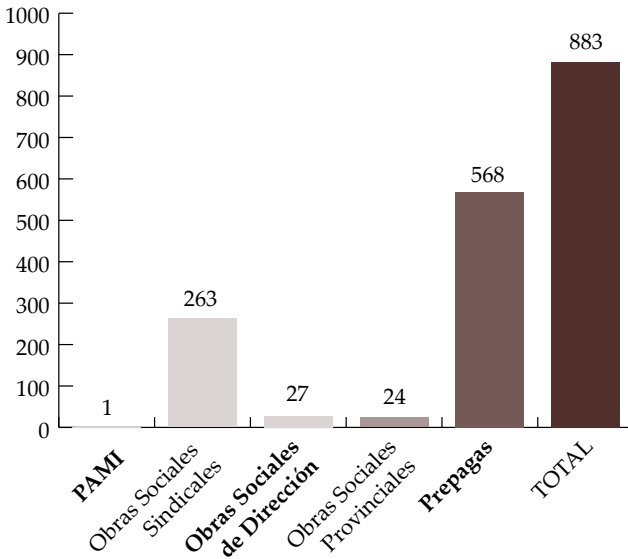
Gráfico N°2. Composición de la población por tipo de cobertura.



Se estima que tienen doble cobertura aproximadamente el 16% de la población (6,6 millones de personas). Esta última puede adoptar básicamente dos modalidades diferentes. En el primer caso existe duplicidad de obras sociales ya que una persona puede ser titular en una obra social provincial y al mismo tiempo cónyuge en una obra social sindical (o viceversa). El segundo caso se produce cuando una persona que desea recibir los servicios de una empresa de medicina privada, triangula los aportes y contribuciones a través de una obra social. Si bien el primero tiende a reducirse dada la política que busca lograr un padrón único, la segunda modalidad ha crecido significativamente desde la apertura del régimen de opción.

En nuestro país existen aproximadamente 883 fondos destinados a financiar la Salud, según un relevamiento efectuado para esta investigación en base a información publicada por la Superintendencia de Servicios de Salud, el INCUCAI y el INDEC. Cabe destacar que las 568 prepagas surgen del Registro de Empresas de Medicina Privada inscriptas en la Superintendencia de Servicios de Salud. Dentro de estas organizaciones se encuentran empresas comerciales como así también mutuales y obras sociales que prestan servicios a afiliados adherentes o brindan planes superadores. Por ende, algunas de estas organizaciones se encuentran duplicadas. Por otro lado y en base a información del sector, se espera que la cantidad de entidades prepagas se reduzca dado que un número importante de ellas no estaría en condiciones de prestar los servicios que exige el Programa Médico Obligatorio, en consecuencia, es posible que se observe en los próximos años un fuerte proceso de concentración, aún mayor al existente.

Gráfico N°3. Cantidad de Financiadores de Salud en Argentina.



6.2.1. Sector público

Para financiar al sector público, nuestro país se basa en los modelos de financiamiento de la oferta a través del denominado presupuesto global. En este sistema cada hospital dispone de un monto fijo por partida, rúbrica o categoría de gasto, que en general no está vinculado con ningún tipo de meta de producción y las autoridades del establecimiento no están habilitadas para reasignar partidas³².

El financiamiento proviene de las rentas generales fijadas en los presupuestos de la Nación, las provincias o los municipios. Este se destina a prestar servicios a toda la población, pero especialmente a aquella que carece de cobertura (43% del total del país, es decir unas 17,3 millones de personas). Para ello utiliza la red de hospitales públicos y destina recursos a la promoción, prevención, regulación y fiscalización. El gasto total del sector público en el año 2009, según la consultora Key Market, ascendió a 29.016 millones de pesos. Es decir, un 28% del gasto total en Salud.

Las provincias seguidas por los municipios tienen la mayor participación en el gasto público total. Esto es así debido al proceso de descentralización llevada a cabo desde fines de la década del setenta hasta la década del noventa. El mayor peso que poseen estas administraciones (aproximadamente un 85%) se debe a que este nivel es el responsable de la mayor cobertura de Salud por poseer la mayor cantidad de hospitales y/o Centros de Atención Primaria.

El Gobierno Federal, aunque tenga una participación menor por gestionar muy pocos efectores, ha ganado participación de la mano de la implementación de los programas nacionales de Salud.

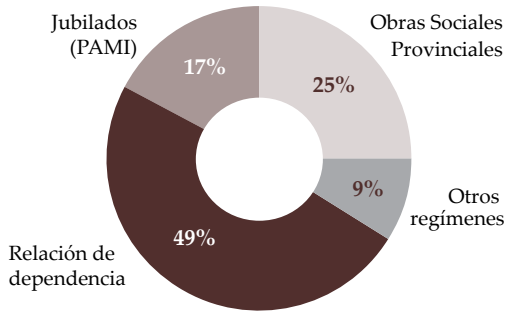
Los recursos del sector público son aplicados entre el 70% y 90% al pago de sueldos, destinando la diferencia a la contratación de servicios, la compra de insumos y medicamentos y otros gastos de administración y funcionamiento.

6.2.2. Sector de la seguridad social

El porcentaje de población cubierta por la seguridad social asciende al 60% de la población total de nuestro país, alcanzando por ende a más de 25 millones de personas. Como se puede apreciar en el gráfico N° 4, de ese total se destacan las obras sociales que proveen cobertura a los trabajadores en relación de dependencia (49%), las obras sociales provinciales (25%), el PAMI (17%) y el resto de los regímenes (9%) como adherentes, monotributistas, servicio doméstico, entre otros.

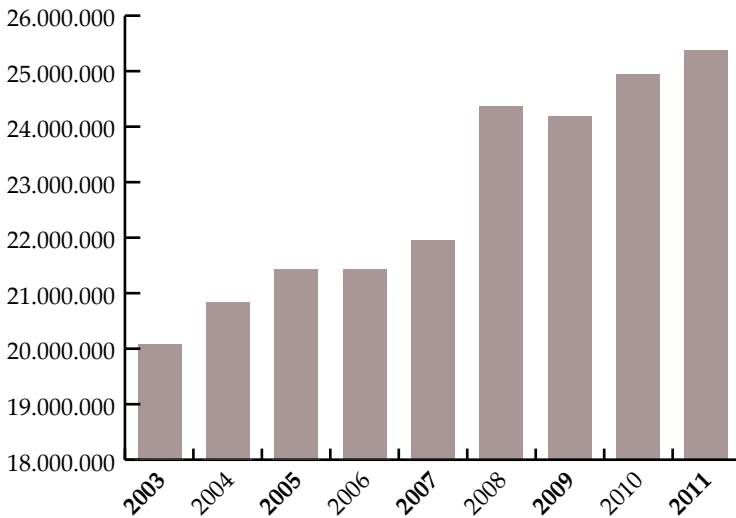
³² Tobar F. *El subsector público de salud en Argentina*. Op. Cit.

Gráfico N°4. Seguridad social en Argentina (Dic. 2011).



En el gráfico N°5 se puede apreciar el crecimiento de la cantidad de beneficiarios de la seguridad social. Este crecimiento se debe, por un lado, al aumento en la cantidad de trabajadores formales incorporados a partir de la reactivación económica, como así también al proceso de inclusión que se viene llevando a cabo a partir de la incorporación del personal doméstico o los monotributistas. Finalmente y en menor medida a la ampliación de la planta de personal de los gobiernos provinciales.

Gráfico N°5. Evolución de la Población de la Seguridad Social.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SSS.

Al profundizar el análisis de las obras sociales nacionales, es posible señalar que existen 292 fondos dedicados a financiar la Salud. En conjunto, estas entidades cubren a casi 13 millones de beneficiarios y se dividen en dos grandes grupos: obras sociales sindicales (265 entidades que cubren a 12 millones de personas) y obras sociales de dirección (27 organizaciones que le prestan servicios a 1,1 millón de personas).

Las diez primeras obras sociales concentran el 42% de la población total; las 25 primeras comprenden el 62% del mercado y, paradójicamente, más de la mitad de las obras sociales poseen menos de 10.000 beneficiarios, cantidad de beneficiarios que, de acuerdo a la Superintendencia de Servicios de Salud, resultan inviables de administrar.

Estas 292 organizaciones generan una recaudación mensual de 2.552 millones de pesos, según información publicada por la Administración de Federal de Impuestos (AFIP) para diciembre 2011³³. Entre las primeras 25 obras sociales se encuentran algunas dependientes de gremios “fuertes” y otras con alto crecimiento observado desde la implementación del proceso de desregulación, muchas de las cuales tienen convenios con prepagas. La disparidad en los aportes y contribuciones por titular llega a ser tres veces superior entre las obras sociales que mayores aportes y contribuciones *per cápita* perciben respecto a las que menores recursos reciben. En efecto, mientras que el promedio de aportes y contribuciones ronda los \$260,50 *per cápita*, algunas entidades se encuentran muy por encima (OSDE, ASE, Comisarios Navales, etc.) y otros como personal de maestranza, textiles o peones rurales no alcanzan los \$150 por beneficiario.

En el esquema que se presenta a continuación se puede observar la cantidad de obras sociales divididas en cantidad de beneficiarios y nivel de ingresos. Se considera que la población cubierta es baja cuando es inferior a 5.000 beneficiarios, cantidad esta última que suponemos que es prácticamente inviable de administrar eficientemente, aun cuando esta población se encuentre concentrada en una única región. La población resultará mediana cuando se encuentre entre los 5.000 y los 50.000 beneficiarios y será alta cuando el padrón de la organización supere los 50.000 beneficiarios. Si bien las divisiones pueden tener un contenido algo arbitrario, se corresponden con cortes sumamente razonables para el mercado argentino.

Para los ingresos, se tomó como referencia al promedio de los aportes y contribuciones *per cápita* estimado en \$260 para el mes de diciembre 2011, el cual que surge del informe sobre recaudación de la seguridad social publicado por la AFIP en su sitio web³⁴. Para establecer los tres rangos se asumieron tres cor-

³³ <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivos>

³⁴ <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivos>

tes diferentes. Se consideró como nivel bajo a aquellos ingresos *per cápita* de hasta \$195, es decir, un 25% inferior al promedio antes mencionado. El rango comprendido por un 25% inferior y un 25% superior al promedio compone el estrato medio del esquema (entre \$195 y \$326). Finalmente el tercer nivel abarca a los ingresos altos, es decir aquellos que superan en un 25% al promedio de AFIP (>\$326). Se trata de una medida aproximada de los ingresos reales de la población a los efectos de disponer de un mapa que segmente la heterogeneidad reinante en el mercado de los financiadores de Salud.

Como se muestra en el esquema que se presenta en el cuadro N°2, de las 292 obras sociales el 40% posee menos de 5.000 beneficiarios, el 27% perciben ingresos por beneficiarios bajos, es decir inferiores al 25% del promedio percibido en diciembre de 2011; sólo 5 obras sociales (1,7%) tienen ingresos altos y un padrón superior a los 50.000 beneficiarios. El 13% posee ingresos bajos y una población también baja, este grupo de obras sociales recauda en promedio 3 veces menos de recursos que las organizaciones de altos ingresos.

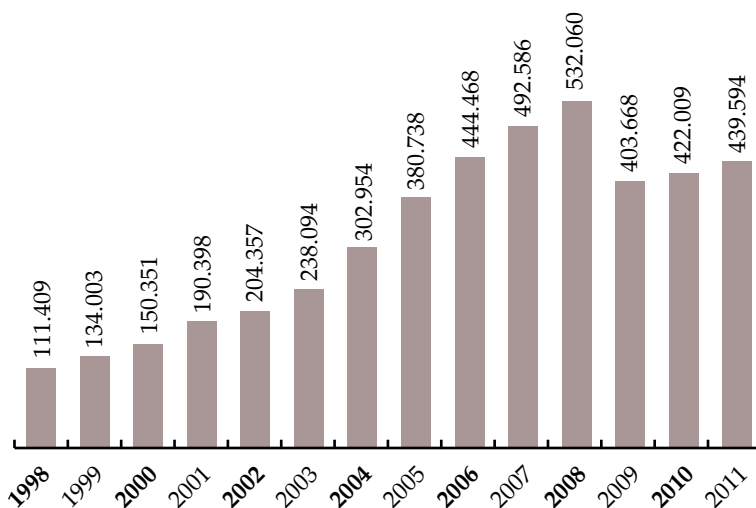
Cuadro N°2. Cantidad de Obras Sociales según rango de ingresos per cápita y Rango de Beneficiarios (Dic. 2011).

		Rango Ingresos			TOTAL GENERAL
		Ingresos Bajos	Ingresos Medios	Ingresos Altos	
Rango Beneficiarios	Población ALTA	8	30	5	43
	Población MEDIA	31	79	20	130
	Población BAJA	38	48	33	119
	TOTAL	77	157	58	292

Fuente: Elaboración propia en base a datos AFIP.

El sector de la seguridad social se nutre de fondos aportados por los empleados en relación de dependencia (3%) y contribuciones del empleador (6%). Como la principal fuente de financiamiento es el salario del trabajador, este sector es pro-cíclico y reproduce las desigualdades del mercado de trabajo. Estas organizaciones también financian las prestaciones de regímenes especiales como monotributistas, servicio doméstico, etc.

Gráfico N°6. Cantidad de altas de Opciones por Año.
Régimen General



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SSS.

Históricamente las obras sociales han tenido un gran crecimiento en las décadas del '50 y '60 de la mano del aumento del empleo y del salario real; eran tiempos en los que los trabajadores ingresaban a una empresa y obtenían la obra social de su rama de actividad. En los '90 se introdujo un proceso de desregulación promoviendo la libertad de elección a los afiliados de obras sociales sindicales. Desde el comienzo y hasta el año 2011 se han registrado aproximadamente 4,5 millones de opciones. En el gráfico N° 6 se puede observar la cantidad de altas de opciones realizadas cada año según la Superintendencia de Servicios de Salud³⁵.

³⁵ Bellagio, Ricardo. Obras Sociales: Prepagas ¿Integración del sistema? Presentación efectuada en la Fundación del Sanatorio Güemes el 29 de marzo de 2012. <http://www.fsg.org.ar/20120329.htm>

Cuadro N°3. Algunos ejemplos de prestadores de Obras Sociales.

OBRA SOCIAL	PRESTADOR
UOM	Policlínico Central
Bancarios	POBA 9 de julio
UOCRA	Sanatorio Franchín / Sanatorio Metropolitano
OSECAC	Sanatorio Sagrado Corazón (Alta Complejidad)
Camioneros	Sanatorio Antártida
UPC	Sanatorio Anchorena / Instituto Médico del Callao
OSPERYH	Clínica de la Ciudad
Gráficos	Clínica Obra Social del Personal Gráfico
Perfumistas	Clínica Obra Social Personal Perfumista
Municipales CABA	Sanatorio Julio Mendez
OSPIT (Textiles)	Policonsultorio Central
OSME	Sanatorio Obra Social Ministerio de Economía

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sector.

Algunas de las obras sociales, como se expone en el cuadro N° 3, poseen prestadores propios para atender en forma exclusiva a los afiliados de su obra social en el marco del modelo semi-integrado. Se ha señalado que el modelo es semi-integrado dado que complementa en mayor o menor grado con otros prestadores los servicios que su efector propio no provee. Por otro lado, otros financiadores contratan a terceras organizaciones para que le provean los servicios de Salud a sus beneficiarios ya sea a través de convenios capitados, por prestaciones o ambas.

6.2.3. Sector privado

El sector privado se divide en dos grandes compones: los gastos de bolsillo y los servicios provistos por las empresas de medicina privada.

Los gastos directos de los ciudadanos son los erogados por las pacientes que no poseen cobertura y deben afrontar gastos fuera del sistema público (un médico particular, los medicamentos que el centro público de atención no le provee, etc.), como aquellas personas que, afiliadas a una obra social o una pre-paga, abonon copagos, coseguros, una consulta de un médico que se encuentra fuera de la cartilla y/o cofinancian gastos de medicamentos. Este último rubro es el que mayor peso tiene en el gasto de bolsillo dado que la cobertura de P.M.O (Programa Médico Obligatorio) obliga a los financiadores a cubrir como mínimo un 40% del valor de mercado del medicamento para las prestaciones ambulatorias o el 70% de los medicamentos crónicos. Se estima que el gasto de

bolsillo asciende en nuestro país al 21% del gasto total en Salud, es decir una porción significativa del gasto total, lo cual refleja cierta inequidad del sistema.

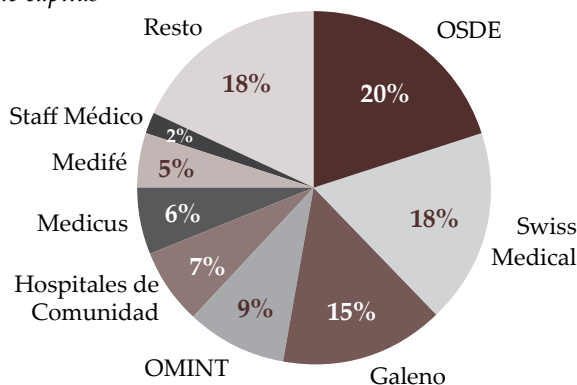
El segundo componente comprende a las empresas de medicina privada. El mercado prepago se compone de unas 586 entidades que prestan servicios a unas 4.6 millones de personas en total, de las cuales aproximadamente 2 millones son afiliados a su vez a obras sociales sindicales que derivan sus aportes a empresas de medicina privada. Estas empresas se focalizan en el segmento ABC1 con una alta participación de clientes corporativos. En este mercado conviven pequeñas, medianas y grandes empresas; locales, zonales y nacionales; comerciales y sin fines de lucro, mutuales y obras sociales que comercializan planes adherentes o superadores del PMO.

El mercado puede considerarse oligopólico, dado que las cinco empresas más grandes tienen una participación de aproximadamente el 75% del mercado total. En el gráfico que se expone a continuación se observa la participación las principales empresas del sector. El líder es OSDE, seguidas por Swiss Medical, Galeno, Omint, etc.

OSDE, con casi 900.000 socios, es la mayor organización prepaga pero si se suman las que administra como Obra Social de Dirección, llega a los 1,3 millones de cápitas (en el gráfico sólo se consideran los afiliados prepagos). OSDE es la sexta empresa con mejor imagen y la mejor ubicada del sector Salud en el ranking de prestigio según la revista especializada *Prensa Económica*. Si bien OSDE no tiene prestadores propios porque se define como una administradora, es un grupo diversificado con negocios en seguros y turismo. Como fortalezas, OSDE es la prepaga de mayor cobertura geográfica, con la cartilla más completa ya que cuenta con 65.000 profesionales y una red de alianzas que involucra a 13.000 instituciones de diversa índole.

Gráfico N°7. Participación de mercado.

Por cantidad de cápitas



Fuente: Elaboración propia en base a datos del sector.

Cuadro N°4. Principales esquemas de integración de las empresas de medicina privada.

Prepaga	Prestador
Swiss Medical	Clínica Maternidad Suizo Argentino
	Sanatorio Agote
	Sanatorio de los Arcos
	Centros Odontológicos
	Centro Médico San Luis
Galeno	Sanatorio Trinidad Palermo
	Sanatorio Trinidad Mitre
	Sanatorio Dupuytren
	Sanatorio Trinidad Quilmes
	Sanatorio Trinidad San Isidro
OMINT	Clínica del Sol
	Clínica Santa Isabel
	Clínica Bazterrica
	Centro Médico Bazterrica
Medicus	Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento
	Centro Medicus
	Centro Medicus Odontológico
	Sanatorio Otamendi-Miroli
	Sanatorio Las Lomas de San Isidro
Hospitales de Comunidad	Hospital Alemán
	Hospital Italiano
	Hospital Británico
CEMIC	CEMIC (Las Heras, Caballito, Saavedra).
Hominis	Sanatorio Güemes
Prepago HUA	Hospital Universitario Austral

Con más de 800.000 socios, Swiss Medical Group es un grupo que ha crecido fundamentalmente a partir de la compra de otras prepagas incluyendo a Nubial, Medicien, Optar, Qualitas, Docthos y Blue Cross & Blue Shield (empresa prepaga de Uruguay), se encuentra fuertemente integrado con clínicas como la Suizo Argentina, el Sanatorio Agote, Sanatorio Olivos, Sanatorio Los

Arcos, centros ambulatorios y odontológico. Swiss Medical se posiciona estratégicamente como una empresa basada en el concepto de atención y confort del paciente, sus familiares y los médicos tratantes. Fue una de las primeras entidades en apuntar a diferenciación basada en un estándar superior de confort, la excelencia del equipamiento y de los recursos humanos.

Galeno, con casi 700.000 socios, también es un grupo integrado verticalmente. Posee la mayor infraestructura propia concentrada en las cinco clínicas de La Trinidad y el Sanatorio Dupuytren. Esta entidad también creció a partir de la fusión de entidades. Actualmente ocupa a más de 10.000 empleados y tiene contratado a 3.000 clínicas y centros de diagnóstico, 25.000 profesionales médicos de las distintas especialidades y 5.000 farmacias.

OMINT, con la adquisición de Consolidar Salud, presta servicios a 400.000 cápitas. También se encuentra integrada verticalmente al poseer la Clínica del Sol, la Clínica Bazterrica y la Clínica Santa Isabel. Una ventaja competitiva de OMINT es la selección de profesionales ya que es muy exigente (certificaciones, residencias, etc.), lo cual le permite gozar de un alto prestigio lo que le ha permitido posicionarse como la segunda empresa con mejor imagen de los socios, quienes en promedio poseen una importante antigüedad como clientes de la empresa.

Los Hospitales de Comunidad como el Hospital Italiano, el Británico, el Alemán, entre otros, en conjunto conforman el quinto grupo más importante con más de 300.000 afiliados. En todos los casos se encuentran integrados alrededor del prestador propio. El desempeño de estos últimos han experimentado un impulso importante entre 2003 y 2002. Luego siguen Medicus, que administra 279.000 cápitas bajo un modelo de atención que prioriza la atención primaria como eje central para fortalecer la relación médico-paciente; Medifé, con 232.000 afiliados, cuenta con el respaldo y la experiencia de la obra social de personal de dirección ASE que le ha permitido un excelente posicionamiento fundamentalmente en el interior del país y, aunque no tiene un prestador propio, está construyendo el Sanatorio Finochietto en la Ciudad de Buenos Aires. El 16% restante se compone de otros financiadores con una participación individual muy baja como el prepago del CEMIC, Hospital Universitario Austral, Hominis, etc.

Una característica de estas empresas es que poseen al menos un prestador propio al tiempo que complementan su amplia cartilla con otros centros médicos y sanatoriales contratados a terceros (*Cuadro 4*). La excepción a esta regla es OSDE, que subcontrata todos sus prestadores a terceras organizaciones.

Cuadro N°5. Principales entre empresas de medicina privada y obras sociales.

Prepaga	Prestador
Swiss Medical	OSIM
	OSPADEP
	ASE
	OSPOCE
	OSSEG
Galeno	OS Automóvil Club Argentino
	OSSEG
OMINT	OSSEG
Medicus	OSSEG
OSDE	OSSE

Cada una de estas empresas de medicina prepaga posee convenio con obras sociales para derivar los aportes y contribuciones y quedarse con un porcentaje que suele rondar entre el 5% y el 10%. En efecto, en un relevamiento realizado para este trabajo, se ha podido constatar que incluso algunas obras sociales poseen convenio con más de una prepaga, tal como se puede observar en el cuadro adjunto. Desde hace unos años la SSS está intentando limitar este tipo de arreglos para frenar lo que se conoce en el mercado con el nombre de *descreme*, es decir la captación por parte de las prepagas de los afiliados jóvenes, sanos y de ingresos medios altos, lo cual suele afectar la ecuación económica-financiera de las obras sociales que han perdido beneficiarios.

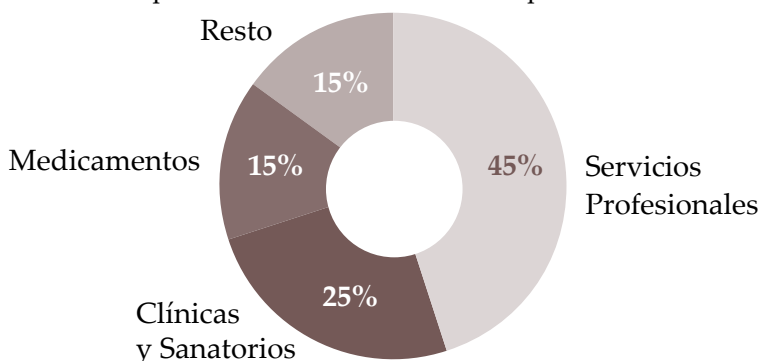
6.3. PRESTADORES

La morfología del mercado prestador según el clásico libro de Katz y Muñoz Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad³⁶, puede dividirse en tres submercados de acuerdo a los distintos insumos que utilizan para brindar la prestación. En primer lugar se encuentran los servicios profesionales que incluye a los médicos, odontólogos, bioquímicos y otros a servicios auxiliares. En segundo términos podemos mencionar a los servicios sanatoriales brindado por instituciones tanto públicas como privadas. Finalmente tenemos al submercado de medicamentos que comprende tanto a la red de farmacias, como a los laboratorios y droguerías. Los servicios profesionales

³⁶ Katz J y Muñoz A. Organización del sector salud: Puja distributiva y Equidad (1988). CEPAL Bs. As. Centro Editor de América Latina.

médicos, bioquímicos, odontológicos, etc. participan con el 45% del total de gasto, le sigue en importancia el gasto sanatorial con el 25% y el gasto farmacéutico con el 15%; ascendiendo estos tres sub-sectores más del 85% del gasto total en Salud³⁷.

Gráfico N°8. Composición del Gasto Prestacional por submercados.



Una de las características centrales del mercado prestador es la sobreoferta existente en el submercado de servicios profesionales. Katz y Muñoz señalaron que los médicos crecían a una tasa muy superior a la de la población en general incrementando el número absoluto de profesionales al año. Sin embargo, desde 1980 el número de camas de las obras sociales se ha ido reduciendo, tendencia que desde la crisis de fines de los noventa alcanzó también al sector privado por el cierre de clínicas y sanatorios privados. El mercado de medicamentos ha tenido un importante crecimiento en los últimos años, particularmente por la introducción de fármacos biotecnológicos de alto costo.

6.3.1. Servicios profesionales

Nuestro país cuenta actualmente, según la OPS, con unos 285 mil profesionales dedicados a prestar servicios de Salud, lo que representa el 1.7% de la población económicamente activa. De ese total, 120 mil corresponden a médicos, 20 mil a bioquímicos, 36 mil a odontólogos y el resto a otras profesiones como psicología, kinesiología, enfermería, etc., tal como puede observarse en los gráficos adjuntos³⁸.

³⁷ Estos datos corresponden a información estimada en base a diferentes fuentes, dado que la debilidad de los registros dificultan la recolección y disponibilidad de información confiable.

³⁸ Abramzón, Mónica C. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004 - 1ª ed. - Buenos Aires (2005). Organización Panamericana de la Salud - OPS. Disponible en: www.ops.org.ar/Files/OPS_Pub.62%20Recursos%20Humanos%202002.pdf

Gráfico N°9. Composición del mercado de servicios profesionales de salud en Argentina.

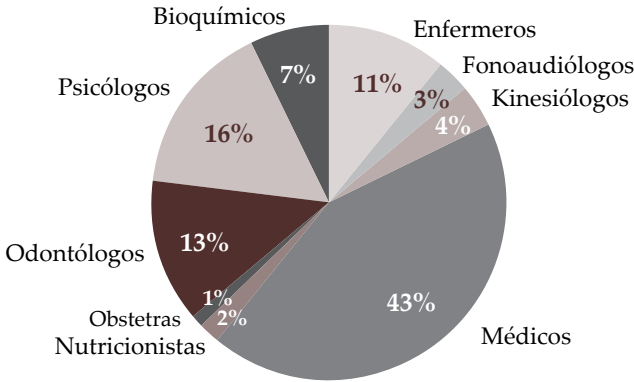
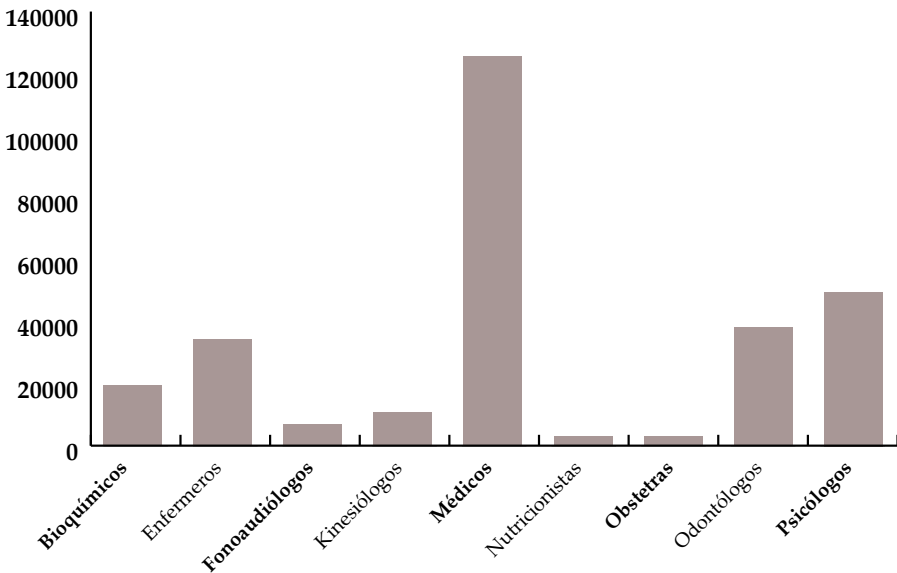


Gráfico N°10. Cantidad de profesionales de la salud en Argentina.



En la Argentina, según la Organización Mundial de la Salud, existe el doble de médicos de los que se necesitan. El promedio en nuestro país asciende a 30 médicos cada 10.000 habitantes, superior a Chile, Brasil y muchos países desarrollados como Reino Unido, Japón y Canadá. En la ciudad de Buenos Aires, por su parte, existe 1 médico cada 90 personas, el índice más alto en nuestro país, mientras que en provincias como Formosa o Misiones hay un médico

cada 675 personas. En contraposición, el número de enfermeras dista mucho del nivel óptimo, teniendo nuestro país un déficit muy importante. En efecto, mientras que el número óptimo de enfermeras asciende a 50 cada 10.000 habitantes, nuestro país tiene sólo 8³⁹.

En el mercado de los servicios médicos se producen dos fenómenos contrapuestos. Por un lado, la cantidad de médicos aumenta más de 3 veces que el conjunto de la población, lo que produce un aumento de las fuerzas competitivas dentro del mercado de servicios profesionales. Por otro lado, una tendencia opuesta a la anterior es la especialización de los médicos; que desde el punto de vista económico se puede asimilar a un aumento en la diferenciación del producto y al desarrollo de nichos de mercado, generando rentas diferenciales como consecuencia de las imperfecciones del mercado⁴⁰.

Otra característica es el retroceso del consultorio privado y la concentración del trabajo médico en las organizaciones institucionales generando un trabajo asalariado del profesional. Hamilton, Gastaldi y di Luca⁴¹ hacen hincapié en la aparición del multiempleo tanto público y privado como en diferentes instituciones privadas. Por otro lado, el uso cada vez más intensivo de la tecnología convierte a la práctica médica en un acto tecnológico, lo que induce a obtener rentas de capital en la atención médica además de la retribución por su capacitación personal.

Los profesionales se agrupan en colegios médicos los cuales forman federaciones que confluyen finalmente en la COMRA, Confederación Médica de la República Argentina. Por otro lado se agrupan en la Asociación de Médicos de la Argentina (AMA) entidad que tiene como misión generar un ámbito de encuentro científico y no gremial.

6.3.2. Establecimientos sanatoriales

En la República Argentina hay 17.844 establecimientos de los cuales 3.313 poseen camas para internación, mientras que el resto están dedicados exclusivamente a la prestación ambulatoria. La disponibilidad de camas para la atención asciende a 153.515, es decir unas 4 camas disponibles por cada mil habitantes. Al analizar la distribución de los establecimientos encontramos que los privados representan la porción más importante (54,5%); sin embargo

³⁹ Levitin, Diego. *Administración del Sistema de Salud de Argentina; Benchmarking Nacional e Internacional con utilización del Índice de Desarrollo y Eficiencia Sanitaria (IDES) y la Matriz de Comparaciones Relativas* (2011). Tesis de Maestría en Administración UBA.

⁴⁰ Katz y Muñoz (1988) Op. Cit. Hamilton, Gastaldi y di Luca. (2000) Op. Cit. y Abramzon M. (2005) Op. Cit.

⁴¹ Hamilton G, Gastaldi N y Di Luca F. (2000) Op. Cit.

el sector público con el 43% de los establecimientos es el que posee la mayor cantidad de camas (81.885). Los establecimientos con internación durante la década pasada han aumentado más en el sector privado que en el sector público. Las obras sociales poseen sólo el 2% de los establecimientos y el 2,6% de las camas, porcentaje que se encuentra en aumento como consecuencia de la ola de adquisiciones observada en estos últimos años luego de que cayera a la mitad entre 1980 y 1995. En los gráficos 11 y 12 se muestra la distribución tanto de los establecimientos como de la cantidad de camas en nuestro país según información obtenida de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.

Gráfico N°11. Establecimientos con y sin internación (por tipo de institución).

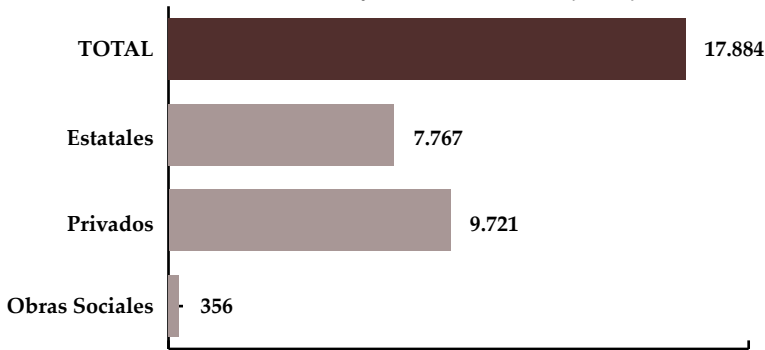
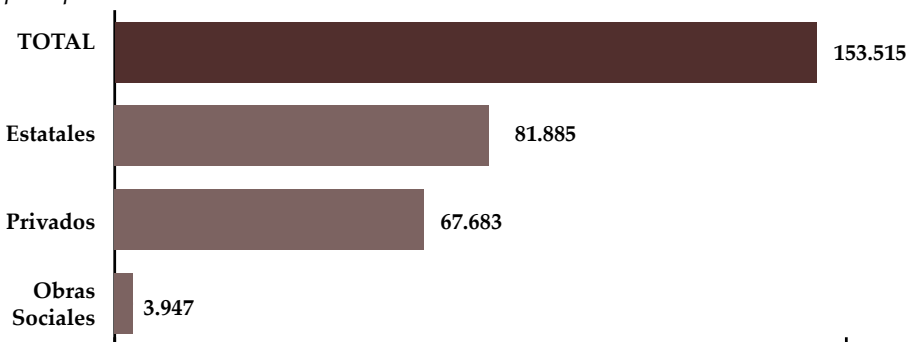


Gráfico N°12. Cantidad de camas de los establecimientos con internación (por tipo de institución).



Al analizar el mercado de internación, se puede advertir que el 75% de las instituciones sanatorias posee menos de cincuenta camas, existiendo sólo 22 entidades con un número mayor a 400 camas, la gran mayoría de ellas (19 entidades de 22) son estatales. El sector privado se concentra en instituciones con menos de 100 camas al igual que las obras sociales.

Cuadro N°6. Cantidad de Establecimientos privados con internación según número de camas.

Camas	Obra Social	Privado	Estatal	TOTAL
Menos de 50	17	1564	872	2453
51-100	15	275	186	476
101-150	6	62	80	148
151-200	5	22	47	74
201-250		11	21	32
251-300	2	2	23	27
301-350	1	2	15	18
351-400		3	8	11
Más de 400		3	19	22
Sin dato del número de camas	1	48	3	52
TOTAL	47	1992	1274	3313

Fuente: Guía de establecimientos de salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

El sector privado posee 1.992 establecimientos con internación donde ninguno tiene un *market share* relevante. En efecto, los prestadores más importantes (Hospital Italiano, Sanatorio Güemes), tienen una participación inferior al 1% en el número total de camas. Como se puede observar en el cuadro que se presenta más abajo, cuarenta empresas privadas poseen menos del 7% de las camas totales, mientras que 1951 organizaciones tienen el 93% restante.

Los prestadores que cuentan con el mayor número de camas generalmente se encuentran integrados a empresas de medicina privada, aunque no siempre es así. Estos establecimientos desarrollan importantes esfuerzos de gestión y destinan importantes recursos al análisis de costos, a la calidad y al marketing. En general, apuntan a una cartera de clientes de ingresos altos y medios altos y se caracterizan por ser innovadores en servicios de alta complejidad, en disponer de un elevado nivel de equipamiento, una alta capacidad financiera y un alto nivel en hotelería. La gran mayoría desarrollan actividades de docencia, capacitación e investigación y cuentan con un plantel médico de renombre.

Los prestadores de un tamaño mediano suelen apostar a la diferenciación mediante el prestigio de sus equipos médicos o la trayectoria de la entidad en el mercado como estrategia competitiva. Suelen mantener un nivel de equipamiento elevado y un nivel medio/alto de hotelería. Su situación financiera

suele ser más complicada que la de los grandes prestadores, por lo que no pueden destinar importantes recursos a las áreas de marketing ya que optan por aplicarlos fundamentalmente a tecnología, capacitación, etc.

Los prestadores pequeños, la gran mayoría de los prestadores lo son, poseen un bajo poder de negociación con los financiadores; sin embargo suelen delegar esta actividad a la entidad intermedia a la cual están asociadas. En general, se caracterizan por una menor imagen de marca y suelen presentar dificultades en la gestión financiera, todo lo cual los lleva a invertir menos en equipamiento y capacitación respecto de los actores líderes; sin embargo, poseen una estructura más simple y un trato más directo con sus pacientes (su gran ventaja competitiva).

Cuadro N°7. Guía de establecimientos de Salud.

Provincia	Nombre	Localidad	Camas	Participación en el número de camas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Hosp. Soc. Italiana de beneficencia en Bs. As. - Hosp. Italiano	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	468	0,37%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio Güemes	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	450	0,36%
Buenos Aires	Ctro. Méd. Neuropsiquiátrico Privado SA	Adrogué	431	0,34%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Hospital Israelita Ezrah	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	400	0,32%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Ctro. Gallego de Buenos Aires	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	334	0,27%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio Prestaciones Médico Asistenciales SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	305	0,24%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Hosp. Británico de Buenos Aires	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	263	0,21%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Inst. de Cirugía Cardiovascular Favaloro	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	256	0,20%
Buenos Aires	Clin. Gregorio Marangnon SA	Castelar	250	0,20%

Provincia	Nombre	Localidad	Camas	Participación en el número de camas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Clin. Bazterrica SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	250	0,20%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Inst. Médico Antártida	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	242	0,19%
Buenos Aires	Hosp. Priv. de la Comunidad	Mar del Plata	239	0,19%
Mendoza	Hosp. Soc. Española Benef - Hosp. Español	Godoy Cruz	232	0,19%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio Anchorena SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	224	0,18%
Buenos Aires	Clin. Mod. Los Cedros SA	San Justo	220	0,18%
Santa Fé	Sanatorio Británico	Rosario	207	0,17%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Clín. Asoc. Hijas de San Camilo	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	203	0,16%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio San José	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	201	0,16%
Córdoba	Sanatorio Mayo Privado SRL	Córdoba	201	0,16%
Buenos Aires	Hosp. Italiano de la Plata	La Plata	200	0,16%
Buenos Aires	Hosp. Español de la Plata Soc. Esp. De Beneficio	La Plata	197	0,16%
Entre Ríos	Sanatorio Adventista del Plata	Villa Ltdor. Gral San Martín	186	0,15%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Clin. Swiss Medical Group SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	184	0,15%
Córdoba	Hosp. Soc. de Beneficencia Hospital Italiano	Córdoba	184	0,15%

Provincia	Nombre	Localidad	Camas	Participación en el número de camas
Buenos Aires	Ctro. Casa Nuestra Señora del Pilar	Luján	180	0,14%
Córdoba	Hosp. Priv. Centro Médico de Córdoba SA	Córdoba	176	0,14%
Santa Fé	Hosp. Italiano Garibaldi	Rosario	176	0,14%
Buenos Aires	Clin. Priv. Fumeba - Hosp. Privado del Sur	Bahía Blanca	175	0,14%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Hosp. Soc. Española de Beneficencia Hospital Español	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	173	0,14%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Hosp. Asoc. CML Hospital Alemán	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	170	0,14%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio Otamendi y Mirolí SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	167	0,13%
Buenos Aires	Sanatorio Quilmes SA	Quilmes Oeste	165	0,13%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio Keranis SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	164	0,13%
Jujuy	Sanatorio Quintar SRL	Jujuy	162	0,13%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Sanatorio Greyton SA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	161	0,13%
Córdoba	Sanatorio Allende - Gamsamcaf	Córdoba	161	0,13%
Misiones	Clín. Ntra. Sra. De la Merced SRL	Posadas	160	0,13%
Santa Fé	Hosp. Español	Rosario	159	0,13%

Provincia	Nombre	Localidad	Camas	Participación en el número de camas
Córdoba	Sanatorio San Basilio	Córdoba	158	0,13%
Buenos Aires	Clín. Priv. Los Cedros de Tapiales	Villa Madero	155	0,12%
Resto	1951 Clínicas y Sanatorios Privados		58244	92,82%

Fuente: Guía de establecimientos de salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud. Para más información se puede ingresar al sitio web: <http://www.deis.gov.ar/guia.htm#archivos>

Los estudios⁴² muestran que los establecimientos sin internación crecen por un lado debido al aumento de establecimientos públicos dedicados a la atención primaria de la Salud y dentro del sector privado, por la aparición de los centros de diagnóstico y tratamiento, la atención domiciliaria, la internación de día, los traslados sanitarios y los vacunatorios, entre otras. Se está observando un aumento de sucursales de un mismo establecimiento o la existencia en un mismo espacio físico de varias empresas dedicadas a la prestación de distintos servicios asistenciales.

Este submercado posee diferentes niveles de complejidad. Mientras que en Capital Federal y en algunas ciudades importantes del interior del país (Rosario, Córdoba y Mendoza) es posible encontrar los más altos estándares; en muchas ciudades del interior del país este nivel es menor, lo que obliga en casos de tratamientos o cirugías de alta complejidad, a la derivación hacia los centros de Salud de mayor complejidad ubicados en las grandes ciudades.

El sector privado de clínicas y sanatorios se reúne en asociaciones, federaciones y finalmente en la confederación. De este modo surgieron las distintas asociaciones como la Asociación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (ACLIBA) que a su vez se agrupa en la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) para finalmente conformar la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (ConfeCliSa), institución corporativa de tercer grado similar a la CGT o al COMRA. También existen otras cámaras destinadas a defender los intereses del sector como CEPSAL y ADECRA.

⁴² Particularmente debemos mencionar el documento elaborado por la OPS/OMS coordinado por el Dr. Eduardo Guerrero Espinel denominado "Transformaciones del sector salud en la Argentina, estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector salud entre 1990 y 1997". Buenos Aires, 1998.

El poder de estas entidades gremiales tiende a variar de acuerdo a la estructura del mercado. En zonas donde existe una sobreoferta de establecimientos, como la región metropolitana, la fuerza para negociar de estas asociaciones tiende a ser menor que en otras regiones del país donde los prestadores están más concentrados. Sin embargo, en la ciudad de Buenos Aires existe un importante déficit de camas que está inclinando el poder de negociación hacia los prestadores, lo que ha llevado a algunos financiadores a construir o ampliar clínicas y sanatorios.

6.3.3. El mercado de medicamentos

La industria farmacéutica es la segunda actividad de importancia en el valor agregado, la octava en el monto de facturación y además es tecnológicamente intensiva. Sin dudas de los tres mercados que componen la oferta en Salud, este es el más dinámico, complejo, de mayor inserción global, con la participación más alta del capital extranjero y el que presenta el ritmo de innovación más importante dentro del sector Salud⁴³.

La facturación anual para el año 2010 alcanzó a 17.000 millones de pesos, según estimaciones publicadas por el INDEC. La consultora *International Market Survey* (IMS) estima que el mercado crecerá hasta 2015 un 20% en dólares. De este total, la proporción más importante corresponde a los fármacos expendidos bajo prescripción médica (mercado ético) y la menor proporción corresponde a los productos de venta libre (mercado popular). En términos de unidades, según IMS, las ventas vienen creciendo desde el año 2002, superando ya las 550 millones de unidades.

De acuerdo con un estudio realizado en 1999 por la Fundación ISALUD para el Centro de Estudios de la Producción⁴⁴, en el mercado de medicamentos tanto a nivel mundial como nacional se percibe que el consumo de fármacos no se vincula con las necesidades sanitarias sino que está directamente relacionado con las posibilidades económicas, lo que produce que una parte de la población tenga sobreconsumo, mientras que otros no logran acceder a los

⁴³ Raffo, Tomás; Charreau, José y Peidro, Ricardo. *Caracterización de la Industria Farmacéutica Argentina en el Contexto de la Ausencia de un Marco Regulatorio*. Primer Informe de Investigación. Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud – IEPS- Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina. Marzo 2007.

⁴⁴ González García, Ginés (Director); Tobar, Federico; Bisang, Roberto; Limeres, Manuel; Madies, Claudia; Sellanes, Matilde; Ventura, Graciela; Vassallo, Carlos; Falbo, Rodrigo y Godoy Garraza, Lucas. *El Mercado de Medicamentos en la Argentina*. Estudios de la Economía Real. Centro de Estudios de la Producción, Secretaría de Industria, Comercio y Minería, Ministerio de Economía, Obras y Servicios públicos de la Nación. N° 13. Septiembre de 1999.

mismos⁴⁵. Este informe afirma que a nivel agregado, la Argentina es el país que más gasta de América Latina por habitante, a pesar de tener un alto porcentaje de la población sin cobertura. El porcentaje del gasto en medicamentos sobre el gasto total en Salud se mantiene en un nivel alto en la Argentina, entre el 15% y el 20%.

En nuestro país el precio de los medicamentos suele ser superior al de otras partes del mundo. Para atenuar este efecto en el año 2002 se instauró la obligatoriedad de prescribir por nombre genérico. Otra política pública de suma importancia para los sectores de bajo recursos ha sido el Programa REMEDIAR, que provee gratuitamente medicamentos a todas las personas que consultan en Centros de Atención Primaria del país.

Los financiadores están obligados a cubrir como mínimo el 40% del valor de los medicamentos según lo establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO). En caso de patologías crónicas, la obligación de cobertura se incrementa hasta el 70% y en algunos casos llega al 100% como los medicamentos incluidos en el programa materno-infantil (hasta el primer año de vida del bebé) y los de alto costo (oncológicos, HIV, etc). El resto del valor del medicamento es financiado por el propio consumidor, siendo este rubro el que más incide en el gasto de bolsillo.

El mercado se compone de tres actores principales: los laboratorios que producen los medicamentos, las droguerías que efectúan la distribución mayorista y las farmacias que participan en el canal minorista.

En el primer segmento operan unos 300 laboratorios, de los cuales la mayoría son de capital nacional, aunque por volumen de facturación las compañías extranjeras son las que tienen el mayor peso. Este sub-mercado se encuentra muy concentrado en términos generales pero aumenta aún más cuando se considera la participación de cada empresa por grupo terapéutico. En efecto, Roche y Novartis se especializan en oncología, Abbott, Glaxo y Bristol en HIV, Novo-Nordisk en diabetes y Sero en esclerosis múltiple y soriasis. Por otro lado, como estas patologías son de baja incidencia y alto costo (en muchos casos superior a los \$10.000) la tasa de retorno está basada en pocos productos monopólicos por franja terapéutica.

⁴⁵ El problema del acceso a los medicamentos para la población pobre es uno de los problemas más acuciantes que existen en el sector Salud. En efecto, en el año 2000 dos de cada tres personas del conurbano bonaerense no tenía acceso a los medicamentos; en el año 2007 la mitad de la población no accedía a los mismos. Además el consumo muestra fuertes desequilibrios, el barrio de Palermo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires gasta más en medicamentos que la provincia de Formosa. Para profundizar sobre este tema puede consultarse el trabajo de la Cátedra de Libre de Salud y Derechos Humanos Facultad De Medicina U.B.A. Política Actual de Medicamentos en nuestro país: *Un Análisis del Programa Remediar*. <http://www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/remediar.pdf>.

Las droguerías distribuyen los medicamentos, actuando como intermediarias entre los laboratorios y las farmacias, estando este sub-mercado también altamente concentrado.

Las farmacias son el último eslabón de la cadena de distribución de los medicamentos dedicados a la venta minorista, cuyos contratos con los financiadores son celebrados por las farmacias mandatarias. En nuestro país existen aproximadamente unas 12.000 farmacias. En general, se trata de pequeños emprendimientos familiares dirigidos por el profesional farmacéutico, aunque en los últimos años han surgido con fuerza importantes cadenas de farmacias entre las que se destacan Farmacity, Esencia y Vantage.

Los profesionales farmacéuticos se agrupan en instituciones gremiales cuyo énfasis está puesto en la certificación de la matrícula profesional y en ofrecer a sus asociados una red de contratos para proveer medicamentos. A su vez, estas instituciones de primer nivel se agrupan en organizaciones de nivel provincial como las federaciones y finalmente se encuentra una organización de nivel superior como la Confederación Farmacéutica Argentina que agrupa a unas 10.000 farmacias y 16.000 profesionales de nuestro país.

6.4. EL ROL DE LAS ASOCIACIONES DE PRESTADORES O ENTIDADES INTERMEDIAS

Históricamente los financiadores contrataban a las entidades intermedias y estas a los oferentes directos del servicio. Estas entidades adquieren la forma de “asociaciones de prestadores” dado que nuclean a un conjunto de prestadores de Salud y los representan ante los financiadores en sus relaciones con los demandantes de sus servicios.

Se distinguen diferentes agrupaciones, siendo las más importantes los colegios, agremiaciones o círculos de profesionales (médicos, odontólogos, bioquímicos y médicos especialistas como anestesistas) y las federaciones de clínicas y sanatorios. Entre los objetivos declarados de estas organizaciones se destacan la defensa del interés de sus asociados y la representación ante organismos públicos y privados.

Las asociaciones manejan un padrón de prestadores cuya adhesión es voluntaria y no guarda relación con la matrícula; claramente el decreto 9/93 lo prohíbe explícitamente en su artículo 5. Las condiciones de ingreso al padrón de prestadores puede ser libre o de acceso restringido. En el primer caso sólo se deben cumplir con los requisitos formales para adherirse; mientras que en el segundo, el acceso está supeditado al cumplimiento de requisitos adicionales establecidos por un órgano directivo. Por otro lado, pueden existir limitaciones impuestas a los profesionales, pudiéndose distinguir un padrón

de prestadores “exclusivo” de uno “no exclusivo”, entendiendo por “exclusivo” la condición de que el profesional inscripto pierda ese carácter cuando contrata con administradores de fondos para la Salud por otras vías que las establecidas por la propia asociación.

Estas entidades intermedias permiten que cada prestador individual adquiera un mayor poder de mercado. En efecto, los prestadores de esta manera se sienten amparados, defendidos y cubiertos al vincularse con la entidad gremial que, al tener poder de convocatoria y capacidad para discutir convenios con los financiadores, obtiene valores superiores a los que individualmente una clínica o un profesional independiente en forma aislada pudiera conseguir. A su vez, la organización gremial es una manera de defender la fuente de trabajo, particularmente en el caso de los profesionales.

Como ha mencionado un informe de la Secretaría de Defensa de la competencia⁴⁶, el papel de las asociaciones de prestadores como aglutinadores de la oferta de servicios de Salud presenta también problemas desde el punto de vista de la competencia. Por un lado, puede llevar a cabo prácticas anticompetitivas como la fijación de precios y/o el reparto de mercados, cuyo objetivo es incrementar los beneficios de los prestadores a costa del interés de los demandantes finales del servicio (que terminan pagando más por los mismos servicios o teniendo acceso a un conjunto restringido de prestaciones). Por otro lado, y a veces como instrumento para mantener en vigencia las prácticas mencionadas, las asociaciones son capaces de excluir a sus asociados de ciertos beneficios que las mismas otorgan, en general como “castigo”, porque dichos asociados se han apartado de algún modo de la práctica concertada que la asociación propugna (esto es así, como veíamos anteriormente, cuando la asociación es exclusiva).

Cuando las entidades intermedias negocian contratos con los financiadores de mayor tamaño como las grandes obras sociales sindicales, las prepagas líderes y las obras sociales provinciales (generalmente las formadores de precios en su jurisdicción) se tiende a producir una situación de monopolio bilateral. En este marco y dependiendo de como esté distribuido el poder de mercado de ambas instituciones, el resultado de la negociación se puede inclinar hacia una u otra entidad. Sin embargo, se puede generar indirectamente algunos problemas que pueden llevar a cortes de servicios o cobros de aranceles extras, conocidos en el mercado con el nombre de plus, siendo los afiliados los máximos perjudicados por este conflicto.

⁴⁶ Para mayor información puede consultarse el sitio web de la Secretaría de Defensa del Consumidor donde se encuentra el documento completo <http://www.cndc.gov.ar/biblioteca/Salud%20-%20Ley%20de%20Defensa%20de%20la%20Competencia%20y%20los%20mercados%20de%20prestaciones%20de%20servicios%20de%20salud.pdf>.

Estas entidades cumplen un papel primordial en la representación, contratación, administración y pago a los prestadores finales, quedándose con una comisión por hacer esta tarea (costo de transacción). En términos generales, la contratación a una asociación tiende a incrementar los costos de transacción al alargar la cadena de contrataciones pero, por otro lado, los tiende a reducir al evitar la negociación individual con cada oferente. Los afiliados o beneficiarios de los financiadores que tienen contratos con este tipo de entidades acceden a un número más amplio de establecimientos y profesionales. Es así porque estos suelen concentrar a la mayoría de los profesionales y de los establecimientos privados de cada jurisdicción.

Con la sanción del decreto 9/93, el cambio en el modelo de contratación del PAMI y la instrumentación del plan de estabilización conocido como convertibilidad, se redujo el ámbito operativo de las entidades intermedias al declinar el poder de estas entidades para manejar los convenios con los agentes del seguro de Salud. En aquel contexto de estabilidad, fue imposible convalidar financieramente la inducción de demanda provocada por los oferentes del servicio. Además encontraron serias dificultades para controlar costos y sancionar a sus propios miembros ante las prácticas de sobrefacturación. Estos problemas pueden identificarse como las principales causas que dieron origen a una nueva organización en los mercados de Salud: los gerenciadorees. Estos, como veremos en el próximo punto, tuvieron y tienen como fin incorporar los principios económicos de eficiencia e innovación. En efecto, durante este período fue cuando se produjo un cambio en el mecanismo de contratación dominante, pasando del modelo de prestación a uno capitado.

De acuerdo a la Superintendencia de Servicios de Salud, en Argentina existen 527 entidades intermedias como asociaciones, colegios, círculos y federaciones.

6.5. EL ROL DE LOS GERENCIADORES

Los gerenciadorees surgen como una necesidad de las obras sociales. Como mencionamos en el apartado anterior, la estabilidad introdujo en la gestión la restricción presupuestaria y la necesidad de una gestión eficiente como elementos claves. El fin de la inflación impidió que las obras sociales licuaran las deudas con los prestadores y, en consecuencia, algunas de ellas tuvieron cierta incapacidad para gestionar contratos de riesgo⁴⁷. Como las obras sociales tienen ingresos medianamente fijos, en un marco de aumento de costos, producto del incremento en las tasas de utilización motorizadas por la sobreprestación, los financiadores ya no pudieron convalidar esta práctica y así comenzaron a tener dificultades financieras. Ahí surgió la gerenciadoree

⁴⁷ Tafani.R. (2001) Op. Cit.

como institución que cumple el rol de asegurarle a la obra social la atención por un valor fijo por persona. Esta función ha sido la gran incorporación de los noventa.

Se entiende por gerenciadora a aquella persona física o jurídica a quien el financiador de Salud (obra social o empresa de medicina prepaga) le otorga su administración. Los gerenciadorees cumplen una función esencial dentro del sistema de aseguramiento de Salud, no son sólo simples intermediarios. Esto es así porque la contratación por unidades agregadas requiere de un intermediario que reparta el presupuesto a los profesionales e instituciones, estableciéndose una cadena de contrataciones. Por otro lado, como contrata por prestación tiene que hacer una cuidadosa selección del grupo poblacional al cual le va a brindar servicios teniendo en cuenta algunas particularidades de ese grupo como la edad, los tipos de patologías, las tasas de uso, la ubicación, la cantidad de patologías prevalentes como oncológicas, diabetes, etc.

El gerenciador cumple el rol de coordinación, articulación y organización de los factores de producción. Para gerenciar se requiere de un conocimiento y de una capacidad muy particular que no sólo permita asumir las clásicas funciones administrativas y de gestión como contratar prestadores, controlarlos, etc., para la cual dispone de un sistema de información actualizado, RRHH especializados y del equipamiento necesario para desarrollar las actividades, sino también debe ocuparse de un conjunto de conflictos del tipo *"no me pague o me pague tarde"*. En palabras del profesor de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, Doctor Jorge Etkin, *"el gerenciador evita el caos"*.

Se ha señalado que el gerenciador logra una mayor eficiencia que la obra social por un conjunto de razones. Algunas hacen a la estructura eficiente al no tener una cantidad excesiva de empleados, mientras que por otro lado no tiene compromisos políticos con los prestadores de las distintas zonas como puede tener una obra social. De este modo, el gerenciador efectúa un manejo más técnico, más operativo y es ahí donde puede lograr beneficios frente a la prestación directa que puede realizar la obra social. Además, las obras sociales pequeñas evitan tener una estructura fija de liquidaciones, de auditorías y demás actividades que son asumidas por la gerenciadora.

La gerenciadora de prestaciones puede ser una empresa comercial, una asociación de entidades intermedias y/o gremiales, un prestador que encabeza y lidera la red gerenciadora o una empresa de medicina privada.

Las empresas comerciales, cuya base para determinar el valor de cápita incluye su propia rentabilidad, además de agregar valor al cumplir el rol comentado en el párrafo anterior; también asume riesgos, particularmente cuando cobra un valor fijo (cápita) y abona por prestaciones. Aquí caben distinguir

dos modalidades, la más típica es la gerenciadora externa mientras que una modalidad de reciente aparición es la gerenciadora propia de la obra social, tal es el caso de la obra social de UPCN que creó ACCORD Salud.

Las asociaciones de profesionales o de clínicas y sanatorios en muchos casos constituyeron redes administradoras para gerenciar las prestaciones de obras sociales y prepagas. Estas entidades se constituyeron en una especie de núcleo disciplinador que además de gestionar se encargó de ajustar la oferta. Sin embargo, estas entidades tuvieron que modificar su misión o esencia al pasar de manejar pacientes a administrar poblaciones. Muchas de ellas no pudieron dar este paso al tiempo que se han visto perjudicadas por su falta de visión comercial operando en un mercado estable donde fue crucial reducir costos. Al no poder acotar la estructura de gastos administrativos, estas entidades comenzaron a tener problemas con el pago a los prestadores y eventualmente condujo a cortes de servicios. A esto se debe sumar ciertos problemas de tipo políticos que estas instituciones atravesaron a lo largo de su historia; manifestación de este tipo de problemas han sido los cambios en las conducciones que pasaban del Colegio Médico a la Asociación de Clínicas cada tres o cuatro años y ello, muchas veces, implicaba cambios en la estrategia y política de la entidad. La ineficiencia de algunas de estas entidades generó el fracaso en su intento por gerenciar prestaciones. En consecuencia, los financiadores tuvieron que contratar a otro gerenciador o modificar sus modelos de contratación.

Cuadro N°8. Algunos ejemplos de cada uno de los tipos de gerenciadores de salud.

GERENCIADOR		ALGUNAS EMPRESAS
Gerenciadores Propios y Externos	➔	Bristol Park - Red OMIP - ACCORD Salud
Asociaciones Intermedias	➔	Fundación Suma - Federación Médica de Entre Ríos
Clínica y Hospital de envergadura	➔	Hospital Privado Centro Médico de Córdoba - Clínica del Valle (Comodoro Rivadavia).
Empresa de Medicina Privada	➔	Swiss Medical - Galeno

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sector.

Por otro lado, empresas de medicina prepaga también se embarcaron, con algo mayor de éxito que las entidades intermedias, en el gerenciamiento de cápitas a las obras sociales. Para estas empresas, esta gestión se asemeja a un contrato corporativo que, en lugar de hacerlo con empresas comerciales, lo hacen con los agentes de la seguridad social.

Finalmente otra modalidad organizativa que se observa en el sector es la de un sanatorio u hospital de envergadura sobre el cual se integra o asienta una red mayor de prestadores. Si bien este hospital es el que lidera y coordina los servicios, subcontrata bajo distintos arreglos contractuales como sub-cápitas, monto fijos o por prestaciones, los servicios que el mismo sanatorio no provee como farmacia, salud mental, odontología, etc.

Desde otro punto de vista, se ha señalado que la aparición de los gerenciadorees implica para la obra social la desnaturalización de su rol al transformarse en una mera intermediadora de los recursos prestacionales. En este marco caracterizado por la escasa regulación e institucionalización, se deja abierta la posibilidad para fraudes, atrasos en el pago a los prestadores y la desaparición repentina de estas empresas.

A pesar de lo comentado precedentemente, en el sector se debe eliminar la idea de que los gerenciadorees son mala palabra, aunque hubo algunos que vendieron que eran gerenciadorees y en realidad no dieron un valor agregado, simplemente se consumieron los recursos dejando que el sistema funcionara mal y ajustara de la peor manera. En efecto, algunas gerenciadorees ante el cobro de un determinado valor de cápita y dado el precio de la atención médica, tratan de ajustar por cantidad, teniendo en cuenta su estructura de costos para alcanzar el margen deseado. En ese caso la tasa de utilización pasa a ser una simple variable determinada por una ecuación de cálculo financiero antes que la expresión de un perfil epidemiológico determinado. Si el sistema se degenera, no habla mal del sistema sino de esos gerenciadorees en particular. Como ejemplo de malas experiencias entre financiadores y gerenciadorees se puede mencionar al PAMI quien ha tenido problemas con algunos de ellos. Para evitar tener una calidad de atención deficiente, el Instituto para Jubilados y Pensionados está implementando el Modelo de Retribución Continua comentado en el capítulo 3.

Sin embargo, cabe destacar que hay empresas gerenciadorees que durante años prestan servicios a importantes obras sociales y mantienen una excelente relación durante largos períodos. En más, se puede afirmar que muchas gerenciadorees son justamente la ventaja competitiva sobre la cual se asienta una obra social para crecer en el mercado desregulado (captar opciones de otras obras sociales). En efecto, como muestra un estudio del C.P. Fernando de la Vega, la obra social de Petroleros, entre otras causales, ha crecido utilizando

alianzas estratégicas con gerenciadore reconocidos⁴⁸.

La contratación de un gerenciador implica el alargamiento de la cadena de contratación, lo cual genera mayores costos de transacción al estar el afiliado más separado institucionalmente del prestador. Sin embargo, la pregunta es si estos costos adicionales son más o menos compensados por los beneficios que pueden lograrse al estar vinculados con una administradora. Los especialistas consultados concordaron que es posible que los beneficios para el financiador, particularmente para los más pequeños, resulten mayores que los costos de transacción. Si esta función la asumiera el financiador, internamente tendría mayores costos operativos porque el gerenciador es más eficiente al contar con personal capacitado, haber invertido en tecnología, disponer de una infraestructura, etc., todo lo cual lo amortiza entre todos los convenios que posee. Esta ganancia es la que debe compararse con el mayor costo de transacción que deben abonar.

En efecto, si un gerenciador aglutina a diferentes financiadores, las obras sociales de tamaño pequeño que se incorporan al *pool* se verían beneficiadas porque, al comprar por todas ellas, este último obtiene mejores valores que si individualmente salieran a contratar. De este modo, elimina su escaso poder de negociación y mejora su exposición al riesgo. Esto último ocurre cuando el gerenciador tiene un *pool* de riesgos que le permite tener tasas de uso más acotadas y reducir el riesgo en caso de enfermedades catastróficas.

Para finalizar, es posible afirmar que el modelo de pago con apertura, con espontaneidad en la relación entre la oferta y la demanda y con libertad absoluta de funcionamiento pierde viabilidad, particularmente para aquellos financiadores que no pueden trasladar el incremento de costos a los socios o beneficiarios. Por lo tanto, la función del gerenciador es identificable y necesaria para que el sistema pueda cerrar.

⁴⁸ De la Vega, Fernando. *Causas y efectos de la evolución del padrón de beneficiarios. Caso: Obra Social de Petroleros (OSPE)* (2012). Documento Final de Maestría MBA UADE (Versión Preliminar).

CAPÍTULO 7

EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTRATACIÓN Y PAGO EN LA ARGENTINA A TRAVÉS DE LOS AÑOS

7.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Históricamente las obras sociales tuvieron distintos criterios en la relación con los prestadores. Relevando estas formas de vinculación económica, Federico Tobar afirma que *“desde los inicios, las obras sociales creadas a partir de 1970, con excepción de Ferrovianos⁴⁹, 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 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 del Justicialismo cuyo ideólogo sanitario fuera Ramón Carrillo”⁵⁰.*

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 médico⁵¹ (colegios médicos 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 gremial lograba.

⁴⁹ Esta obra social nació integrada teniendo diseminados policlínicos de propiedad del Instituto a lo largo de las vías férreas, contratando a los profesionales y trabajadores en relación de dependencia. Para un análisis más profundo puede consultarse a Tobar, Federico, *Breve historia de la prestación del servicio de salud* (2005). En Garay, Oscar. (Coordinador). *Responsabilidad profesional de los médicos: ética, Bioética y Jurídica civil y penal*. Buenos Aires. Editorial La Ley. Página 1305.

⁵⁰ Tobar, F. (2005) Op. Cit.

⁵¹ Según algunos autores (Vassallo, Tobar), los únicos que se diferenciaron fueron los gremios grandes como ferroviarios, Ejército, municipales, bancarios, etc., quienes tuvieron un origen distinto al nacer integrados con su propio policlínico; mientras que el resto contrataba por acto médico a las grandes corporaciones.

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 costos de transacción 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” analizada por Jorge Katz, 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 procíclico.

Esto último, sumado al constante aumento de los salarios y del empleo, les permitió a los financiadores modificar tíbilmente 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. Esta última estrategia tiene como representantes emblemáticos a Bancarios y OSPLAD, quienes decidieron construir un hospital propio para tener un prestador de internación. Si bien este proceso no fue muy importante y estuvo focalizado en el submercado de internaciones médicas, funcionó relativamente bien hasta fines de los '80.

Las dificultades para sostener el hospital propio 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.

En 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.

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 ABC1⁵² 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 gerenciadore 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.

7.2. LA SITUACIÓN ACTUAL

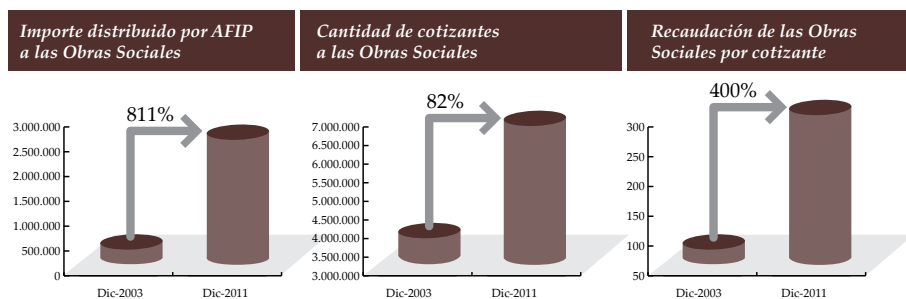
El cambio de modelo perpetuado a partir de la crisis de 2001/2002 sumado al buen momento económico internacional por el alto precio de las materias primas permitió una rápida recuperación de la economía con un fuerte impacto

⁵² ABC1 es el Nivel Socioeconómico (NSE) alto según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Este segmento corresponde a aproximadamente el 7% de la población, siendo el ingreso familiar promedio de unos \$ 45.000 (2011). El NSE se utiliza como indicador para la segmentación del mercado, permitiendo diferenciar a la población en estratos según su ingreso.

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; todo lo cual se puede observar en el gráfico N° 12⁵³.

Gráfico N° 13. Análisis de la recaudación de Obras Sociales.



Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por AFIP.

Este nuevo contexto trajo aparejado algunas transformaciones en la manera en que los prestadores se relacionan con los financiadores. En efecto, actualmente se observa 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 locales⁵⁴.

Este proceso de integración vertical puede ser atribuido a:

La disponibilidad de recursos de inversión, que en buena medida es consecuencia de la alta recaudación que tienen las obras sociales.

La necesidad por parte de los financiadores de garantizar las prestaciones, esto es tener disponibilidad de camas para internación.

La búsqueda de alternativas para bajar costos y aumentar la competitividad. Los modelos mixtos que vinculan contratación a terceros con integración parcial permiten obtener sinergias a partir que el financiador tiene un prestador propio de bajo costo y el prestador tiene asegurada un mínimo de capacidad

⁵³ Datos obtenidos del sitio web de AFIP <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivo>

⁵⁴ http://www.revista-fortuna.com.ar/ed_0176/neg03.html

instalada cubierta que le permita subsistir. Se ha planteado que esta estrategia permite obtener reducciones de hasta el 15% de los costos prestacionales de los aseguradores⁵⁵.

La posibilidad de disponer de un prestador propio para incorporar un modelo de atención diferente definido por el financiador.

El deterioro de la situación financiera de algunos prestadores puros que han llegado a crisis terminales.

La descripción de los modelos de contratación del conjunto de los financiadores es una tarea difícil de llevar a cabo. Esto es así porque existen unos 800 financiadores entre obras sociales, mutuales y empresas de medicina prepaga. Estas organizaciones son un universo muy heterogéneo y cada una tiene sus propias características en cuanto a población cubierta (en cantidad, en dispersión/concentración, como en condiciones sociales y sanitarias) e ingresos (las prepagas pueden llegar a tener un ingreso *per cápita* más de tres veces superior que algunas obras sociales).

Según estimaciones propias elaboradas en base a información proporcionada por la Superintendencia de Servicios de Salud y a datos del sector obtenidos de las entrevistas efectuadas es posible advertir que, para las obras sociales de la región metropolitana comprendida por la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense, el proceso de integración vertical aglutina para el primer nivel de atención a un 50% de afiliados, estando el 50% restante tercerizado, un 35% bajo la modalidad capitada y un 15% por prestación. En el segundo nivel la integración vertical alcanza al 15%, tercerizándose el 85% restante básicamente por el sistema capitado (75%) y en menor medida por prestaciones (10%). La integración vertical para el tercer nivel representa sólo el 5%, siendo el mecanismo de contratación preferido para este nivel el sistema por prestación con el 80%. Para el sub-mercado de los medicamentos la tercerización alcanza prácticamente a la totalidad.

Los modelos de contratación y pago tienden a estar dominados por las estrategias implementadas por las grandes entidades financiadoras (UOCRA, SMATA, UOM, Camioneros, OSECAC, etc.) que, aunque representen sólo el 5% de las entidades totales, concentran una importante cantidad de beneficiarios en el padrón total de la región metropolitana.

Las entidades de medicina prepaga, en la región metropolitana, tienden a concentrar en los servicios propios un 50% de las prestaciones y subcontratan el 50% restante, siendo el mecanismo elegido para contratar al sector privado el sistema por prestación.

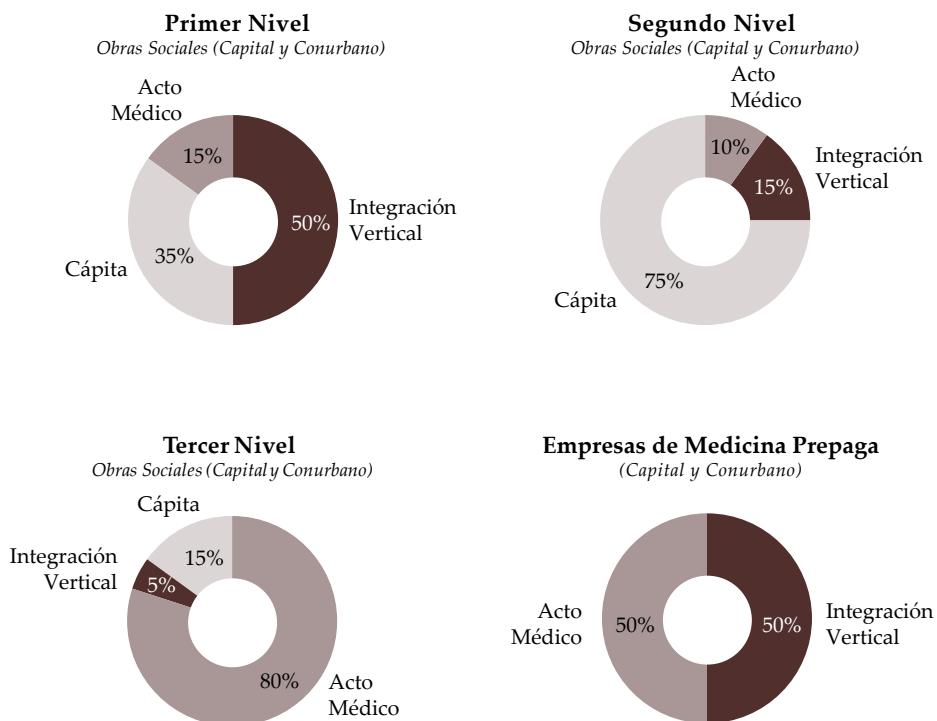
⁵⁵ Cf. Tobar, F. *Economía del hospital* en Bascolo, Ernesto (editor). Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio. Rosario. Instituto Juan Lazarte 2002. Páginas 11-40.

En general los financiadores combinan más de un sistema de pago, excepto PAMI que tiene una participación muy alta del modelo capitado (sólo en el sur del país, la alta complejidad en algunas zonas y las compras centralizadas de prótesis y medicamentos de alto costo, las contrata por prestación) y OSDE, que no integra ni cápita, sino que toda la contratación la realiza por el sistema de prestaciones, ya sea por acto médico o módulos.

El pago por prestación, es una tendencia que va decreciendo y en general corresponde a aquellas prestaciones que están fuera del convenio capitado; aunque hay algunos financiadores que tienen una alta participación de convenios por prestación como la Obra Social de Petroleros, algunas prepagas y unas pocas obras sociales de menor tamaño.

En los gráficos que se presentan a continuación se sintetizan los sistemas de contratación y pago que poseen los financiadores concentrados en la región metropolitana.

Gráfico N° 14. Mecanismos de Contratación y Pago en el sector salud (Región Metropolitana).



Fuente: Elaboración propia basada en datos del sector

CAPÍTULO 8

LAS PRINCIPALES TIPOLOGÍAS DE CONTRATACIÓN

8.1. DEFINICIÓN DE GRUPOS HOMOGÉNEOS

¿Es posible identificar tipos homogéneos de organizaciones que poseen modelos de contratación similares? No hubo consenso al respecto entre los expertos consultados para este estudio. Algunas de las personalidades mencionaron que no es posible encontrar tipos de organizaciones que poseen modelos de contratación similares. Otras, en cambio, señalaron que seguramente estas tipologías deben existir en el mercado porque determinadas características de las organizaciones influyen de manera determinante en la elección del modelo de contratación. Para avanzar hacia una respuesta a este interrogante, se consideran dos atributos clave: a) el tamaño del financiador medido por la cantidad de beneficiarios y b) el valor de la cápita que reciben los financiadores, ya sea a través de las cuotas que cobran las empresas de medicina prepaga como a través de los aportes y contribuciones que perciben las obras sociales. Se definieron para cada uno de los atributos (ingresos-tamaño) tres niveles, alto, medio y bajo. En consecuencia, se ha segmentado el mercado en nueve sub-mercados diferentes.

Se ha considerado que un financiador es pequeño cuando cubre a una población inferior a 5.000 beneficiarios; resultará mediano cuando brinde servicios a una población entre los 5.000 y los 50.000 beneficiarios y se supone que es de gran tamaño cuando el padrón de la organización supera las 50.000 cápitass. Como se ha señalado en el capítulo anterior, los cortes pueden considerarse arbitrarios; sin embargo, consideramos que son sumamente razonables para el mercado argentino teniendo en cuenta las estrategias de los financiadores y el grado de dispersión y/o concentración en los centros urbanos.

Para establecer las tres categorías según el nivel de ingresos, se tomó como referencia el promedio de aportes y contribuciones *per cápita* calculado para diciembre de 2011 en \$260. Estos datos han sido obtenidos de las estadísticas publicadas en el sitio web de la Administración Federal de Ingresos Públicos. Para definir el rango de ingresos bajos se consideró un valor menor a \$195, es decir inferior al 25% del promedio antes mencionado. El rango medio está comprendido entre el 25% inferior y el 25% superior del promedio per cápita (Entre \$195 y \$326). Finalmente el tercer nivel abarca a los financiadores de

ingresos altos, es decir aquellos que superan en un 25% al promedio de AFIP (>\$326). Se supone que las empresas de medicina privada, particularmente las líderes del sector, se ubican en la escala de mayores ingresos. Además, hemos postulado que las obras sociales provinciales se sitúan en el segmento medio y el PAMI en la escala de ingresos bajos. Se trata de una medida aproximada de los ingresos reales de la población a los efectos de disponer de un mecanismo que ordene la heterogeneidad existente en el sector de los financiadores de Salud.

Antes de continuar es necesario efectuar dos aclaraciones. En primer lugar, al referirnos al tamaño de la población cubierta por el financiador se debe tener en cuenta el grado de concentración/dispersión. Así, por ejemplo, una población de 5000 beneficiarios concentrados en una única ciudad, podría alcanzar las ventajas de un financiador mediano en términos de licuación de riesgos.

La segunda cuestión se vincula con el nivel de ingreso, el cual es un indicador que expresa la capacidad financiera de la organización para afrontar los costos prestacionales. Así, una prepaga con una población joven y un ingreso de \$500 por beneficiario dispondría de los recursos necesarios para afrontar los costos prestacionales que su población demanda y por ende se asociaría a un financiador de ingresos altos. Sin embargo, PAMI, que por su naturaleza debe cubrir a una población que claramente demanda altos costos, aún con un ingreso similar al del prepago, opera en un marco de restricciones como si su ingreso fuera menor y por lo tanto se estaría ubicando como un financiador de ingresos bajos. En consecuencia, más que los ingresos nominales en sí, lo relevante es el poder de compra de ese ingreso, lo que se puede expresar como los egresos prestacionales relativos al ingreso.

A continuación se presenta la figura N° 13 donde se exponen las nueve diferentes categorías definidas de acuerdo a la cantidad de población cubierta como al nivel de ingresos que, como veremos más adelante en este capítulo, definirán diferentes tipologías de contratación y pago.

Figura N° 13. Tipologías de Financiadores según nivel de ingreso y población

Población cubierta	ALTA	>50.000	Población Alta / Ingresos Bajos	Población Alta / Ingresos Medios	Población Alta / Ingresos Altos
	MEDIA	>5.000 y <50.000	Población Media / Ingresos Bajos	Población Media / Ingresos Medios	Población Media / Ingresos Altos
	BAJA	0-5.000	Población Baja / Ingresos Bajos	Población Baja / Ingresos Medios	Población Baja / Ingresos Altos
			<\$195	>\$195 y <\$326	>\$326
			BAJA	MEDIA	ALTA
Ingreso per cápita percibido					

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y del sector salud.

8.2. LAS TIPOLOGÍAS

En los próximos párrafos se describirán los diferentes modelos de contratación más utilizados o más relevantes para el grupo de financiadores que se encuentran en el mismo segmento según el tamaño de la organización y el nivel de ingresos.

8.2.1. Población baja / Ingresos bajos

Los financiadores con poca población e ingresos bajos poseen una red de prestadores acotada contratada en la mayoría de los casos por prestaciones, incluso concentrados en un único prestador de base. También suele ser natural la conformación de una red con los hospitales públicos, un conjunto de profesionales limitados y un fuerte énfasis en el modelo de atención primaria de la Salud con el médico de cabecera como eje central del sistema. El desarrollo de una ingeniería basada en un fuerte control del gasto y el co-financiamiento (coseguros) es clave para garantizar la sustentabilidad de la ecuación de ingresos y egresos.

Una de las principales dificultades para gestionar los convenios por prestación es la necesidad de contar con una estructura administrativa para el control de los contratos. Este obstáculo se suele suplir a través del uso de las instalaciones, la infraestructura, el personal y los sistemas del mismo sindicato al cual pertenece la obra social. En otras palabras, suele existir una fuerte asociación entre la obra social y la institución gremial donde ambas entidades prácticamente están integradas en una única organización, lo cual permite reducir los costos de administración y hacer más eficiente la gestión de los convenios prestacionales.

Los gerenciadore s mayormente no aceptan efectuar contratos por cápita a este tipo de organizaciones porque se trata de una población cuyo riesgo prestacional es muy elevado por su dificultad para licuarlo dada la escasa población. En consecuencia, un evento de alto costo y baja incidencia difícilmente se recupere financieramente. Sin embargo, y como excepción, en el mercado existen algunos gerenciadore s que tienen armada una red para este tipo de financiadores. Se trata de gerenciadore s que administran un número importante de cápit as y tienen un manejo de los costos sumamente eficiente, de manera que tienen mecanismos para licuar el riesgo y la capacidad técnica/operativa para gestionar este tipo de convenios.

Un método utilizado particularmente para aquellos financiadores que poseen un número de afiliado muy bajo son los convenios de colaboración entre obras sociales. Estos convenios suponen que una de las obras sociales se convierte prácticamente en un gerenciador de la otra entidad. Ejemplo de este tipo de convenios son los que han celebrado la obra social de actores con la obra social del personal de televisión o de la Obra Social del personal de Tabaco de Salta con la Obra Social de Petroleros.

8.2.2. Población baja / Ingresos medios

Para una población baja pero con ingresos medios, el modelo de contratación más utilizado sigue siendo el sistema por prestación pero, a diferencia del grupo anterior, en este caso la red puede ser un poco más amplia (mayor número de prestadores) y de mejor calidad. Como se mencionó en el párrafo precedente, salvo algunas excepciones, los entes que gerencian contratos capitados en general no aceptan a poblaciones tan pequeñas a pesar de que estos financiadores puedan obtener valores unitarios un poco más elevados que en el grupo anterior. Aunque es muy poco utilizado por las obras sociales, un mecanismo que permite a los afiliados acceder a una red más amplia y de mayor jerarquía es el cobro de un valor extra en forma mensual que compense los bajos aportes y contribuciones que perciben.

En este segmento también suelen estar presente los mecanismos para reducir el consumo y la celebración de convenios de colaboración entre obras sociales.

8.2.3. Población baja / Ingresos altos

Diferente es el caso de una población pequeña pero con ingresos altos, porque en estos casos algunas empresas gerenciadoras suelen aceptarlos con contratos capitados ya que el gerenciador cobra un valor por cápita relativamente elevado que le permita destinar recursos para afrontar la demanda prestacional y conformar, con el superávit, un ahorro para enfrentar parte del alto riesgo prestacional que este financiador pequeño suele transferirle. En general, en estos casos ambas entidades suelen compartir el riesgo, especialmente cuando

se trata de prestaciones que tienen recuperativo o subsidio de la Administración de Programas Especiales (APE). Además el gerenciador suma afiliados a su población ampliando su *pool* de riesgo. Por otro lado, le permite un mejor posicionamiento cuando se trata de una población que puede aportarle prestigio o porque es parte de un acuerdo que incluye afiliados de todo el país⁵⁶.

Si bien existen convenios por prestación, lo más utilizado suele ser el sistema capitado teniendo el financiador una ventaja fundamental al tener que destinar menores recursos para el control de los prestadores.

8.2.4. Población mediana

Los modelos de contratación prevalecientes en poblaciones medianas son el sistema capitado y el mecanismo de pago por prestación. Cuanto menor sea el ingreso, más utilizado tiende a ser el sistema capitado, dado que se adapta la cobertura a su verdadera capacidad financiera. Cuanto mayor es el ingreso más factible será encontrar organizaciones que adopten el sistema de pago por prestación, porque esta modalidad de contratación suele asegurarle al beneficiario una mayor calidad prestacional.

Por otro lado, si el financiador tiene una población que aun cuando no es muy elevada se encuentra concentrada en pocas localidades, entonces es posible encontrar algunos financiadores que se integran verticalmente como estrategia para reducir costos prestacionales, particularmente cuando sus ingresos tienden a ser bajos (Perfumistas, Gráficos, Relojeros son ejemplos de esta última estrategia).

8.2.5. Población alta / Ingresos bajos

Al analizar los modelos de las organizaciones de mayor tamaño aparece cierta heterogeneidad. Una alta proporción suele estar integrado, subcontratando por diferentes mecanismos de pago los servicios que su propio establecimiento sanatorial no brinda. Los prestadores que no optaron por la estrategia de integración vertical, subcontratan mayoritariamente por cápita, particularmente cuando el ingreso suele ser muy bajo, existiendo muy pocos financiadores que optan por el sistema de pago por acto médico, lo cual sucede cuando el ingreso tiende al límite superior del rango.

Los financiadores con alta población, pero de ingresos bajos en general buscan concentrar la mayor cantidad de prestaciones posibles dentro de sus propios establecimientos, contratando por cápita los servicios no integrados y abonando sólo por prestación aquellos servicios de alta complejidad y baja incidencia que sus servicios propios no suelen brindar. Si bien suelen abonar

⁵⁶ OSPe en sus comienzos integró este grupo, es decir ingresos medios o medios altos y escasa cantidad de beneficios (en sus orígenes esta obra social tenía 7700 afiliados en todo el país) y logró capitalizar prácticamente todos sus servicios.

valores más bajos que los financiadores de mayor poder económico, la ecuación de ingresos suele ser adecuada para el prestador porque le aseguran un número importante de pacientes. En consecuencia, transfieren una masa de recursos elevada actuando sobre la cantidad más que sobre los precios.

Aquellos grandes financiadores de ingresos bajos que no se integran, buscan celebrar convenios capitados. Uno de los ejemplos más emblemáticos es el PAMI, quien suele evitar a los intermediarios celebrando contratos capitados directamente con clínicas, las que en general suelen ser pequeñas o de bajo número de camas, lo que le otorga un mayor poder de negociación frente a los prestadores.

8.2.6. Población alta / Ingresos medios

El grupo de alta población e ingresos medios puede optar por diferentes grados de integración vertical más la contratación de prestadores privados. Para esto último puede utilizar un modelo por prestación cuando el ingreso tiende a ser elevado, mientras que será el sistema capitado el prevaleciente, excepto algunos servicios específicos y puntuales, cuando el ingreso se encuentra en el límite inferior del rango. A diferencia del grupo anterior la cobertura se distingue porque la red suele ser más amplia y de mayor calidad.

Aquellos financiadores que eligen la subcontratación, en general escogen un sistema capitado cuando el ingreso es acotado (cercano al límite inferior del rango, es decir \$195); mientras que prefieren el sistema de prestaciones cuando los ingresos se encuentran en el límite superior del rango (\$326). Uno de los grupos más importantes de este último segmento son las obras sociales provinciales, las cuales mayoritariamente contratan por prestación. En general estos financiadores celebran convenios con los prestadores de mayor envergadura e incluso con entidades intermedias (asociación de clínicas, colegios médicos, etc.), al tiempo que introducen la figura de los techos financieros como mecanismo para contener el crecimiento del costo o la utilización del copago como elemento que permita compartir el riesgo con el usuario.

El estrato de financiadores con alta masa crítica, como Construir Salud u OSECAC, tienen una riqueza, una complejidad y una diversidad mayor que el resto de los actores del sistema.

En efecto, Construir Salud tiene distintos métodos para diferentes grupos de profesionales. A los médicos de familia los contrata en forma directa a través de un contrato de locación de servicios pagándoles de acuerdo a una fórmula que está relacionada por un lado con la cantidad de horas que trabajan y por otro con la productividad de las consultas que realizan; mientras que los médicos que ellos denominan de demanda espontánea (panel de médicos de familia dedicados a brindar servicios de guardia en los propios centros de atención ambulatoria), cobran por hora; finalmente algunos especialistas

como oftalmólogos, dermatólogos, otorrinolaringólogos, etc., que trabajan en los centros de atención primaria, cobran honorarios directamente por acto médico. En el área metropolitana se encuentra el Sanatorio Franchín donde cubren la mayor parte de las internaciones, al tiempo que la complejidad más alta la contratan a efectores privados. Para el resto de los servicios se contratan por dos modalidades básicas, monto fijo o por prestación, no pudiendo capitar como consecuencia de lo inestable del padrón.

En el caso de OSECAC, el método de pago dentro del prestador propio varía de acuerdo al servicio. Por ejemplo, a los obstetras que hacen partos personalizados en Capital, se les paga teniendo en cuenta la cantidad total de partos realizados de manera que cada parto adicional cobra no sólo un valor más alto sobre ese parto sino por todos los anteriores; así se incentiva al médico para que efectivamente sea él quien realice los partos. Distinto es el caso de la astroscofía, procedimiento que tiene mucha demanda inducida, la cual tiene una modalidad de contratación diferente de manera que el valor pagado para una de cirugía de hernia tenga una reducción paulatina del honorario de acuerdo al volumen o la cantidad de cirugías realizadas. Además para mejorar la calidad desarrollaron equipos médicos propios que trabajan en sanatorios contratados, los cuales les prestan los servicios de diagnóstico, enfermería y hotelería. Finalmente y para mencionar sólo otra de las tantas estrategias desarrolladas por OSECAC, podemos señalar que para mejorar la productividad y la eficiencia en el área de diagnóstico realizan alianzas estratégicas con profesionales reconocidos donde estos últimos aportan la experiencia y el conocimiento y la obra social el capital.

8.2.7. Población alta / Ingresos altos

El último grupo está integrado por grandes jugadores de ingresos altos focalizadas en el segmento ABC1. Dentro de esta categoría se ubican los prepagos más importantes como así también las obras sociales de dirección y obras sociales que poseen convenios con los prepagos. Este grupo ofrece una amplia cartilla con los prestadores y profesionales de mayor renombre y relevancia.

OSDE contrata absolutamente todos sus servicios al sector privado utilizando como único mecanismo el sistema de pago por prestación.

Las empresas de medicina privada al igual que los hospitales de comunidad, poseen al menos un prestador propio (Swiss Medical y Galeno tienen cinco clínicas cada uno, OMINT y Medicus tres cada uno) y contratan el resto de los servicios por prestación, capitando sólo servicios específicos y puntuales.

Las obras sociales sindicales focalizadas en este segmento, contratan por prestaciones al sector privado o derivan un porcentaje de los aportes y contribuciones a empresas de medicina privada, tal es el caso de Comisarios Navales u OSPOCE, por citar sólo dos casos.

8.3. DESCRIPCIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS

A continuación, se presenta un esquema mostrando distintos financiadores a manera de ejemplo en cada uno de los nueve casilleros definidos, los cuales representan un segmento dentro del mercado de financiamiento de la Salud.

Figura N° 14. Modelos de Contratación de Financiadores.

Población cubierta	ALTA	>50.000	Personal Gastronómico - Pers rural y estibadores RA - Pers auxiliar casas particulares - ANDAR (Viajantes) - Personal de Maestranza - PAMI	UOM -OSECAC -OSPe - Bancarios - Construcción - ACORD/UPCN - OSPERYH - Pers. actividad del Turf - Obras Sociales Provinciales	OSDE - SMG - GALENO - OMINT - MEDICUS - ASE/MEDIFE - OSPOCE - Comisarios Navales - Prepagos de comunidad
	MEDIA	>5.000 y <50.000	Personal de panaderías - Pers. Industria textil - Pers. Industria maderera - Personal de farmacia	Ind. Lechera - Pers. de publicidad - Camioneros - Pers. Industria del calzado - Relojeros - Pers. De Televisión - Ceramistas	Luis Pasteur - Petroleros privados - Hominis - OSDOS - OSYPF - Pers. Sociedad de autores y afines - Capitanes de Ultramar
	BAJA	0-5.000	Actores - Boxeadores - Pers. Cementerios - Pers. ind. Azucarera	Pers. Jockey Club de Bs. As. Y los hipódromos de Palermo y San Isidro - Locutores - Arbitros de Fútbol - Tintoreros y sombrereros- Pers de Escribanías	Personal de Shell - Capsa - Aeronavegantes - CAMPASIC - Pilotos líneas áreas - Prepagos locales
			<\$195	>\$195 y <\$326	>\$326
			BAJA	MEDIA	ALTA
Ingreso per cápita percibido					

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y del sector salud.

En el esquema que se presenta a continuación se identifican los diferentes modelos de contratación y pago asociados a cada categoría de financiadores que comparten niveles similares de ingresos y cantidad de población cubierta. Al interior de cada grupo (submercado) es posible encontrar patrones claros que se diferencian unos de otro, con la excepción de algunos pocos financiadores.

Figura N° 15. Modelos de Contratación de Financiadores.

Población cubierta	ALTA	>50.000	Fuerte integración vertical / Cápita / por prestación (Red acotada)	Integración vertical / Contratación a privados por prestación / Cápitas	Integración en prestadores 5 estrellas y contratación por prestaciones
	MEDIA	>5.000 y <50.000	Cápita / Integración vertical (más en lo ambulatorio)	Cápita / Por prestación	Contratación a privados por prestaciones
	BAJA	0-5.000	Red acotada por prestación / Hospital público / Cápitas (existen gerenciadore que les prestan servicios)	Por prestación (Red más amplia que ingresos bajos) / Cápitas (existen gerenciadore que les prestan servicios)	Cápita / Por prestación
			<\$195	>\$195 y <\$326	>\$326
			BAJA	MEDIA	ALTA
Ingreso per cápita percibido					

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y del sector salud.

Como se puede apreciar en la figura N° 15, la integración vertical está reservada a aquellos financiadores con masa crítica, excepto algunos casos en los cuales la población se encuentra concentrada en una única localidad. Se han observado casos de integración de servicios ambulatorios cuando el número de beneficiarios es intermedio. Cabe destacar que las clínicas propias de los financiadores suelen diferir en cuanto al nivel de hotelería según el nivel de ingresos que percibe el financiador.

El sistema capitado se hace presente mayormente cuando la cantidad de beneficiarios supera a las 5.000 capitas y se combina con ingresos relativamente bajos. Este caso este método de contratación puede combinarse con la integración vertical para mantener los costos acotados. Por otro lado se ha verificado que financiadores pequeños pero de ingresos altos pueden llegar a lograr convenios capitados; siendo una elección que el financiador puede efectuar y en general lo hace con un prepago o un gerenciador reconocido.

El mecanismo de pago por prestación se observa cuando el número de beneficiarios es bajo, muy especialmente cuando el nivel de ingresos también lo es; en este caso el financiador no puede elegir y es más bien una imposición del mercado prestador. Por otro lado, el sistema de pago por prestación es elegido por los financiadores de mayor nivel de ingresos ya sea como sistema único (OSDE) o como complementario de la integración vertical (Swiss Medical, Galeno, OMINT, etc.).

CAPÍTULO 9

LOS COSTOS DE TRANSACCIÓN COMO RAZÓN PARA DEFINIR SI INTEGRAR O TERCERIZAR

9.1. INTRODUCCIÓN

La relación existente entre quienes financian las prestaciones y quienes las proveen es uno de los temas centrales de la administración de Salud. La decisión de comprar o hacer (*buy or make*) es un dilema que enfrentan todas las organizaciones. ¿Debe una empresa producir un *input* necesario para su proceso productivo o debe subcontratarlo en el mercado?

Algunos financiadores se integran verticalmente mientras que otros subcontratan todos los servicios bajo distintos mecanismos (cápita, prestaciones). Uno de los principales factores para tomar tal decisión es, según la teoría neoinstitucionalista, la existencia de los costos de transacción. Este último concepto se ha convertido en una pieza clave de la teoría económica moderna.

Los costos de producción están determinados por condiciones tecnológicas, mientras que los costos de transacción van unidos al modelo elegido para organizar la producción y el intercambio y dependen fundamentalmente del esquema institucional imperante. En el mercado son positivos por la existencia de fallas como la incertidumbre y el comportamiento oportunista. Si la realidad respondiera a un sistema walrasiano bajo los supuestos tradicionales o neoclásicos, la existencia de las firmas constituiría un verdadero misterio⁵⁷.

Todo el cuerpo teórico que estamos presentando en este apartado corresponde a las ideas surgidas del campo de la economía denominado Neoinstitucionalismo, doctrina que pone el énfasis en la estructura legal e institucional. Entre sus principales exponentes podemos mencionar a Ronald Coase, Oliver Williamson y David North.

⁵⁷ Figueras, Alberto José. *Ronald Coase, a cuarenta años de un artículo*. Revista Actualidad Económica Año XI N° 51, mayo-diciembre 2001.

9.2. LOS COSTOS DE TRANSACCIÓN

9.2.1. Empresas vs. mercado

El intercambio surgido de la división del trabajo y la especialización es la tarea que define a la actividad económica como tal. La institución económica que pone en contacto a los individuos con excedentes y a los poseen déficit es el mercado. Desde Adam Smith se acepta la visión del mercado como herramienta que coordina aceptablemente las actividades de sujetos autónomos que se movilizan por afanes egoístas. Sin embargo, Coase en su artículo de 1937 *La Naturaleza de la Firma*⁵⁸, se preguntó: “¿Por qué si el mercado coordina tan eficientemente las actividades aparecen “islas de poder concientes”⁵⁹ como las empresas?” El mismo Coase responde esta pregunta definiendo a la empresa en base al análisis del costo de utilizar el mecanismo de precio, costo que él denominó de transacción.

Siguiendo a Coase, cuando la asignación de recursos no se lleva a cabo a un costo nulo (idea neoclásica), es decir cuando los costos de transacción son mayores a cero, se plantea la posibilidad de sustituir al mercado por la empresa. Por lo tanto, *esta última emerge como organización jerárquica coordinada por un entrepreneur*⁶⁰ *cuando los costos de transacción entre las partes contratantes son elevados.*

La empresa surge por su capacidad para reducir los costos de transacción o costos de utilización de los mecanismos de precios, limitando la incertidumbre y las conductas oportunistas y supervisando el trabajo en equipo. De este modo es posible sustituir los intercambios que se realizan entre diferentes empresas por intercambios que se hacen en el interior de una misma organización. Por lo tanto, aparece frecuentemente la necesidad de optar por una de estas dos alternativas estratégicas: “¿Compramos este servicio que necesitamos o lo proveemos nosotros mismos?”.

Pero si el mercado origina costos de utilización y es sustituido por la empresa ventajosamente, ¿por qué éstas conocen límites en su dimensión? La respuesta de Coase es terminante: el crecimiento de una empresa acrecienta los costos de organización, de manera que el límite se encuentra cuando los costos marginales de organización y dirección empresarial superan a los que se originan a través del mercado.

⁵⁸ Coase, R.H. *La Naturaleza de la Firma* (1937). *Económica*, 4 pp 386-405, en Putterman, L, *La Naturaleza económica de la empresa*. Capítulo 7, pp 98-104, Madrid Ed. Alianza.

⁵⁹ Esta expresión corresponde a D. H. Robertson (1930), véase Coase R. (1937) Op. Cit., pag 90.

⁶⁰ Coase R. H. (1937), en su artículo *La Naturaleza de la firma*, hace referencia al entrepreneur para referirse a la persona o personas quienes dentro de las empresas toman el lugar del mecanismo de precios en el sistema competitivo.

De acuerdo con Silva y Gutman⁶¹, es posible que cuando los costos de organización, entendidos estos últimos como costos de establecer incentivos, de proveer flujos de información y de realizar el control y la evaluación de los resultados, sean menores que los de utilización del mercado, surja la posibilidad de integración hacia delante o hacia atrás para evitar la transacción externa.

9.2.2. Definición de los costos de transacción

Los costos se han definido como la medida, en términos monetarios, de los recursos sacrificados para conseguir un objeto o servicio determinado⁶². Por otro lado, el vocablo transacción se puede asimilar a intercambio o, como lo define Williamson⁶³ en su libro *Las Instituciones Económicas del Capitalismo*, a la transferencia de un bien o servicio a través de una interfase tecnológicamente separable.

En 1960, Coase⁶⁴ definió a los costos de transacción como la diferencia entre los costos imputados a la transformación del bien y aquellos que se generan en el momento de determinar el precio. Para este autor, son los costos de transferir “derechos de propiedad” o, más sutilmente, los costos de establecer y mantener los derechos de propiedad, los cuales nunca son perfectos ya que la libertad de disponer de una cosa es incompleta. En términos generales podemos mencionar que los institucionalistas definen a los costos de transacción como todos aquellos costos en los que se incurre para establecer y diseñar un contrato, como para vigilar su posterior cumplimiento en procura de la defensa o protección de los derechos de propiedad. Williamson en 1985 fue quien expuso con mayor claridad la idea de los costos de transacción al definirlos tanto en términos *ex ante* como *ex post*; los primeros son los costos de diseñar, redactar, negociar y salvaguardar un acuerdo; mientras que los segundos incluyen a los costos de corregir los desvíos, organizar y administrar las estructuras de gobernancia hacia donde se derivan las disputas (*Ver Figura N° 16*)⁶⁵.

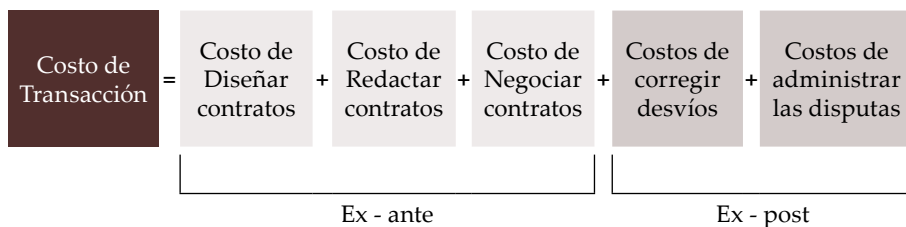
⁶¹ Silva, Alejandro y Gutman, Graciela. *Los Costos de Transacción Origen, Aplicación y Definición del Concepto* (2003). Escuela de Graduados-Facultad de Agronomía UBA.

⁶² Giménez, Carlos y colaboradores. *Costos para empresarios* (1995). Editorial Machi.

⁶³ Williamson, Oliver. *Las Instituciones económicas del capitalismo* (1989). FCE.

⁶⁴ Coase, Ronald. *El Problema del Costo Social* (1960). Journal of Law and Economics.

⁶⁵ Afanador, Benjamín V. y León, Nohra R. *El enfoque institucional en el desarrollo económico*. Universidad de la Salle Facultad de Economía. Proyecto de investigación *Los cambios en la racionalidad económica: Una evaluación de la ética y la moral en los patrones actuales de desarrollo*. Santa Fé de Bogotá, Agosto 2002. Disponible en <http://www.lasalle.edu.co/~economia/investigacion/Enfoque%20Institucional.pdf>

Figura N° 16. Composición de los Costos de Transacción.

Fuente: Elaboración propia en base a Williamson O.

9.2.3. El papel de la información

La problemática de la información en general y la asimétrica en particular es un tema central en el intercambio. Los problemas de información suelen producir lo que se conoce como relación de agencia. Un punto no menor es la distribución de la información entre el principal y el agente, si la misma se encuentra desigualmente distribuida, entonces surge una estructura de incentivos.

Desde el punto de vista de la teoría neoinstitucional se entiende por incentivo a todo aquello que motiva a los agentes a buscar oportunidades de ganancias u obtener algún tipo de beneficio. Esta imperfección requiere de mecanismos de compensación que se deben diseñar para disminuir la incertidumbre y crear un ambiente de confianza que estimule el intercambio.

Ayala Espino⁶⁶ ha definido dos requisitos que deben contener los incentivos en el momento de su diseño: el primero se relaciona con aquellos incentivos que el principal debe tener para monitorear los acuerdos con el agente, mientras que el segundo se vincula a los incentivos que tiene que tener el agente para que se recompense su esfuerzo.

9.2.4. El rol del contrato

Como se mencionó anteriormente los costos de transacción aparecen porque existen fallas de mercado como los problemas de información. Bajo esta característica de la realidad económica, los agentes se ven motivados a crear mecanismos que aminoren la incertidumbre y el riesgo al momento de realizar una transacción. Para ello es clave la introducción de una figura como es el contrato⁶⁷.

El contrato es el acto jurídico bilateral, de carácter patrimonial, que persigue crear, modificar, transferir o extinguir cualquier clase de derechos patrimoniales

⁶⁶ Ayala, Espino José. *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico* (2000). FCE.

⁶⁷ Afanador, Benjamín V. y León, Nohra R. Op. Cit.

sobre los que incida, sean estos personales, reales o intelectuales⁶⁸. El Código Civil argentino en el artículo 1137 hace referencia a los contratos cuando varias personas se ponen de acuerdo sobre una declaración de voluntad común destinada a reglar sus efectos⁶⁹.

El objetivo de los contratos es prever acontecimientos futuros que pueden afectar al objeto de la transacción. Los contratos pueden ser escritos o pueden ser el resultado de un acuerdo verbal. Se rigen por una estructura legal cuando son formales o por las costumbres sociales cuando son informales.

Los contratos son completos cuando tienen establecidos claramente todos los puntos y definen lo que deben hacer cada una de las partes ante cualquier suceso futuro que afecte al objeto del contrato⁷⁰. Sin embargo, la literatura económica enfatiza el concepto de los contratos incompletos. Esto es así básicamente por dos razones, primero porque las transacciones son complejas y segundo porque contienen una alta dosis de incertidumbre. Por otro lado, es posible que en la redacción aparezcan imprecisiones que pueden generar sombras o vacíos (aspectos sin regular) sobre los cuales una de las partes puede aprovecharse. En consecuencia, cualquier transacción implica un riesgo ya que la información que tenemos sobre el futuro no es perfecta.

9.3. LAS RAZONES ECONÓMICAS PARA ORGANIZAR LAS TRANSACCIONES

Oliver Williamson, a quien seguiremos en el presente apartado, señala que *“hay razones económicas racionales para organizar algunas transacciones de una manera y otras transacciones de otra manera”*. Luego se pregunta por esas razones y menciona que se deben explicar los factores responsables aludiendo a tres dimensiones principales como son la especificidad de activos, la incertidumbre y la frecuencia de las transacciones.

9.3.1. La primera dimensión: La especificidad de los activos

La especificidad de los activos se refiere a las transacciones apoyadas por inversiones en activos durables, específicos de ciertas transacciones, que experimentan efectos de “encerramiento” por cuya razón se verá sustituido el

⁶⁸ Vallespinos, Carlos G. y Pizarro, Ramón D. *Obligaciones - Instituciones de Derecho Privado* (2006). Tomo 1 pagina 164 - 2ª reimpresión. Editorial Hammurabi.

⁶⁹ Código Civil de la República Argentina - Libro Segundo - Sección Tercera - Título I De los contratos en general - Art.1137

⁷⁰ Martínez Coll, Juan Carlos. *Los Costos de Transacción: Manual básico de Economía EMVI.I*. Disponible en <http://www.eumed.net/coursecon/index.htm>

comercio autónomo por la propiedad unificada (integración vertical). La especificidad de los activos se divide en tres grupos, los totalmente específicos, los mixtos o semi-específicos y los no específicos.

Las inversiones específicas son riesgosas porque no pueden cambiarse de lugar sin sacrificar el valor productivo si los contratos se interrumpen. En este tipo de relaciones el conocimiento y la confianza entre los agentes es fundamental. Por el contrario, las inversiones de propósito general no presentan este tipo de dificultades de manera que *“las transacciones ocurren en mercados donde compradores y vendedores sin rostros [...] se reúnen por un instante para intercambiar bienes estandarizados a precios de equilibrio”*⁷¹.

La especificidad de los activos no está dada por lo específico que sea ese capital en sí mismo, sino en cuan estandarizado está ese capital en el mercado. En otras palabras la noción está vinculada con la especificidad relativa respecto al mercado en el cual la empresa está inserta.

Silver, quien ha sido citado en el trabajo de Vassallo y Báscolo⁷², nos acerca una perspectiva más dinámica. El proceso de integración vertical es una consecuencia de la innovación que una empresa introduce en el mercado. Esta organización para desarrollar el nuevo producto requiere incorporar un determinado insumo o tecnología, que es posible que no esté disponible en el mercado; en consecuencia, tiene como única opción integrarse verticalmente para desarrollarlo y por lo tanto poder utilizarlo⁷³.

9.3.2. La segunda dimensión: La incertidumbre

La incertidumbre es incorporada en el modelo porque las estructuras de gobernación difieren en sus capacidades para responder eficazmente a las perturbaciones, dada la racionalidad limitada. Williamson hace referencia a cambios imprevistos en las reglas, en la naturaleza y en las preferencias de los consumidores, como a la falta de comunicación, al engaño y/o distorsión de la información. También se distingue a la incertidumbre de tipo estratégico vinculado al comportamiento oportunista. Para esta corriente del pensamiento, la incertidumbre no presentaría problemas si las transacciones estarían libres de perturbaciones exógenas, de manera que no habría necesidad de adaptación y los esfuerzos que se hicieran para alterar los contratos serían anulados

⁷¹ Citado por Williamson O. (1989) Op. Cit., pag. 65

⁷² Vassallo C. y Báscolo E. *Una mirada económica institucional del proceso de cambio del sector salud en Argentina*. 1999. Disponible en <http://www.aes.org.ar/web/modules/mydownloads/singlefile.php?cid=2&lid=8>

⁷³ Para entender como opera la característica de la inversión en el proceso de integración vertical, el Dr. Maceira, nos acercó un ejemplo del mercado automotriz. En la década del '50, cuando comenzó a producir la industria, el mercado de insumos o autopartes no estaba desarrollado; por lo tanto fueron las automotrices directamente quienes integrándose verticalmente los desarrollaron.

por los tribunales o la acción de terceros.

La influencia de la incertidumbre sobre la organización económica es condicional; en otras palabras, un aumento de la incertidumbre importa poco para las transacciones no específicas dado que las relaciones comerciales se arreglan con facilidad y el intercambio de mercado continúa. Sin embargo, cuando las transacciones están apoyadas en inversiones idiosincrásicas, el incremento en el grado de incertidumbre hace más imperativo que las partes elaboren un sistema para “resolver las cosas” ya que las brechas contractuales serán mayores y las ocasiones de adaptaciones secuenciales aumentarán en número e importancia.

9.3.3. La tercera dimensión: La frecuencia de las transacciones

La frecuencia de las transacciones es la tercera dimensión reconocida para explicar las estructuras de gobernación. Este atributo se vincula con el volumen y el tamaño de las transacciones. El modelo reconoce dos tipos de frecuencias, la ocasional y la recurrente.

Esta dimensión adquiere importancia para el modelo cuando se la relaciona con los tipos de inversiones efectuadas. Siguiendo a Williamson, el costo de las estructuras de gobernación se recuperará con mayor facilidad en el caso de las transacciones grandes de tipo recurrente. En los mercados pequeños es posible que no se recuperen las inversiones hechas en técnicas de producción especializadas, cuyos costos podrían recuperarse en mercados grandes, de modo que en los mercados pequeños se observarán plantas, equipos y procedimientos de propósitos generales.

9.3.4. Modelo de organización de las transacciones

Para organizar las transacciones, Williamson elabora un modelo en el que intervienen la frecuencia de las transacciones y la especificidad de los activos, suponiendo que la incertidumbre está presente en grado suficiente para plantear un requerimiento de decisión adaptable y secuencial. Considera dos tipos de frecuencias, la ocasional y la recurrente y tres clases de especificidad de los activos, no específicos, mixtos e idiosincrásicos (muy específicos)⁷⁴. De la combinación de estos atributos resulta una matriz de tres por dos en la cual es posible describir seis tipos de transacciones diferentes, como se puede observar en la figura adjunta.

⁷⁴ El modelo además incluye los siguientes supuestos simplificadores: 1) Los proveedores y los compradores tratan de mantenerse en su actividad en forma continua. 2) Hay numerosos proveedores potenciales para cada requerimiento dado, es decir supone ausente el monopolio ex ante de la propiedad de los recursos especializados. 3) La dimensión de la frecuencia se refiere estrictamente a la actividad del comprador en el mercado. 4) La dimensión de la inversión se refiere a las características de las inversiones hechas por los proveedores. Para mayor información puede consultarse a Williamson O. (1989) Op. Cit.

Figura N° 17. Tipos de transacciones.*Gobernación de las Relaciones Contractuales.*

		TRANSACCIONES ILUSTRATIVAS		
		Características de la inversión		
		No específicas	Mixtas	Idiosincráticas
Frecuencia	Ocasional	Compra equipo convencional	Compra de equipos a medida	Construcción de una planta
	Recurrente	Compra de material convencional	Compra de material a medida	Transferencia de productos intermedios a sitios

Fuente: Williamson O. *Las instituciones económicas del capitalismo*. FCE (1989).

La combinación de frecuencia y características de la inversión, nos permite identificar tres tipos de contratos que, en términos de Macneil⁷⁵, se clasifican en contratación clásica, neoclásica o relacional. Estos tres tipos de contratación dan origen a la gobernación de mercado, a la gobernación trilateral, a la gobernación bilateral y a la gobernación unificada, como se muestra en la figura 18.

Figura N° 18. Tipos de relaciones contractuales.*Gobernación de las Relaciones Contractuales.*

		LA GOBERNACIÓN EFICIENTE		
		Características de la inversión		
		No específicas	Mixtas	Idiosincráticas
Frecuencia	Ocasional	Gobernación del mercado	Gobernación Trilateral	
	Recurrente		Gobernación Bilateral	Gobernación Unificada

Fuente: Williamson O. *Las instituciones económicas del capitalismo*. FCE (1989).

⁷⁵ Macneil I. R. *The many future of contracts*, en *Southern California Law Review* (1974) citado por Williamson O. (1989) Op. Cit

La gobernación de mercado es la principal estructura de gobernación para las transacciones no específicas de contratación ocasional y recurrente; al estar estandarizados los arreglos facilita las compras. En este sentido, Todd Lowry⁷⁶ asocia este tipo de transacciones al concepto legal de venta. En este caso la identidad de las partes es insignificante, siendo las alternativas del mercado las que protegen a cada parte contra el oportunismo del oponente.

La gobernación trilateral requiere de transacciones ocasionales de clase mixta o altamente específica. Una vez que se celebran los contratos, los mismos se deben vigilar hasta su terminación dado que se han efectuado inversiones especializadas cuyo costo de oportunidad es mucho menor en otros usos y la transferencia de activos a otro proveedor plantearía enormes dificultades de valuación. Ante la existencia de perturbaciones, en lugar de recurrir al litigio judicial se recurre al arbitraje de un tercero para la resolución de las disputas.

La gobernación bilateral se diseña cuando las transacciones son recurrentes y las inversiones son mixtas o idiosincrásicas, teniendo la transacción una naturaleza no estandarizada. Para este tipo de transacciones se distinguen las estructuras bilaterales donde cada una de las partes mantiene su autonomía, de las estructuras unificadas donde la transacción se saca del mercado y se organiza dentro de la empresa sujeta a una relación de autoridad (integración vertical).

La gobernación unificada aparece cuando los incentivos para el intercambio se debilitan, lo cual ocurre a medida que las transacciones se vuelven cada vez más específicas, es decir se vuelven menos transferibles para otros usos. En consecuencia, cuando se deben realizar adaptaciones estas se pueden llevar a cabo sin necesidad de consultar, completar o revisar los acuerdos realizados entre las empresas.

9.4. LOS COSTOS DE TRANSACCIÓN COMO RAZÓN PARA DEFINIR SI INTEGRAR O TERCIALIZAR

9.4.1. Introducción

Una pregunta central en el diseño del modelo de gestión de un sistema de Salud es ¿cuándo conviene asumir directamente la provisión de un servicio? y ¿cuándo es preferible contratarla en un mercado prestador? Las decisiones posibles involucran un amplio conjunto de alternativas que configuran un degradé entre estos dos extremos. Se ha afirmado que la decisión debe responder a cual es el tipo particular de costos que incorpora mayores riesgos a la institución⁷⁷.

⁷⁶ Citado por Williamson O. (1989) Op. Cit, pag. 82

⁷⁷ Tobar, Federico. *Cómo producir salud* (2008). Buenos Aires. Editorial Santillana.

En un extremo, se incorporan costos administrativos que pueden resultar muy rígidos por involucrar un importante componente fijo. En el otro extremo, se incurre en costos de transacción que pueden resultar difíciles de controlar cuando el financiador se queda cautivo de un proveedor (o red proveedora) que detenta poder para definir unilateralmente aumentos en sus precios.

Los sistemas de Salud de los países, no se plantearon en base a una discusión respecto a como tenían que estar organizados. Sin embargo, en las dos décadas pasadas asumió hegemonía la tesis de que había tanto un Estado como un mercado que fallaban. En Europa, el eje estuvo en la provisión pública y las reformas partieron desde el extremo de la integración vertical hacia la incorporación de diferentes dosis de mercado para hacer competir a las partes y así lograr un cierto equilibrio y mayor eficiencia. Por el contrario, en el modelo americano predominó un sistema de mercado que distinguía claramente las aseguradoras de los proveedores; este sistema se caracterizó por tener elementos de motivación positivos como la competencia o los controles cruzados, aunque con elevados costos de transacción. Esto último lo llevó a recorrer el camino inverso, es decir hacia mayores niveles de integración. Por ende, se fue confluyendo en lo que Williamson ha denominado los sistemas híbridos, los cuales están en el medio entre el norteamericano, donde existe una alta separación de funciones y el europeo donde predomina la integración. El sistema de Salud en la Argentina, por más que culturalmente tenga reminiscencias de la Europa bismarckiana, particularmente de Alemania y de Holanda, posee la lógica de funcionamiento del norteamericano.

El sector Salud organizado bajo el esquema de separación de funciones presenta costos de transacción. Por ello, los agentes se ven motivados a crear mecanismos que aminoren la incertidumbre y el riesgo a través de la introducción del contrato. Este último juega un rol protagónico en la relación entre financiadores y proveedores al establecerse los derechos y obligaciones de cada una de las partes. En primer lugar, es el resultado del acuerdo celebrado y en segundo término explicita los mecanismos utilizados para que el financiador ejerza el control sobre el prestador. Sin embargo, en el sector Salud predomina una situación de gran informalidad por la baja celebración de contratos. Cabe destacar que esta situación está cambiando como consecuencia del rol ejercido por la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.) que obliga a las obras sociales a presentar los contratos, lo cual implica que el organismo regulador deba anualmente controlar unos 10.000 contratos.

En los modelos capitados los costos de transacción aparecen como consecuencia de dos motivos claves. En primer lugar el gerenciador en su afán por maximizar la rentabilidad, ajustan por cantidad (subprestación), fenómeno que obliga al financiador a controlar para evitar que se afecte la calidad. Por otro lado, en los sistemas capitados los costos de transacción necesariamente

son superiores si lo comparamos con el modelo por prestación, dado que la relación entre financiadores y prestadores aparece un actor más, de manera que deben evaluarse teniendo en cuenta al conjunto de la cadena de contratación y no sólo al vínculo financiador-gerenciador. Sin embargo, estos costos adicionales deben compararse con el menor costo prestacional que puede obtener un financiador por estar vinculado a una red que administra prestaciones. Se puede estimar en base a datos del sector que el costo prestacional por beneficiario es un 12/15% menor en un sistema capitado respecto a uno por prestación (para planes con coberturas similares).

En el sistema de pago por prestación los costos de utilización del mercado aparecen cuando se negocian los contratos con el conjunto de prestadores que integran la red. En épocas inflacionarias los costos de transacción tienden a aumentar por los constantes pedidos de aumentos de valores por parte de los prestadores. A su vez, es mayor cuando los convenios se deben efectuar con prestadores individuales y no con cámaras o entidades agremiadas que, aunque más arduas, las negociaciones se concentran en una única entidad.

El sistema por prestación exige montar una infraestructura tanto edilicia como de sistemas y RRHH con médicos auditores, personal administrativo y un área especializada en liquidaciones de prestaciones; todo lo cual es parte de los costos de transacción, focalizados en el control de la sobreprestación.

Los costos de transacción juegan un rol relevante, aunque no principal para explicar porque los financiadores optan por integrarse o tercerizar. Para avanzar en esta temática se analizará la influencia de las tres dimensiones principales definidas por Williamson: la incertidumbre, la frecuencia de las transacciones y la especificidad de activos.

9.4.2. La incertidumbre

Como se mencionó, la incertidumbre o falta de información es una de las fallas capitales que presenta el mercado de la Salud.

La incertidumbre se puede vincular con la dificultad que tiene la actividad de ser normatizada lo suficientemente bien como para poder tercerizar teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la relación proveedor-cliente. En principio el producto no es estándar, el cuerpo humano no responde de la misma manera en todas las circunstancias, es decir no es posible conocer de antemano como reaccionará un paciente ante determinado tratamiento, si lo hará de acuerdo a lo que indica el manual o su recuperación implicará costos adicionales. Si a este aspecto le sumamos la asimetría en la información, esto es el médico conoce a su paciente y puede inducir demanda que finalmente abona el financiador por el sistema de acto médico, configura un cóctel que al momento de tercerizar implica mayores costos transaccionales

(autorizaciones, auditorías en terreno, control de la facturación, etc.).

Desde otra perspectiva, un elemento que incrementa la incertidumbre y por lo tanto los costos de transacción, es la escasa institucionalidad que rodea al sistema de Salud, ya sea por ausencia de contratos o por ser acuerdos muy laxos. En el sector existe una gran informalidad contractual predominando una situación dominada por lo anticontractual porque en algunos casos no se firman contratos, sino que se establecen arreglos de palabra, lo cual demuestra la baja institucionalidad que posee el sistema.

Por otro lado, la incertidumbre sobre el futuro de la economía en general y del crecimiento del nivel de precios en particular, induce a los financiadores y a los prestadores a un proceso casi permanente negociación de valores, lo cual influye sobre los costos administrativos de las organizaciones, costos que sin dudas se vinculan con el uso del mercado.

9.4.3. Frecuencia de las transacciones

La frecuencia de las transacciones hace alusión, como su nombre lo indica, a la repetición de una transacción en el tiempo. En el caso del mercado de la Salud tendremos transacciones como las consultas que se realizan con mayor frecuencia respecto a otras como las tomografías computadas que son más esporádicas. La importancia de la frecuencia de las transacciones radica en que si un financiador decide armar una estructura de calidad le conviene desarrollar internamente aquellas transacciones más frecuentes (consulta) y contratar a un tercero aquellos servicios menos frecuentes (tomografías). En general los grandes financiadores tienden a integrar aquellas prestaciones que mayor porcentaje participa dentro de la estructura de gasto, esto es la parte ambulatoria o las internaciones de baja complejidad.

Actualmente los servicios de alta complejidad como trasplante u operaciones cardiovasculares se tienden a subcontratar porque además de requerir una alta inversión en aparatología y en horas de capacitación, para un financiador que tiene una baja probabilidad de tener que afrontar este tipo de cirugías (frecuencia sumamente ocasional) le convendría contratarla en el mercado, aprovechándose de la experiencia del establecimiento que más casos concentra para tratar este tipo de patologías poco frecuentes.

9.4.4. Las especificidades de los activos

De los tres atributos mencionados por Williamson para estudiar los costos de transacción, el que mayor fuerza tiene para explicar como organizar las transacciones, esto es si se integra o se subcontrata, es la especificidad de los activos.

La especificidad de activos se relaciona con el grado de estandarización de ese capital en el mercado. Los casos de Construir Salud, OSECAC y Swiss

Medical son claramente ilustrativos. Tanto Construir Salud como OSECAC, cuando definieron la estrategia de atención primaria de la Salud, se encontraron con que en el mercado no existían médicos de familia para la atención del primer nivel de atención, por lo cual estos médicos pueden considerarse un activo específico que deben integrarse. Construir Salud tiene un programa de residencia para formar los médicos que necesitan. Por otro lado, OSECAC también ha desarrollado centros de atención primaria con formación médica incorporada, con ateneos pagos a los médicos y con monitoreo de calidad.

Los servicios brindados por los médicos de familia son integrados porque son más específicas en el mercado argentino que, por ejemplo, las prácticas diagnóstica de alta complejidad (TAC y RNM) que se pueden conseguir en el mercado a precios y calidades razonables. Como se explicó en el párrafo anterior, los médicos de familia son una innovación para el mercado de Salud argentino y como no existían, al menos en forma masiva, debieron ser desarrollados internamente por los mismos financiadores que querían implementarlos.

En el caso de Swiss Medical, la especificidad por la cual llevan a cabo la estrategia de integración vertical viene dada por la necesidad de asegurarse cobertura ("camas") con un elevado nivel de hotelería, confort e innovación tecnológica. Como este tipo de emprendimientos no se encuentran desarrollados en el mercado, esta empresa de medicina prepaga construye sus propios sanatorios.

Desde otra perspectiva, las obras sociales grandes y de ingresos bajos pueden considerarse específicas, al no existir un sistema prestador que pueda brindarle buenos servicios, en forma masiva y a bajos costos. En este sentido se puede encuadrar a Construir Salud cuyo padrón es además riesgoso, golondrina e inestable (más del 50% ingresa a la obra social por un período de aproximadamente seis meses). Por lo tanto el sistema de acto médico implicaría erogaciones casi infinitas y el mecanismo capitado es prácticamente inviable porque el padrón no se puede utilizar como instrumento de contrato. Por ende, lo que necesita este financiador es un mecanismo adecuado de contratación para su organización; los cuales no existen en el mercado y por ende los deben desarrollar internamente.

CAPÍTULO 10

LAS “OTRAS” RAZONES DE LA ELECCIÓN DEL MODELO

10.1. INTRODUCCIÓN

Hemos titulado esta sección “las otras razones” de la elección del modelo de contratación y pago por parte de los financiadores porque no podemos afirmar, de acuerdo a lo recabado en la investigación realizada, que exista una única razón, ni que esta sea los costos de transacción, tal como vimos anteriormente y sugiere la teoría Neo-institucional. Por el contrario, existen una multiplicidad de factores de los cuales los costos de transacción sólo lo explican parcialmente. En pocas palabras, un financiador puede diseñar su modelo de contratación teniendo en cuenta más de una motivación.

Por un lado, las relaciones entre los financiadores y los prestadores de Salud están condicionadas tanto por la oferta como por la demanda, la cual definen las conductas de los proveedores, pagadores y pacientes. Entre los primeros podemos mencionar a la infraestructura, la tecnología, la información disponible, el acceso geográfico, el marco legal y las condiciones de salubridad. Por el lado de la demanda se incluye a los patrones epidemiológicos y de consumo de servicios de Salud, a la habilidad y a la capacidad de pago de los financiadores.

Por otro lado, en el sistema de Salud argentino existen algunos financiadores que pueden elegir el modelo de contratación mientras que otros simplemente tienen que aceptar las condiciones que el mercado les impone.

Otra diferencia no menor está vinculada a la capacidad que tienen las empresas de medicina prepaga de elegir el mercado en el cual operar, situación que las obras sociales no pueden efectuar. En consecuencia, las obras sociales tienen que prestar servicios aún en lugares donde, llevando el razonamiento al extremo, tienen un único afiliado, elemento que condiciona la elección del modelo de contratación.

A lo largo de la historia, las relaciones contractuales entre financiadores y prestadores han ido variando, predominando según las épocas distintas tendencias. Los financiadores contrataban por prestación en los primeros tiempos de la seguridad social, luego algunos decidieron integrarse y en la década del noventa ganó adeptos el sistema capitado. Actualmente, parecería que la integración vertical vuelve a ser un mecanismo revalorizado, particularmente para los grandes financiadores concentrados en zonas urbanas y focalizadas en el primer y segundo nivel de atención.

La complejidad del mercado de Salud de nuestro país lleva a que los modelos de contratación y pago elegidos por los financiadores respondan, en primer lugar, a las características de la población beneficiaria a la cual le brindan servicios. Estas características para el presente trabajo las describimos, tal como se analizó en el capítulo 8, en función de dos atributos:

- Cantidad de beneficiarios
- Nivel de ingresos.

En segundo término, las razones para la definición del modelo están sustentadas en la adopción de decisiones estratégicas de las propias organizaciones a los efectos de cumplir con las políticas trazadas por la alta dirección. Identificamos tres factores claves:

- La maximización de la calidad
- La minimización de costos
- La mejora en la imagen de marca

Por otro lado, la conformación del mercado prestador es un elemento clave que define las posibilidades que tienen los financiadores de decidir un modelo de contratación; no es lo mismo un mercado prestador monopólico que uno altamente competitivo.

En consecuencia, procederemos a agrupar las “otras” razones que llevan a los financiadores a elegir un modelo de contratación, en tres grupos diferentes, tal como se muestra en la Figura N° 19.

Figura N° 19. Las Otras Razones para definir los modelos de contratación.



Fuente: Elaboración propia en base a información recabada de las entrevistas.

10.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS FINANCIADORES

El mercado de Salud se caracteriza por la atomización, la fragmentación y la convivencia de distintos tipos de organizaciones. En el sistema de seguridad social cada sindicato es gerenciador y administrador del seguro, esquema que reproduce, aún luego de la desregulación, la capacidad de compra promedio de la rama de actividad. En este marco conviven unos 800 financiadores con características muy diferentes.

Los financiadores se diferencian por la población a la cual le prestan servicios focalizándose las prepagas en el segmento ABC1, mientras que las obras sociales son un universo heterogéneo compuesto por una diversidad de entidades donde es posible distinguirlas a partir de los diferentes niveles de ingresos y volumen de afiliados a los cuales les brindan cobertura. En efecto, como se ha mencionado en el capítulo destinado a describir el sector, el 42% de la población total se concentra en las diez primeras obras sociales, mientras que, paradójicamente, casi la mitad de las obras sociales poseen menos de 10.000 beneficiarios.

Hemos identificamos como razones claves para elegir el modelo de contratación y pago al número de beneficiarios y el nivel de ingreso de los afiliados a los cuales les prestan servicios. A continuación se describirán ambos.

10.2.1. El número de beneficiarios

La cantidad de personas inscriptas en el padrón es un elemento que facilita o que restringe la adopción de diferentes modelos de contratación. Una escala de beneficiarios importantes posibilita la integración vertical, mientras que la ausencia de masa crítica obliga a contratar a un tercero.

Para aquellas obras sociales que poseen un volumen importante de afiliados pero no lo suficientemente alto como para integrar, el modelo capitado parecería ser, teniendo en cuenta sólo esta característica de la organización, la razón que lleva a adoptar este mecanismo, fundamentalmente por el poder de negociación que el número de beneficiarios le confiere.

Para aquellas obras sociales pequeñas, el número de afiliados como razón para definir el sistema de contratación se encuentra dividido entre quienes pueden acceder a un sistema capitado, especialmente cuando poseen ingresos altos y quienes tienen como única opción el mecanismo de pago por prestación. Se ha señalado que para un financiador con escasa cantidad de afiliados, el sistema capitado es más adecuado por la dificultad de disponer de infraestructura, sistemas y RRHH propios. Sin embargo, el punto central es que no todos los gerenciadores los suelen aceptar dentro de su cartera.

Del análisis de las entrevistas también surgieron otros temas que tienen relación entre el tamaño y las características del padrón y los modelos de

contratación. En primer lugar, OSECAC, la obra social con mayor número de cápitas del país, puede implementar lo que Leberztein ha denominado “la concentración” para garantizarle a los profesionales de renombre un ingreso alto cuando los honorarios abonados suelen ser menores a los que pagan las empresas de medicina prepaga. En segundo término, el Doctor Julio Siede de Construir Salud señaló que, si bien la organización a la cual pertenece tiene un padrón importante, el mismo es muy volátil porque sufre mucho en tiempos de crisis y además *“todo el tiempo están entrando y saliendo afiliados”*, dada la dinámica de la actividad a la cual le prestan servicios, por ende les resulta difícil y complejo adoptar el mecanismo de contratación capitado.

Finalmente debemos mencionar que aquellos financiadores de tamaño muy reducido tienen comprometida su capacidad operativa y hasta pueden resultar inviables, particularmente cuando contratan por prestaciones. Esto es así por el escaso poder de negociación que poseen, a lo que se le debe sumar el elevado riesgo prestacional que implica el alto costo, cuando se cubre a un grupo reducido de pacientes. Por el contrario, un gran padrón de afiliados produce un alto poder de negociación lo que permite fijar condiciones y obtener valores prestacionales más bajos.

10.2.2. El nivel de ingresos

Al armar las tipologías tomamos como uno de los dos atributos fundamentales el nivel de ingresos de los asociados, siendo este un factor clave que permite desarrollar diferentes mecanismos de contratación. (Ver tipologías)

En primer lugar, una población de ingresos altos es más exigente en términos de calidad prestacional, hotelería y servicios VIP, fundamentalmente porque al pagar un valor superior quiere recibir a cambio un valor agregado; situación muy diferente de los afiliados de ingresos bajos que desean satisfacer sus necesidades básicas de salud siendo menos relevante dónde, quién y qué servicios extras les son brindados.

Los grandes prepagos focalizados en el segmento ABC1 tienen al menos un prestador propio (excepto OSDE). Estas clínicas se diferencian por el mayor nivel tecnológico y de confort en hotelería en relación a los sanatorios de propiedad de las obras sociales de menores ingresos. La calidad profesional del cuerpo médico, si bien suele ser un elemento diferencial, no es clave dado que los financiadores, sean públicos o privados, suelen compartir a los profesionales.

Las prestaciones que no son integradas se contratan por acto médico cuando el ingreso es alto, porque asegura una mayor calidad de atención, mientras que cuando el ingreso es bajo, se desarrollan un conjunto de mecanismos que buscan reducir los costos prestacionales como la contratación por cápita, monto fijos o el desarrollado diferentes mecanismos según el servicio.

Por otro lado, ingresos altos combinados con un padrón de beneficiarios escaso, favorecen la contratación por cápita con financiadores que brindan coberturas acordes a los valores abonados; si estos son altos, los servicios brindados tienden a ser de buena calidad (Ejemplo, obras sociales que capitán con un prepago).

Otro punto relevante se vincula con la accesibilidad, mientras que las organizaciones que perciben un ingresos alto favorecen la libertad de elección con escasas barreras al acceso; los financiadores que poseen una baja recaudación *per cápita* tienen que adoptar medidas como una cartilla reducida, el médico de familia, el pago de coseguros, las listas de espera y la emisión de bonos de autorización como mecanismo de control del gasto prestacional, lo cual está asociado a un menor nivel de calidad.

Finalmente, la alta recaudación producto del crecimiento procíclico de la masa salarial y del empleo ha llevado a algunos financiadores a invertir en clínicas y sanatorios propios, incrementando la participación de la integración vertical como modelo prestacional.

10.3. ESTRATEGIA O POLÍTICA EMPRESARIALES

La estrategia o política organizacional desarrollada por los financiadores de Salud es, según el relevamiento efectuado, una de las razones más importantes por las cuales los financiadores eligen el modelo de contratación y pago.

Hemos dividido esta razón en tres, la maximización de la calidad, la minimización de los costos prestacionales y la mejora en la imagen de marca del financiador.

10.3.1. La maximización de la calidad

De acuerdo a la investigación realizada, otra de las razones fundamentales para definir el modelo de contratación es la calidad. Este atributo se ha vinculado con los recursos humanos y el equipamiento médico. También es sinónimo de cobertura, de tener los servicios en el momento necesario, de una amplia red de atención, de equipamiento de última generación y de disponer de un cuerpo médico de excelencia dedicado a la investigación y con alto reconocimiento académico. Asimismo se la asociado a la calidad percibida, definida esta última básicamente por la hotelería, lo cual le agrega valor a través de los detalles de diseño y confort que los usuarios conocen como instalaciones amigables, comodidades en el mobiliario, etc.

Los financiadores buscan diferenciarse en el mercado a partir de la maximización de la calidad de manera que diseñan mecanismos de contratación en función de este factor. En algunos casos porque requieren mantener el liderazgo en el mercado y en otros casos porque se encuentran amenazados por la fugas de afiliados hacia otras obras sociales.

A la hora de vincular la calidad al modelo de contratación no hubo acuerdo. Para algunas de las personas consultadas, la integración vertical es el modelo que permite garantizar la calidad porque es el mismo financiador quien las define y se asegura ciertas políticas médicas consistentes y congruentes, las cuales atraviesan todos los niveles de la organización. Por otro lado, se ha afirmado que el sistema por acto médico es el que más favorece la calidad porque permite la elección del prestador y evita la subprestación. También se señaló que es muy difícil generalizar y que es mejor diferenciar por niveles de atención e incluso por servicios.

El sistema capitado, dada su tendencia a la subprestación ha sido calificado como menos preferible para asegurar calidad. Sin embargo, si el gerenciador es reconocido (prepaga líder o prestador de renombre), puede atenuar los efectos adversos que pesan sobre este sistema de contratación.

10.3.2. La minimización del costo

La integración vertical permite reducir costos prestacionales como así también costos de transacción. Esta estrategia es particularmente viable para aquellas organizaciones que perciben ingresos per cápita bajos porque contratar a terceros, a los valores de mercado, se puede tornar imposible, particularmente en momentos donde escasean las camas. Además estos financiadores pueden implementar un modelo de atención basado en la atención del médico de familia como política de reducción de costos.

Otra razón para integrar se vincula con la necesidad que tiene un financiador de disponer de un prestador propio que le permite mejorar el poder de negociación frente a terceros al no estar cautivo de estos últimos, lo que reduce los costos prestacionales.

El modelo capitado da certeza de pago porque desde el momento que se firman los contratos se conoce si se pueden pagar las prestaciones. Por el contrario el sistema por prestación, que hemos aludido metafóricamente como que implica la entrega de un cheque en blanco al prestador, produce grandes ciclos de gastos, de manera que es necesario contar con ahorros para financiar ese mayor gasto producido fundamentalmente en los períodos invernales.

Otro factor que influye en el costo es la posibilidad de transferir el riesgo desde el financiador hacia el prestador. Cuando al riesgo lo asume el financiador se debe invertir recursos para de evitar la sobreprestación, fenómeno que produce un mayor costo prestacional y su control un mayor costo administrativo. El sistema capitado, que transfiere el riesgo desde el financiador hacia el gerenciador, reduce los costos para el primero.

10.3.3. La mejora en la imagen de marca

Para el submercado de las empresas de medicina prepaga otro factor clave para decidir si integrar o tercerizar es la asociación de la marca del prestador propio a la marca del financiador. Una de las empresas de medicina prepaga líderes del mercado en su publicidad señalaba, “*¿Vos te asociarías a algo que no viste?*”. En consecuencia, una razón para integrar es la necesidad de tangibilizar el servicio de financiamiento de Salud en activos concretos, como puede ser una clínica o un sanatorio, lo cual demuestra que la cobertura de Salud es algo mucho más que virtual.

El caso de OSDE, uno de los pocos grandes jugadores que no integra, está posicionado en la mente de los usuarios con una excelente imagen de marca aunque no tenga un sanatorio propio. Esto es así porque tiene desarrollada una red con los prestadores más importantes, incluso con los de propiedad de los prepagos con los cuales compite. Por lo tanto, la política de OSDE para fortalecer la marca es darle al afiliado la garantía del cumplimiento de un excelente servicio, al tiempo que confiere la máxima libertad de elección.

Un sistema por acto médico permite, respecto al sistema capitado, impulsar los atributos de marca del financiador para asegurar la supervivencia en el largo plazo. Estos atributos difícilmente se puedan tercerizar, e incluso en un sistema capitado el gerenciador es quien le imprime su propio sello.

Las obras sociales, particularmente desde la apertura del régimen de opción, han comenzado a prestar atención al tema de la marca. Tal es el caso de Unión Personal (UP) que cuando se le estaba produciendo el descreme modificó su estrategia creando una marca de primer nivel, como es ACCORD con una red mejorada de atención con el Sanatorio Anchorena, el Instituto Quirúrgico del Callao y el Centro ACCORD como prestadores emblemáticos, dejando que su antigua marca (UP) brinde la cobertura básica definida por el PMO. Esta estrategia combina no sólo la asociación de la marca del prestador a la de financiador sino que segmenta los mercados a los cuales les brinda servicios.

OSPe, sin integrarse, ha tenido una política que en muchos casos compite con los servicios de la medicina prepaga. Para ello ha celebrado convenios con gerenciadores de primer nivel y ha armado importantes redes por prestación contratando a las Asociaciones y Colegios profesionales. Además ha fortalecido su marca como estrategia de diferenciación que incluye una significativa inversión en infraestructura edilicia (30 delegaciones para la atención personalizada de sus afiliados), lo que garantiza una excelente relación precio-calidad.

10.4. LA CONFORMACIÓN DEL MERCADO PRESTADOR

Las personas consultadas acordaron que un factor muy importante es la estructura de mercado prestador. Cuando este es monopolístico tiende a imponer condiciones de contratación, mientras que si es competitivo permite a los financiadores ser quienes definan las reglas. La masa crítica del financiador puede llegar a compensar el poder de negociación del prestador.

En el área metropolitana si bien existe una importante oferta prestacional que permite a los financiadores elegir una gran cantidad de clínicas y redes prescasionales diferentes, se verifica que la demanda ha superado a la oferta y en consecuencia, se observa una fuerte escasez de camas. Por lo tanto, el poder de negociación ha pasado del financiador al prestador. Esta visión está llevando a algunos financiadores a modificar sus mecanismos de contratación incorporando servicios propios, particularmente para el segundo nivel. En consecuencia, la integración es una razón para evitar tener que competir con otros financiadores que pueden abonar valores superiores en la contratación de prestadores y de este modo mantener los costos dentro de los niveles que se pueden afrontar.

Las particularidades del mercado prestador caracterizados por el control de la matrícula profesional por parte de los colegios médicos, sumado a la superespecialización del universo profesional, impone en algunos lugares del país su propia lógica a los mecanismos de pago.

En muchos lugares del país la función de gerenciación la asumieron directamente organizaciones compuestas por las entidades gremiales de profesionales y de establecimientos. Estas organizaciones asumieron la responsabilidad de disciplinar y ajustar la oferta y se convirtieron en referentes ineludibles para los financiadores quienes debieron contratarlos mediante el sistema capitado. Su caída obligó a muchos financiadores a modificar los mecanismos de contratación pasando de la cápita al sistema por prestación.

CAPÍTULO 11

CONSIDERACIONES FINALES

Las características del mercado de Salud implican que los mecanismos de contratación no estén disponibles en las mismas condiciones para todos los financiadores. En este marco, podemos dividir a los financiadores en dos grandes grupos. Por un lado se encuentran quienes tienen capacidad para establecer una elección en forma autónoma de sus esquemas de pagos. El segundo grupo comprende a financiadores que, dada sus características organizacionales, no pueden elegir el modelo de contratación.

Los financiadores con niveles de ingresos y cantidad de afiliados similares poseen mecanismos de contratación comunes, lo cual conforma lo que hemos denominado grupos homogéneos. Los grandes financiadores tienden a integrarse verticalmente y a capitar, esto último es especialmente utilizado cuando el ingreso percibido suele ser relativamente bajo.

El sistema de pago por prestación está reservado para quienes buscan garantizar una calidad de prestación mayor, ya sea como único sistema de contratación o complementario de los servicios que brindan sus propios prestadores. También suelen celebrar convenios por prestación los financiadores más pequeños, especialmente cuando el ingreso es bajo. A diferencia del grupo anterior, en este caso no es una elección autónoma sino más bien una imposición del mercado prestador. Sin embargo, en el mercado existen algunos gerenciadorez focalizados en este tipo de financiadores.

A lo largo de la investigación no ha sido posible determinar en forma clara y precisa *“una razón fundamental”* por la cual los financiadores definen su modelo de contratación y pago, sino que estas se vinculan a múltiples factores como las características de las organizaciones, las estrategias empresariales y la conformación del mercado prestador.

La corriente de pensamiento que plantea que los costos de transacción es la razón fundamental para decidir si integrar o tercerizar responde sólo parcialmente en el sector de Salud. Sin embargo, desde el punto de vista teórico las tres dimensiones definidas por Williamson arrojan algo de luz.

La especificidad de los activos podría ser una fuente de explicación del por qué las grandes obras sociales de ingresos medios o bajos y las empresas de medicina privada de mayor tamaño y capacidad financiera, han llevado a cabo su estrategia de integración. En el primer caso la especificidad del activo viene dado por la inexistencia, como especialidad, de los médicos de familia;

situación que obligó al financiador a desarrollarlos internamente dado que no se los podía contratar en el mercado. Los grandes prepagos tienen una política de integración a partir de la construcción de clínicas con características únicas en términos de confort y liderazgo tecnológico. En ambos casos la integración es vista como el desarrollo de un proceso innovativo que debe ser implementado por el propio financiador porque no existen en el mercado.

Además de considerarse específica, la consulta brindada por un médico de familia es más frecuente respecto a otras prestaciones, lo cual justifica su integración uniendo la dimensión anterior a la de frecuencia de la transacción. Por ello se tiende a integrar más el primero y el segundo nivel de atención respecto del tercero, donde los servicios son claramente ocasionales.

La incertidumbre incrementa los costos de transacción porque los acuerdos contractuales son incompletos e informales. Esto es así no sólo porque la información sobre el futuro es imperfecta, sino también porque predomina una baja institucionalidad que obliga a periódicas negociaciones, particularmente de los aspectos difusos o ambiguos de los convenios.

La opción integración/subcontratación depende fundamentalmente del número de afiliados que componen el padrón de beneficiarios. Cuando la masa crítica alcanza niveles importantes permite la integración, cuando el padrón es escaso la alternativa es la tercerización.

Un segundo elemento a tener en cuenta es la conformación del mercado prestador. Cuando es competitivo el poder de negociación se inclina hacia los financiadores y cuando es monopólico las condiciones las determina el prestador. En este caso, la escala de beneficiarios, el nivel de ingresos, la disponibilidad de una clínica propia y la posibilidad de ser parte de una red, pueden compensar parcialmente el poder del prestador monopólico.

El nivel de ingresos que perciben los financiadores explica las diferencias en los tipos de establecimientos en los cuales se brindan los servicios propios. En efecto, cuando el ingreso es alto, la integración se produce en clínicas con características, en términos de confort (hotelería) y desarrollo tecnológicos, superiores a la de los financiadores que perciben ingresos bajos. Para los financiadores de ingresos altos, la integración no sólo es un modo de tangibilizar el servicio a partir de la asociación de su imagen de marca a la del establecimiento, sino también la posibilidad de brindar un valor agregado en un marco de costos controlados. Los financiadores de ingresos bajos se integran verticalmente para asegurar prestaciones a un costo mínimo e implementar una política de calidad médica consistente con sus objetivos sanitarios.

También el nivel de ingresos explica las diferentes estrategias de contratación cuando se opta por tercerizar. Los financiadores de ingresos altos pueden

abonar por prestaciones porque les garantiza una mayor calidad. Sin embargo, aquellos financiadores que carecen de masa crítica pero perciben ingresos elevados, buscan capitar con un gerenciador de excelencia, ya sea para aprovecharse de la excelente imagen de marca de un gerenciador con prestadores propios de referencia o de una empresa de medicina privada.

Los financiadores de ingresos bajos, pero con una importante cantidad de beneficiarios, subcontratan por cápita una gran parte de los servicios, incluso como complemento de los ofrecidos en sus propios prestadores. Esta estrategia le permite adecuar sus costos a su capacidad financiera.

Las obras sociales de ingresos bajos y escaso número de afiliados, se encuentran comprometidas porque al no poder elegir el modelo de contratación deben someterse a las fuerzas del mercado, debiendo generalmente utilizar un modelo de pago por prestación asumiendo ellos mismos sus propios riesgos (los cuales son elevados, al tiempo que disponen de menores recursos para afrontarlos). Para estos financiadores es clave el apoyo financiero de la Administración de Programas Especiales, el control del gasto y la posibilidad de compartir los costos administrativos con el sindicato. Otra posibilidad, no muy utilizada, es el convenio de colaboración con una obra social de mayor envergadura.

En términos generales, el nivel de ingreso permite definir el tipo de estrategia competitiva que el financiador puede implementar. Los financiadores de ingresos altos focalizados en el segmento ABC1 buscan lograr una ventaja competitiva a partir de la diferenciación del servicio. Si bien las prestaciones cubiertas por los agentes del seguro tienden a ser homogéneas como consecuencia de la vigencia del PMO, algunos financiadores ofrecen planes diferenciales con cobertura superadora del PMO como cirugía estética, cirugía refractiva y cobertura en el exterior. Además establecen mínimos requisitos para la accesibilidad y brindan libertad de elección a través de una amplia red de profesionales y sanatorios, incluyendo a las denominadas clínicas “cinco estrellas” en cuanto a hotelería, tecnología y recursos humanos.

Los financiadores de bajos recursos se focalizan en el liderazgo en costos conservando un adecuado nivel de calidad (en Salud no existe otra alternativa porque se trata de la vida humana). Para este grupo de financiadores se observaron diversas estrategias como la prestación propia (cuando la escala de beneficiarios lo permite), la incorporación del médico de familia como medida para la contención del costo, una red de prestadores acotada y la realización de trámites burocráticos para acceder al servicio (coseguros, bonos, autorizaciones, etc.). En este sentido se equilibran estímulos y desestímulos para evitar la sobreprestación, la demanda inducida y el crecimiento del gasto no asociado a la calidad médica.

El caso de OSDE, que posee masa crítica suficiente como para integrar y nivel

de ingresos como para hacerlo en una clínica cinco estrellas, por una decisión de política empresarial subcontrata todos sus servicios bajo el sistema de pago por prestación. En este caso el objetivo es maximizar la calidad como estrategia competitiva basada en la diferenciación de producto. Esta diferenciación proviene no sólo del diseño del servicio sino también de la posibilidad de elección por parte del afiliado de los profesionales y establecimientos, aún cuando estos sean de propiedad de su competencia.

A lo largo de la historia, las relaciones contractuales entre financiadores y prestadores han ido variando. En la década del setenta y ochenta el modelo predominante era la contratación por acto médico a las principales corporaciones. En los noventa se giró hacia el sistema capitado con eje en un nuevo actor como son los gerenciadorees. En los últimos años los financiadores han tendido hacia mayores niveles de integración vertical, especialmente en la ciudad de Buenos Aires.

Si bien se observa en el sector una tendencia a la integración vertical, no existe un financiador que tenga absolutamente todos sus servicios integrados, más bien existen grados o niveles de integración. Esta particularidad tiende a generar en este tipo de financiadores una especie de selección de pacientes, derivando aquellos pocos rentables a la competencia e internando en los sanatorios propios los que minimizan los costos.

La integración permite desarrollar modelos prestacionales propios; manejar la política de calidad, particularmente de los servicios críticos y de alto impacto; lograr resultados sanitarios concretos; reducir los costos prestacionales; disminuir los conflictos con terceros; evitar transferir rentas a la competencia; generar sinergias con el prestador e incrementar el poder de negociación frente a terceros. Por otro lado es un modelo con altos costos fijos, particularmente evidente cuando la demanda prestacional cae. Se asocia a una menor productividad de los recursos humanos, lo cual generalmente implica combinar diferentes mecanismos de pagos para reducirla. Además, evita transferir el riesgo a terceros y puede que se multipliquen las ineficiencias de ambas unidades de negocios. El manejo de una clínica, uno de los centros de producción más complejos de administrar, plantea a los financiadores un nuevo desafío de gestión, lo que requiere del desarrollo de nuevas capacidades.

El modelo de contrato permite delegar en un tercero aquellos servicios difícilmente controlables, de alto riesgo y en los que el financiador no se especializa. Además requiere de una menor inversión en activos fijos, mejora la alianza con los prestadores y puede aprovecharse de los sistemas, recursos humanos e infraestructura de terceros, particularmente si el sistema es el capitado. Este último además se caracteriza por su simplicidad administrativa, su facilidad para proyectar gastos y la posibilidad de incorporarse a una red prestacional

armada. El sistema por prestación permite un manejo financiero más flexible y una mejor calidad asistencial.

La tercerización también posee algunas debilidades como la dificultad de desarrollar modelos prestacionales propios y tener objetivos sanitarios concretos; puede generar mayores conflictos con terceros y suele presentar mayores dificultades para conseguir camas cuando estas escasean. Particularmente los sistemas capitados alientan la subprestación mientras que los sistemas por acto médico la sobreprestación y sobrefacturación.

Los sistemas capitados si bien logran combinar dos elementos claves como son la simplicidad administrativa y la facilidad presupuestaria, lo cual es un valor agregado sumamente importante porque al financiador logra programar sus erogaciones en base a sus capacidades financieras, puede provocar serios problemas a partir de la contratación de un gerenciador que no cumpla su misión.

El sistema por prestación en el mediano plazo puede ser amenazado por el incremento del gasto en Salud, particularmente en un escenario recesivo donde el financiamiento resulte insuficiente y los mecanismos de contención del crecimiento de los costos inefectivos, dado que están asociados a factores que muy difícilmente frenen su escalada alcista.

En términos generales los financiadores que subcontratan combinan más de un modelo de pago. Esta combinación debe tener en cuenta los incentivos y desincentivos que se producen potenciando los efectos positivos y anulando los negativos. Sin embargo, no siempre se logra. En efecto, al contratar por prestación a los profesionales médicos y por cápita a los bioquímicos, a las empresas de diagnóstico por imágenes y a las farmacias puede generar conflictos a partir de la sobreprestación que generan los médicos y la subprestación que buscan los gerenciadores contratados por cápita.

Otro efecto que debe analizarse es la cadena de contratación que comienza en un sistema capitado y termina en uno por prestación. Si un financiador contrata por cápita a un gerenciador que luego subcontrata por acto médico, no sólo genera mayores costos de transacción, sino que puede producir conflictos porque los incentivos del gerenciador se contraponen al de los prestadores finales.

La elección del mejor modelo depende no sólo de los incentivos que se deseen potenciar o evitar, de la ingeniería desarrollada en el diseño de las combinaciones de contrataciones (en primer lugar qué integrar y qué tercerizar y, en segundo término, qué subcontratar por cápita y qué por prestaciones), sino también de los niveles de ingresos, de la cantidad de afiliados, de la composición del mercado prestador y de las estrategias empresariales. Por ello no hay un modelo que pueda considerarse óptimo para todos los financiadores,

ni que todos los financiadores tengan el modelo que mejor se adapte a sus necesidades, dado los factores que están fuera de su alcance. Sin embargo, algunos financiadores logran acercarse al modelo ideal ya sea porque el mismo les permite posicionarse en la diferenciación del servicio, en el liderazgo de costos o en ofrecer una excelente relación costo-calidad a su segmento meta.

La gestión eficiente de la cadena de valor constituida por el sistema de contrataciones es un elemento clave que permite potenciar las ventajas competitivas de los financiadores para garantizar la viabilidad de largo plazo y, fundamentalmente, brindar un servicio de excelencia a sus usuarios, lo cual contribuye a mejorar el sistema de Salud en general.

BIBLIOGRAFÍA

Abel, Christopher y Lloyd-Sherlock, Peter. *“Políticas de salud en América Latina: temas, tendencias y desafíos”*. Revista Comercio Exterior, Vol. 54, Num. 9, Septiembre de 2002.

Abramzón, Mónica C. *“Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004”* - 1ª ed. - Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2005) Disponible en: www.ops.org.ar/Files/OPS_Pub.62%20Recursos%20Humanos%202002.pdf

Abuelafia, Emmanuel; Berlinski, Samuel; Chudnovsky, Mariana; Palanza, Valeria; Ronconi, Lucas; Martín, M. Eugenia y Tommasi, Mariano. *“El Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal”* Trabajo realizado para el Banco Mundial por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento 77 Septiembre 2002.

Acuña, Carlos H y Chudnovsky, Mariana. *“El Sistema de Salud en Argentina”* Documento 60 Fundación Gobierno y Sociedad. Marzo 2002

Afanador Benjamín V. y León Nohra R. *“El enfoque institucional en el desarrollo económico”* Universidad de la Salle Facultad de Economía. Proyecto de investigación “Los cambios en la racionalidad económica: Una evaluación de la ética y la moral en los patrones actuales de desarrollo”. Santafé de Bogotá, Agosto 2002. Disponible en <http://www.lasalle.edu.co/~economia/investigacion/Enfoque%20Institucional.pdf>

Álvarez, Begoña; Lobo, Felix y Pellisé, Laura. *“Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE”*. Washington, D.C.: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS; 1998. (Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, 12).

Asenjo, Miguel Angel. *“El hospital como empresa”*. Med Clin (Barc) (1991).

Auyero, Javier. *“El punto de vista clientelar en la política de los pobres. Las prácticas clientelistas del peronismo”*. Cuadernos Argentinos Manantiales, Buenos Aires. (2001).

Ayala, Espino José. *“Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico”* Fondo de Cultura Económica (2000).

Buglioli, Marisa. *“La Salud por el Mundo: El gasto no deja de crecer”* Agosto 2000 Disponible en: www.escenario2.org.uy/numro2/buglioli.html

Buglioli Bonilla, Marisa y Ortún Rubio, Vicente. *“Sistemas de ajuste por riesgo”* Rev Med Uruguay Vol. 16 N° 2 Setiembre 2000.

Buglioli, Marisa; Gianneo, Oscar y Mieres, Gustavo. *“Modalidades de pago de la atención médica”* Revista Médica del Uruguay Vol 18 N° 3, Diciembre 2002.

Bustos, Alejandro. *“Estudio de mercado para identificar los motivos que en la actualidad llevan a los afiliados de las obras sociales sindicales, radicadas en el Valle Inferior del Río Chubut, a realizar traspasos de aportes”.* Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. F.C.E. Tesis de Maestría en Gestión Empresaria (2004).

CEPAL *“Informe Preliminar sobre Estrategias Empresariales”* Bibliografía de la Cátedra de Economía Industrial. Facultad de Ciencias Económicas y Estadísticas U.N.R. (1994).

Cetrángolo O y Devoto F. *“Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual.”.* (Documento realizado para presentar en el Taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equito in Population Health” Toronto, 2002).

Coase, Ronald. *“The Nature of Firm”* Económica, en PUterman L, “La Naturaleza económica de la empresa” Madrid (1937) Editorial Alianza.

Danani, Claudia. *“Los Procesos que esconde la Reforma de Seguridad Social Argentina: El caso de las Obras Sociales”.* Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Cs. Sociales Universidad de Bs. As.

Etkin, Jorge. *“Política, Gobierno y Gerencia de las organizaciones. Acuerdos, dualidades y divergencias”.* Prentice Hall (2000).

Figueras, Alberto José *“Ronald Coase, a cuarenta años de un artículo”* Revista Actualidad Económica Año XI N° 51, mayo-diciembre 2001.

Findling L, Arruñada M y Klimovsky E. *“Desregulación y Equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina”.* Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales. 2002

Franza, José Luis; Burgos, Alejandro y Mó, María del Carmen. *“Modalidades de Contratación de Prestaciones: Impacto en la relación Financiadador/Prestador”* Congreso Metropolitano de Ciencias Económicas, Buenos Aires, Noviembre de 2005.

Giménez, Carlos y coautores. *“Gestión y costos”.* Editorial Machi (2001).

Giménez Carlos y colaboradores. *“Costos para empresarios”.* Editorial Machi (1995).

González García, Ginés (Director); **Tobar, Federico; Bisang, Roberto; Limeres, Manuel; Madies, Claudia; Sellanes, Matilde; Ventura, Graciela; Vassallo, Carlos; Falbo, Rodrigo y Godoy Garraza, Lucas.** *“El Mercado de Medicamentos en la Argentina”* Estudios de la Economía Real. Centro de Estudios de la Producción, Secretaría de Industria, Comercio y Minería, Ministerio de Economía, Obras y Servicios públicos de la Nación. N° 13. Septiembre de 1999.

Guerrero, Espinel Eduardo. *"Transformaciones del sector salud en la Argentina, estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector salud entre 1990 y 1997"*. Buenos Aires, 1998.

Hamilton G, Gastaldi N y Di Luca F. *"Análisis de la Oferta de Servicios Médicos en la Argentina"*. Programa de Investigación Aplicada ISALUD, 2000.

Henderson y Quant *"Teoría Microeconómica"* Barcelona Ediciones Ariel (1962).

Informe del Banco Mundial *"Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform"* Banco Mundial 1987.

Katz, Jorge y Muñoz, Alberto. *"Organización del sector salud: Puja distributiva y Equidad"* (1988) CEPAL Bs. As. Centro Editor de América Latina.

Maceira, Daniel. *"Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo"*. Estudios Mayores de Investigación Aplicada 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. Agosto de 1998

Marracino, Camilo. *"Modalidades, Modelos y sistemas de la Atención Médica"* Programa de Educación a distancia de Medicina y Sociedad y la Fundación Donabedian. Abril 1998. Disponible en: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/modal.,model.y%20sistemas%20.%20Abril%201998.rtf>

Martínez Coll, Juan Carlos. *"Los Costos de Transacción"*: Manual básico de Economía EMVI.1. Disponible en <http://www.eumed.net/coursecon/index.htm>

Martínez, Félix. *"De la Seguridad Social hacia el Aseguramiento en Salud"* Seminario Andino de Reformas en el Sector Salud. 2 y 3 de octubre de 2003. Lima Perú. Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/salud74/colabora.htm>

Martínez Nogueira, Roberto. *"Análisis organizacional. Colección de lecturas"*. Apuntes de Cátedra MBA UBA. 2003.

Martínez Nogueira, Roberto. *"La Globalización y la construcción social del tercer sector"*. Dialnet. 2001.

Mastrángelo Marcelo. *"El Marketing en el Sector Salud"* Boletín electrónico Management en Salud N° 13, Septiembre de 2002. Disponible en www.managementensalud.com.ar

Moya, Ligia. *"Introducción a la Estadística de la Salud"*. Editorial Universidad de Costa Rica (1969).

Pampliega Eneas, Luis. *"Impacto de la Globalización. Alianzas, Fusiones y Privatizaciones. El Paradigma de la Eficiencia"*. Programa de Educación a distancia. Medicina y Sociedad e Instituto Universitario CEMIC. (1998).

Panadeiros, Mónica. *"Seguridad Social y Competitividad: El Caso del Sistema de Salud"* Documento de Trabajo N° 72 FIEL Marzo de 2002.

Pellisé, Laura. *"Sistemas de pago óptimos en el sector sanitario"*. En: **Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, eds.** *"Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos"*. Barcelona: Masson, BCN (1998).

Porter, Michael. *"Las Ventajas competitivas de las naciones"*. Bs. As. Ed Vergara (1991).

Raffo, Tomás; Charreau, José y Peidro, Ricardo. *"Caracterización de la Industria Farmacéutica Argentina en el Contexto de la Ausencia de un Marco Regulatorio"* Primer Informe de Investigación. Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud – IEPS- Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina. Marzo 2007.

Savedoff, William. (1998) *"La Organización Marca la Diferencia"*. Washington D.C. Banco Interamericano de Desarrollo.

Schvarstein, Leonardo. *"La Práctica del análisis organizacional en contextos específicos"*. Trabajo presentado ante IV Simposio de Análisis Organizacional, II del Cono Sur. Bs. As. Agosto de 1999.

Shank, John y Govindarajan, Vijay *"Gerencia estratégica de costos - La nueva herramienta para desarrollar una ventaja competitiva"* Grupo Editorial Norma (1995).

Silva, Alejandro y Gutman, Graciela *"Los Costos de Transacción Origen, Aplicación y Definición del Concepto"*. Escuela de Graduados-Facultad de Agronomía UBA (2003).

Tafari, Roberto O. *"Más allá de la desregulación"* Revista APORTES Nro 17 para el Estado y la Administración Gubernamental.

Tafari, Roberto. *"Reforma al Sector salud en Argentina"* Proyecto CEPAL/GTZ (1997).

Temporelli, Karina. *"El sistema de pago a médicos como incentivo a la inducción de la demanda"* Anales de la Asociación Argentina de Economía Política. Tucumán (2002). Disponible en:

http://www.aep.org.ar/espa/anales/resumen_02/temporelli.htm.

Titelman D y Uthoff A (compiladores). *"Ensayo sobre el financiamiento de la seguridad social en salud"*. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia. (CEPAL) FCE (2000).

Tobar, Federico. *"Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina"* ISALUD 2001.

Tobar, Federico. *“El Gasto en Salud en Argentina según funciones”* (2007) Disponible en <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Economiadelasalud/gasto-en-salud-en%20Argentina%20segun%20funciones.pdf>

Tobar, Federico. *“El Subsector público de salud en Argentina”*. Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Economiadelasalud/Subsector-publico-de-salud%20en%20Argentina.pdf>

Tobar, Federico. *“Breve Historia de la prestación del servicio de salud en Argentina”* ISALUD 2001.

Tobar, Federico. *“Herramientas para el análisis del sector salud”* Medicina y Sociedad. Vol 23 N°2. (2000).

Tobar, Federico. *“El marco económico-Social de la Desregulación”* Programa de Educación a Distancia. Medicina y Sociedad Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 2. (1998).

Tobar, Federico. *“Como se regulan los seguros privados de salud”* Programa de Investigación Aplicada-Isalud Publicado en: Jurisprudencia Argentina número 6169. 24 de noviembre de 1999. Páginas 20-7.

Tobar, Federico. *“Reformas en salud en América Latina vs. Europa”*. Disponible en <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Economiadelasalud/Reformas-de-salud-en%20America%20Latina%20versus%20Europa.pdf>

Tobar, Federico. *“Como Redactar trabajos científicos en salud pública”*(2002). Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Metodologiadelainvestigacion/Como-redactar-trabajos%20cientificos%20en%20salud%20publica.pdf>

Tobar, Federico; Rosenfeld, Nicolás y Reale, Armando. *“Modelos de pago en servicios de Salud”*, Cuadernos Médicos Sociales N° 74, 1998.

Tobar, Federico. *“Economía del hospital”* en: **Bascolo, Ernesto** (editor). *“Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio”*. Rosario. Instituto Juan Lazarte 2002. Páginas 11-40.

Tobar, Federico. *“Qué aprendimos de las Reformas de Salud – Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina”*. Buenos Aires. Fundación Sanatorio Güemes. (2010).

Tobar, Federico. *“Cómo producir salud”*. Buenos Aires. (2008) Editorial Santillana.

Torres Rubén *“Mitos y Realidades de las Obras Sociales”*, Editorial ISALUD (2004).

Vallespinos Carlos G. y Pizarro Ramón D. *“Obligaciones - Instituciones de Derecho Privado.”*. Tomo 1 pagina 164 - 2ª reimpresión. (2006) Editorial Hammurabi.

Varian Hal R. *“Microeconomía Intermedia. Un Enfoque Actual”* 5ª Ed. Antoni Bosch Editor (1999).

Vassallo, Carlos; Sellanes, Matilde y Freylejer, Valeria (2003) *“Curso El mercado desde la economía de la salud”*, disponible en http://www.isalud.org/html/site/documentos/12_Archivo_Economia-Salud.pdf

Vassallo, Carlos *“Actualización del esquema de financiamiento de la atención de la salud en Argentina”* XIII Jornadas Internacionales – XIV Jornadas Nacionales de Economía de la Salud 22 y 23 de Abril de 2002. Disponible en http://www.cedss.com.ar/trabajos/econsalu/Finaciamiento_de_la_salud.pdf

Vassallo, Carlos y Báscolo, Ernesto. *“Una mirada económica institucional del proceso de cambio del sector salud en Argentina.* Disponible en <http://www.aes.org.ar/web/modules/mydownloads/singlefile.php?cid=2&lid=8>

Viedma, José. *“La excelencia empresarial. Un estudio de casos españoles con conclusiones aplicables a las empresas latinoamericanas”*. Mc Graw Hill de management, (1992) Segunda edición. España.

Williamson, Oliver. *“Las Instituciones económicas del capitalismo”*. FCE, México (1989).

World Bank. *Health, Nutrition & Population.* The Human development network (1998).

Organismos e Instituciones

- ADECRA.
- ADEMP
- AFIP
- CADIME
- COFA
- Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires.
- FECLIBA.
- FEMECA.
- INDEC
- OMS
- OPS
- SSS

Diarios

- *Ámbito Financiero.*
- *Clarín.*
- *El Cronista.*
- *La Nación.*
- *Página 12.*
- **Revistas:**
- *Aportes, Varios Números*
- *El consultor en Salud Varios Números*
- *Fortuna. Varios Números.*
- *Médicos Medicina Global Varios Números.*
- *Código Civil de la República Argentina*

Sitios Web consultados

- www.afip.gob.ar
- www.buenafuente.com
- www.federicotobar.com.ar
- www.fsg.org.ar
- www.headconsulting.blogspot.com
- www.sssalud.gov.ar
- Sitios web de obras sociales y empresa de medicina privada

Este libro se terminó de imprimir en el mes de septiembre de 2012,
en Latingráfica S. R. L., Rocamora 4161,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



El objetivo de la presente publicación es analizar los factores que determinan la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de Salud. En el trabajo, estudiaremos los distintos mecanismos procurando determinar porque algunas entidades se organizan bajo un modelo integrado, mientras que otras instituciones adoptan la tercerización utilizando un mecanismo prospectivo o uno retrospectivo.

A lo largo del libro nos planteamos responder las siguientes preguntas:

- 1. ¿Por qué algunos financiadores optan por la existencia de una única entidad que coordina todas las acciones asignando recursos a diferentes tareas, mientras que otros emplean el mecanismo de precios contratando a terceras organizaciones?*
- 2. ¿Los costos de transacción, tal como señala la teoría neoinstitucional, son el único factor que lleva a los agentes de Salud a tercerizar o existen otros factores?*
- 3. ¿Cuáles son esos otros factores que conducen a las organizaciones a elegir el modelo de contratación y pago?*

El estudio tomará un conjunto de atributos para describir a los actores, a los efectos de obtener patrones de conducta que nos permitan arribar a generalizaciones válidas a la hora de identificar las razones por las que los diferentes financiadores optan por un modelo de contratación u otro.

La investigación se acotó a un grupo de organizaciones de Salud que poseen diferentes características. Estas entidades, que conforman el universo de investigación, representan una porción significativa del conjunto del sistema. Estas instituciones, al ser heterogéneas y estar sustentadas en modelos prestacionales disímiles (integrados o tercerizados) y al poseer diferentes tipos de contratos con gerenciadore y/o prestadores, hacen de esta muestra un excelente laboratorio para investigar y obtener conclusiones relevantes para el sistema. Para ello se ha entrevistado a directivos y gerentes de las empresas financiadoras y prestadoras, como así también a académicos y estudiosos del sector Salud.

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes