

# UNA MIRADA ECONÓMICA INSTITUCIONAL DEL PROCESO DE CAMBIO DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA\*

Carlos Vassalo y Ernesto Báscolo<sup>1</sup>

## Introducción

El presente trabajo tiene el propósito de analizar el proceso de reconversión del sector de servicios de salud en Argentina, financiado por el sistema de la seguridad social y el sector privado. Se dará énfasis al proceso de cambio de la dinámica del mercado, con la aparición de nuevas formas de organización del sistema prestacional, nuevos mecanismos de contratación y vínculos entre los agentes intervinientes.

Conceptualmente, *las innovaciones del modelo de gestión* serán consideradas como un factor determinante de un sendero de mayor eficiencia del sistema, poniendo énfasis en los factores condicionantes de la generación de tales innovaciones, caracterizando su naturaleza, y resultados.

Este abordaje pretende una visión alternativa tanto al modelo neoclásico, como teoría económica hegemónica en el análisis del funcionamiento de los mercados, como también a la elaboración sistémica específica del sector, que se restringe a la modelización de tipologías alternativas de formas de organización del financiamiento y prestación de servicios de salud a las relaciones de integración / contratación entre los agentes económicos presentes en el sector.

En el presente trabajo, el componente evolucionista – institucional – constituirá una mirada analítica de las rutinas organizativas de las corporaciones protagónicas del presente proceso de reconversión, a cargo de la articulación del sistema de servicios de salud, y su vinculación con el resto de los agentes económicos y sociales. La trama de relaciones institucionales serán observadas también a través de sus expresiones contractuales, como expresiones de las bases de **un modelo de mercado caracterizado como *relacional***.

Más específicamente esta mirada, pretende redefinir los fundamentos teóricos de una nueva microeconomía, reconceptualizando a la firma, como expresión organizativa de los procesos productivos involucrados en la prestación de servicios de salud. La racionalidad de los agentes económicos

---

\* Presentado en: IX Jornadas Nacionales, VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES. Abril de 1999.

<sup>1</sup> Ernesto Báscolo (CESS) Carlos Vassallo – (Fundación Isalud)

deberá ser analizada a la luz de la cultura organizacional, la historia vincular entre las instituciones financiadoras y prestadoras, y el marco regulatorio como factor de restricción y a la vez modelador de las conductas y estrategias empresariales.

### **Marco Teórico Conceptual**

Para la teoría neoclásica la empresa es tan solo un núcleo más de un sistema donde las señales (precios con una tecnología dada) constituyen las únicas informaciones que permiten al empresario decidir cuánto producir y al consumidor qué producto adquirir.

Todos los expertos de management que escriben sobre organización y del rol del empresario no cuestionan en términos analíticos los fundamentos de una teoría neoclásica que considera el mercado y el sistema de precios como los instrumentos ideales, necesarios y suficientes para alcanzar las soluciones más eficientes como solución a la problemática de la asignación de los recursos.

Nuestro marco teórico está constituido por un edificio con componentes institucionales, ubicando a **Coase** como uno de sus pioneros. Es él quien genera una puerta a esta avenida de investigación, cuando nos advierte que los mercados como institución asignadora de recursos tienen costos de funcionamiento. En el caso de costos elevados en términos relativos, esto justificaría la coordinación gestionada, y no via precios, como alternativa institucional más eficiente.

Las preguntas disparadoras son: ¿ Porqué existen empresas en una economía de intercambio especializada ¿ La empresa representa una mejor alternativa al mercado como mecanismo asignador de recursos, que supone en principio que el mayor grado de especialización de cada uno produce mayor eficiencia en la producción? Por consiguiente desafía esta visión al sacar actividades del mercado e incorporando tales transacciones en la empresa con los costos de ineficiencia correspondientes.

¿Por qué las empresas se integran entonces verticalmente desafiando esta verdad neoclásica de la eficiencia del mecanismo de precios.? Coase dice que la existencia de **costos de transacción** hace en términos comparativos más económico un modelo de coordinación gestionada al interior de la empresa que negociar en el mercado.

Existe en este caso un costo de coordinación y también un costo de incentivo dado por los problemas de controlar el comportamiento oportunista definido por **Williamson** como parte de la conducta humana.

La mayoría de los trabajos analíticos del sistema de salud en la Argentina toman como base un modelo de equilibrio general de los sectores, que como consecuencia de su alto grado de agregación, y la ausencia del análisis de los costos de la organización de los procesos productivos y sus incidencias institucionales, no permiten explorar de manera satisfactoria la transformación de los modelos de organización empresarial en el sector salud; los cuales

juegan un papel fundamental para explicar la dinámica y la evolución del sistema.

Estos enfoques provienen de una tradición intelectual basada en el equilibrio general que si bien considera que algunos fallos impiden el perfecto funcionamiento del mercado e introducen dudas respecto de la existencia de expectativas racionales del consumidor, suponen de manera lineal una *conducta maximizadora* del beneficio por parte de los **agentes del sector**, ignorando estudios que han demostrado que el agente construye expectativas y estrategias adaptando sus conductas a las mismas.

Las motivaciones de los agentes son variadas, algunos permanecen por una cuestión de inversión familiar, otras sólo porque constituyen su única fuente de trabajo, y otras en cambio por que buscan una determinada tasa de ganancia. Las vinculaciones históricas entre los actores representan en este marco un aspecto fundamental para intentar comprender cómo se coordinan estos mercados.

Si bien existe una importante bibliografía que nos permite comprender las organizaciones que actúan en los distintos sectores económicos, el sector salud constituye un espacio poco explorado desde la denominada economía de la empresa.

## El sector Salud

El sector salud debe ser analizado teniendo en cuenta sus propias especificidades, abarcando "firmas" independientes, rivales o competidoras (explícitas o implícitamente) y de múltiples canales de coordinación y articulación entre cada unidad micro de producción.

El sector salud se caracteriza por ser un mercado relacional e idiosincrásico, donde los distintos actores, sus historias, su trayectoria de aprendizaje, sus comportamientos estratégicos constituyen aspectos fundamentales para comprender su funcionamiento como mercado.

A diferencia de los mercados anónimos, donde la persona con información previa decide qué producto comprar y donde casi no existe contacto entre proveedor y comprador, la transacción básica en el sistema de salud, requiere una serie de diálogos, negociaciones, que configuran una modalidad compleja de coordinación.

No es simplemente el precio con su destacada función informativa que reúne a oferta y demanda, alcanzando el equilibrio, sino que ***en mercados relacionales la coordinación entre oferta y demanda pone frente a frente a dos actores que deben considerar no sólo el precio sino aspectos tan difíciles de definir y precisar en un contrato como la calidad o los riesgos del incumplimiento de las acciones comprometidas.***

La ***relación de agencia que atraviesa las transacciones en salud*** constituye un elemento de incertidumbre que impide pensar que solamente la estabilidad macroeconómica y la competencia pueden generar precios eficientes

y obliga a pensar de manera paralela la necesidad de un **marco regulatorio** que evite costos de transacción como consecuencia del uso de la asimetría informativa existente.

Esta especificidad se asienta en las particularidades micro de las relaciones de agencia contenidas entre profesional, paciente y comprador de servicios. Más específicamente, como ***institución de contenido relacional nos referimos al inevitable vínculo complejo de largo plazo y evolutivo que se construye entre los agentes que intervienen en el sector salud.***

Esta caracterización debe subrayarse ya que la identificación de los actores articulados en el modelo institucional de organización del financiamiento y la prestación de servicios de salud condiciona la idiosincrasia del vínculo entre los mismos y por ende la performance del funcionamiento del sector. Esta afirmación nos conduce a ser cautelosos en la interpretación de modelos analíticos, con escaso protagonismo a la hora de una visión endógena del funcionamiento de las instituciones.

En términos concretos, la historia y la lógica política de los actores construyen vínculos con sus propios contenidos.

En este mercado más que en ninguno, los agentes no son anónimos, importa demasiado su nombre y apellido, su historia y comportamiento, sabiendo que su conducta no será homogéneamente maximizadora. En la misma dirección no es posible imaginar mercados competitivos con agentes rivales y neutrales en sus vínculos comerciales. La construcción de estrategias, de aprehender, de hacer alianzas, acuerdos y la concentración del poder surgen como procesos innatos a la organización de los procesos productivos del sector. Las relaciones contractuales no son instantáneas y de corto plazo, la definición del tiempo resulta una variable clave de la construcción del vínculo relacional entre los actores involucrados.

Esto último sumado a la asimetría de información, las condiciones de oportunismo entre las partes y el carácter incompleto de los contratos, genera vinculaciones no neutrales y de inevitable complejidad, madurando y enriqueciéndose en la medida que se desarrollan las relaciones entre los agentes contratantes (previendo circunstancias contingentes, mecanismos de control y sanciones).

El análisis del funcionamiento del mercado deberá por lo tanto profundizar las ***características contractuales***, su intensidad, complejidad, consolidación o estabilidad; en definitiva su identidad institucional.

El estudio de la dinámica del mercado deberá incorporar al análisis ***la innovación como eje del proceso de cambio***, concibiendo de esa forma la generación de nuevos productos, procesos e innovaciones organizacionales.

Tanto como desarrollo gradual y evolutivo o como procesos de reconversión, la manifestación de tales cambios deberá expresarse en los procesos de integración vertical u horizontal, la construcción de redes o tramas de agentes. El estudio de sus razones nos permitirán resguardarnos de esquemas sistémicos, de reproducción lineal y sin anestesia a la hora de reproducir

estrategias de intervención en el sistema de salud. Una aproximación institucional nos introducirá en una mirada microeconómica más cercana a la complejidad de la realidad de nuestro "sistema" de salud.

Siguiendo el recorrido de los costos de transacción como categoría de análisis que identifica las fallas resultantes de alternativas institucionales (mercado u organización) como asignadoras de recursos, el gran espacio de producción de servicios de salud del sector privado se desenvuelve en lo que se podría concebir como un mercado híbrido, regulado por normas institucionales y la lógica de sus propios modelos de auto-organización de los procesos de producción.

## **El proceso de cambio y las innovaciones**

Para investigar las condiciones, las variables o factores del proceso de reconversión del sistema de salud, así como sus consecuencias económicas para los agentes involucrados, ya sea los integrantes del mismo proceso de producción de servicios de salud, como los beneficiarios de tales productos es necesario analizar la dinámica de cambio del funcionamiento de sus mercados.

El funcionamiento del mercado genera desequilibrios e inevitable transformación, no necesariamente por causas exógenas, sino por la lógica de su propia dinámica. ***Según Schumpeter este proceso se genera a partir de dos factores claves, las innovaciones como motor de cambio y la competencia como condición necesaria pero no suficiente.***

En primer lugar debemos señalar la obviedad de la inexistencia de competencia perfecta, con rentas normales, con tecnología dada, y un dominio absoluto por parte de los deseos de los consumidores como orientadores del mix de productos del sector salud.

Los actores, en búsqueda continua de rentas diferenciales, producen condiciones monopólicas con la ayuda del proceso de innovación. Nuevos productos, procesos y formas organizativas permiten aprovechar un conocimiento asimétrico y oportunista, lejano a una concepción marshalliana, estática y en equilibrio, en donde el sistema de precios produce información como herramienta de coordinación inconsciente en el mercado.

En salud es necesario hacer algunos comentarios acerca de las ***innovaciones*** como generadoras del cambio y la ***competencia*** como condición necesaria.

En primer lugar es necesario relativizar una lectura equivocada que señala a la competencia como condición suficiente para crear condiciones de eficiencia en el sistema de salud. Nuestro argumento se sustenta por la existencia de la doble condición de:

- a) Relación de agencia entre los actores relacionados en el propio proceso de producción. (médico-paciente). Esta razón podríamos categorizarla como causa micro de una especificidad que impide considerar oferta y demanda con funciones objetivos independientes. Por el contrario las

decisiones de consumo de la demanda son tomadas por la propia oferta en una prescripción profesional de prácticas diagnósticas o terapéuticas.

- b) La característica de mercado relacional entre los actores vinculados con el modelo de financiación y prestación de servicios. Más enfáticamente el componente relacional aborda no sólo la intensidad de la competencia, caracterizando mercados como más o menos competitivos, sino abordando el análisis mismo de su naturaleza. En este caso nos referimos a las características institucionales de los agentes que realmente interactúan tomando decisiones, construyendo vínculos, contratos, fusiones, o alianzas. Estos vínculos estarán afectados por la lógica de los propios actores, y por ende las relaciones entre los mismos incorporan formas de organizar y coordinar las transacciones en función de sus propias idiosincrasias.

Tal como pensamos, la competencia resulta determinante a la hora de preguntarnos las **características del marco regulatorio necesario**. Una concepción ingenua de construir condiciones para provocar competencia perfecta, para mejorar los resultados en términos de eficiencia en la asignación de los recursos, significa por un lado asegurar requerimientos de calidad mínima asistencial como homogenizador de productos, y mejorar la transparencia de la información del mercado, delegando poder de decisión al consumidor final. Pero por otro lado significa desconocer especificidades innatas, que están vinculadas a las características de la producción misma del servicio.

El consumidor no sólo no decide sino que forma parte del propio proceso de producción, "como insumo clave de la misma cadena de montaje". Por ende generar competencia no necesariamente implica generar eficiencia asignativa. Sin embargo si el mercado relacional participa en el proceso de coordinación del sector será necesario evitar los riesgos de información asimétrica, "cuidando" al consumidor final (el paciente) y minimizando los costos de transacción y organización del sistema en su conjunto.

Se podría definir que los cambios que se producen en los mercados del sector salud se expresan como *transformaciones* del posicionamiento de los agentes. En cambio, la **reconversión** del sistema implicaría la modificación del modelo asistencial, lo cual no sólo representa un nuevo mapa de actores, sino la construcción de nuevas relaciones y formas de regulación del sector.

**Con respecto a las innovaciones como búsqueda de renta diferencial será necesario articular su análisis con sus expresiones específicas en el sector salud.**

En este punto es importante analizar la vinculación entre dos fenómenos concurrentes pero distintos:

- Nuevas modalidades contractuales entre los agentes del sector.-
- Desarrollo de nuevos modelos asistenciales

En el primer caso las **nuevas modalidades contractuales** expresan la transformación del marco institucional, involucrando tanto la definición de la

relación entre financiadores y prestadores o redes, como la relación entre los prestadores entre sí. Este punto identifica distintos niveles de vínculos contractuales, a su vez de diversa naturaleza, que van desde componentes contractuales que condicionan comercialmente a las partes y distribuyen el riesgo económico, hasta la definición de los mecanismos de coordinación del modelo asistencial. O dicho en otros términos, un proceso de reconversión de la organización de los procesos o rutinas de producción de los diferentes servicios de salud.

En el segundo caso podemos decir que el desarrollo de nuevos modelos asistenciales requiere una regulación interna del sistema que involucran los factores que condicionan la organización del proceso de producción de la trama productiva. De esta forma nos referimos a mecanismos más cercanos a los modelos de managed care conocidos internacionalmente, en los cuales los instrumentos de gestión intervienen directamente sobre la modalidad de la prestación de los servicios.

Sin embargo dada la complejidad y heterogeneidad del proceso de cambio es imposible distinguir con claridad fenómenos claros o puros. Por otro lado las innovaciones organizacionales se difunden con particularidades propias. Es posible pensar que estos fenómenos no se generan independientemente, ya que el segundo puede generarse dada las condiciones del primero.

Volviendo al dilema de Coase de producir o comprar, la mirada se focaliza con el mercado y la organización como instituciones alternativas de un análisis comparativo de costos de transacción versus costos organizacionales en un momento dado. Sin embargo este marco no incorpora a las innovaciones como variable que permita abrir el conocimiento de la relación entre proceso de cambio, integración vertical y cambio tecnológico.

**Silver** nos acerca una perspectiva más dinámica, dado que plantea más directamente que el proceso de integración vertical que practican las empresas es consecuencia de las innovaciones que se producen en el mercado y no de la especificidad de los activos necesariamente.

Pensar la integración como una consecuencia de la innovación, es un concepto más dinámico en el sentido de que el bombardeo continuo de innovaciones no siempre tiene mercado para ser comprado y vendido, y tiene que ser producido internamente en una primera etapa para luego recién con un cierto desarrollo de mercado poder externalizarse.

La firma no innova en el aire, lo hace en un contexto institucional, inserta en una red productiva, en un proceso de producción que abarca vínculos interfirmas. Cuando la firma experimenta una innovación, en búsqueda de beneficios extraordinarios monopólicos, éstos son posibles gracias a condiciones de lógica asimétrica de información, ya que la firma explotará su conocimiento diferencial.

Cuando nuevos productos, procesos o innovaciones organizacionales generan innovaciones en los requerimientos de sus relaciones interfirma, produce nuevas exigencias en la red productiva, no necesariamente satisfechas,

dado que esas nuevas demandas representan inversiones con alta especificidad, las que en situaciones de asimetría de información (el conocimiento responsable de la innovación no será revelado) constituyen las condiciones de oportunismo. Estos elementos desincentivarán a los agentes (vinculados en la misma cadena de producción) a acompañar los desarrollos requeridos en sus propios eslabones. El innovador inicial no tiene otra opción que integrarse generando los insumos (y en las condiciones necesarias) y/o participando aguas arriba para garantizar su comercialización.

Es posible articular este análisis como dinamizador de costos transaccionales, ya que los mismos aumentan durante el proceso de innovación, y por ende producen integración vertical o en términos de Coase la organización resulta como alternativa institucional. Sin embargo el proceso de innovación es dinámico, y las rentas diferenciales se reducen a medida que se incrementa la difusión de las innovaciones experimentadas. La aparición de competidores, y la socialización del conocimiento tecnológico que constituía el fundamento de las rentas diferenciales, disminuye parte de la especificidad de los requerimientos de la cadena y fundamentalmente de la asimetría de la información previa. El desarrollo del mercado será producto de menores costos transaccionales. Según Silver la desintegración vertical aparece una vez agotada la innovación que le dio sustento.

En pocas palabras diríamos que la producción interna no es para siempre, sólo dura el tiempo que tarda en difundirse la innovación y que aparezcan compradores y vendedores en el mercado con capacidad de ofrecer los requerimientos del producto considerado generador del proceso innovador.

Sin embargo la explicación de Silver no es excluyente de otras razones, sólo pretende ser uno de los principales factores que explican la integración y desintegración vertical a través del tiempo, permitiendo evaluar el grado de desarrollo o madurez de un mercado para un determinado producto.

Dado que en el sector salud la organización del sistema asistencial debe incorporar el financiamiento de tales prestaciones, la integración vertical podría pensar diferentes tipologías de integración, ya sea integración en la producción de las distintas etapas productivas de la prestación de servicios de salud, o como integración de la función de financiamiento y prestación.

En el caso del sector salud, existen prestadores puros o se han integrado verticalmente, en este caso aguas arriba creando un prepago que les permite tener población que los tiene directamente como referentes y armando una red para el resto de servicios que no tiene contenidos en su propia organización. Este es el caso de los Hospitales de Comunidad, el Italiano, el Francés, el Alemán o el Británico. Inicialmente fueron mutuales que tenían a su cargo la atención integral, luego con el desarrollo amplio de la seguridad social perdieron espacio como aseguradores y se consolidaron como prestadores, desde hace unos años la disconformidad de la población con los servicios, los llevo a crear sistemas de aseguración privada que tiene como cabecera al hospital de la comunidad y hoy ven fortalecida esa opción ante la posibilidad que se abre con la libre elección del usuario entre obras sociales y prepagos.



### ***Innovaciones organizativas y tecnológicas.***

Schumpeter describe el proceso de innovación identificando formas claramente diferentes, con implicancias distintas en los cambios de la estructura de los mercados.

La innovación organizativa a diferencia de la tecnología que aumenta la asimetría informativa y genera diferenciación de producto, tiende a ahorrar costos mediante el replanteo de los derechos de propiedad y del modelo de gestión.

La misma si bien tiene carácter de bien público y por ende es apropiable fácilmente <sup>2</sup> dependerá en gran medida de la capacidad y la cultura organizativa así como las rutinas de las empresas interesadas en producir innovaciones.

Coriat y Dosi se preguntan acerca de por qué las empresas sabiendo que el modelo japonés u otras innovaciones gerenciales son exitosas en otras partes del mundo, no copian las mismas y logran eficientizar sus propias organizaciones. Aquí es donde comienza a jugar los aspectos institucionales del cambio, las culturas, las tradiciones, las leyes, los procedimientos, la política, etc que tan bien ha desarrollado Douglas North y los neoinstitucionalistas

Si consideramos que las innovaciones organizativas implican el diseño de instituciones que tienden a minimizar los costos de transacción (costos de coordinar y motivar al mercado para que realice la transacción) podemos entonces suponer que esta tendencia a generar nuevas organizaciones en el sector salud, está directamente relacionada con los costos que se observan en el mercado para producir. Otra posibilidad a considerar es que en cambio se trata de innovaciones de proceso y producto, con un importante margen de riesgo e incertidumbre y especificidad de activos humanos (reconversión de médicos desde especialistas a generalistas)<sup>3</sup> que hasta el momento no es posible encontrarlas en la oferta del mercado.

Ortún Rubio menciona que en el sector salud se aprecia una intensa innovación tecnológica y una escasa innovación organizativa y esto se debe a lo escasamente competitivos que resultan estos mercados.

Como observamos con anterioridad la presencia de acuerdos oligopólicos asentados en la diferenciación de productos, tiene una fuerte implicancia sobre la innovación tanto organizativa como tecnológica.

En ese sentido las instituciones de cada país, constituyen el marco donde se dan las innovaciones, y la historia demuestra que la fuerte capacidad de la oferta en diferenciar producto favoreció la innovación tecnológica en mayor medida que la organizativa, mientras que la oferta impuso condiciones.

La diferencia entre una y otra radica en que mientras la innovación tecnológica es apropiable (patentable), por las empresas y ayuda al profesional

---

<sup>2</sup> Por ejemplo una estrategia de atención primaria o bien un esquema de organización de médicos de primer nivel.

<sup>3</sup> Williamson – activos específicos

y empresas a incrementar la asimetría informativa y diferenciar producto, la innovación organizativa tiene características de *bien público*.

La primera tiende a incrementar los fallos de mercado mientras que la innovación organizativa se ve frenada por la ausencia de competencia, la cartelización de la medicina, uno de cuyos objetivos específicos como señala Ortún Rubio, es limitar el acceso a los mercados.

El carácter relacional del mercado de salud en la Argentina constituye una traba fundamental para introducir innovaciones organizativas que actúen modernizando la asignación de recursos del sector.

Las innovaciones predominantes en el sector han sido financieras o tecnológicas sin demasiadas profundizaciones, entendiéndolas como una respuesta a lo que está pidiendo en este momento el mercado: control del gasto.

### ***Características del mercado de la salud en la Argentina***

Son escasos los trabajos en la Argentina que han buceado en cuestiones microeconómicas del sector salud, superando una serie de supuestos generalistas referidos a las instituciones y determinados comportamientos automáticos de los agentes económicos individuales y los mercados.

Las transformaciones que se han estado produciendo en nuestro sistema de salud, con una dinámica casi espontánea e independiente de la escasa efectividad política en la materia, requieren a nuestro entender repensar el esquema de funcionamiento microeconómico que permitió explicar adecuadamente la lógica de los mercados de salud hasta finales de los ochenta.

El trabajo de Katz y Muñoz, aparecido en 1987, constituía una mirada diferente sobre el sistema de salud argentino, que abandonaba el típico esquema de análisis en subsectores, para avanzar en una lectura económica desde la organización industrial acerca de la morfología y comportamiento de los mercados prestadores y de las interdependencias que entre ellos se observaban. En esta perspectiva toma relevancia el análisis de la estructura del mercado, donde se describe claramente la morfología oligopólica, y la capacidad de la oferta de influir sobre el sistema de precios y las decisiones de la demanda. Más específicamente se profundiza en el estudio de las herramientas institucionales reguladoras (nomenclador nacional), que se utilizaron en la definición de los productos y sus precios relativos.

De manera rápida podemos identificar en la ***evolución del sistema de salud argentino tres etapas desde el punto de vista de las transformaciones y los instrumentos de innovación utilizados en cada una de ellas:***

**Cuadro 1: Transformaciones del sistema de salud en Argentina.**

<b>Período</b>	<b>1960-1980</b>	<b>1990</b>	<b>Futuro</b>
----------------	------------------	-------------	---------------

Período	1960-1980	1990	Futuro
Innovaciones Asistenciales	Innovaciones tecnológicas	Innovaciones macro y meso (financieras)	Innovaciones organizativas y clínicas
Innovaciones en el diseño de los contratos	Contratos emergentes, con identificación de prestaciones .	Contratos integrales, con inclusión del conjunto de prestaciones y de mayor alcance geográfico.	Tendencia a la cobertura de la asistencia de problemas de salud por sobre la realización de prácticas.
Definición del producto asistencial	Nomenclador Nacional.	Desregulación de precios según las condiciones de negociación de cada situación – Valores globalizados o módulos	Modulo DRG – PMC, vinculando diagnóstico y normas asistenciales.
Modalidades de pago y distribución del riesgo.	Pagos por prestaciones, con riesgo económico asumido totalmente por el financiador	Pagos capitados y segmentación como distribución del riesgo	Contratos complejos, que identifican la modalidad de pago como componente de un modelo detallado técnico asistencial.

Fuente: Elaboración propia.

En el marco de un estado muy débil en su capacidad de ejercer *poder regulatorio real*, el componente relacional de los mercados hace que los actores se terminen *comiendo* al regulador, considerando la fortaleza que alcanzan la vinculación y los acuerdos de mercado (monopólicos) frente al escaso poder que tiene el Estado argentino para regular.

La idiosincrasia de los actores y su íntima relación con la trama política, los ubica como variables protagónicas de la evolución de “los espacios de regulación” que se construyen al interior del sistema.

El actual predominio de la demanda, constituye una importante transformación en primer lugar por que ya no es el agente prestador (médicos, clínicas y sanatorios, centros especializados) , quien impone el patrón de innovación, sino el agente financiero. Y en este sentido al agente principal (financiador) le interesa fundamentalmente eficientizar el gasto de aseguración y no maximizar prestaciones sobre el paciente o sobrefacturar para incrementar sus ingresos, comportamiento típico en el agente prestador en el esquema anterior.

La demanda indirecta, representada por las aseguradoras, no tiene más aspiraciones por ahora que el control del gasto que sumado a la ausencia de un poder regulatorio efectivo que la obligue a cumplir con la legislación, por ejemplo exigir la cobertura del Programa Médico Obligatorio o que eliminen de las redes aquellos prestadores que no superarían una simple acreditación, conforma un ambiente con escasos incentivos a innovar para mejorar el servicio de salud que se asegura y presta.

La compra de servicios fragmentada no está modificando las especificidades de la compra, no plantea un nuevo modelo asistencial que obligaría a repensar el modelo prestador de servicios de salud introduciendo una serie de innovaciones que hoy se encuentran en estado latente sin ser incorporadas, por que los operadores no tienen ni incentivos ni regulación para cambiar.

La llegada de inversores extranjeros al sector podría hacer suponer de la mano de los cambios de propiedad, una transformación importante del management de las empresas. Sin embargo las innovaciones gerenciales y organizativas son ante todo un cambio de cultura interna de las empresas y esas modificaciones son graduales y toman su tiempo.<sup>4</sup>

Consideremos por ejemplo la cantidad de contratos que existen todavía sobre la base del nomenclador y referenciando el precio en último arancel INOS, y percibiremos las escasas transformaciones que se han materializado en el modelo de atención médica-asistencial.

Las innovaciones que estamos presenciando en el sector son básicamente meso y macro, por ende se expresan mediante el cambio del esquema de financiamiento, la distribución del riesgo de la cápita al interior de la red, autoselección de la oferta, tercerización del management, transformación de entidades sin fines de lucro en sociedades comerciales, etc.

La oferta prestadora no esta obligada todavía a introducir innovaciones organizativas que le permitirían una asignación discriminante y eficiente de diferentes formas organizativas a distintos tipos de transacciones, por ahora le alcanza y sobra para la supervivencia con la ampliación del poder monopólico, la eliminación de prestadores y la introducción de algunos criterios e incentivos financieros de distribución del riesgo.

Las redes prestadoras que se han estado organizando para responder a la demanda de PAMI u otros requerimientos de servicios de salud integrales, constituyen un resultado de acuerdos estratégicos que dan origen a una integración virtual incompleta.

Si bien suponen en conjunto la afirmación de una concepción de riesgo empresario en la administración de las prestaciones de salud y han estimulado técnicas de auditoría y control, aún no han tomado forma de empresa asumiendo plenas funciones de coordinación y motivación.

---

<sup>4</sup> La voz del interior. Economía. 26 octubre 1997. Pag.7e

## ***Cuáles son las innovaciones que se observan en el mercado***

Por todo lo antedicho consideramos que son escasas las innovaciones que se han producido en el sector, y que aún falta un largo camino por recorrer para modernizar la empresa de salud aseguradora y/o prestadora.

Las innovaciones introducidas tienen como clave de lectura ***la reducción de costos*** para lo cual es necesario contar con sistemas de control donde se fiscalicen las prestaciones que los médicos ordenan a sus pacientes durante las consultas, derivaciones, estudios de alta complejidad y análisis.

Algunas de las innovaciones que observamos son las siguientes:

- ▶  Cambio en el esquema de financiamiento (cápitales, modelos contractuales)
- ▶  Distribución del riesgo de la cápita al interior de la red (formas de pago por costo por egreso o según tipo de práctica)
- ▶  Autoselección de la oferta
- ▶  Tercerización del management
- ▶  Cambio de figura jurídica (creación de sociedades anónimas)
- ▶  Valores globalizados o módulos

Los ***contratos capitados*** permitieron a las obras sociales sobrellevar la grave crisis financiera por la que atravesaban. En primer lugar la cápita permite una mejor programación de los recursos disponibles, considerando que la entidad aseguradora conoce previamente el costo futuro de la atención de sus beneficiarios en el lapso contratado. Además, supone para la obra social la posibilidad de liberarse del riesgo financiero derivado de la sobreprestación y sobrefacturación de servicios, trasladándolo a la entidad que toma a su cargo el contrato y con éste la responsabilidad derivada de la gestión de los valores capitados.

Estos nuevos contratos generaron conflictos y negociaciones en el interior de las redes prestadoras que se fueron armando, en algunos casos ya sin una lógica de "identidad profesional" coordinados mediante la corporación, sino mediante una nueva figura más cercana al "empresario capitalista" organizador de la red de servicios.

Las corporaciones profesionales tuvieron y siguen teniendo serias dificultades para lograr mantener el equilibrio financiero de los nuevos contratos considerando que en el marco de los contratos *fee for service*, la exigencia y los incentivos del control del gasto era inexistente y esto se reflejaba en un modelo de gestión que podemos denominar "*free rider*" y resumir en que la organización del proceso de trabajo se hace sin limitación de costos.

Para lograr mantener los contratos, racionalizando el conflicto interno comienzan aparecer formas de pago por servicio pero que tienden a diferenciar en base a diferentes criterios, por ejemplo acreditación, ubicación geográfica o ámbito de la prestación (bioquímica de internación se paga mejor que ambulatoria).

Muchas corporaciones profesionales por diferentes motivaciones mantienen una convivencia entre su rol gremial y la creación de sociedades comerciales, que han creado para ofrecer y seguir prestando servicios a las obras sociales, ante la aparición de decretos que impedían la firma de contratos con entidades monopolicas de profesionales.

### ***Innovaciones latentes***

Existe una gran cantidad de innovaciones que se discuten en el seno del sector, algunas provenientes de la influencia de los Estados Unidos o bien de Europa, estando vinculadas fundamentalmente a los cambios que han producido los sistemas para responder a las necesidades y expectativas del usuario, para mejorar la gestión clínica de los servicios o para responder a la dinámica de los cambios tecnológicos.

La mayoría de ellas permanece "en carpeta" para ser aplicada en algún momento, sin fecha cierta de introducción.

### ***Managed care***

Se empieza a analizar e implementar en algunos casos, sin ser todavía demasiado extendida la experiencia. Los Grupos de Primer Nivel de Atención se están creando en algunas obras sociales <sup>5</sup>, en tanto que el sector público a través del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires mediante el accionar de la Secretaría de Salud, creó recientemente un esquema de médico de familia para dar cobertura a los habitantes de la ciudad y también en algunas provincias como por ejemplo Jujuy, donde tienen centros de atención primaria dependiendo del hospital desde hace muchos años, si bien los problemas de inestabilidad política y desfinanciamiento no han facilitado la consolidación y afirmación de un modelo articulado entre la atención primaria y la derivación.

En el ámbito de los prestadores y aseguradores privados están avanzando en la introducción de mecanismos de managed care. Por ejemplo el Grupo Clínica Bazterrica de la mano con una importante inversión de capital, comenzó a introducir managed care tendiente a optimizar la calidad médica y de recursos. En términos prácticos esto se traduce en menores tiempos de internación, cirugía ambulatoria en función de los avances de la tecnología, mayor atención domiciliaria para no sacar al paciente de su habitat natural e integración del médico de familia como referente permanente de consulta. <sup>6</sup>

Los prestadores privados agrupados en la CAES (Cámaras de Empresas de Salud) desarrollaron un modelo basado en el médico de familia, donde la idea central hacía eje en retornar al médico de cabecera que conoce al paciente y su

---

<sup>5</sup> OSPECON – Obra Social del Personal de la Construcción atiende a sus beneficiarios mediante una red de 61 centros de atención médica distribuidos en todo el país, a través de la aplicación del modelo de atención primaria para la salud, basado en la práctica de la medicina familiar.

<sup>6</sup> El Grupo Clínica Bazterrica invirtió \$ 4 millones para mejorar su infraestructura. Consultor de Salud. 16 de mayo 1997, pag.27

familia. De esta forma se desarrollaría una mejor atención y bajarían los costos porque no habría estudios innecesarios ni internaciones evitables<sup>7</sup>

Existen también una serie de **innovaciones tecnológicas y organizativas** importantes que sin embargo no están siendo introducidas por los operadores, quienes sólo las utilizan para posicionarse en el mercado anunciándolas. Es el caso de telemedicina, cirugía ambulatoria, internación domiciliaria u hospital de día.

En materia de **gestión clínica** es sorprendente el contraste entre el avance de la tecnología, los procedimientos diagnósticos y las intervenciones médicas, y la escasa evidencia rigurosamente fundamentada acerca de su eficacia y efectividad.<sup>8</sup>

El Profesor Archibald Cochrane ha señalado este dilema, en particular la escasa disposición de información relevante sobre la evaluación de terapias alternativas fundamentadas en la experimentación controlada y la inferencia causal.

En nuestro país la escasa o nula producción y actualización de protocolos clínicos por una parte, y de acceso a la información por parte del paciente acerca de del comportamiento relativo de los hospitales en términos de mortalidad, recidivas e iatrogenia, por la otra, constituyen una muestra más de la escasa profundidad que han alcanzando los cambios del sector salud.

El discurso de invertir en los recursos humanos está muy generalizado , sin embargo hasta ahora es solo declamatorio y no se ha hecho efectivo. Las empresas de salud invierten muy poco en capacitación de sus recursos humanos, lo cual sin dudas es una apuesta a largo plazo y todo esta basado en la búsqueda en un mercado de sobreoferta, pero donde ya empiezan a escasear determinadas profesionalidades y que requiere cada vez más la complejidad organizativa de las empresas prestadoras y/o aseguradoras de salud.

En materia de **contratos laborales** en el sector privado de salud es también escasa la innovación que uno puede encontrar, en primer lugar porque está muy vinculada a la discusión sobre la modernización de las relaciones laborales en términos generales que se esta discutiendo en el país, pero no obstante son escasas las experiencias de introducir nuevas formas de pago e incentivos a profesionales, o esquemas de participación en las ganancias que permitan pensar en un mayor involucramiento de los actores.

Respecto a la **estrategia de acreditación de establecimientos** si bien han existido intentos por crear entidades similares a la *Joint Comission* de los Estados Unidos, con carácter voluntario para comenzar un trabajo de acreditación de estructura y luego pasar en una etapa más evolucionada a procesos, todavía no resulta una exigencia del mercado para poder vender servicios, por consiguiente es exiguo el desarrollo alcanzado. Dos experiencias dignas de mención son ITAES y la Federación Bioquímica de la Provincia de

---

<sup>7</sup> Clarín – Economía. Empresarios contra el actual modelo de atención médica. Pag.27. Norberto Larroca presidente CAES

<sup>8</sup> Nuevos Instrumentos y Tendencias de Gestión en Hospitales. Pag.10. J. Artells

Buenos Aires, que sin embargo se limita a un número muy reducido de prestadores.

La experiencia de ***integración de redes*** es muy declamada, pero existen escasas experiencias de redes que funcionen como tales, es decir con un esquema de gobierno encargado de coordinar e introducir los incentivos adecuados a los prestadores que permitan cumplir adecuadamente con los contratos pautados. Se denomina redes simplemente a la reunión de prestadores en una UTE, que sin embargo tienen serias dificultades para integrarse realmente y articularse para brindar un servicio eficiente y de calidad. La experiencia de una UPI prestadora de PAMI, integrada por los Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y prestadores privados, lleva algunos años y constituye una experiencia interesante que ha superado la instancia de los cambios de gobierno que suelen actuar negativamente, ya que en este caso se pudo manejar la transición y continuar con el emprendimiento conjunto

### **La nueva microeconomía del sector salud.**

El sistema de salud prevalente en la Argentina de los años 70 se caracterizaba por la presencia de corporaciones con fuerte capacidad de negociación tanto por el lado de la demanda (obras sociales) como de la oferta (entidades gremiales profesionales)

El equilibrio entre uno y otro, era la consecuencia de la negociación de precios y prestaciones, que tenían como marco el Instituto Nacional de Obras y el Nomenclador Nacional como instrumento jurídico donde se legitimaba la puja distributiva entre financiador-prestador y entre los prestadores entre si. <sup>9</sup>

El sistema de salud está fuertemente condicionado por el ingreso recurrente de nuevos productos, procesos y modelos de organización del acto médico. Las señales de rentabilidad que daba el mercado, inducían un rápido ingreso de nuevos prestadores, que terminaban saturando el mercado y erosionando en consecuencia la rentabilidad de los operadores.<sup>10</sup>

Se generaban así las condiciones para una continua carrera innovadora tendiente a diferenciar servicios y posicionarse en ciertos nichos de mercado.

La oferta de salud tuvo desde los años cincuenta a finales de los ochenta, una gran capacidad de diferenciar sus productos para mantener o capturar rentas adicionales. En una primera fase los médicos imbuidos por una fuerte presión académica, profesional y de ingreso tendieron a incrementar las especialidades y subespecialidades, generando una mayor asimetría informativa médico-paciente

En una segunda etapa el protagonismo de la diferenciación de producto estuvo a cargo de los establecimientos asistenciales, quienes incorporaron una serie de servicios amenidades u otros periféricos que tendieron a permitir una recuperación del espacio perdido por la gran cantidad de camas de internación existente.

---

<sup>9</sup> Trabajo de Tesis de Ernesto Báscolo

<sup>10</sup> Jorge Katz



Por último en una tercera fase la incorporación acrítica de tecnología médica y farmacológica, no estuvo acompañada de un incremento de productividad del sector sino asociada al proceso de diferenciación de producto y servicios de atención médica.

Este comportamiento de la oferta colaboró a configurar un mercado donde la innovación constituía un fenómeno central para poder mantener ingresos o ampliarlos a expensas de otros insumos del sector, generando una fuerte puja distributiva de ingresos.

Este mercado fue definido de manera acertada<sup>11</sup> como un **oligopolio con diferenciación de producto**, alejado de un mecanismo de tipo competitivo que se reflejara en una caída de costos o mejores servicios percibidos por la gente.

El desfinanciamiento del sistema por evasión de aportes<sup>12</sup> y bajos salarios<sup>13</sup>, costos prestacionales crecientes, la escasa eficiencia asignativa de las obras sociales terminó afectando seriamente al sector que se vio sumergido durante los años ochenta en profundos conflictos que envolvían a prestadores y obras sociales pero que en definitiva terminaban perjudicando fuertemente la cobertura de los usuarios del sector.

La puja era ordenada y controlada mientras los recursos crecían para el sector salud, cuando se llegó a la meseta y luego comenzó el declive, comenzaron las pujas salvajes por mantener las rentas ganadas.

Esta puja entre asegurador y prestador, y de los prestadores entre sí, fue llevando a una pérdida importante del poder de negociación de estos últimos dada la sobreoferta existente y terminó fragmentando las corporaciones profesionales.

Durante la crisis, cada prestador intentó maximizar su ingreso convirtiendo en conductas normales la sobrefacturación y sobreprestación.

En efecto si bien los aseguradores tenían problemas de financiamiento por la caída de los aportes y contribuciones sumadas a la mala gestión y al incremento de los desvíos de recursos hacia rubros no prestacionales, la debilidad de la oferta, dada por la cantidad que ingresaban al mercado incentivados por las señales de rentabilidad y el escaso poder de control de las organizaciones prestadoras, constituyeron debilidades que terminaron afectando y descompensando a la oferta.

---

<sup>11</sup> Katz

<sup>12</sup> El Ministerio de Trabajo detectó una alta proporción de trabajadores en negro, no son empleados de compañías invisibles sino de aquellas registradas y que se desempeñan en blanco. Del informe del M.de Trabajo surge que el 22,19% de los trabajadores relevados, inclusive después de la inspección no estaban registrados en la empresa. El 38,1% de los asalariados entrevistados en Capital Federal y Gran Buenos Aires declaró que sus empleadores no le hacen ningún tipo de descuentos salarial ni tampoco cumplen con el pago de los aportes jubilatorios. Clarin, 20 de octubre 1997

<sup>13</sup> Según los datos del Indec correspondientes a los ingresos de la población ocupada de mayo último en 27 regiones de todo el país, se determinó que el salario medio de los argentinos en relación de dependencia, autónomos, cuentapropistas y pequeños patrones es de \$ 635 Clarin, Economía, 20 octubre 1997 pag.20

Mientras las obras sociales pudieron resistir por la presión sindical los intentos de libre elección, que les habría quitado el monopolio de la demanda, los prestadores institucionales fueron desarticulados <sup>14</sup>, en parte por su propia incapacidad de ponerle freno a una oferta que crecía día a día.<sup>15</sup> La fragmentación de la oferta contribuyó a su desarticulación y debilidad en términos de poder negociador, siendo escasos los intentos de iniciar un proceso de reconversión institucional

En aquellos casos donde por capacidad dirigencial se iniciaron procesos de cambio y transformación organizativa, la segmentación del poder interno existente, así como los diversos grados de perjuicio de los componentes de dichas entidades, profundizaron los problemas internos y la consiguiente debilidad para desarrollar nuevos modelos organizativos y prestacionales más acordes con los nuevos tiempos

La desregulación decretada en 1989, simplemente puso en claro una situación que de hecho se estaba dando en el mercado. La negociación particular entre obras sociales y entidades gremiales o grupos de prestadores escindidos pactaban contratos sin tener en cuenta los valores del Nomenclador Nacional y negociando precios según la fuerza y necesidad de cada obra social para obtener servicios. En algunos casos se cambiaba el pago por prestaciones capitadas que eran fuertemente resistidas por las gremiales profesionales, que consideraban dichos contratos como pasos atrás en la negociación.

#### Demanda de servicios de salud

Mientras que la oferta se continuó fragmentando las obras sociales sindicales comenzaron el proceso de libre elección entre ellas. Los acuerdos de los sindicatos acerca de no hacer publicidad y promoción para robarse clientela impidió que un mayor número de personas ejerciera el derecho a cambiar de asegurador. Tan solo 140.000 afiliados de una a otra obra social cambiaron de aseguradora.

Los resultados muestran una pérdida de las más grandes (Bancarios, Industria Metalúrgica, Sanidad, Docentes, del personal rural y estibadores, de personal de entidades deportivas y civiles, de conductores de transporte colectivo de pasajeros, etc) con excepción de OSECAC y el fortalecimiento de algunas obras sociales más chicas que trabajan asociadas con empresas de medicina prepaga (Duperial Orbea, personal del organismo de control externo, empleados de comercio y actividades civiles, de la actividad de seguros, reaseguros, capitalización y ahorro, del personal aeronautico, de docentes particulares, etc) <sup>16</sup>.

El ordenamiento y mayor control de los ingresos que implica la caja única administrada por la DGI, el incremento de la recaudación y la importancia

---

<sup>14</sup> incluso prohibiendo la contratación de los mismos por parte de las obras sociales

<sup>15</sup> Las entidades formalmente democráticas tuvieron serios inconvenientes para introducir las transformaciones que le hubieran permitido adecuarse a los nuevos tiempos sin perder el mercado. Fueron escasos los éxitos en los intentos de modificar las formas de pago a los profesionales, la distribución de los derechos de propiedad de las rentas y el diseño organizativo e institucional de las gremiales profesionales.

<sup>16</sup> Cuadro con ganadores y perdedores de la libre elección – Clarin 20 de octubre 1997

económica que comienza a tener para la población contar con cobertura de salud, les fue haciendo ganar un mayor poder en la negociación a los aseguradores de salud con población cautiva (obras sociales sindicales y provinciales, PAMI).

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se consolidó con sus más de 4.000.000 de afiliados y las obras sociales provinciales continuaron con sus más de 5.000.000 de afiliados siendo los compradores de servicios más importantes en todas las provincias del país.

En el caso de los sistemas prepagos, que están básicamente asentados en la Capital Federal y el Conurbano bonaerense, se dio también un proceso de crecimiento importante de su cobertura durante el período 1992-95 y que luego se vio afectado en parte por el efecto tequila<sup>17</sup>. Existe en este sector una fuerte tendencia a la concentración de las poblaciones en los cuatro o cinco líderes del sector.

En consecuencia, este desequilibrio entre oferta y demanda a favor de esta última, le brindó las condiciones para replantear la relación con los prestadores e imponer los nuevos patrones de innovación antes mencionados.

## La oferta prestadora

En un encuentro entre prestadores y aseguradores realizado en Córdoba en 1997 los mismos asumían autocríticamente que se tuvo responsabilidad en haber sostenido un modelo médico que al desconocer la causalidad facilita la reproducción de enfermedades, y que al abusar del recurso tecnológico (medicamentos y aparatología) favoreció el crecimiento del complejo médico industrial en desmedro del trabajo mano de obra intensivo de los profesionales, que es la base de la práctica médica científica, por lo tanto se actuó en contra de la calidad y de la salud de la gente".<sup>18</sup>

En el esquema anterior la innovación era impuesta por la oferta, con el objetivo de capturar nuevas rentas (incremento de las especialidades, tecnologías, amenidades en internación, medicamentos), que tendieron a consolidar un modelo curativo y excesivamente medicalizado, donde predominó la innovación tecnológica.<sup>19</sup>

En el nuevo esquema ***la demanda impone condiciones a la oferta para comprar sus servicios***. El nuevo instrumento contractual son los contratos capitados que significan una transferencia de riesgo al prestador u organizador de la oferta, quien se convierte en el responsable de la gestión de la cápita. Este operador es ahora quien debe desarrollar capacidad para gerenciar contratos teniendo en cuenta que significa un riesgo financiero importante.

---

<sup>17</sup> Ver artículo del diario que menciona las anulaciones de fichas por parte de afiliados a prepagos con el efecto tequila

<sup>18</sup> Alentador Crecimiento. Primer encuentro Cosspra-Comra. El Médico, octubre 1997, pag.22

<sup>19</sup> Como bien señala Ortun Rubio la innovación tecnológica tiende a incrementar las asimetrías informativas entre médico y paciente, otorgándole mayor poder al primero.

Se fomentan en alguna medida esquemas integrales donde se atiende desde el primer nivel hasta el último, con todas las especialidades. El poder comprador no demuestra interés en mejorar por ahora la calidad de los servicios y el estado carece de poder regulador que permitiría exigir la acreditación de los establecimientos y profesionales que forman parte de la red.

Las innovaciones son simplemente la introducción de esquemas de control del gasto en medicamentos, sin llegar todavía a intentar comprar un nuevo modelo de atención médica.

Así como sucede en muchos sectores industriales donde el objetivo es proveer productos y servicios en consonancia con el medio ambiente y ecológicamente sostenibles, el sector salud está introduciendo como criterio de selección el control de costos.<sup>20</sup>

El patrón de innovación que la demanda impone a la oferta resulta débil como consecuencia de que la competencia entre aseguradoras no es tal. Todavía la población sigue siendo cautiva por decisión de un Estado que no exige el cumplimiento de un marco regulatorio nuevo (mayor información a los usuarios-aportantes, exigencias para las obras sociales y los prepagos, etc) en consecuencia la competencia es larvada y las estrategias pasan más por el apoderamiento de posiciones dentro del mercado que por verdaderas innovaciones para captar usuarios de servicios de salud.

Esta preocupación por el ahorro financiero y la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, tuvo aspectos fuertemente negativos que se expresaron en la aparición de entidades intermediarias sin ningún tipo de estructura propia y con relativa capacidad de management que se hicieron cargo de contratos capitados subcontratando una red prestadora de servicios de atención, aprovechando la sobreoferta del sector y obteniendo un importante margen de beneficio con la sola intermediación.

Estos casos terminaron en fracaso cuando la obra social por ciertas incapacidades financieras dejó de transferir recursos o bien por impericia o escasa responsabilidad empresarial por parte de las intermediarias quienes por pagar bajos honorarios o aranceles, tendían a quedarse sin red prestadora para atender a los usuarios de la obra social.

La permisividad de estas situaciones constituye un ejemplo más del escaso poder regulador público en el sector, al permitir que en este mercado de características tan particulares donde el bien a proteger es la salud de la población, se permita de manera liviana comportamientos altamente oportunistas y en algunos casos ilícitos, como en el señalado.

En ciertos casos, este rol de gestor de las poblaciones de ciertas obras sociales lo cumplieron los prepagos, que incorporan a los beneficiarios a su propio padrón y que reciben una cápita de la obra social. El rol de las obras sociales en este caso es el de una simple gestora de padrones<sup>21</sup>, que no

---

<sup>20</sup> Marco Meneguzzo y Carlos Vassallo – Reinventando el sistema de salud en Estados Unidos (inedito)

interviene en lo más mínimo en la organización del esquema prestador de sus beneficiarios.

Algunas obras sociales contratan su gerenciamiento con consultoras de salud privadas conformadas por grandes grupos de inversores del exterior, en lo que parece ser la configuración de nuevos esquemas asociativos para gerenciar la seguridad social.

Las redes prestadoras de la medicina prepaga pasan así a ser los prestadores de las obras sociales en lo que constituye un juego muy oscuro de toma de mercado. El objetivo de este avance de algunos prepagos sobre las obras sociales constituye un ingreso anticipado a la apertura de la competencia obras sociales y prepagos, y permite que estos últimos se posicionen con anticipación a la libre elección.<sup>22</sup>

Los capitales que están llegando al sector no vienen a prestar servicios de salud, por el contrario, Argentina tiene una tasa de sobreoferta altísima en términos de médicos, camas, tecnología. Los capitales vienen a organizar la oferta con un software desarrollado en otros países, que permite contratar con obras sociales o asegurar a la gente y contratar una red de servicios para dar prestaciones.

Asistimos en primer lugar a un importante proceso de concentración de la aseguración en salud a cargo de operadores internacionales como *Exxel Group*<sup>23</sup> pero también de algunos operadores locales<sup>24</sup> que incorporan pequeños prepagos con los cuales conformar un pool de riesgo que le brinde una importante tasa de beneficio.

Diversos Grupos Previsionales y compañías de seguro (Provincia, Omega, Consolidar y Fecunda) anunciaron o lo están por hacer, el debut de sus ramas en salud.<sup>25</sup>

Las presencias de operadores internacionales y compañías de seguro privadas se han dado fundamentalmente en el área de aseguración considerando que en la misma se plantean innovaciones mucho más fáciles de concretar que cuando se trata de cambiar la cultura organizativa y gerencial de

---

<sup>22</sup> La nueva estrategia de alianzas de los sindicatos. Consultor de Salud. 18 de mayo 1997, pag.7

<sup>23</sup> Se encuentra presente en el sector salud mediante las empresas Sistema de Protección Médica SPM (Tim y Galeno), life y vesalio. Cuenta con servicios propios: Clínica del Sol-Arenales, Clínica del Sol-Coronel Diaz, Sanatorio Jockey Club, Sanatorio La Trinidad. Tiene un total de 160.000 adherentes titulares y en 1996 facturó 205 millones de pesos. SPM por su facturación integra el lote de las 10 empresas líderes de salud y es la mayor prepaga del país. (Clarín, El Cronista, Revista Mercado)

<sup>24</sup> ASE, la obra social de los Ejecutivos se dispone a competir por el mercado privado de la salud en el interior del país. Con más de 4.600 empresas afiliadas y 20 años de vida institucional, ASE desarrolla su plan de expansión con la participación en Medlife (Mendoza), Medinea (Misiones) Boreal(Tucuman) y varios sanatorios en Rosario. Además participa junto con la Federación Agraria de Solidez, la única aseguradora para casos de alta complejidad. (El médico, octubre 1997) Swiss Medical luego de integrarse con el Banco Santander, adquiriendo Optar, la prepaga con la cuota más cara del mercado e incorpora de esta manera 13.000 afiliados. Swiss Medical Group esta entre los primeros entre cantidad de afiliados y alcanza una facturación de 240 millones al año, tiene prevista fortalecer su situación financiera con la participación en la Bolsa de Comercio..

<sup>25</sup> El Banco Provincia de Buenos Aires esta lanzando una prepaga para competir en la provincia por las poblaciones que hoy se atienden en las empresas prepagas y obras sociales y tiene como meta llegar a una cobertura de 1.200.000 personas

un prestador de servicios médico-asistenciales. Aquí es donde se encuentran los verdaderos **activos específicos** que surgen de lo intrincado de la negociación, de las particularidades del grupo profesional y de la cultura organizativa.

### ***Identificación de escenarios futuros***

El presente se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los diferentes mercados de salud y subsectores aseguradores y prestadores. El rasgo sobresaliente de este escenario de mercado salvaje, es la convivencia de un proceso de competencia acotado y sin gestión reguladora por parte del estado con procesos de readecuación de las organizaciones del sector mediante una batería de innovaciones de carácter financiero y en menor medida organizativas.

Uno de los escenarios posibles del sector es un avance en la concentración de la demanda (fusión de obras sociales, acuerdos de obras sociales con prepagas, etc) que utilizando la estrategia de diferenciación de producto intentar "escapar" del esquema de cobertura mínima que les impone el PMO mediante el lanzamiento de planes adicionales que tienden a incrementar la inequidad, fragmentación, y segmentación de la población cubierta.

Un modelo institucional del estado similar al presente es decir sin ejercicio de la regulación sobre el proceso de competencia y libre elección.

En este marco se profundizaría la recomposición de la concentración y organización de los prestadores privados, que se integran verticalmente hacia arriba, asumiendo la administración del financiamiento de obras sociales mediante contratos capitados. En este modelo se consolidan los modelos asistenciales integrales, desde el primer nivel de atención ambulatoria hasta la alta complejidad diagnóstica y quirúrgica. En este caso la función de compra de servicios es asumida por el mismo grupo prestador como estrategia de poder y mecanismo de autorregulación del modelo asistencial. La organización de la oferta toma nuevas formas institucionales alejadas al modelo conformado por las tradicionales instituciones representativas de la oferta. El proceso de ajuste y reconversión está determinado por la puja distributiva de los mismos. Su resultado es producto del poder relativo de los agentes económicos internos del grupo prestador privado.

Enthoven<sup>26</sup> plantea que la estrategia de libre competencia en los mercados de salud incluyen: selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos, (que eleva el costo de productos comparables), la discontinuidad de la cobertura, el rechazo del aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones preexistentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la construcción de barreras de entrada al mercado.

La intensidad y la vocación de regulación por parte de los gobiernos constituye un aspecto fundamental para pensar un escenario alternativo al

presente. Algunas de las funciones claves para asegurar un mecanismo de competencia regulada serían: determinación de reglas de equidad, manejar la selección de riesgo, asegurar periódico proceso de afiliación, vigilancia de los aseguradores, controles de calidad, promover la entrada de nuevos competidores, y manejo de los subsidios.

Las elecciones presidenciales previstas para 1999 permitirán conocer las posiciones de la sociedad expresadas a través de las diferentes expresiones políticas y en este debate encontrar los denominadores comunes de la agenda en salud en consonancia con los desafíos de competitividad e integración social que impone el futuro del país.

## **Bibliografía**

- Cabases Hita J.M. La gestión de los sistemas nacionales de salud. Cambios recientes en España. AES Argentina, abril 1997
- Coase R.H. La empresa, el mercado y la ley. Alianza Economía. Madrid, 1994
- Coriat B. y Dosi G. Aprendiendo a gobernar y solucionar problemas: sobre la co-evolución de capacidades, conflictos y rutinas organizacionales. Buenos Aires Pensamiento Económico, Nro 1, Otoño 1996
- Cuervo J., Varela J., Belenes R.. Gestión de Hospitales, Nuevos instrumentos y tendencias.. Ed. Vicens Vives. Barcelona, 1994
- De Manuel Keenoy, E.- Pérez Lázaro, J.J. Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos. Documentos técnicos 10. Escuela Andaluza de Salud Pública y Junta de Andalucía. 1994
- Enthoven, Alan Consumer choice health plan. New England. Journal of Health Policitics, Policy and Law (1978)
- Katz, J. Muñoz A. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Cepal Buenos Aires. Bibliotecas Universitarias Centro Editor de América Latina. Economía. Buenos Aires, 1988
- Martin, Martin J. Incentivos e instituciones sanitarias públicas. Documentos Técnicos 5. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 1994
- Milgrom P. – Roberts J. Economía, organización y gestión de la empresa. Ariel Economía. Barcelona, 1993
- Ortún Rubio V. Innovación organizativa en Sanidad. AES España. Política y Gestión Sanitaria: la agenda explícita. Ed. Ricardo Meneu y Vicente Ortun. Barcelona, 1996.
- Ortún Vicente La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y limitaciones. Euge La Llar del Llibre. Barcelona, 1990
- Santos Redondo, Manuel. Los economistas y la empresa. Empresa y empresario en la historia del pensamiento económico. Alianza Economía. Madrid, 1997
- Williamson O. – Winter S. La naturaleza de la empresa. Orígenes, evolución y desarrollo. Fondo de Cultura Económica. México. 1991
- Williamson, O. Mercados y Jerarquías: su análisis y sus implicancias antitrust. Fondo de Cultura Económica. México, 1991

*Una mirada económica institucional del proceso de cambio.....*

Williamson O. Las instituciones económicas del capitalismo. Fondo de Cultura Económica. México, 1989