



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas



Escuela de Estudios de Posgrado
Maestría en Administración (MBA)

TESIS DE MAESTRIA

Modelo de Contratación y Pago en el Sector Salud
¿Integración vertical o terciarización de proveedores?

Maestrando: Lic. Guillermo R. Oggier

Tutor: Dr. Federico Tobar

- Noviembre de 2008 -



Agradecimientos

A mi familia por su enorme apoyo. Les pido perdón por el tiempo sustraído. Gracias Maru, gracias Delfi!!

Al Director de la tesis, Dr. Federico Tobar, por sus conocimientos y consejos permanentes y por ser un guía de lujo.

Al Director de la Maestría, Dr. Jorge Stern, por su motivación, orientación y constante seguimiento para que el proyecto vea la luz.

A mis compañeros de trabajo, especialmente a Alejandro Casuscelli, Héctor Guida, Jorge Podestá, Daniel Lew, Efraín Novick y Marcela Quiroga por haberme dado en todo momento el apoyo y la posibilidad de realizar esta maestría. A Fernando de la Vega, quien siempre me instó para que cumpliera el objetivo.

A las personas entrevistadas por el tiempo que me han brindado para que este emprendimiento académico cuente con vuestras visiones y experiencias.

A todos quienes de alguna u otra manera colaboraron con este trabajo.



Declaración

"Declaro que el material incluido en esta Tesis es, a mi mejor saber y entender, original, producto de mi propio trabajo (salvo en la medida en que se identifiquen explícitamente las contribuciones de otros), y que no he presentado este material en forma parcial o total en ésta u otra institución".



Índice de Contenidos

<i>I. Resumen</i>	8
<i>II. Fundamentación del tema de la tesis</i>	9
1. Planteo del Problema.....	9
2. Justificación	11
<i>III. Objetivos</i>	13
1. Objetivo General.....	13
2. Objetivos Específicos.....	13
<i>IV. Metodología de la investigación</i>	14
<i>V. Marco Teórico</i>	16
1. Categorías de la economía de la salud.	16
1.1. Introducción.....	16
1.2. Incertidumbre o falta de información.....	16
1.2.1. Incertidumbre respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad.....	16
1.2.2. Incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos.....	17
1.3. Asimetría de la información.....	17
1.4. El pool de riesgos.....	18
1.5. Fenómeno del tercer pagador.....	18
1.6. Características de las empresas de salud.....	19
2. Nociones de estrategia competitiva y marketing para el sector salud.....	19
2.1. Estrategias competitivas	19
2.2. Marketing para la salud.	21
3. Costos de transacción.	22
3.1. Introducción.....	22
3.2. Empresa vs. Mercados.....	23
3.3. Definición de los costos de transacción.....	24
3.4. El papel de la información.....	25
3.5. El rol del contrato	25
3.6. Las razones económicas para organizar transacciones.....	26
3.6.1 La especificidad de Activos.....	26
3.6.2. La incertidumbre.....	27
3.6.3. La frecuencia de las transacciones.....	27
3.6.4. Modelo de organización de las transacciones.....	28
4. Modelos de contratación y pago en el sector salud.	30
4.1. Introducción	30
4.2. Sistemas de contratación e incentivos.....	31



4.3. Clasificación de los mecanismos de pago.....	32
4.4. Modalidades de pago.....	33
4.5. Principales sistemas de pago en el modelo integrado.....	34
4.5.1. Salario.....	34
4.5.2. Presupuesto.....	34
4.6. Principales sistemas de pago en modelos de contrato.....	35
4.6.1. Sistemas por monto fijo.....	35
4.6.1.1. Cápita.....	35
4.6.1.2. Cartera Fija.....	36
4.6.1.3. Leasing de camas.....	36
4.6.2. Sistema por prestaciones.....	36
4.6.2.1. Acto Médico (Fee-for-Service).....	37
4.6.2.2. Módulo.....	38
4.6.2.3. Pago por día (per diem).....	38
4.6.3. Sistemas mixtos.....	39
VI. Análisis de Situación.....	40
1. Descripción del Sector Salud.....	40
1.1. El mercado de salud en el mundo y en Argentina.....	40
1.2. Los actores del mercado de salud argentino.....	42
1.2.1. Financiadores.....	42
1.2.1.1. Sector Público.....	43
1.2.1.2. Seguridad Social.....	44
1.2.1.3. Sector Privado.....	45
1.2.2. Prestadores.....	47
1.2.2.1. Servicios profesionales.....	47
1.2.2.2. Establecimientos sanatoriales.....	48
1.2.2.3. El mercado de medicamentos.....	50
2. Los Modelos de Contratación y Pago.....	52
2.1. Introducción.....	52
2.2. Descripción de los Modelos de contratación y Pago.....	53
2.2.1. Antecedentes históricos.....	53
2.2.2. Situación actual.....	55
2.3. Las principales tipologías.....	57
2.4. El rol de los gerenciadores.....	62
2.5. Ventajas y desventajas de la integración vertical y la terciarización.....	63
2.5.1. Introducción.....	63
2.5.2. Ventajas de la integración vertical.....	64
2.5.3. Desventajas de la integración vertical.....	66
2.5.4. Ventajas de la terciarización.....	67



2.5.4.1 Ventajas del sistema capitado.....	67
2.5.4.2 Ventajas del sistema por prestaciones.....	68
2.5.5 Desventajas de la terciarización.....	68
2.5.5.1. Desventajas del sistema capitado.....	69
2.5.5.2. Desventajas del sistema por prestaciones.....	69
2.6. Los costos de transacción como razón para definir si integrar o terciarizar.....	70
2.6.1. Introducción.....	70
2.6.2. La incertidumbre.....	72
2.6.3. La frecuencia en las transacciones.....	73
2.6.4. Las especificidades de los activos.....	74
2.7. Las “otras razones” para la elección del modelo.....	75
2.7.1. Introducción.....	75
2.7.2. Las características de los financiadores.....	76
2.7.2.1. El número de beneficiarios.	77
2.7.2.2. El nivel de ingreso.....	78
2.7.3. Estrategia o Política empresarial.....	79
2.7.3.1. La maximización de la calidad.....	79
2.7.3.2. La minimización del costo.....	80
2.7.3.3. La mejora en la imagen de marca.....	80
2.7.4. La conformación del mercado prestador.....	81
VII. Conclusiones.....	83
VIII. Consideraciones finales y Recomendaciones.....	88
IX. Bibliografía.....	91
X. Anexos.....	97
1. Desgrabación de entrevistas.....	97
1.1. Novick Efraín (Consultor)	97
1.2. Etkin Jorge (Ex Director de PAMI)	101
1.3. Vassallo Carlos (Profesor San Andres – UNL)	105
1.4. Mó María del Carmen (Profesora UBA)	112
1.5. Reale Armando (Consultor)	115
1.6. Maceira Daniel (Consultor)	116
1.7. Siede Julio (Construir Salud)	121
1.8. Leberztein Gabriel (OSECAC)	128
1.9. Casuscelli Alejandro (OSPe)	134
2.0. Stern Alfredo (Swiss Medical)	140
2.1. Biani Juan Carlos (SSS)	146
2.2. Barbagallo Gabriel (OSDE)	150
2. Caracterización de las Obras Sociales según sus cotizantes. (Junio 2008)	
Fuente www.afip.gov.ar	155



Índice de Cuadros

Cuadro N° 1: Evolución de las Opciones.....	45
Cuadro N° 2: Algunos Establecimientos de Obras Sociales.....	45
Cuadro N° 3: Algunas Prepagas con convenio con Obras Sociales.....	46
Cuadro N° 4: Clínicas y Sanatorios de las principales Prepagas.....	47
Cuadro N° 5: Unidades vendidas en medicamentos.....	50
Cuadro N° 6: Descripción de los Modelos de Pago de los financiadores.....	57

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Gasto en Salud respecto al PBI.....	40
Gráfico N° 2: Gasto en Salud per cápita.....	40
Gráfico N° 3: Gasto en Salud en Argentina (Año 2003).....	41
Gráfico N° 4: Composición % del Gasto en Salud en Argentina.....	41
Gráfico N° 5: Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud.....	43
Gráfico N° 6: Composición de la población por tipo de cobertura.....	43
Gráfico N° 7: Financiamiento del Sector Público.....	43
Gráfico N° 8: Población cubierta por Obras Sociales.....	44
Gráfico N° 9: Porcentaje de captación de opciones de Obras Sociales.....	45
Gráfico N° 10: Composición del mercado de financiamiento privado de salud.....	46
Gráfico N° 11: Composición del mercado de profesionales de servicios de salud.....	48
Gráfico N° 12: Cantidad de profesionales en salud.....	48
Gráfico N° 13: Establecimientos asistenciales con y sin internación.....	49
Gráfico N° 14: Cantidad de camas en establecimientos asistenciales.....	49
Gráfico N° 15: Participación de los laboratorios en la facturación total según origen del capital.....	52
Gráfico N° 16: Cantidad de laboratorios según origen del capital.....	52
Gráfico N° 17: Recaudación de obras sociales según AFIP.....	56

Índice de Figuras

Figura N° 1: Estrategias competitivas genéricas.....	20
Figura N° 2: Las cinco fuerzas competitivas.....	21
Figura N° 3: Mix de Marketing.....	22
Figura N° 4: Composición de los costos de transacción.....	25
Figura N° 5: Tipos de transacciones.....	28
Figura N° 6: Tipos de relaciones contractuales.....	29
Figura N° 7: Modelo de Reemboloso.....	33
Figura N° 8: Modelo de Contrato.....	33
Figura N° 9: Modelo Integrado.....	33
Figura N° 10: Tipología de financiadores según Ingreso y Población.....	59
Figura N° 11: Modelos homogéneos de contratación.....	60
Figura N° 12: Las otras razones para definir el modelo de contratación.....	76



I. RESUMEN

El presente trabajo de tesis es una demostración de la capacidad para aplicar los conocimientos adquiridos en la maestría en una disciplina que, por mi incumbencia profesional, permite generar un aporte a un tema concreto como es el análisis de los factores que determinan la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de salud.

En este marco, el propósito de este trabajo es estudiar las razones que llevan a los financiadores a elegir un modelo de contratación y pago desde la teoría de la economía neoinstitucional. Para esta corriente del pensamiento la manera en que se organizan las transacciones (integración/terciarización) se definen a partir de los costos de utilizar el mercado. Sin embargo, en el sector salud donde predominan innumerables fallas de mercado sumado a la particular conformación que adquirió en nuestro país, podemos señalar que existen otros factores.

A lo largo del trabajo de investigación analizamos estos temas tanto desde un enfoque teórico como desde la óptica de los actores, sean estos académicos, directores, gerentes o encargados de decidir la elección del modelo de contratación.

En el capítulo II se presenta la fundamentación del tema dividido en el planteo del problema y en la justificación. En el Capítulo III se exponen el objetivo general y los objetivos específicos de la tesis. En el Capítulo IV se describe la metodología utilizada para llevar adelante la investigación exponiendo un listado de las personas entrevistadas para el presente trabajo.

El Capítulo V presenta el marco teórico donde se tratan temas como las categorías de la economía de la salud, las nociones de estrategias y marketing para la salud, la definición de los costos de transacción y de los modelos de contratación y pago. Estas categorías analíticas sustentan y avalan desde el punto de vista teórico el análisis de situación desarrollado en el Capítulo VI. Este último se divide en dos partes; en la primera se describe el mercado haciendo hincapié en los dos actores principales, los financiadores y los proveedores del servicios. La segunda parte se destina a estudiar los mecanismos de contratación tanto desde un punto de vista histórico como su situación actual, tratando temas como el rol de los gerencadores, las principales tipologías de contratación desarrolladas por los financiadores y las ventajas y desventajas de cada sistema de contratación. Los costos de transacción como razón para definir si integrar o terciarizar y las otras razones que llevan a los financiadores a elegir el modelo de contratación y pago son analizados en profundidad en base a la información recabada en las entrevistas efectuadas. Dentro de estas otras razones se han identificado tres factores que llevan a los financiadores a elegir el modelo de contratación, estas son las características de las organizaciones definidas a partir del número de afiliados y el ingreso de la población cubierta; las estrategias desarrolladas por los financiadores para maximizar la calidad, minimizar el costo y tangibilizar el servicio y la conformación del mercado prestador.

En el Capítulo VII se exponen las principales conclusiones de este trabajo y en el IX las consideraciones finales y las recomendaciones de la tesis.

El Capítulo X detalla la bibliografía utilizada en la investigación mientras que en Capítulo XI se transcriben las desgrabaciones completas de las entrevistas realizadas a los informantes claves consultados para esta tesis. Además se detalla un listado obtenido del sitio web de la AFIP con información sobre remuneración promedio y cantidad de cotizantes de las obras sociales.



II. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESIS

1. Planteo del Problema

El gasto en salud viene incrementándose en el mundo más rápidamente que el costo de vida en general. Este aumento es causado, entre otros motivos, por una creciente demanda atribuida a los cambios demográficos (disminución de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida) y al desarrollo tecnológico (particularmente en diagnóstico y medicamentos), a lo que se suma en nuestro país una tendencia (de largo plazo) a la disminución del financiamiento. Roberto Tafani¹ lo describe afirmando que el sector salud crece en permanente desequilibrio dado 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 macroeconómicas. 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.

Algunas instituciones participan como financiadores y al mismo tiempo como proveedores de los servicios; en este modelo ambas actividades se encuentran en una misma organización bajo la forma de integración vertical. El paciente a través de sus aportes y contribuciones o de su cuota financia las prestaciones que la misma entidad le provee en su centro de atención. En este esquema el profesional cobra un salario o un honorario, es decir percibe sus ingresos bajo relación de dependencia.

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 de acto médico). La separación de las funciones de financiamiento y provisión se conoce con el nombre de modelo de contrato. En este modelo el consumidor (paciente) paga una prima (si está dentro de la seguridad social a través de sus aportes y contribuciones) a una entidad financiadora (obra social o prepaga) y esta es quien paga y/o negocia con el proveedor la compra del paquete de servicios de salud. Con el advenimiento de la estabilidad macroeconómica aparecieron los gerenciamientos con el objetivo de ejercer un eficaz control a los prestadores. Además, existen otros agentes intermedios 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 pagador².

1 Tafani Roberto (2001), "Mas allá de la desregulación". Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental.

2 Tobar Federico, Rosenfeld Nicolás y Reale Armando. (1998) "Modelos de pago en servicios de Salud", Cuadernos Médicos Sociales N° 74.



Además de los incentivos que se generan y los efectos que se producen, 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.

Las relaciones entre los diferentes actores en el modelo de contrato 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. La bibliografía neoinstitucional hace referencia a que las unidades empresariales como organización jerárquica surgen cuando los costos de transacción entre partes contratantes son elevados.

En este marco 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, es el único factor que lleva a los agentes a terciarizar o existen otros factores?
3. ¿Cuáles son esos otros factores que conducen a las organizaciones a elegir al modelo de contratación y pago?
4. ¿Cuáles son los incentivos que los financiadores desean estimular y cuales evitar? ¿Qué acciones realizan para ello?
5. ¿Es el modelo de contratación y pago elegido el adecuado para cada una de las organizaciones?

Si bien los costos de transacción juegan un rol protagónico a la hora de definir si un financiador se integra verticalmente o terciariza los servicios en otras unidades económicas; en el caso del sector salud, donde existen innumerables fallas de mercado, los costos de transacción pueden no ser la única explicación, sino que la presencia de otros factores pueden llegar a ser más importantes.

En el trabajo estudiaremos los mecanismos de contratación y pago entre financiadores y proveedores de un grupo acotado de organizaciones de salud que poseen diferentes características procurando determinar porque algunas entidades se organizan bajo un modelo integrado, mientras que otras instituciones adoptan la terciarización utilizando un mecanismo determinado de pago (capita o acto médico) en un encadenamiento largo³ o en uno corto⁴. Definiremos los principales factores que llevan a las organizaciones a optar por un sistema u otro e intentaremos determinar que incentivos se estimulan y cuales se evitan y, de acuerdo a los objetivos que cada financiador persigue, si el modelo elegido es el que mejor se adapta para lograr el cumplimiento de dichos objetivos.

³ Consideramos un encadenamiento largo cuando existen distintos intermediarios entre los financiadores y los prestadores finales, tales como gerenciadore, colegios médicos, asociaciones de clínicas, etc.

⁴ Entendemos por encadenamiento corto a la relación directa entre el financiador y el efector final (médico, sanatorio, etc.).



2. Justificación

La presente tesis pretende ser, tal como lo sugiere Luisa Mayoral⁵, un trabajo de investigación, sistemático y con rigor metodológico, de carácter teórico-práctico que nos permita brindar la oportunidad de profundizar y realizar aportes originales en una problemática concreta como es la relación entre financiadores y proveedores de salud. Esta tesis nos permitirá demostrar que comprendemos como abordar un problema, seleccionando las nociones conceptuales más rigurosas para analizarlo y a partir del diseño de metodologías y técnicas específicas, estudiar los factores determinantes que definen la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de salud. Por otro lado, constituye una manera de devolver los conceptos aprendidos a lo largo de la carrera, al tiempo que es una excelente manera de integrar nociones estudiadas en la maestría, particularmente de materias como Economía de la organización empresarial, Política y estrategia de empresas, Contabilidad de gestión, Análisis Organizacional, Marketing y Análisis económico, todo lo cual es aplicado a un campo específico de la administración como lo es el mercado de la salud. Además pretende incorporarle un sentido económico a la relación entre financiadores y proveedores, al tiempo que su definición puede convertirse en un diferencial competitivo en la gestión de la cadena de valor del mercado de la salud. Finalmente un estudio de las características planteadas permitirá describir los beneficios, ventajas y satisfacciones para cada uno de los actores del mercado.

El funcionamiento del sistema, particularmente el de seguridad social, depende del estado general de la economía. En países donde el fenómeno del stop and go son una característica central del comportamiento económico y donde los ciclos tienen un alto componente de volatilidad, la búsqueda de perfiles de gestión adecuados se transforman en un imperativo a resolver en forma permanente. La gestión y el análisis de las organizaciones son temas claves en las maestrías de administración como lo es el MBA de esta Casa de Estudios.

En general la mayoría de los trabajos académicos que discuten temas de economía y administración de servicios de salud se focalizan en analizar por una lado las reformas institucionales de carácter general como son los de Políticas Públicas de Salud (macrosectorial), tratando temas como competencia, regulación, subsidios, etc. muy vinculadas a decisiones gubernamentales; en otro orden, si bien existe una extensa bibliografía que estudia las cuestiones internas a las firmas, es decir de carácter organizativos, particularmente analizando el punto central como es la relación entre financiadores y proveedores, poco avanza en un estudio que intenta describir los factores que guían a las instituciones a adoptar un modelo de contratación y pago desde un punto de vista empírico. 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. Este estudio se presenta además como una aplicación de temas aprendidos durante los dos años de la maestría siendo, por la manera que pretendemos presentarlo, una buena forma de analizar la gestión de la complejidad en las relaciones estratégicas entre financiadores y proveedores de salud.

⁵ Mayoral Luisa (2001) “Metodología del trabajo de tesis con especial aplicación a maestrías en ciencias de la administración y disciplinas afines” Editorial CEAE.



Alrededor de los modelos de contratación y pago se han generado, y se siguen generando, un conjunto de discusiones, esto es así porque coexisten múltiples opciones donde ninguna de ellas puede considerarse mejor o superior a la otra. Cada sistema de pago tiene ventajas y desventajas que deben evaluarse en función de los objetivos que pretenda alcanzar cada uno de los actores. Por lo tanto, profundizar el tema tomando un conjunto de entidades para analizar adquiere relevancia y permitirá sumar ideas en este ámbito de la discusión académica.

El análisis de los diferentes modelos lo llevaremos a cabo estudiando a un conjunto amplio de organizaciones. 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 terciarizados) y poseer diferentes tipos de contratos con gerenciadorees y/o prestadores hacen de esta muestra, un excelente laboratorio para investigar y obtener conclusiones relevantes para el sistema.

El estudio tomará un conjunto de atributos que describen las realidades de los actores a los efectos de obtener patrones de conductas 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.

El eje central en la economía capitalista lo constituyen los contratos, su definición es el corazón para analizar las organizaciones desde la perspectiva de la economía institucionalista; dentro de esta corriente de pensamiento, los costos de transacción juegan un rol protagónico. Estos últimos son un tema largamente estudiado en términos generales, pero poco analizados en el sector salud, sector que participa con un 7% del PBI en nuestro país (OMS). Cabe destacar que las Obras Sociales deben destinar por ley como máximo el 8% de sus ingresos a los gastos administrativos y dentro de estos los costos de transacción influyen en una proporción importante. Estos costos tienen distintos impactos según la modalidad de contratación elegida, de manera que analizarlos constituye un desafío poco observado en la literatura que trata temas de administración.



III. OBJETIVOS

1. Objetivo General

Demostrar la compatibilidad como posgraduado en administración para la planificación, conducción, evaluación y control de los sistemas organizacionales aplicados para analizar los factores que determinan la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de salud.

2. Objetivos Específicos

- ▼ Relevar las aproximaciones teóricas básicas para definir el marco conceptual dentro del cual se analizará el tema propuesto.
- ▼ Describir el mercado donde se desenvuelven los principales actores del sistema de salud.
- ▼ Exponer los atributos fundamentales de los financiadores bajo análisis y de los proveedores del servicio.
- ▼ Definir y analizar los diferentes modelos de contratación y pago que posee cada uno de las entidades descriptas.
- ▼ Analizar los costos de transacción como factor determinante o no de la elección del sistema de contratación y pago de cada uno de los agentes de salud.
- ▼ Describir los principales factores que determinan la elección del mecanismo de contratación de las organizaciones de la muestra.
- ▼ Analizar los incentivos que se producen como consecuencia de la existencia de fallas de mercado que presenta cada uno de los modelos de contratación y pago.
- ▼ Identificar los posibles impactos que cada mecanismo de contratación producen sobre los diferentes actores del encadenamiento.
- ▼ Clasificar grupos homogéneos de organizaciones de acuerdo a los factores que consideran relevantes a la hora de elegir el modelo de contratación.
- ▼ Determinar si el mecanismo de pago es el adecuado para que cada una de las organizaciones cumplan con los objetivos propuestos. En este marco, describir las ventajas y desventajas que presentan.



IV. METODOLOGÍA

La tesis se ha confeccionado siguiendo los lineamientos metodológicos emanados del libro de Luisa Mayoral “*Metodología del trabajo de tesis con especial aplicación a maestrías en ciencias de la administración y disciplinas afines*” como también al libro del director de la tesis, Dr. Federico Tobar “*Como sobrevivir a una tesis de salud*” y al documento de este último autor “*Como Redactar trabajos científicos en salud pública*”. Por otro lado, han sido particularmente importantes los aportes tanto del taller de tesis como de la materia Metodologías de la investigación. Finalmente quiero rescatar los valiosos comentarios recibidos del director de la maestría, Dr. Jorge E. Stern.

En términos generales la presente tesis es un estudio sincrónico de carácter teórico-práctico a través de una investigación explicativa que intenta analizar las razones que llevan a los financiadores de salud a optar por un mecanismo de contratación y pago u otro.

Se ha empleado una técnica de recolección de datos diferentes en el marco teórico del análisis de situación, incluso este último difiere en su tratamiento según el tema tratado.

Para el marco teórico se efectuó una extensa lectura de la bibliografía rescatando aquellos puntos más importantes para el presente estudio. En aquellos segmentos del marco teórico que fue necesario profundizar se consultó a profesionales como el Dr. Vassallo o el Dr. Maceira.

El Análisis de situación se compone de dos partes. En la primera se hace una descripción del sector salud con el objetivo de establecer un marco de referencia para introducir al lector en el mercado de la salud de nuestro país. Por ello, en base a datos secundarios se describió el escenario donde se desenvuelven los actores del sector, particularmente los financiadores y los proveedores de salud. Las principales fuentes consultadas fueron la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.), la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el Banco Interamericano de Desarrollo (B.I.D.), cámaras, consultoras, diarios, revistas y documentos que son citados en el texto de la tesis.

En la segunda parte del Análisis de Situación se aborda el estudio de los modelos de contratación y pago. Para ello efectuamos una serie de entrevistas en profundidad a informantes claves como referentes académicos, gerentes y directores de obras sociales y prepagas focalizadas en el ámbito metropolitano comprendido por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. Además se realizó una entrevista al Dr. Juan Carlos Biani, gerente de prestaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, el organismo regulador de las obras sociales.

Este capítulo es meramente empírico y se sustenta fundamentalmente en los resultados obtenidos de las entrevistas. Las mismas fueron no estructuradas obteniéndose respuestas abiertas que son descriptas en el Anexo de esta tesis.

En el listado que a continuación se presenta, se detalla la fecha y el cargo de las personas entrevistadas.



Listado de personas entrevistadas para la tesis

Nombre y Apellido	Cargo	Fecha de la entrevista	Organización a la cual pertenece
<i>Efraín Novick</i>	Médico - Asesor de diferentes obras sociales.	20/11/2007	OSPe – Bancarios.
<i>Jorge Etkin</i>	Director de la carrera de Administración y Subdirector del MBA de la UBA. Ex director de PAMI.	30/11/2007	AFIP – PAMI.
<i>Carlos Vassallo</i>	Economista especializado en Salud – Profesor de grado y posgrado.	11/048/2008	Universidad Pampeau Favra, del Litoral y San Andrés.
<i>María del Carmen Mó</i>	Profesora de la cátedra de Administración de la Salud FCE-UBA.	09/05/2008	UBA.
<i>Daniel Maceira</i>	Economista especializado en Salud – Investigador.	11/07/2008	CEDES-CIPPEC y CONICET.
<i>Julio Siede</i>	Director de FAMEDIC.	13/07/2008	FAMEDIC / Construir Salud.
<i>Gabriel Leberztein</i>	Gerente de Control de Calidad Prestacional.	13/07/2008	OSECAC.
<i>Alejandro Casuscelli</i>	Gerente General.	22/08/2008	OSPe.
<i>Alfredo Stern</i>	Director Médico.	28/08/2008	Swiss Medical.
<i>Juan Carlos Biani</i>	Gerente de Control Prestacional.	19/09/2008	Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.).
<i>Gabriel Barbagallo</i>	Gerente de Prestaciones Médicas.	24/09/2008	OSDE.



V. MARCO TEÓRICO

1. Categorías de la economía de la salud

1.1. Introducción

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, dado que presenta una serie de fallas por las cuales no es posible proveer asignaciones eficientes de recursos. Entre otros autores, Arroz, (1963); Hsiao, (1995); Musgrove, (1996), trataron extensamente el tema.

1.2. 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 tratamientos⁶.

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

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 que 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; en términos de Varian⁷ “*el consumidor es contrario a correr riesgos*”. Surgen, asociados a esta falla, tres efectos secundarios como son la selección por riesgos, la selección adversa y el riesgo moral.

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.

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.

El riesgo moral (Moral Hazard) es la situación en la que una de las partes del mercado no puede observar el comportamiento de la otra⁸. En este caso y a diferencia de los dos anteriores es postcontractual. El hecho de que una persona esté asegurada puede llevarlo a un “consumo excesivo o superfluo”, dado que el consumidor racional tiende a

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

7 Varian Hal, (1999) “Microeconomía Intermedia. Un enfoque actual”. 5º Edición Antoni Bosh editor.

8 Varian H. (1999), Op. Cit.



considerar que sus beneficios son elevados mientras los costos de utilización se reparten entre todos los aportantes⁹.

Cabe destacar que los tres efectos secundarios analizados se basan en un esquema de seguros privados. En caso de aseguramiento público financiado por un sistema nacional de salud no encontraremos selección adversa, pero sí distintas variantes de las otras dos fallas. Respecto al riesgo moral la implementación de copagos y coseguros son herramientas que se utilizan para disuadir estos incentivos al sobreconsumo¹⁰.

1.2.2 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 prescrito, 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.¹¹

1.3 Asimetría de la información

La asimetría de la información se refiere a la diferencia en el grado de información que posee el comprador (paciente) respecto a la que tiene el vendedor (médico)¹², no pudiendo el consumidor ejercer su soberanía decidiendo libremente en base a sus conocimientos e informaciones¹³.

La principal respuesta institucional a esta situación es la relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente. Una relación de agencia existe cuando una persona, a quien llamamos “principal” (paciente) delega en otra denominada “agente” (médico) el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo¹⁴.

Si inscribimos esta relación en el marco de ética médica que debe prevalecer, tendremos una situación positiva. Sin embargo, también es posible que el agente al momento de tomar decisiones terapéuticas considere no sólo aquellas variables que afectan positivamente al paciente, sino sus propios intereses o los de la institución a la cual pertenece¹⁵; en este caso estamos frente a relación de agencia incompleta. 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

9 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.

10 Tobar, F. (1999) Op. Cit.

11 Vasallo C. y otros (2003). Op. Cit.

12 Varian H (1999), Op. Cit.

13 Si bien la relación médico –paciente es el caso más típico (el médico prescribe un medicamento que el enfermo consume aunque desconozca), esta asimetría se replica en múltiples oportunidades en este mercado.

14 Vasallo C. y otros (2003). Op. Cit.

15 Como ejemplo de este tipo de conductas se pueden mencionar, la prescripción de medicamentos 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 prepago 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.



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. Estos sumados a la pérdida residual constituyen los llamados costos de agencia. La relación de agencia incompleta presenta efectos secundarios como la demanda inducida, la cual es una falla típica de los mercados de salud, la cual ha sido analizada por múltiples autores entre los que se destaca Kenneth Arrow quien obtuviera el Premio Nobel por sus investigaciones sobre mercados imperfectos.

1.4 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 constituyen el grupo menos costo resultará la financiación del seguro para todas ellas, dado que los siniestros se distribuyen entre un número más grande de personas; en palabras del Dr. Félix Martínez; 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 alto¹⁶.

De acuerdo a Vassallo, 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 de diez mil personas permite manejar menores riesgos¹⁷. 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 beneficiarios¹⁸.

1.5. Fenómeno del tercer pagador

El fenómeno denominado “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, siendo esta transacción abonada por el financiador, quien se hace cargo de pagar el consumo de un paciente decido por un médico.

En términos económicos este fenómeno se puede describir como la ausencia de la elasticidad-precio, dado que la demanda de los servicios de salud no se ve afectada ante variaciones en los precios de las prestaciones¹⁹. Para contrarrestar este fenómeno se fue desarrollando una vasta ingeniería empresarial para transferir parte de los riesgos a los usuarios. Para ello se implementaron coseguros²⁰ y/o bonos moderadores²¹, de manera

16 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>

17 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 2004. Disponible en http://www.cedss.com.ar/trabajos/econsalu/Finaciamento_de_la_salud.pdf

18 Savedoff, William (1998) “La Organización Marca la Diferencia”. Washington D.C. Banco Interamericano de Desarrollo.

19 Tobar F. y otros (1998), Op. Cit.

20 Es un porcentaje del valor de la práctica médica que debe ser realizada. Bustos Alejandro, “Estudio de mercado para identificar los motivos que en la actualidad llevan a los afiliados de las Obras Sociales Sindicales, radicados en el Valle Inferior del Río Chubut, a realizar los traspasos de aportes” Tesis de Maestría en Gestión Empresarial. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Trelew, Febrero de 2004.



que cada asegurado absorbe parte del costo de cada prestación. De esta forma se introduce, al menos parcialmente, la elasticidad precio en el consumo de servicios de salud, dado que la mayor parte del riesgo continúa siendo cubierto por el asegurador por lo que puede suponerse que aún bajo estos mecanismos la elasticidad-precio puede continuar siendo poco significativa²².

1.6. Características de las empresas prestadoras de salud

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. El hospital, como organización, posee características muy especiales que las diferencian del resto de las empresas comerciales. Entre otros podemos mencionar las siguientes: las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica, lo que representa una descentralización absoluta; las decisiones son clínicas y sin consideración económica; su principal recurso es el personal, que además es de elevada calificación; no pagan los pacientes sino terceros y por tanto, no existe un control directo del consumidor; el producto es el paciente y no se selecciona y está muy regulado legalmente²³.

En una empresa de salud conviven tres tipos de empresas diferentes, una clínica basada en conocimientos médicos para atender a los pacientes; una técnica, semejante a la que se aplica en sectores industriales, la cual está básicamente focalizada en el área de diagnóstico (laboratorio, rayos, etc.) donde los productos son tipificados, utilizan inputs y producen outputs y finalmente una hotelera, encargada de atender y facilitar el funcionamiento del hospital²⁴.

2. Nociones de estrategia competitiva y marketing para el sector salud.

2.1. Estrategias Competitivas

“*La competencia es dinámica*”, sentenció Joseph Schumpeter²⁵; luego Michael Porter en su libro *La Ventaja Competitiva de las Naciones*²⁶ afirmó que las organizaciones deben desarrollar estrategias para crear ventajas competitivas.

Las estrategias se las suele definir de diferentes maneras, sin embargo todas ellas aluden a la obtención de objetivos por medio de cursos de acción con la correspondiente

21 Es un sistema de copago que tiene un valor único independientemente del tipo de prestación que realice el paciente (consulta o práctica diagnóstica). El beneficiario adquiere una chequera con un número de bonos y hace uso de los mismos al momento de necesitarlos. Bustos A., (2004) Op. Cit.

22 Se define a la elasticidad precio como la variación porcentual de la cantidad dividida por la variación porcentual del precio. Para un tratamiento más extenso del tema, véase Varian H. (1999) Op. Cit.

23 Asenjo Miguel Angel, (1991) “*El hospital como empresa*”. Med Clin (Barc). Capítulo 2 “*La gestión del hospital, límites y particularidades*”. Programa de entrenamiento directivo para directores, gerentes y mandos medios de organizaciones de salud dictado por la Universidad Austral entre Marzo-Mayo de 2007. Bibliografía correspondiente a la unidad “*Empresas de Salud, características y particularidades*”.

24 Asenjo M. A. (1991) Op. Cit.

25 Schumpeter Joseph, (1983) “*Capitalismo, Socialismo y Democracia*”, Orbis.

26 Porter Michael. (1991) “*Las Ventajas Competitivas de las Naciones*”. Editorial Vergara, Buenos Aires.

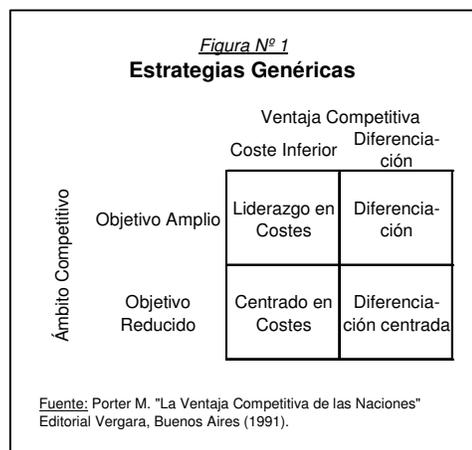
asignación de recursos. A. D. Chandler²⁷ propone la siguiente definición de estrategia: “la determinación de los propósitos fundamentales a largo plazo y los objetivos de una empresa, y la adopción de los cursos de acción y la asignación de recursos necesarios para alcanzar estos objetivos.” Por otro lado en un trabajo de la CEPAL de 1994²⁸ puede encontrarse la siguiente definición: “Las estrategias son un conjunto de acciones articuladas que las empresas diseñan para alcanzar determinados objetivos de mediano y largo plazo para lo cual asignan recursos”. Se trata, por lo tanto, de un proceso racional y deliberado en el cual se explicita la cadena lógica objetivos-acciones-recursos-resultados. En este sentido y como afirma el trabajo de la CEPAL antes mencionado, deberíamos tener ante nosotros una identificación de los objetivos o escenarios de mediano plazo que se intentan alcanzar, para lo cual se asignan recursos y se definen acciones con cierta secuencialidad.

Las estrategias buscan crear ventajas lo que implica, de acuerdo con Porter²⁹, alcanzar mayores niveles de productividad³⁰ respecto a los competidores. Estas ventajas competitivas se pueden asentar, como bien menciona este autor, en el *liderazgo de costes*, es decir en la capacidad de producir un bien o servicio similar o comparable más eficientemente que los competidores o en la *diferenciación de productos o servicios*, esto es la capacidad de brindar al comprador un valor agregado superior respecto a productos o servicios ofrecidos por la competencia.

En cada uno de los sectores existen diferentes segmentos y cada una de las organizaciones se posiciona en alguno de ellos eligiendo, lo que Porter³¹ denomina ámbitos amplios (amplias líneas de producto) o reducidos (centrados en un segmento determinado). De la combinación de las ventajas competitivas y el ámbito competitivo surgen, tal como se puede observar en la figura N° 1, cuatro posibles tipos de estrategias genéricas que las empresas pueden alcanzar.

Una vez definidas las estrategias las empresas deben organizar su cadena de valor dentro de una red de actividades. La cadena de valor, a su vez, forma parte de un sistema de valor que incluye a proveedores, distribuidores, etc. La ventaja competitiva es cada vez más dependiente de la gestión del sistema de valor en su conjunto, particularmente en un sector donde gran parte de la generación del valor la realiza un tercero contratado (médico, clínica u hospital)³².

En este sentido es fundamental hacer mención y explicar las fuerzas competitivas



27 Chandler, Alfred. D. Jr., "Strategy and Structure" Cambridge, Mass: The M.I.T. Press, (1962), tomado de José Viedma (1992) "La excelencia empresarial. Un estudio de casos españoles con conclusiones aplicables a las empresas latinoamericanas". Mc Graw Hill de management, Segunda edición. España.

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

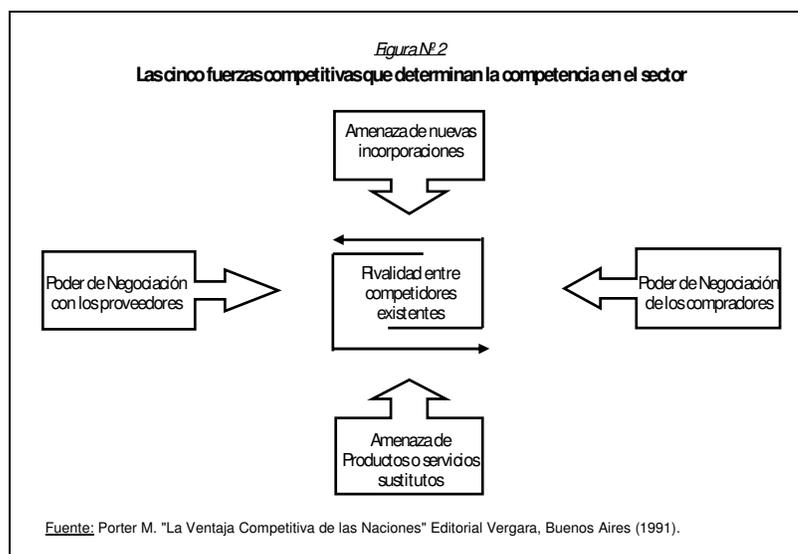
29 Porter Michael, (1991) Op. Cit.

30 Podemos entender la noción de productividad siguiendo a Henderson y Quant, (1962) como la cantidad máxima de producto que puede obtenerse con los insumos empleados en tal producción. Henderson y Quant "Teoría Microeconómica" Barcelona Ediciones Ariel (1962).

31 Porter Michael, (1991) Op. Cit.

32 Porter Michael, (1991) Op. Cit.

que determinan la competencia y por lo tanto la rentabilidad de largo plazo³³. La estrategia competitiva debe ser fruto de una perfecta comprensión de la estructura del sector y de cómo está cambiando. En cualquier mercado, la naturaleza de la competencia se compone de cinco fuerzas competitivas, las cuales se describen en la Figura N° 2.



Las empresas crean ventajas competitivas al descubrir nuevas y mejores formas de competir en un sector, ya sea incorporando mejoras tecnológicas o de organización y métodos como así también procesos de aprendizaje organizacional. Mantener las ventajas no es una tarea sencilla porque las ventajas de hoy pueden ser superadas o anuladas mañana, particularmente si estas están asentadas en factores básicos o poco avanzados³⁴.

2.2. Marketing en salud

El sector salud a mediados de los noventa cambió estructuralmente. Entre las principales transformaciones se pueden mencionar la posibilidad de optar entre diferentes obras sociales. Desde este punto de vista, el marketing se ha revalorizado, particularmente como un proceso social a través del cual los usuarios obtienen lo que necesitan y lo que desean mediante la creación, oferta y libre intercambio de productos o servicios³⁵. Si bien como menciona el Lic. Marcelo Mastrángelo³⁶, director de marketing del Hospital Alemán, Marketing y Salud no son términos que asociados tengan una buena percepción en el público, esta imagen errónea parte de desconocer la amplitud de funciones que esta disciplina brinda al sustento de las organizaciones.

En este marco tomaremos algunas nociones del mayor exponente de Marketing a nivel mundial, Philip Kotler, las cuales resultan ser fundamentales para apoyar este trabajo de tesis. Aparecen así las ideas de segmentación o perfiles de usuarios a los cuales las

33 Porter Michael, (1991) Op. Cit.

34 Porter Michael, (1991) Op. Cit.

35 Kotler Philip, (2001) "Dirección de Marketing La edición del milenio" Pearson Educación, México.

36 Mastrángelo Marcelo, "El Marketing en el Sector Salud" Boletín electrónico Management en Salud N° 13, Septiembre de 2004. Disponible en www.managementensalud.com.ar

organizaciones se dirigen ofreciendo un producto, para lo cual es necesario previamente posicionarse en la mente del comprador meta³⁷.

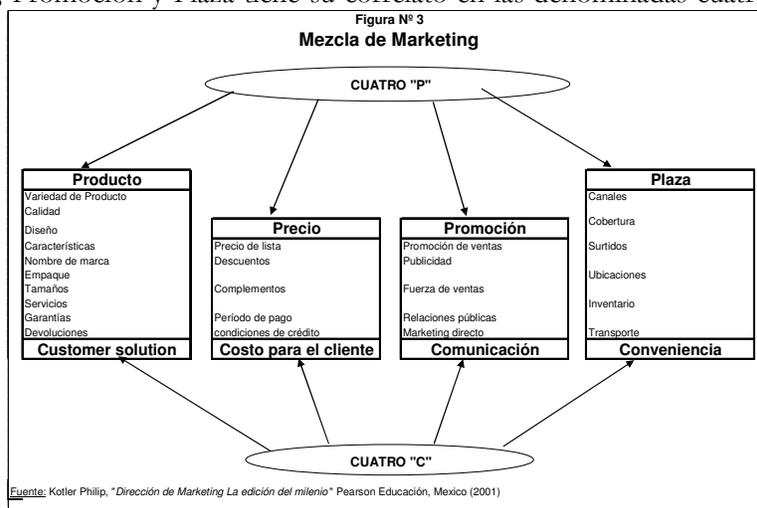
Para crear valor es necesario conocer previamente que se entiende por este vocablo desde el punto de vista del marketing. Para Kotler³⁸, valor se define como el coeficiente entre lo que se obtiene (beneficios funcionales y emocionales) y lo que se da (costos monetarios, de tiempo, de energía y psíquicos). La generación de altos valores para el cliente producen en él lo que se denomina lealtad o elevada satisfacción, definida esta última como la sensación de placer o decepción que tiene una persona al comparar el desempeño o resultado percibido de un producto o servicios con sus expectativas.

El mix de marketing desde la parte vendedora se divide en las denominadas cuatro “P”, producto, precio, promoción y plaza. Desde el punto de vista del comprador las cuatro “C”, Customer solution, costo para el cliente, comunicación y conveniencia³⁹, tal como se puede observar en las figura N° 3.

El enfoque de las cuatro “P” presentado precedentemente funciona bien para los bienes, pero cuando el producto

es un servicio, cuyas características son la intangibilidad, inseparabilidad, variabilidad e imperdurabilidad, es necesario tener en cuenta tres “P” adicionales, personal, pruebas físicas y procesos; siendo fundamental en los servicios la capacitación y la motivación de los empleados para satisfacer a los clientes⁴⁰.

El enfoque de las cuatro “P” presentado precedentemente funciona bien para los bienes, pero cuando el producto es un servicio, cuyas características son la intangibilidad, inseparabilidad, variabilidad e imperdurabilidad, es necesario tener en cuenta tres “P” adicionales, personal, pruebas físicas y procesos; siendo fundamental en los servicios la capacitación y la motivación de los empleados para satisfacer a los clientes⁴⁰.



3. Los costos de Transacción

3.1. Introducción

La relación existente entre quienes financian las prestaciones y quienes las proveen es uno de los temas centrales de la administración de salud; esta relación se produce en un marco caracterizado por importantes fallas de mercado, lo cual establece diferentes incentivos a cada uno de los agentes involucrados. Algunos financiadores se integran verticalmente mientras que otros subcontratan todos los servicios bajo distintos mecanismos (cápita, acto médico). Uno de los principales factores para tomar tal

37 Kotler P. (2001)Op. Cit.

38 Kotler P. (2001) Op. Cit.

39 Kotler P. (2001) Op. Cit.

40 Kotler P. (2001) Op. Cit.



determinación es, según la teoría neoinstitucionalista, la existencia de los costos de transacción⁴¹; 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 de mercado como la incertidumbre y el comportamiento oportunista, entre otros. Si la realidad respondiera a un sistema walrasiano bajo los supuestos tradicionales o neoclásicos, la existencia de las firmas constituirían un verdadero misterio⁴².

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.

3.2. 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 movilizarán por afanes egoístas⁴³. Sin embargo, Coase⁴⁴ en su artículo de 1937 “*La Naturaleza de la Firma*”, se preguntó: ¿Por qué si el mercado coordina tan eficientemente las actividades aparecen “islas de poder concientes”⁴⁵ como las empresas? El mismo Coase⁴⁶ 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 Coase⁴⁷, 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*⁴⁸ 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 equipo⁴⁹. 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 organización⁵⁰. Por lo tanto, aparece frecuentemente la necesidad

41 Coase, R.H. (1937). “*The Nature of the Firm*” *Económica*, 4 pp 386-405, en Putterman L., “*La Naturaleza económica de la empresa*”. Capítulo 7, pp. 98-104; Madrid. Ed. Alianza.

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

43 Figueras A. (2001) Op. Cit.

44 Coase, R. (1937) Op. Cit.

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

46 Coase, R.H. (1937) Op. Cit.

47 Coase, R.H. (1937). Op. Cit.

48 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.

49 Figueras A. (2001) Op. Cit.

50 Coase, R.H. (1937). Op. Cit.



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 Coase⁵¹ 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 supera a los que se originan a través del mercado.

De acuerdo a Silva y Gutman⁵² 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 el del mercado, surja la posibilidad de integración hacia delante o hacia atrás para evitar la transacción externa.

3.3. Definición de los Costos de Transacción

En términos generales se entiende por Costo a la medida, en términos monetarios, de los recursos sacrificados para conseguir un objeto o servicio determinado⁵³. Por otro lado, el vocablo transacción se puede asimilar a intercambio o, como lo define Williamson⁵⁴ en su libro "*Las Instituciones Económicas del Capitalismo*", la transferencia de un bien o servicio a través de una interfase tecnológicamente separable.

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 (ex ante), como para vigilar su posterior cumplimiento (ex post) en procura de la defensa o protección de los derechos de propiedad (Ver Figura N° 4)⁵⁵. Williamson⁵⁶, por su parte, 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 gobernanza hacia donde se derivan las disputas. Por otro lado, Coase⁵⁷ en 1960 definió a los costos de transacción como la diferencia entre los costos imputados en 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 como 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.

51 Coase, R.H. (1937). Op. Cit.

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

53 Giménez Carlos y colaboradores (1995) "*Costos para empresarios*". Editorial Machi.

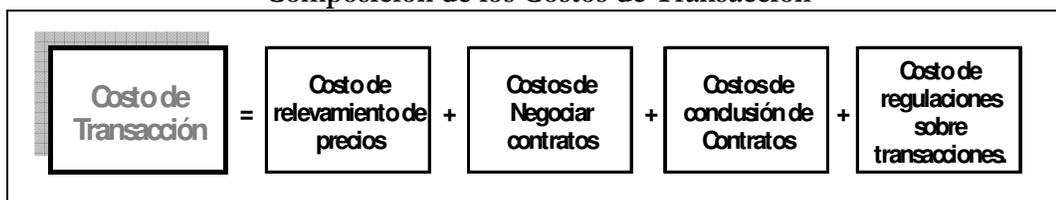
54 Williamson Oliver (1989). "*Las Instituciones económicas del capitalismo*". FCE

55 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>

56 Williamson O. (1989) Op. Cit.

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

Figura N° 4
Composición de los Costos de Transacción



Fuente: Elaboración propia en base a Williamson O.

3.4. El papel de la información

La problemática de la información en general y la asimetría en particular es un tema central en el intercambio; el cual al requerir de dos partes, el principal y el agente, produce lo que se conoce como relación de agencia. Si la información está desigualmente distribuida usualmente 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 Espino⁵⁸ ha definido dos requisitos que deben contener los incentivos en el momento de su diseño: uno se relaciona con aquellos incentivos que el principal debe tener para monitorear los acuerdos con el agente y segundo el incentivo que tiene que tener el agente para que se recompense su esfuerzo.

3.5. 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 es que los agentes económicos se ven motivados a crear mecanismos que aminoren la incertidumbre y el riesgo en el momento de realizar una transacción a través de la introducción de una figura como es el contrato⁵⁹.

El contrato es el acto jurídico bilateral, de carácter patrimonial, que persigue crear, modificar, transferir o extinguir cualquier clase de derechos patrimoniales sobre los que incida sean estos personales, reales o intelectuales⁶⁰. 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 efectos⁶¹.

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

58 Ayala Espino José (2000) "Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico" FCE.

59 Afanador Benjamín V. y León Nohra R. Op. Cit.

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

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



un acuerdo verbal, se establecen de todo tipo de relaciones y se rigen por una estructura legal cuando son formales o por las costumbres sociales cuando son informales⁶².

Cualquier transacción implica un riesgo y genera incertidumbre dado que en el mundo real los contratos siempre son incompletos ya que la información que tenemos sobre el futuro no es perfecta; de este modo un contrato sería completo si estuviera claramente establecido lo que deben hacer cada una de las partes ante cualquier suceso futuro que afecte al objeto del contrato⁶³.

La literatura sobre economía de la salud 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 genera sombras o vacíos (aspectos sin regular) sobre la cual una de las partes puede aprovecharse.

3.6. Las razones económicas para organizar las transacciones

Oliver Williamson⁶⁴, 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.

3.6.1. 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 comercio autónomo por la propiedad unificada (integración vertical). La especificidad de los activos se divide en tres grupos, los totalmente específicos, los no específicos y los mixtos o semiespecíficos⁶⁵.

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 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*”⁶⁶.

De acuerdo a Daniel Maceira la especificidad de los activos no está dada por la especificidad relativa del capital en sí misma, sino en cuan estandarizado está ese capital en el mercado. En otras palabras la noción de especificidad está vinculada a la especificidad relativa respecto al mercado en el cual la empresa está inserta⁶⁷.

Para entender como opera el atributo definido por Williamson como especificidad de activos nos podemos remitir a Silver, quien, tal como señala el trabajo de Vassallo y

62 Afanador Benjamín y León Nohra (2002) Op. Cit.

63 Martínez Coll Juan Carlos, “*Los Costos de Transacción*”: Manual básico de Economía EMVII. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/index.htm>

64 Williamson O. (1989) Op. Cit.

65 Williamson O. (1989) Op. Cit.

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

67 Maceira Daniel. Investigador de CEDES – CIPPEC y CONICET Profesor de la UBA. Entrevista realizada el 11/07/08. Ver Anexo.



Báscolo⁶⁸, nos acerca una perspectiva más dinámica, no dependiendo necesariamente de la especificidad propia del activo. El mencionado trabajo señala que el proceso de integración vertical es una consecuencia de la innovación que se produce en el mercado, lo cual implica que determinado producto, insumo o tecnología aún no está disponible para ser utilizado y por lo tanto las empresas tienen como única opción integrarse verticalmente para hacerse de ellos⁶⁹.

3.6.2. 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 por un lado; a la falta de comunicación, como al engaño o distorsión de la información por otro y finalmente 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 por los tribunales o la acción de terceros⁷⁰.

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 importancia⁷¹.

3.6.3. 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 efecto, 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 observarían plantas, equipos y procedimientos de propósitos generales⁷².

68 Vassallo C. y Báscolo E. (1999) “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>

69 Para entender como opera la característica de la inversión en el proceso de integración vertical, el Dr. Maceira, quien fuera entrevistado para esta tesis, 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.

⁷⁰ Williamson O. (1989) Op. Cit.

⁷¹ Williamson O. (1989) Op. Cit.

⁷² Williamson O. (1989) Op. Cit.

3.6.4. Modelo de organización de las transacciones

Williamson⁷³ para organizar las transacciones 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.

Figura N° 5
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 específicos a través de etapas sucesivas

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 la gobernación unificada, como se muestra en el esquema adjunto.

73 Williamson O. (1989) Op. Cit.

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.

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

Figura N° 6
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)

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 idiosincráticas, 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 estructura unificada donde la transacción se saca del mercado y se organiza dentro de la estructura 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.

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



4. Principales Sistemas de Contratación y Pago

4.1. Introducción

El sistema de pago a prestadores es, de acuerdo a Álvarez, Pellisé y Lobo⁷⁷, 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 salud⁷⁸. 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 pacientes⁷⁹. Finalmente otros autores hacen referencia a los mecanismos de pago como la forma que adopta el contrato que une a los prestadores con los compradores o financiadores⁸⁰.

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 el nivel de remuneración y bajo que forma, lo cual constituye la modalidad organizativa del pago⁸¹.

Esta relación se caracteriza por la presencia de tres actores principales⁸², el usuario que es quien aporta y contribuye al sustento de las prestaciones médicas, el financiador quien administra los fondos de los beneficiarios adquiriendo paquetes prestacionales y finalmente el médico quien percibe su retribución por los servicios prestados. Este circuito con mayor o menor cantidad de actores se observa en todos los sistemas de contratación y pago según la literatura sobre economía de la salud. En nuestro país los actores pueden variar dado que algunos financiadores están integrados verticalmente; sin embargo, también es posible encontrar un cuarto actor como las asociaciones o colegios de profesionales y hasta un quinto como es el caso de los gerenciadore⁸³.

Los juicios sobre los distintos modelos de pago puede variar según la óptica de quien lo analice o evalúe (usuario, financiador o prestador), del momento histórico y del contexto en que se desarrolla⁸⁴. En este sentido Álvarez, Pellisé y Lobo⁸⁵ 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.

En el presente apartado describiremos las principales clasificaciones y conceptualizaciones vinculadas con los tipos de contratos y sus formas de pago asociadas.

77 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 Publica vol.8 n.1- Washington July/Aug. 2000.

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

79 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.

80 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

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

82 Tobar F., Rosenfeld N. y Reale A.(1998). Op. Cit.

83 Tafani Roberto, (2001) Op. Cit.

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

85 Alvarez, Pellisé y Lobo, (2000) Op. Cit.



4.2. Sistemas de contratación e incentivos

Los sistemas de pago son especialmente importantes para la eficiencia del sistema, fundamentalmente porque las decisiones sobre gasto y nivel de producción dependen, en última instancia de los profesionales sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago generan incentivos modificando la conducta de otros agentes⁸⁶. En este sentido puede afirmarse que cada unidad de pago representa un determinado concepto de eficiencia, 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 se desea estimular⁸⁷.

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; lo cual determina cambios en la conducta de los oferentes del mercado que ejecutarán diferentes estrategias de fijación de precios, llevarán a cabo distintos proyectos de inversión o aumentarán la publicidad; todo lo cual provoca diferentes rendimientos en el mercado ya sea que se mida en términos de efectividad, costos, ganancias, equidad, etc.⁸⁸.

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 Reale⁸⁹ 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 demanda⁹⁰ 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 cuanto servicio es 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 otros no.

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

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

88 Maceira D. (1998) Op. Cit..

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

90 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.aep.org.ar/espa/anales/resumen_02/temporelli.htm.



4.3. Clasificación de los mecanismos de pago

Los mecanismos de contratación y pago pueden clasificarse según Tobar, Rosenfeld y Reale⁹¹, de acuerdo a los siguientes criterios:

- ▼ ¿A quién se remunera?
 - A profesionales (salario, pago por acto médico o por cápita).
 - A establecimientos (por presupuestos, por procedimientos o por día de estancia).
 - A entidades intermediarias (capita, contratos de riesgo y modelos de pago por resultados).
- ▼ ¿Cuándo se calcula el valor a ser pagado?
 - Instrumentos Prospectivos, este tipo de mecanismo permite conocer de antemano los montos a ser pagados, lo cual facilita la presupuestación. El ejemplo típico es el pago por cápita.
 - Instrumentos Retrospectivos, a diferencia del anterior se desconoce el volumen monetario a abonar al prestador, teniendo el financiador poca capacidad para prever el monto de la factura. En este caso el ejemplo típico es el pago por acto médico.
- ▼ ¿Cuán desagregada está la unidad de pago?
 - Agregada, este tipo de mecanismos permite transferir 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.
 - Desagregada, la cual se caracteriza por facturar cada una de las acciones o los actos que se le practican al paciente. A diferencia del caso anterior, el riesgo, bajo esta modalidad, recae en el financiador, implicando para este “*la firma de un cheque en blanco a nombre del prestador*”.
- ▼ ¿Cuál es la forma de pago?
 - Formas Puras, 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.
 - Formas Mixtas, la fórmula de pago implica 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, etc.
- ▼ ¿Cómo se organiza la provisión del servicio?
 - Financiación de la demanda, la cual 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.
 - Financiación de la oferta, ocurre cuando 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.
- ▼ ¿Cómo se organiza el servicio?⁹²
 - Organización directa son aquellos que cuentan con una estructura propia y pueden prestar servicios exclusivamente en sus establecimientos o también a través de una red convenida.

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

92 Según el trabajo de Tobar, Rosenfeld y Reale, (1998) Op. Cit. esta clasificación pertenece a Milton Roemer “*Organización de la Asistencia Médica en los Regímenes de la Seguridad Social*”. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. (1969).

- Organización indirecta son los que se organizan separando la provisión de servicios de la financiación mediante la figura del intermediario que asume una serie de responsabilidades a través de un contrato.

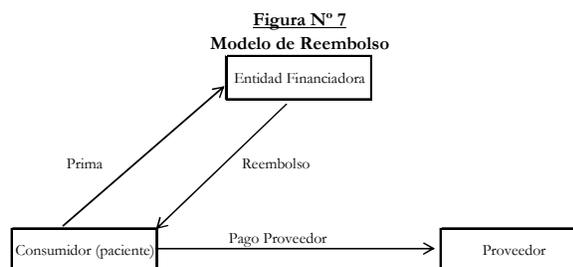
4.4. Modalidad de Contratación

De acuerdo al 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*”⁹³ 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.

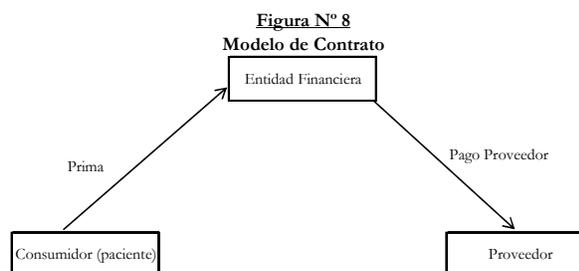
El modelo de reembolso consiste en que los consumidores o pacientes pagan una prima de seguro a las agencias aseguradoras de manera que cuando incurren en gastos médicos, que son abonados por el usuario directamente al proveedor, reciben un reembolso de la entidad aseguradora (Ver figura N° 7). Estos reembolsos están sujetos a descuentos explicitados en los contratos de seguro.

El modelo de contrato se refiere al modelo 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 terciarización (proveedor externo) la compra de un paquete de servicios de salud (Figura N° 8).

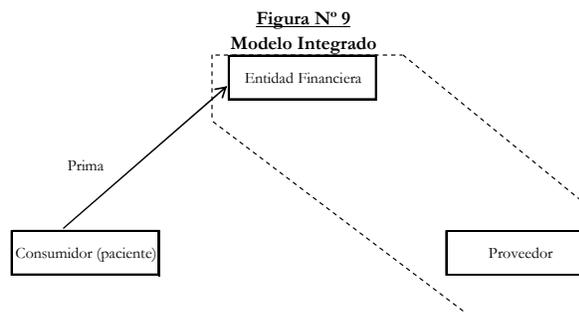
El modelo Integrado se puede definir como aquel modelo en el que los financiadores y las instituciones proveedoras se fusionan formando una única organización. Bajo este modelo el consumidor paga una prima de seguro y recibe a cambio servicios médicos y de hospitalización en la institución propia del financiador (Figura N°9).



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)



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)



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)

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



4.5. Principales sistemas de pago en el modelo integrado

4.5.1. Salario

En este sistema el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe 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 organización⁹⁴.

Se trata de un modelo de remuneración centrado en la oferta, por lo tanto, el paciente (o el número de pacientes inscriptos o atendidos) no afecta la remuneración del profesional puesto que aún recibirá su recompensa cuando no le preste servicios a ningún paciente⁹⁵.

Las ventajas que describe la literatura sobre esta modalidad de pago son: la 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 las desventajas más sobresalientes vienen de la mano de la escasa productividad, de la introducción de presiones para el incremento del personal (de la planta, de las cargas horarios o de la jerarquización); se genera la percepción de ingresos bajos lo que se traduce en reducciones de la jornada efectiva; se produce la independencia entre la cantidad y calidad de los servicios de las remuneraciones; no favorece la relación médico-paciente; puede estimular la subprestación y produce un importante aumento de los costos fijos en la organización⁹⁶.

4.5.2. 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 para la prestación de los servicios médicos asistenciales 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 asignar⁹⁷.

La ventaja de esta modalidad radica en que facilita la planificación, otorga a las autoridades un máximo control sobre la oferta y facilita la asignación de recursos de acuerdo a las prioridades sanitarias. Sus desventajas están vinculadas con las limitaciones

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

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

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

97 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.
http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/modal_model_y_sistemas_20_20Abril_201998.rtf



de la centralización administrativa y el incentivo al incrementalismo, es decir la tendencia a que todos los años se presupuesten los recursos sobre la base del ejercicio anterior⁹⁸.

4.6. Principales sistemas de pagos en el modelo de contrato

4.6.1. Sistema Monto Fijo

La característica básica de este sistema es que 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 prestación⁹⁹. A continuación describimos los sistemas capitado, por cartera fija y el leasing de camas.

4.6.1.1. Cápita

Se denomina sistema de pago por capita a la relación económico-asistencial entre entidades financiadoras y prestadoras que considera un valor fijo por beneficiario por mes, como contraprestación económica por los servicios brindados, independiente del uso que efectúen los beneficiarios¹⁰⁰. Según Franza, Burgos y Mó¹⁰¹, este mecanismo tiene como unidad de pago a la persona inscripta o empadronada siendo el “per cápita” el monto que se asigna a una persona para, en términos de Tobar, Rosenfeld y Reale¹⁰² “estar “disponible para ser tratado”.

Una capitación pura (sistema prospectivo) maximiza, según la literatura sobre el tema, los dos tipos de incentivos: eficiencia y selección¹⁰³. El financiador transfiere la responsabilidad sanitaria al proveedor, siendo el contratado quien asume el riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda y el riesgo por el tipo de conducta prestacional¹⁰⁴.

Siguiendo al Doctor Camilo Marracino¹⁰⁵ 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.
- ▼ Posee una definición del menú de prestaciones que incluye ó excluye.
- ▼ El financiador monitorea al prestador a través del análisis de tasas de utilización.
- ▼ Puede ser integral o parcial y/o especializada.
- ▼ Posee estímulos orientados hacia un uso racional de las prestaciones, siendo necesaria la existencia de una auditoría que monitoree la posible subutilización.

Este modelo, que reconoce la responsabilidad sobre una población determinada previamente, constituye el modo de retribución más acorde con los roles originales de la práctica médica, confiere libertad en el desempeño profesional, establece parámetros de evaluación y de productividad en función de los resultados obtenidos sobre la población

98 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>

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

100 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

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

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

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

104 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

105 Marracino Camilo, (1998)Op. Cit.



cubierta, se adapta perfectamente a las asignaciones presupuestarias¹⁰⁶ y como señalan Tobar, Rosenfeld y Reale¹⁰⁷ 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.

En contrapartida, las principales desventajas son el incentivo de la selección de pacientes en base al riesgo, la subprestación y el skimping¹⁰⁸.

4.6.1.2. Cartera Fija

Se entiende por modo de pago por cartera fija a la relación contractual en la que se establece un valor fijo mensual y específico como contrapartida de los servicios disponibles independientemente del uso de 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 mismos¹⁰⁹.

4.6.1.3. Leasing de Camas

Tobar, Rosenfeld y Reale¹¹⁰ definen este sistema de pago 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 hospital, asegura acceso a camas al financiador, particularmente cuando el contratante necesite asegurarse un determinado número estable de días cama, con poca o ninguna estacionalidad; además es fácilmente presupuestable. El problema con este método es que no da ahorros reales de la reducción en la utilización de los días cama no consumidos.

4.6.2. Sistema por Prestaciones

Un sistema de pago por prestaciones implica abonar por cada acto, claramente identificado, separado y diferenciado¹¹¹. Bajo esta modalidad importan no sólo la cantidad de beneficiarios sino también sus tasas de uso¹¹²; así cuantos mayores sean los consumos, más costoso será el pago que deba enfrentar el financiador al prestador. Seguidamente enumeramos las principales características de cada uno de los sistemas que se incluyen dentro de esta modalidad.

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

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

108 Término utilizado para describir la presión ejercida por el hospital o el gerencador 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 prestaciones (Maceira D, 1998).

109 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

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

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

112 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 laboratorios 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 Lúgía (1969) "Introducción a la Estadística de la Salud". Editorial Universidad de Costa Rica.



4.6.2.1. Acto Médico (Fee-for-Service)

Esta modalidad comprende el pago por la prestación asistencial individual que el médico brinde al paciente, siendo la forma de pago más desagregada. El nivel de ingresos viene dado por la cantidad de prestaciones realizadas o el nivel de actividad. 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 de estos actos sean inferiores al ingreso marginal que obtendrá¹¹³.

Esta relación contractual posee las siguientes características¹¹⁴:

- ▼ 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 coseguros y las normas de facturación.

Esta modalidad es 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, al tiempo que favorece una buena relación médico paciente lo que genera mayor satisfacción en el usuario^{115 116}.

Por otro lado, las desventajas se producen porque el sistema de pago por acto es señalado como poco eficiente al estimular la sobreutilización de servicios, la inducción de demanda, la sobreindicación de prestaciones y el gasto excesivo de recursos¹¹⁷. Dado que la unidad de pago es el servicio individual, existe un incentivo para maximizar los beneficios mediante el incremento de los actos. Además, el control por parte del financiador es muy complejo y genera un alto costo administrativo para gestionar el convenio (autorizaciones, liquidaciones, etc.)¹¹⁸. Finalmente cabe destacar que esta modalidad 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.

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

114 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

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

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

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

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



4.6.2.2. Módulo

Esta modalidad de pago se puede definir a partir de la identificación 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 salud¹¹⁹.

Este sistema de pago es intermedio entre uno agregado como la cápita y uno desagregado como el pago por prestación¹²⁰. Bajo este mecanismo tanto el financiador como el prestador asumen riesgos. El primero posee el riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda; mientras que el segundo tiene el riesgo de la conducta prestacional, diagnóstica y terapéutica utilizada en la atención¹²¹.

Los criterios para diseñar módulos son diversos¹²². 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 consuma 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 Marracino¹²³ 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.

4.6.2.3. 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 Permanencia¹²⁴.

Las ventajas son: gran predictibilidad si se es capaz de estimar la cantidad de días, la posibilidad de transferir parte del riesgo a la institución, posibilita la confección de canastas a medida, permite controlar la cantidad de producción, estimula la productividad y reduce el incentivo a la sobreprestación (dada imposibilidad de hacer ajustes). Por su parte las desventajas de este mecanismo de pago devienen del desincentivo del uso de prácticas ambulatorias, de la posibilidad de prolongar la

119 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

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

121 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

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

123 Marracino Camilo, (1998) Op. Cit.

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



permanencia, de la necesidad de disponer de adecuados sistemas de auditoria y control, la existencia de la selección adversa¹²⁵.

4.6.3. 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. 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 predecible¹²⁶. 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 mismos¹²⁷.

De acuerdo a la literatura que trata sobre los modelos mixtos se incluyen los siguientes sistemas combinados de pago^{128 129}:

- ▼ Capita 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 acto médico).
- ▼ Combinación de pagos por salario con pagos por actos médicos.
- ▼ Pago por acto con techos individuales o grupales.

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 medica 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 concentran las actividades de alta complejidad médica.

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

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

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

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

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

VI. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Descripción del sector salud

1. 1. El mercado de la salud en el mundo y en Argentina.

El Banco Mundial estimó para 1993 el gasto mundial en salud en aproximadamente 1,7 billones de dólares, es decir un 8% el ingreso mundial. Los países desarrollados gastaron alrededor del 87% del gasto mundial en estos servicios, mientras los países de Latinoamérica gastaron apenas el 3% en este mismo rubro¹³⁰.

Como se puede observar en los gráficos N° 1 y N° 2, en los países desarrollados el gasto en salud es elevado tanto si lo medimos en términos del producto bruto (7.8%)¹³¹ como en dólares per cápita (oscila en un rango entre 1.000 y 6.000 dólares)¹³². En los países latinoamericanos el gasto destinado a salud si bien es alto si lo medimos como proporción del PBI (6.2%), dista bastante de la media mundial si lo consideramos en términos per cápita (300 dólares vs. 430 dólares) y particularmente de los países desarrollados que superan los 1.600 dólares.

Gráfico N° 1

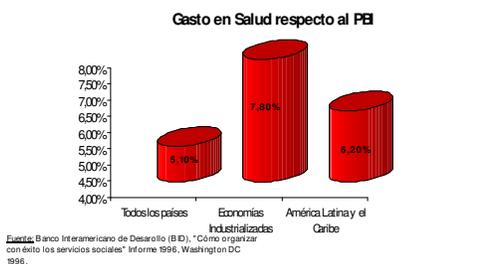


Gráfico N° 2



Por otro lado entre las economías más opulentas del planeta existen diferencias sustantivas en la composición del gasto; mientras que, en promedio, el gasto público de los países de la Unión Europea tiene un peso mayor -entre 70 y 95% del total-, en Estados Unidos esta cifra no alcanza al 50%¹³³.

En los últimos años se ha venido observando un crecimiento significativo en el gasto en salud en los principales países del mundo. El ejemplo más notorio de este incremento es EEUU, que en 1960 destinaba el 5.1% de su PBI a salud mientras que en el año 2004 superó el 15% del PBI, lo que representa un gasto de más de 6.000 dólares por habitante

130 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>

131 Si bien el promedio del gasto en salud respecto al PBI se encuentra en el 7.8% para los países desarrollados, entre ellos es posible observar significativas diferencias; como por ejemplo en USA el gasto representa 14,5% del PBI, en Alemania, Suiza y Canadá es cercano al 10%; mientras que en Italia, España, Inglaterra y Suecia se encuentra entre 7% y 8%, según el Banco Interamericano de Desarrollo.

132 World Bank. Health, Nutrition & Population. The human development network, 1998.

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

por año¹³⁴. Entre las principales causas de este aumento a nivel mundial podemos señalar las siguientes¹³⁵:

- ▼ *Incremento de la oferta*, particularmente en dos áreas, diagnóstico y tratamiento y medicamentos (desarrollo de la industria farmacéutica)¹³⁶.
- ▼ *Mayor demanda social*, por mayor calidad de vida y por mayor información de parte de los pacientes.
- ▼ *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.
- ▼ *Nuevas patologías y nuevos tratamientos para patologías viejas*.
- ▼ *Presión inflacionaria* superior en el área de salud que en el resto de los sectores económicos.
- ▼ *Prevención de mala praxis*, los médicos tienden a generar un mayor gasto para prevenir posibles consecuencias legales.
- ▼ *Fallas de mercado*, entre otras podemos mencionar: fenómeno del tercer pagador monopólicos, asimetría de la información, etc.

En nuestro país el gasto en salud se estimó para el año 2003 en unos a 21.510 millones de pesos¹³⁷, esto es unos U\$S 300 per cápita por año¹³⁸; por otro lado si lo medimos respecto al PBI el mismo asciende a más del 7% según las mismas fuentes, siendo uno de los países que más destinan en el ámbito regional, incluso muy cercano al de los países desarrollados.

La composición del gasto en salud estimada por la OMS y la SSS se puede observar en los gráficos adjuntos, representando el sector privado el 45%, al sector público el 22% y a la seguridad social el 33% restante.

Gráfico N° 3

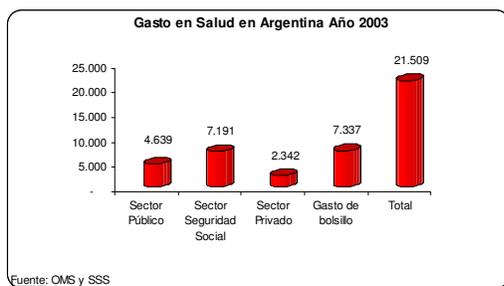


Gráfico N° 4



134 Health Data Bank de la OCDE (año 2004)

135 Di Lucca Juan Carlos. Disertación en el Programa de entrenamiento directivo para directores, gerentes y mandos medios de organizaciones de salud organizado y dictado por el Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Austral (La Plata, Abril – Junio 2007).

136 Para ampliar este tema puede consultarse el trabajo de Hamilton, Gastaldi y di Luca (2000), “Análisis de la oferta de servicios médicos en Argentina”. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD.

137 Estimación correspondiente al año 2003 en base a datos del año 2000 según la OMS (Indicadores por país año 2000). Di Lucca J. C Op. Cit

138 En general las cifras varían de acuerdo a la fuente y al año; en efecto, de acuerdo a Rubén Torres, ex Superintendente de Servicios de Salud y actual consultor de la OPS, el gasto ascendió para el mismo período a aproximadamente 28.000 millones de pesos- Información provista en el Curso dictado por el Dr. Rubén Torres en el marco del Programa de entrenamiento directivo para directores, gerentes y mandos medios de Organizaciones de Salud organizado y dictado por el Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Austral. (La Plata, Abril – Junio 2007). Federico Tobar estimó para el año 2005 el gasto en 36.300 millones de pesos, es decir uno \$950 por habitante año. En el XIº Congreso Argentino de Salud organizado por ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas) se estimó el gasto en salud en unos U\$S 500 por habitante año (<http://www.tucumanoticias.com.ar/noticia.asp?id=17164>). Las diferentes cifras muestran la debilidad del sistema estadístico y la dificultad para disponer de información confiable.



1.2. Los actores del mercado de salud argentino

El mercado de la salud se compone de diferentes actores, tres de ellos son principales, el usuario o paciente, el financiador y el proveedor (en algunos casos bajo una misma entidad). Además en nuestro país suele encontrarse dos actores adicionales como son los gerencadores y los colegios o asociaciones profesionales y/o de instituciones prestadoras. Finalmente existe un actor cuya misión es regular el sistema en su conjunto, la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.). La participación, el comportamiento y la importancia de cada uno de estos actores varían de acuerdo al modelo de contratación elegido. La literatura en general distingue tres modelos básicos, el modelo de reembolso, el modelo de contrato y el modelo integrado; sin embargo nosotros nos focalizaremos en los últimos dos.

El modelo de contrato se caracteriza, como vimos, por la presencia de dos instituciones diferentes, proveedores y financiadores. La cadena de contratación puede ser reducida o por el contrario sumamente amplia, fundamentalmente cuando aparecen en escena los gerencadores y colegios o asociaciones gremiales de prestadores/profesionales. La gran cantidad de intermediarios con sus propias características organizacionales y sus intereses individuales constituyen un modelo con altos costos de transacciones.

Por el contrario en el modelo integrado el financiador es el mismo proveedor de los servicios bajo la administración y gestión de una misma institución que desarrolla ambas funciones.

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.

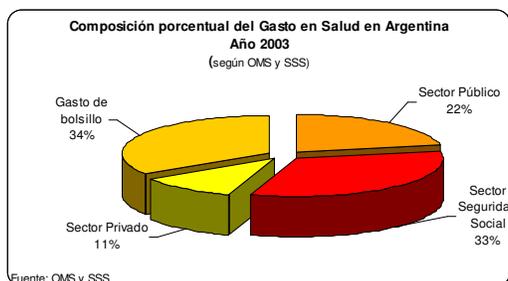
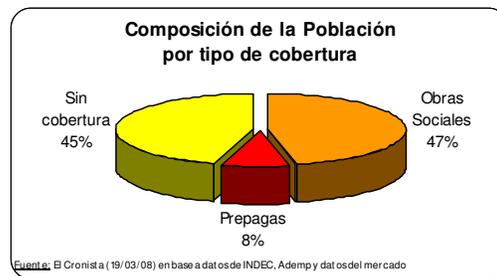
1.2.1. Los Financiadores

Las fuentes de financiamiento en nuestro país provienen de tres sectores, el público, el privado y la seguridad social.

La fuente de financiamiento más importante es el sector privado (45%), el cual se divide en gasto de bolsillo (34%) y sistema prepago (11%); la segunda fuente en importancia es la seguridad social (33%) y finalmente por el sector público (22%), tal como puede observarse en el gráfico 5¹³⁹.

Si tenemos en cuenta a la población total de nuestro país (38.1 millones de habitantes), podemos observar que 17.8 millones de personas (equivalente al 47%) poseen cobertura de obras sociales, 3 millones (8%) de empresas de medicina prepaga y 17.3 millones (45%) no poseen cobertura por lo que son atendidos por el sector público a través de la red de hospitales (gráfico 6)¹⁴⁰.

139 Para un tratamiento más extenso véase el artículo de Tobar Federico (2007) "El Gasto en Salud en Argentina según funciones" en <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Economiadelasalud/gasto-en-salud-en%20Argentina%20segun%20funciones.pdf>
140 Diario El Cronista (23/10/07) en base a datos del INDEC, ADEMP y datos del mercado.

Gráfico N° 5**Gráfico N° 6**

1.2.1.1. Sector Público

Nuestro país para financiar al sector público 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 metas de producción y las autoridades del establecimiento no están habilitadas para reasignar partidas¹⁴¹.

El financiamiento proviene de las rentas generales fijadas en los presupuestos de la Nación, las Provincias o los Municipios para prestar servicios a la población sin cobertura (45% del total del país) a través de la red de hospitales y para destinar recursos a la promoción, prevención, regulación y fiscalización¹⁴². El gasto total del sector público en el año 2003 según la S.S.S y la OMS ascendió a 4.676 millones de pesos, es decir un 22% del gasto total en salud que realiza nuestro país en su conjunto.

Como se puede observar en el gráfico 7, la Nación participa con el 13% (618 millones de pesos) del financiamiento total, las provincias con el 70% (3296 millones de pesos) y los municipios con el 16% restante (762 millones de pesos)¹⁴³. El mayor peso que poseen las administraciones provinciales en la financiación de la salud se debe a que este nivel es el responsable de la mayor cobertura de salud por poseer la mayor cantidad de hospitales; porcentaje que ha crecido en los '90 como consecuencia del proceso de descentralización que se produjo en la economía argentina.



141 Tobar F. "El subsector público de salud en Argentina" Op. Cit.

142 Algunos estudios, entre los que se encuentra el efectuado por Federico Tobar "El subsector público de salud en Argentina", señalan que aproximadamente el 30% del total de las prestaciones de los hospitales públicos son brindadas a personas que cuentan con cobertura de obras sociales o seguros privados de salud; sin embargo esta fuente por el momento representa una porción insignificante del total de recursos que se estima en menos del 5% de los recursos totales de los hospitales.

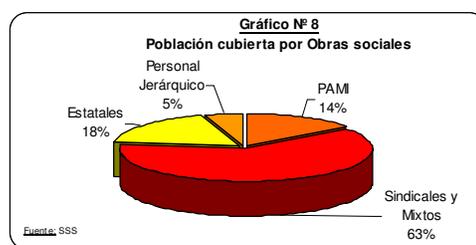
143 Tobar F. (2007) Op. Cit. en base a datos de 1995 publicados por el Ministerio de Economía de la Nación.

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 funcionamiento¹⁴⁴.

1.2.1.2. Sector de la Seguridad Social

El sector de la seguridad social se nutre de fondos aportados por los empleados en relación de dependencia (3%) y contribuciones del empleador (6%)¹⁴⁵. Como la principal fuente de financiamiento es el salario del trabajador, este sector reproduce las desigualdades presentes en el mercado de trabajo¹⁴⁶. Estas organizaciones también financian las prestaciones de regímenes especiales como monotributistas, servicio doméstico, etc.

El porcentaje de población cubierta por obras sociales asciende al 47% de la población total de nuestro país; de ese total se destacan las sindicales y mixtas con el 63%, las estatales (18%), el PAMI (14%) y las de personal de dirección (5%), tal como se puede observar en los gráfico adjunto.



El sistema de obras sociales se compone de 288 entidades entre obras sociales sindicales y de dirección que en conjunto cubren a 10 millones de beneficiarios. De ese total las diez primeras obras sociales concentran el 45.7% de la población total; las 25 primeras comprenden el 65% del mercado y paradójicamente, casi la mitad de las obras sociales poseen menos de 10.000 beneficiarios¹⁴⁷. Estas 288 organizaciones generan una recaudación mensual de 910 millones de pesos según información publicada por el ente fiscalizador para junio 2008¹⁴⁸. 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 estas últimas 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 \$77 per cápita, algunas entidades se encuentra muy por encima (OSDE, ASE, Comisarios Navales, etc. supera los \$200) y otros como Gastronómicos o Peones rurales no alcanzan los \$40 por beneficiario, todo lo cual se describe en el Anexo con información de AFIP.

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 2005 (Ver

144 Tobar F. (2007) Op. Cit.

145 Porcentajes establecidos por ley para el régimen general de obras sociales sindicales. De este porcentaje, una parte se destina al Fondo Solidario de Redistribución por lo que al ente financiador percibe, según si la remuneración imponible es superior o inferior a \$1.000 el 7.65% o 8.1% del sueldo.

146 Danani Claudia “Los procesos que esconde la reforma de la seguridad social argentina: El caso de las obras sociales?” Publicación del Instituto de Investigaciones “Gino Germani” Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires

147 <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivos/Junio2008.xls>

148 <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivos/Junio2008.xls>

evolución anual en cuadro N° 1) han sido registradas aproximadamente unas dos millones de opciones, es decir menos del 20% de los afiliados han cambiado de obra social, al tiempo que muchas han incorporado casi tantos afiliados como los que han perdido. En el gráfico N° 9 se puede observar la cantidad de beneficiarios que han captado las diez principales obras sociales según la SSS¹⁴⁹.

Las obras sociales más afectadas han sido aquellas obras sociales de mayor cantidad de afiliados como Bancario, UOM, etc., mientras que los grandes ganadores del proceso de opción han sido las obras sociales con convenio con empresas de medicina prepaga.

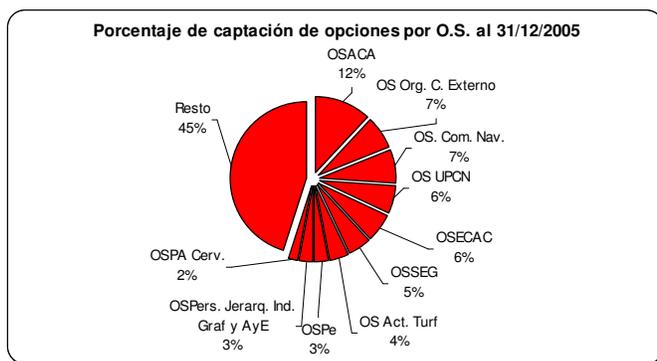
Cuadro N° 1

Evolución de las Opciones

Año	Altas de Opciones
1997	139.351
1998	113.832
1999	136.207
2000	152.865
2001	193.846
2002	211.112
2003	251.586
2004	312.542
2005	417.801
Total	1.929.142

Fuente: SSS

Gráfico N° 9



Fuente: SSS

Algunas de las obras sociales poseen prestadores propios para atender en forma exclusiva a los afiliados de su obra social en el marco del modelo integrado, tal como se expone en el cuadro 2. Por otro lado, otros financiadores contratan a terceras organizaciones para que le provean los servicios de salud a sus beneficiarios sea a través de convenios capitados, por acto médico a prestadores o redes de prestadores.

Cuadro N° 2
Algunos Efectores de Obras Sociales

OBRA SOCIAL	PRESTADOR
UOM	Policlínico Central
OS Bancarios	POBA 9 de Julio
UOCRA	Sanatorio Franchin
	Sanatorio Metropolitano
PAMI	Hospital Francés
OSEAC	Centros de Atención ambulatoria
	Centro de internación de baja y alta complejidad (en construcción)
OS Camioneros	Sanatorio Antártida
Os Hoteleros y Gastronómicos	Sanatorio Güemes
UPCN	Anchorena
OSPERYH	Clínica de la Ciudad

Fuente: Elaboración propia a datos del sector.

1.2.1.3. Sector Privado

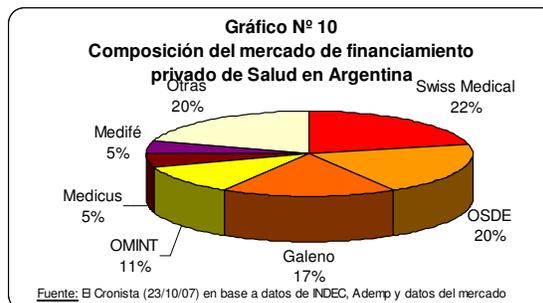
El sector privado se compone por un lado por las personas que se encuentran asociadas a una empresa de medicina prepaga y por los gastos de bolsillo erogados por las personas que no poseen cobertura, como aquellas que afiliadas a una obra social o una prepaga abonar copagos, coseguros o participan en la financiación de los gastos de medicamentos (principal componente del gasto de bolsillo).

El mercado prepago se compone de unas 260 entidades que prestan servicios a unas 3.5 millones de personas en total, de las cuales entre 1 millón y 1.5 millones son afiliados a

149 www.sssalud.gov.ar/estadisticas

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 participación del 75% de clientes corporativos. En este mercado conviven pequeñas, medianas y grandes empresas; locales, zonales y nacionales; comerciales y sin fines de lucro. Unas diez empresas poseen el 90% del mercado por lo que puede considerarse un mercado oligopólico¹⁵⁰.

Las entidades prepagas más importante son: Swiss Medical Group con 750.000 socios (grupo compuesto por Swiss Medical Medicina Privada, Sanitas Nubial, Medicien, Optar, Qualitas, Docthos y Blue Cross & Blue Shield), OSDE con 700.000 afiliados (organización que además es Obra Social de Dirección)¹⁵¹, Galeno (600.000), OMINT (con la reciente



adquisición de Consolidar Salud suma 400.000 cápitás), Medicus (180.000) y ASE-Medifé con 160.000 afiliados, tal como se muestra en el gráfico N° 10. Otros financiadores privados de importancia son los Hospitales de Comunidad como el Italiano, el Británico, el Alemán, entre otros. Además muchas organizaciones intermedias como Asociaciones de Clínica, Colegios Médicos, etc. ha conformado organizaciones privadas dedicadas a financiar la salud (SIPRECO en Santiago del Estero, CIMESA en Mendoza, SIMA en Comodoro Rivadavia, etc.). Finalmente algunas clínicas de renombre como CEMIC, Hospital Privado de Córdoba, etc. se encuentran participando también dentro de este mercado en el marco de una integración vertical hacia arriba¹⁵².

Cada una de estas empresas de medicina prepaга posee convenio con obras sociales; en efecto en un relevamiento realizado para esta tesis se ha podido constatar que incluso algunas obras sociales poseen convenio con más de una prepaга, tal como se puede observar en el cuadro adjunto.

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 organizaciones¹⁵³.

Cuadro N° 3
Algunas Prepagas con Convenio con Obras Sociales

PREPAGA	OBRA SOCIAL
GALENO	OS ACA (Automovil Club Argentino)
	OSSEG (OS de Seguros)
SWISS MEDICAL	OSIM
	OSPADEP
	ASE
	OS Organismos de Control Externo
OSDE	OSSEG (OS de Seguros)
	OS Comisarios Navales
ACCORD	OS UPCN
CONSOLIDAR	OSSEG (OS de Seguros)
OMINT	OSSEG (OS de Seguros)
MEDICUS	OSSEG (OS de Seguros)
Salud Nuevo Cuyo	OS Actividades del Turf

Fuente: Elaboración propia a datos del sector.

150 Datos obtenidos de El Cronista (23/10/07), Revista Fortuna (30/06/06), Diario Página 12 (Suplemento Cash 27/06/04) y datos del sector.

151 La importancia de OSDE viene dado tanto por su unidad de negocios prepaга como el de obras sociales. En esta estadística no están sumadas ambas unidades de negocios que en conjunto superan el 1.100.000 afiliados.

152 Diario El Cronista (23/10/07), en base a datos del INDEC, Ademp y datos del sector.

153 Barbagallo Gabriel. Gerente de Prestaciones Médicas de OSDE. Entrevista realizada 24/09/08. Ver Anexo.



Cuadro N° 4

Efectores de las principales Prepagas del país

PREPAGA	EFECTOR
MEDICUS	Sanatorio Otamendi.
SWISS MEDICAL	Clínica Suizo Argentina, Sanatorio Agote, Sanatorio Los Arcos, Clínica Olivos y tres Centros Ambulatorios
OMINT	Clínica del Sol, Clínicas Santa Isabel y Clínica Bazterrica
GALENO	Sanatorio Trinidad (Palermo, San Isidro y Quilmes), Instituto Dupuytren y Sanatorio Mitre.

Fuente: Elaboración propia a datos del sector.

Por otro lado, cabe destacar que el gasto de bolsillo se encuentra presente cuando el beneficiario abona algún servicio directamente como por ejemplo una consulta de un médico que no se encuentra dentro de la cartilla o cuando debe enfrentar un gasto no cubierto por su servicio público o privado pero contemplado dentro del contrato como copagos, coseguros o parte del gasto de medicamentos. Este último rubro es el que mayor peso tiene en el gasto de bolsillo dado que las 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. Se estima que el gasto de bolsillo asciende en nuestro país a 7.337 millones de pesos, es decir un 34% del gasto total en salud de acuerdo a Di Lucca en base a datos del 2003 de la OMS y la SSS¹⁵⁴.

1.2.2. Prestadores

La morfología del mercado prestador según el clásico libro de Katz y Muñoz “*Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*”¹⁵⁵, pueden 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 participan con el 43% del total de gasto, le sigue en importancia el gasto sanatorial con el 22% y el gasto farmacéutico con el 20%; ascendiendo estos tres sub-sectores a casi el 85% del gasto total en salud¹⁵⁶.

1.2.2.1. Servicios profesionales

Nuestro país cuenta actualmente, según la OPS (las cifras corresponden al año 2004) con unos 265 mil profesionales dedicados a prestar los diferentes 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 adjuntos¹⁵⁷.

154 Di Lucca J. C. Disertación en el Programa de entrenamiento directivo para directores, gerentes y mandos medios de organizaciones de salud dictado por la Universidad Austral (Abril – Junio 2007).

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

156 Si bien estos datos corresponden a información suministrada por el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) para el año 1987, la debilidad de los registros disponibles, la falta de información y la endeble calidad de los datos, se hace imposible disponer de información más confiable que la publicada en esta obra de referencia y significación en el ámbito de la salud. Para mayor información puede consultarse a Katz y Muñoz, (1998) Op. Cit.

157 Abramzón Mónica C. (2005) “Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004” - 1ª ed. - Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Disponible en: www.ops.org.ar/Files/OPS_Pub.62%20Recursos%20Humanos%202004.pdf



En la Argentina, según la Organización Mundial de la Salud hay el doble de médicos de los que se necesitan. El promedio en nuestro país asciende a un médico cada 333 personas, 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 86 personas, el índice más alto en nuestro país, mientras que otras regiones, como Formosa o Misiones, hay un médico cada 850 personas.

Siguiendo a Katz y Muñoz¹⁵⁸, podemos señalar que se producen dos fenómenos contrapuestos en el mercado de los servicios médicos. Por un lado, la cantidad 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 mercado¹⁵⁹.

Otra característica es el retroceso del consultorio privado y la concentración del trabajo médico en las organizaciones institucionales generando un trabajo asalariado del profesional¹⁶⁰. Hamilton, Gastaldi y di Luca¹⁶¹ 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.

1.2.2.2. Establecimientos sanatoriales

En la República Argentina hay 16.000 establecimientos de los cuales unos 3.300 poseen internación, mientras que el resto están dedicados exclusivamente a la prestación ambulatoria. La disponibilidad de camas para la atención asciende a 155.000, es decir

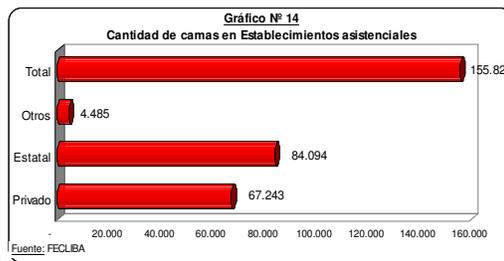
158 Katz y Muñoz (1988) Op. Cit.

159 Hamilton, Gastaldi y di Luca. (2000) Op. Cit. y Abramzon M. (2005) Op. Cit.

160 Katz y Muñoz (1988) Op. Cit.

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

4.55 camas disponibles por cada mil habitantes. Al analizar la distribución de los establecimientos encontramos que los privados representan la porción más importante (61%); sin embargo el sector público con el 37% de los establecimientos es el que posee la mayor cantidad de camas¹⁶². 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, porcentaje que se encuentra en aumento como consecuencia de la ola de adquisiciones observada en estos últimos años¹⁶³. En los gráficos 13 y 14 se muestra la distribución tanto de los establecimientos como de la cantidad de camas en nuestro país según la Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires.



Los estudios¹⁶⁴ muestran que los establecimientos sin internación crecen por un lado por el 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.

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.

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

162 Programa Nacional de Estadísticas en Salud desarrollado en el año 1995.

163 En un artículo publicado en la Revista Fortuna (N° 176, 16 de enero de 2006), se menciona que el sanatorio Güemes contaría con el gerenciamiento de la obra social de Hoteleros y Gastronómicos y que el Sanatorio Metropolitano es adquirido por la obra social de la construcción. Además OSECAC está construyendo un establecimiento en Riobamba y Callao en la ciudad de Buenos Aires. La Obra Social de Camioneros adquirió el Sanatorio Antártica y UPCN al Anchorena.

164 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.



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 esta inclinando el poder de negociación hacia los prestadores, lo que ha llevado a algunas financiadores a construir o ampliar clínicas y sanatorios¹⁶⁵.

1.2.2.3. 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 del capital extranjero más alta y el que presenta el ritmo de innovación más importante dentro del sector salud.¹⁶⁶

La facturación anual para el año 2006 alcanzó a 8.000 millones de pesos, según estimaciones de Internacional Market Survey (IMS), una consultora especializada en la industria farmacéutica. De este total, el 90% corresponde a los fármacos expendidos bajo prescripción médica (mercado ético) y el 10% restante corresponde a los productos de venta Libre (mercado popular). De la facturación total se estima que un 23% corresponde a productos importados, mientras que el 77% restante corresponde a producción nacional. De acuerdo al INDEC del total producido en nuestro país, se exporta el 12% y se comercializa en el mercado interno el 88% restante. En términos de unidades, según IMS, las ventas vienen creciendo desde el año 2002 alcanzando en el año 2006 los 444 millones de unidades (cuadro 5).

Cuadro N° 5

Unidades vendidas de medicamentos, según tipo de mercado. 2001 – 2006.

Unidades	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Mercado Etico	297,547,000	231,902,100	276,688,256	298,155,800	306,000,000	395,000,000
Mercado Popular	49,927,100	45,116,500	68,696,274	88,863,100	99,000,000	109,000,000
Mercado Total	347,474,000	277,856,000	345,384,530	387,018,900	405,000,000	444,000,000

Fuente: IMS

De acuerdo a un estudio realizado en 1999 por la Fundación ISALUD para el Centro de Estudios de la Producción¹⁶⁷ 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 relación a las posibilidades económicas, lo que produce para una parte de la población sobreconsumo, mientras que otros no logran acceder a los mismos¹⁶⁸. Este informe afirma que a nivel agregado Argentina es el país que más gasta de América Latina por habitante, a pesar de tener un alto porcentaje de la población sin

165 Leberztein Gabriel. Gerente de Control Prestacional OSECAC. Entrevista realizada el 13/07/08. Ver Anexo.

166 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.

167 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.

168 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>.

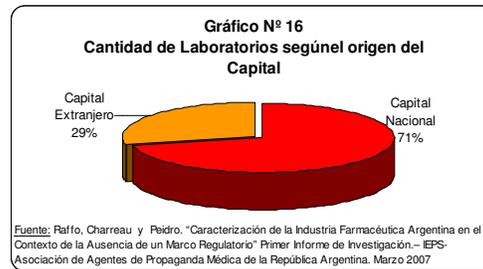
cobertura. El porcentaje del gasto en medicamentos sobre el gasto total en salud se mantiene en un nivel alto en Argentina, cercano al 20%¹⁶⁹.

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)¹⁷⁰, 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 se encargan de la venta al consumidor final.

En el primer segmento operan unos 280 laboratorios, de los cuales 200 son de capital nacional y 80 corresponden a compañías extranjeras (Ver gráfico adjunto). Cuando se analiza la facturación total se observa que los laboratorios locales participan con un 54.5% y los de origen internacional con el 45.5%. El 25% de los laboratorios (las primeras 40 firmas) concentran el 86,68% de las ventas¹⁷¹; esta concentración aumenta aún más si se considera la participación de cada empresa por grupo terapéutico¹⁷². Por otro lado como estas patologías son de baja incidencia y alto costo¹⁷³ se puede afirmar que la tasa de retorno está basada en pocos productos monopólicos por franja terapéutica¹⁷⁴.



Las droguerías, que actúan como intermediarias entre los laboratorios y las farmacias, distribuyen el 86,3% de la producción de medicamentos. Este submercado está

169 Véase la Estructura de Costos presentada por Katz y Muñoz (1998) en su libro "Organización del sector salud: Puja distributiva y Equidad". Op. Cit.

170 El Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) fue creado por el decreto 492/95 (22/09/95) B.O.: 26/09/95

171 Raffo T., Charreau J., Peidro R. (2007) O. Cit.

172 Roche y Novartis se especializan en oncología; Abbott, Glaxo y Bristol en HIV; Novo-Nordisk en diabetes; Serono en esclerosis múltiple y soriasis. Para mayor información se puede consultar a Raffo T., Charreau J., y Peidro R (2007) Op. Cit.

173 Los valores de este tipo de medicamento superan los \$5.000 según información publicada en el Suplemento Cash de Página 12 del día 26 de Noviembre de 2006 www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/cash/17-2718-2006-11-26.html

174 Fundación ISALUD "El Mercado de Medicamentos en la Argentina", dirigido por: Ginés González García e integrado por Federico Tobar, Roberto Bisang, Manuel Limeres, Claudia Madies, Matilde Sellanes, Graciela Ventura, Carlos Vassallo, Rodrigo Falbo y Lucas Godoy Garraza. 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. Nº 13. Septiembre de 1999.



altamente concentrado, teniendo Pharma Star (representante de los laboratorios más importantes) un 65% de participación en el mercado¹⁷⁵.

Las farmacias son el último eslabón de la cadena de distribución de los medicamentos dedicadas a la venta minorista. En nuestro país se encuentran 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 contratos con los financiadores son celebrados por las farmacias mandatarias; entre las mandatarias más importantes podemos destacar a AIM, Farminter, Compañía de Servicios Farmacéuticos, Preservar perteneciente a Droguería Monroe y Diversified de Pharma Star.

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 13.000 profesionales de nuestro país¹⁷⁶.

2. Los Modelos de Contratación y Pago

2.1 Introducción

Como fue mencionado en el capítulo anterior en Argentina existen más de 300 organizaciones aseguradoras de salud, que contratan y financian prestaciones médicas. Por otro lado, en el mercado prestador también existen una gran cantidad de actores ya sean profesionales o institucionales. El modelo de contratación y pago es el mecanismo que pone en contacto a ambos extremos de la cadena.

El estudio empírico de este último será aquí focalizado sobre un grupo acotado de financiadores de salud de la región metropolitana comprendida por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los 24 partidos del Conurbano Bonaerense. Estas organizaciones cubren a un alto porcentaje de la población del área bajo análisis; además poseen diferentes tamaños, niveles de ingresos, posicionamiento en el mercado y fundamentalmente abarcan la mayor parte de las tipologías contractuales conocidas. Estas instituciones financiadoras de salud poseen diferentes modelos de contratación y pago, desde la terciarización total de sus servicios (OSPe, OSDE) ya sea a través de convenios capitados o por el mecanismo de acto médico a modelos mixtos con fuerte integración vertical (Swiss Medical, OSECAC o Construir Salud).

Para analizar los factores que determinan la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de salud se han realizado entrevistas en profundidad tanto a académicos y profesionales del medio como a tomadores de decisión (gerentes o directores) de diferentes obras sociales y prepagas.

A lo largo de este capítulo se describen los diferentes modelos de contratación y pago desde una perspectiva histórica como así también su situación actual. Son analizados

175 Raffo T., Charreau J., y Peidro R Op. Cit.

176 Confederación Farmacéutica Argentina. <http://www.cofa.org.ar/default.asp?QuienesSomos>



temas como el rol de los gerenciadore, la existencia de tipologías de financiadores según sus modelos de pago y las ventajas y desventajas que cada mecanismo posee de acuerdo a la visión aportada por las personalidades entrevistadas.

Un punto central de este capítulo lo constituye el análisis de los costos de transacción en base a los tres atributos definidos por Williamson¹⁷⁷ como razón fundamental para definir el modelo de contratación y pago.

El último tema de este capítulo está dedicado a analizar las “otras razones” que llevan a los financiadores a optar por un sistema u otro. Para ello definimos tres categorías principales. La primera se refiere a las características de los financiadores en términos de número de afiliados y nivel de ingreso. La segunda se relaciona con las estrategias de las organizaciones en la búsqueda para maximizar la calidad, minimizar el costo y mejorar la imagen de marca. Finalmente un tercer motivo es explicado por la conformación del mercado prestador.

2.2 Descripción de los modelos de Contratación y Pago

2.2.1. Antecedentes históricos¹⁷⁸

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 Ferrovianos¹⁷⁹, 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 conseguiría 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 Carrillo¹⁸⁰”*.

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 médico¹⁸¹ (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 lograba¹⁸².

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 a la “puja

177 Williamson O. (1989) Op. Cit.

178 Esta sección ha sido elaborada en base a los contenidos obtenidos de las entrevista en profundidad al Lic. Carlos Vassallo, consultor y economista especializado en salud, profesor universitario. Entrevista realizada el 11/04/08 y al Dr. Efraín Novick, médico sanitarista Asesor de OSPe y Obra Social de Bancarios. Entrevista realizada el 20/11/07. Para ampliar los conceptos, ver anexo con transcripción de entrevistas.

179 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 (2005) *“Breve historia de la prestación del servicio de salud”*. En Garay, Oscar. (Coordinador). Responsabilidad profesional de los médicos: ética, Bioética y Jurídica civil y penal. Buenos Aires. Editorial La Ley. Página 1305.

180. Tobar, F. (2005) Op. Cit.

181 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.

182 Novick Efraín. Ver entrevista en Anexo.



distributiva” analizada por Jorge Katz, como así tampoco se había iniciado el proceso acelerado de incorporación tecnológica que se planteara luego. Su financiación estaba vinculada no solo 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 (a los empleados) y contribuciones (a las 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 procíclico¹⁸³.

Esto último, sumado al constante aumento de los salarios y del empleo, les permitió a los financiadores modificar tibiamente los mecanismos de contratación. Si bien la gran mayoría continuó dentro del modelo de separación de funciones contratando a las corporaciones a través del sistema de pago por prestación, especialmente en el submercado de servicios médicos; otras optaron por una estrategia de integración vertical particularmente en las zonas de gran concentración poblacional donde además canalizaban la mayor complejidad médica. 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 '80¹⁸⁴.

Las dificultades para sostener el hospital propio (integración vertical) 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; por ende, disponer de un activo inmovilizado fue poco racional, iniciándose de este modo un proceso de desintegración vertical¹⁸⁵.

Por otro lado, el mecanismo de pago por prestación producía grandes rentas financieras a las obras sociales 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 dificultades¹⁸⁶.

En los noventa fue ganando adeptos el mecanismo de pago por cápita. Además fueron los años en los que aparecieron los gerenciosos para administrar los convenios capitados. Estas redes intermediarias entre los financiadores y los prestadores percibían ingresos capitados que luego pagaban a los prestadores de la red por medio el sistema de acto médico. Estos años estuvieron dominados por un cambio estratégico en la concepción ideológica de la seguridad social, cuando a fines de la 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

183 Vassallo Carlos. Ver entrevista en Anexo.

184 Para una idea más acabada del tema, véase entrevistas a Carlos Vassallo y Efraín Novick en el Anexo.

185 Maccira Daniel. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

186 Daniel Maccira, Ver entrevista en Anexo Op. Cit.

que se hizo extensivo a las prepagas, quienes obtuvieron contratos o alianzas estratégicas con algunas obras sociales. También fueron años caracterizados por el elevado crecimiento de los prepagos, particularmente los que hacen foco en el estrato ABC1 y de la llegada del capital extranjero al financiamiento y provisión de salud.

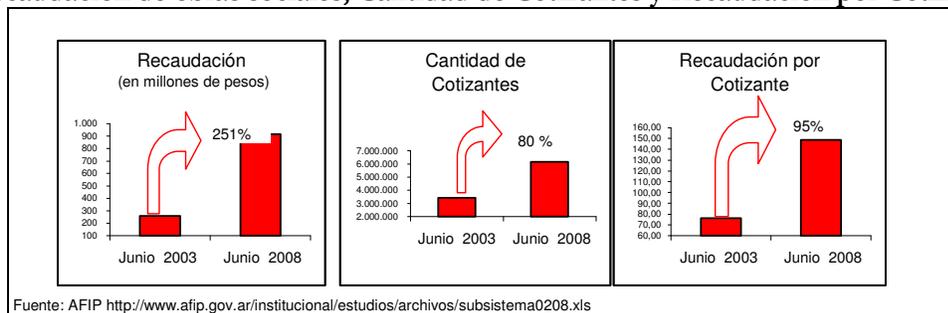
La crisis de finales de los noventa caracterizada por la caída del salario y por el elevado desempleo, redujo significativamente los recursos de los financiadores, particularmente de las obras sociales. Esta situación produjo que muchos financiadores tengan problemas de pago con sus gerenciadorees o con sus prestadores. El contexto macroeconómico contribuyó a exacerbar los conflictos entre prestadores y financiadores al tiempo que muchas redes, particularmente aquellas integradas por las asociaciones de profesionales o de clínicas y sanatorios entraron en crisis provocando cambios en los modelos de contratación. Ejemplo de ello fue el cambio que tuvo que afrontar la Obra Social de Petroleros en varias zonas del país al tener que pasar de un modelo capitado a uno por prestación porque el gerenciador contratado tuvo problemas económicos financieros que atentaron contra su sostenibilidad¹⁸⁷. Finalmente, otro rasgo que caracterizó a este período fue la fuga del capital extranjero del sector¹⁸⁸.

2.2.2. La situación actual

El cambio de modelo perpetuado luego de superada la crisis de 2001 sumado al buen momento económico internacional por el alto precio de las materias primas permitió una rápida recuperación de la economía con un fuerte impacto en el empleo primero y en el salario después; situación que mejoró significativamente los ingresos de los financiadores en general y de las obras sociales en particular, dado que sus recursos, al ser pro-cíclicos, dependen fundamentalmente de la situación macroeconómica del país. El vigoroso proceso de crecimiento que emprende la economía permitió que las obras sociales obtengan entre junio de 2003 y junio de 2008 un 250% más de recursos, un 80% de afiliados (cotizantes) y un 95% más de ingresos por titular aportante; todo lo cual se puede observar en el gráfico N° 17¹⁸⁹.

Gráfico N° 17

Recaudación de obras sociales, Cantidad de Cotizantes y Recaudación por Cotizante



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

187 Alejandro Casuscelli. Gerente General de OSPe. Entrevista realizada el 22/08/08. Ver Anexo.

188 Stern Alfredo. Director Médico de Swiss Medical. Entrevista realizada el 28/08/08 Ver Anexo.

189 Datos obtenidos del sitio web de AFIP <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivos/subsistema0208.xls>



nueva ola de integración vertical en el sector. Esto se registra tanto, por información proporcionada por informantes claves del sector entrevistados como a través de datos publicados en los medios locales¹⁹⁰.

Este proceso de integración vertical puede ser atribuido a:

- a. La disponibilidad de recursos de inversión, que en buena medida es consecuencia de la alta recaudación que tienen las obras sociales¹⁹¹.
- b. La necesidad por parte de los financiadores de garantizar las prestaciones, esto es tener disponibilidad de camas para internación¹⁹².
- c. 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 instalada cubierta que le permita subsistir¹⁹³. Se ha planteado que esta estrategia permite obtener reducciones de hasta el 15% de los costos prestacionales de los aseguradores¹⁹⁴.
- d. La posibilidad de disponer de un prestador propio para incorporar un modelo de atención diferente definido por el financiador¹⁹⁵.
- e. El deterioro de la situación financiera de algunos prestadores puros que han llegado a crisis terminales¹⁹⁶.

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 250 obras sociales, 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 tres veces superior que algunas obras sociales)¹⁹⁷. Sin embargo, según estimaciones propias elaboradas en base a información proporcionada por la Superintendencia de Servicios de Salud¹⁹⁸ y a datos del sector obtenidos de las entrevistas efectuadas es posible advertir que, para 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 terciarizado, un 35% bajo la modalidad capitada y un 15% por prestación. En el segundo nivel la integración vertical alcanza al 15%, terciarizándose 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 submercado de los medicamentos la terciarización alcanza prácticamente a la totalidad.

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

191 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

192 Maccira D. y Leberztein G. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

193 Stern A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

194 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.

195 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit. y Siede Julio. Director de FAMEDIC (Construir Salud). Entrevista realizada el 13/07/08. Ver Anexo.

196 Stern A. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit. y Mó María del Carmen. Profesora de la cátedra de Administración de Salud FCE-UBA. Entrevista realizada el 09/05/08. Ver Anexo.

197 Biani Juan Carlos. Gerente de Control Prestacional Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Entrevista realizada el 19/09/08. Ver Anexo.

198 Biani J. C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



Los modelos de contratación y pago tienden a estar dominado 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 metropolitana¹⁹⁹.

Las entidades de medicina prepaga, en la región metropolitana tienden a concentrar en los servicios propios un 50% de las prestaciones y terciarizan el 50% restante, siendo el mecanismo elegido para contratar al sector privado es el sistema por prestación²⁰⁰.

En general los financiadores combinan más de un sistema de pago, excepto PAMI que abona todo por cápita²⁰¹ y OSDE que no integra ni capita, sino que toda la contratación la realiza por el sistema de prestaciones ya sea por acto médico o módulos²⁰².

El pago por prestación, es una tendencia que va decreciendo y en general corresponde a aquellas prestaciones que están fuera del convenio capitado²⁰³; aunque hay algunos financiadores que tienen una alta participación de convenios por prestación como la Obra Social de Petroleros, OSDE, algunas prepagas y unas pocas obras sociales de menor tamaño.

Los financiadores entrevistados para esta tesis poseen distintos mecanismos de contratación y pago según como puede observarse en el cuadro N° 6 presentado a continuación.

Cuadro N° 6
Descripción de los modelos de contratación y pago de los Financiadores entrevistados

FINANCIADOR	MODELO DE CONTRATACIÓN Y PAGO
Construir Salud	Fuertemente integrado, en menor proporción monto fijo y prestaciones, particularmente para la alta complejidad.
OSDE	Terciarizado por prestaciones
OSECAC	Alta proporción de integración vertical, para el resto poseen diferentes mecanismo según niveles y servicios.
OSPe	Terciarizado por prestaciones y por cápita
Swiss Medical	Integración vertical y terciarización por prestaciones en partes iguales. Tienen muy pocos convenios capitados como por ejemplo en salud mental.

Fuente: Entrevistas a financiadores. Ver Anexo.

2.3. Las principales tipologías

¿Es posible identificar tipos homogéneos de organizaciones que poseen modelos de contratación similares? No hubo consenso al respecto entre los expertos consultados para este estudio²⁰⁴. Para avanzar hacia una respuesta a este interrogante se consideran dos atributos clave: a) el tamaño de la población a la cual le brindan cobertura y b) el valor de la cápita que perciben 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.

199 Biani J. C. Op. Cit. Ver entrevista en Anexo.

200 Biani J. C. Op. Cit. Ver entrevista en Anexo y Stern A. Op. Cit. Ver entrevista en Anexo.

201 Novick E. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

202 Barbagallo G. Ver entrevista en Anexo.

203 Biani J. C. Op. Cit. Ver entrevista en Anexo.

204 Por ejemplo, si bien algunos de las personalidades consultadas (Novick, Etkin) mencionaron que no es posible encontrar tipos de organizaciones que poseen modelos de contratación similares, otras personas consultadas (Maceira, Siede, Mó) mencionaron 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.



Se definieron para cada uno de los atributos (ingresos – tamaño) tres niveles. Por ende, para la región AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) la población cubierta como el ingreso per capita percibido pueden ser alto, medio o bajo.

Se considera que la población cubierta es baja cuando es inferior a 5.000 socios, cantidad esta última que suponemos que es prácticamente inviable de administrar eficientemente²⁰⁵; resultará mediana cuando se encuentre entre los 5.000 y los 25.000 beneficiarios y será alta cuando el padrón de la organización supere los 25.000 beneficiarios. Si bien los cortes pueden tener un contenido algo arbitrario, se corresponden con cortes sumamente razonables para el submercado comprendido por la región metropolitana.

Para los ingresos se tomó como referencia al ingreso promedio per cápita estimado en \$77 que surge del informe sobre recaudación de la seguridad social para el mes de junio 2008 publicado por la AFIP en su sitio web²⁰⁶. Para establecer los tres rangos se asumieron tres cortes diferentes. Se consideró como nivel bajo a aquellos ingresos per cápita de hasta \$58, es decir inferior al 25% del promedio antes mencionado. El rango comprendido por un 25% inferior y un 25% superior al promedio compone el estrato medio del esquema (Entre \$58 y \$96). Finalmente el tercer nivel abarca a los ingresos altos, es decir aquellos que superan en un 25% del promedio de AFIP (>\$96). Se trata de una medida proxy de los ingresos reales de la población a los efectos de disponer de un mapa que nos organice la heterogeneidad reinante en el mercado de los financiadores de salud.

A continuación se presenta el esquema mostrando a distintos financiadores en cada uno de los nueve casilleros definidos, los cuales representan un submercado dentro del mercado de financiamiento de la salud.

205 Bill Savedoff en su libro “La organización hace la diferencia” plantea que los seguros de salud alcanzan sustento a partir de los 15.000 beneficiarios; sin embargo, para un submercado como es el de la región metropolitana, tomamos un rango menor para determinar la viabilidad de una organización bajo el supuesto que este submercado forma parte de un mercado más importante que abarca a todo el país, donde el planteo de Savedoff debe ser tenido en cuenta.
206 <http://www.afip.gov.ar/institucional/estudios/archivos/Junio2008.xls>



Figura N° 10
Tipologías de Financiadores según nivel de ingreso y población cubierta

Población cubierta	Alta	UOCRA - OSECAC	UOM BANCARIOS OSPERYH ACORD/UPCN	OSDE SMG GALENO OMINT MEDICUS HTAL ALEMAN CONSOLIDAR OSSEG OSPOCE
	Media	PERSONAL DE LA PUBLICIDAD - CERAMISTAS -	OSPAT ANDAR	LUIS PASTEUR SIMECO OSPe
	Baja	Relojeros y joyeros-Tintoreros y sombrereros-Personal de escribanos	Sindicato del pers. mensualizado del Jockey Club de Bs As y los hipódromos de Palermo y San Isidro - Locutores-Arbitros de Futbol	Personal de Shell-Capsa - Aeronavegantes - CAMPSIC
		\$ 58	\$ 96 > \$ 96	
		Baja	Media	Alta
		Ingreso per cápita percibido		

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

En cada uno de los casilleros se han identificado nueve tipos diferentes de modelos de contratación y pago asociados a una categoría de financiadores que comparten niveles 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.

En la figura N° 11 se sintetizan las diferentes tipologías de contratación. Estos modelos fueron el resultado del análisis de las entrevistas, de información del mercado, como así también de consultas realizadas a diferentes personalidades del sector. Cabe destacar que cuando se le solicitó al Dr. Juan Carlos Biani, gerente de control prestacional de la Superintendencia de Servicios de Salud que evaluara las tipologías, mencionó lo siguiente: “*este modelo es correcto, está muy bien; si bien puede haber excepciones, en términos generales es correcto*”²⁰⁷. A continuación presentamos el cuadro N° 11 con los distintos tipos de modelos de contratación según el número de afiliados y el nivel de ingresos.

207 Biani, J. C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

Figura N° 11
Modelos de Contratación de Financiadores

Población cubierta	Alta	> 25.000	FUERTE INTEGRACION VERTICAL - ESCASA CONTRATACION A PRIVADOS	INTEGRACION VERTICAL + CONTRATACION A PRIVADOS	1 o 2 EFECTORES DE CALIDAD Y CONTRATACION A PRIVADOS / DERIVACION APORTES A PREPAGA (OS)
	Media	25.000	CAPITA	CAPITA / ACTO MEDICO	CONTRATACION A PRIVADOS / ACTO MEDICO / CAPITA
	Baja	5.000	RED ACOTADA POR ACTO MEDICO / HOSPITAL PUBLICO	ACTO MEDICO	CAPITA
			\$ 58	\$ 96 > \$ 96	
			Baja	Media	Alta
			Ingreso per cápita percibido		

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

En términos generales los financiadores con poca población e ingresos bajos poseen una red de prestadores acotada a la cual contratan por acto médico, dado que los gerenciadore s mayormente no aceptan efectuar contratos por cápita fundamentalmente porque se trata de una población cuyo riesgo prestacional es muy elevado, de manera que un caso de alto costo y baja incidencia difícilmente se recupere financieramente. Para este grupo suele ser natural la contratación de los hospitales públicos como una red acotada de profesionales y establecimientos de menor calidad prestacional.

Para una población baja pero con ingresos medios, el modelo de contratación sigue siendo el acto médico, pero a diferencia del grupo anterior, en este caso la red puede ser un poco más amplia y de mejor calidad. Como se mencionó en el párrafo anterior, los entes que gerencian contratos capitados en general no aceptan a poblaciones tan pequeñas a pesar de que puedan obtener valores unitarios relativamente más elevados que en el grupo anterior, excepto que acuerden compartir el riesgo de las patologías ACBI (alto costo y baja incidencia). Diferente es el caso de una población pequeña cuya administradora de fondos carece de infraestructura y de 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 permite licuar en parte el alto riesgo prestacional que este financiador pequeño suele transferirle (En general en estos casos suelen compartir el riesgo). Además suma afiliados a su ya gran población (ampliando el *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 país²⁰⁸.

Los modelos de contratación prevalecientes en poblaciones medianas son el sistema capitado y en menor medida el mecanismo de pago por acto médico. Cuanto menor sean los ingresos más efectivo tiende a ser para el financiador un sistema capitado y cuanto

208 OSPe en sus comienzos integró este grupo, es decir ingresos medios o medios altos y escasa cantidad de beneficiarios (en sus orígenes esta obra social tenía 7700 afiliados en todo el país) y logró capitalizar prácticamente todos sus servicios según lo expresado por su gerente general CP Alejandro Casuscelli. (Ver entrevista en Anexo. Op. Cit).



mayor es el ingreso más factible será encontrar organizaciones que adopten el sistema por prestación para asegurarle al beneficiario una mayor calidad de prestación.

Nuevamente aparece cierta heterogeneidad cuando analizamos los modelos de las organizaciones de mayor tamaño, esta heterogeneidad aparece porque incluso cuando una alta proporción suele estar integrado, la terciarización se contrata por diferentes mecanismos de pago. En efecto, 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 integrados²⁰⁹. El grupo de alta población e ingresos medios puede optar por la integración vertical más la contratación de prestadores privados, pero a diferencia del grupo anterior la cobertura se distingue porque la red es más amplia y de mayor calidad, al tiempo que las prestaciones terciarizadas son contratadas por cápitas o prestaciones.

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 a OSDE 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. Las prepagas se diferencian de OSDE, quien contrata absolutamente todos sus servicios al sector privado, porque las primeras poseen al menos un prestador propio. Al resto de las prestaciones las contratan por el sistema de prestaciones, capitando sólo servicios específicos y puntuales.

El estrato de financiadores con alta masa crítica, como Construir Salud, OSECAC, o las prepagas líderes, 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 espontánea²¹⁰, cobran por hora; finalmente algunos especialistas como oftalmólogos, dermatólogos, otorrinolaringólogos, etc., que trabajan en los centros de atención primaria, cobran directamente por acto médico. En el área metropolitana hay un sanatorio propio muy importante, el Sanatorio Franchín, 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 capitular como consecuencia de lo inestable del padrón²¹¹.

En el caso de OSECAC el método de pago 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 astroscofia, procedimiento que tiene mucha demanda inducida, la cual tiene una modalidad de contratación diferente de manera que el valor pagado para una de cirugía

209 Si bien en general suelen abonar más bajos que los financiadores de mayor poder económico, la ecuación de ingresos para el prestador la cierran mediante la mayor cantidad de pacientes que estas organizaciones le brindan, transfiriendo una masa de recursos interesantes actuando sobre la cantidad y no sobre los precios. Para un análisis más profundo sobre este tema, puede consultarse en el Anexo la entrevista realizada para esta tesis al Gerente de Control Prestacional de OSECAC, Dr. Gabriel Leberztein.

210 Para Construir Salud, los médicos de demanda espontánea son un panel de médicos de familia que hacen una especie de guardia sin ser estrictamente esto, según lo expresado en la entrevista por el Dr. Julio Siede, director de FAMEDIC, organización encargada de administrar las prestaciones ambulatorias de esta obra social. Para mayor información, puede consultar la entrevista en el Anexo.

211 Siede J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



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 donde este último aporte la experiencia y el conocimiento y la obra social el capital²¹².

2.4. El Rol de los Gerenciadores

Hasta los años ochenta, los financiadores asumían el rol de gerenciadores. A principios de los '90 se produjo un giro en el modelo contractual al pasarse del pago por prestaciones al pago por el sistema capitado. La contratación por unidades agregadas requiere de un intermediario que reparta el presupuesto, a través de las modalidades de pago a los profesionales e instituciones, estableciéndose una cadena de contrataciones²¹³. Vassallo afirmó en la entrevista efectuada que esta función de gerencia no sólo llegó para quedarse en el sistema, sino que ha sido la gran incorporación de los noventa²¹⁴.

El gerenciador cumple el rol de coordinación, articulación y organización de los factores de producción, sino es un caos. 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 ocuparse de un conjunto de conflictos del tipo “no me pagaste o me pagaste tarde”²¹⁵.

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 oferta²¹⁶. Con el tiempo muchas de estas organizaciones fracasaron, de manera que los financiadores tuvieron que modificar sus modelos de contratación²¹⁷.

Los gerenciadores cumplen una función esencial dentro del sistema de aseguramiento de salud, no son sólo simples intermediarios. También se ha postulado que hay que eliminar la idea de que los gerenciadores son mala palabra, aunque hubo algunos que vendieron que eran gerenciadores y en realidad no dieron un valor agregado, simplemente se comieron ese porcentaje dejando que el sistema funcionara y ajustara de la peor manera²¹⁸. Si el sistema se degenera no habla mal del sistema sino de ese gerenciador en

212 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

213 El Dr. Armando Reale, uno de los máximos especialistas en la temática, expresó especialmente para esta tesis estos conceptos. Véase en el Anexo una copia del mail recibido el 06/05/08.

214 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo.

215 Etkin Jorge, Ex director de PAMI. Entrevista realizada el 30/11/2007. Ver Anexo.

216 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

217 Como se mencionó anteriormente un ejemplo del cambio en el modelo de contratación como consecuencia de la caída del gerenciador que administraba las prestaciones mediante un contrato capitado ha sido la Obra Social de Petroleros cuando; entre otros casos el gerente general de OSPe mencionó a SIMA (Sistema Médico Asistencial) compuesto por la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Comodoro Rivadavia, el Colegio Médico de la misma zona y el Colegio de Bioquímicos tuvieron graves problemas económicos financieros que comprometieron su subsistencia. Para mayor información véase en el Anexo la entrevista al Gerente General de OSPe C.P. Alejandro Casuscelli.

218 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



particular²¹⁹. Se ha recordado que en particular el PAMI tuvo malas experiencias con algunos gerenciadore²²⁰.

La contratación de un gerenciador implica el alargamiento de la cadena de contratación, lo cual genera mayores costos de transacción. La pregunta es si esos costos de transacción adicionales son más o menos compensados por los beneficios que podrían lograrse al estar vinculados con una administradora; en efecto, si un gerenciador aglutina a 50 obras sociales chicas, estas últimas para comprar días camas deben pagar valores muy altos por el escaso poder de negociación que tienen (al menos valores más altos que su capacidad de compra), entonces si contratan a un gerenciador y esta organización sale a comprar para todas ellas, probablemente obtengan precios más baratos. Esta ganancia es la que debe compararse con el mayor costo de transacción que deben abonar²²¹. Los especialistas entrevistados concordaron que es posible que los beneficios para el financiador resulten mayores a estos costos. 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, etc., todo lo cual lo amortiza entre todos los convenios que posee²²². Por otro lado, 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; de modo que la función de gerencia es identificable y necesaria para que el sistema pueda cerrar²²³.

2.5 Ventajas y desventajas de la integración vertical y de la terciarización

2.5.1 Introducción

Como señala la teoría sobre los modelos de contratación y pago, no existe la superioridad de un modelo sobre otro, como tampoco existe un sistema ideal; cada uno de ellos debe ser evaluados pura y exclusivamente en relación a los objetivos que se pretenda alcanzar²²⁴. Por otro lado, los juicios sobre los distintos modelos de pago puede variar según la óptica de quien lo analice, del momento histórico y del contexto en que se desarrolla²²⁵. Las fórmulas de pago generan incentivos modificando la conducta de otros agentes²²⁶. La elección de un mecanismo constituye una señal que el financiador le brinda al proveedor en cuanto al concepto de eficiencia que se desea estimular²²⁷.

Si bien la articulación entre los financiadores y prestadores tiene su complejidad y en el mercado financiador existen más de 300 fondos cada uno con sus características en cuanto a nivel de ingresos, población a la cual brindan cobertura, estrategias e historia; intentaremos describir las principales ventajas y desventajas de los sistemas de contratación y pago.

219 Etkin J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

220 Mó M. de C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

221 Maccira D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

222 Mó M. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

223 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

224 Álvarez, Pellisé y Lobo, Op. Cit.

225 Buglioli M, Giannco O y Mieres G. Op. Cit.

226 Tobar, Rosenfeld y Reale, Op. Cit.

227 Franza, Burgos y Mó, Op. Cit.



Para ello analizaremos las ventajas y desventajas desde la óptica del financiador tanto para los sistemas integrados, como los terciarizados, los cuales a su vez los dividimos en sistema capitado y por prestación. La descripción se efectúa en base a la información recogida de las entrevistas realizadas a las diferentes personalidades consultadas, información que con mayor detalle puede consultarse en el Anexo de esta tesis.

Cabe destacar que no existen sistemas integrados puros, es decir no hay ningún financiador que tenga absolutamente todo integrado, sino que existen más bien grados de integración donde algunos financiadores tienen un porcentaje mayor de cobertura dentro de sus propios prestadores mientras que otros tienen menos y algunos tienen todo terciarizado.

2.5.2 Ventajas de la Integración vertical en salud

- a. 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 adicionales²²⁸.
- b. Desarrollar modelos prestacionales propios que estén de acuerdo con la filosofía del financiador, tal como lo ha hecho Construir Salud u OSECAC que están convencidos de las bondades de médico de familia como estrategia para brindar los servicios de atención primaria de la salud²²⁹.
- c. 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 imponga²³⁰. Además, permite asegurar un determinado nivel de calidad de acuerdo al dinero que se dispone²³¹. La experiencia de Construir Salud y de OSECAC son ejemplos de esta ventaja²³².
- d. Tener objetivos y resultados sanitarios concretos. Cuando el financiador está integrado al prestador se ve facilitada esta tarea porque puede efectuar monitoreos de calidad sobre el cumplimiento de indicadores, desarrollar guías de prácticas clínica propias contextualizadas a la realidad argentina, ateneos médicos pagos y formación médica incorporada²³³.
- e. Permite asegurar camas, que de llegar a escasear, tal como algunos directivos de obras sociales y prepagas suponen que sucederá a futuro, representará una ventaja competitiva enorme y evitará tener que pagar valores fijados por los prestadores, que sin dudas atentarán contra la ecuación de costos de los financiadores, particularmente de aquellos que menos recursos poseen²³⁴.
- f. Reduce los costos prestacionales lo cual es muy importante en un contexto de aceleración mundial del mismo²³⁵. Un ejemplo de esta ventaja es el caso de Construir Salud, que cuando tenía un modelo terciarizado, con pocos prestadores propios, poseía un alto déficit operativo (cincuenta millones de dólares), el cual logró revertir

228 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

229 Vassallo C., Leberztein G. y Siede J. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

230 Etkin J. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

231 Maceira D. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

232 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

233 Siede J. y Leberztein G. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

234 Leberztein G. y Maceira D. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

235 Maceira D., Mól M del C. y Stern A. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.



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 prestacionales²³⁶. 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 esperas²³⁷.

- g. 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 hospital²³⁸.
- h. No transferir rentas a la competencia, esta ventaja debe analizarse como una cuestión estratégica que los financiadores, especialmente las prepagas, desarrollan para no tener que comprarle servicios a su competencia.²³⁹
- i. Menores costos de transacción, los cuales se reemplazan por costos administrativos o de organización²⁴⁰.
- j. Permite incrementar el poder de negociación al disponer de un prestador propio como instrumento para negociar con mayor fortaleza al no estar cautivo con quien negocia²⁴¹.
- k. El afiliado queda al margen de los conflictos como cortes de servicios, que puedan producirse entre los financiadores y prestadores²⁴².
- l. 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)²⁴³. OSECAC, que invierte en el segundo nivel de atención con habitaciones que una parte del año son para adultos y en la otra parte del año para pediatría, también es un ejemplo que muestra que, tal como señaló el gerente de control prestacional de esta obra social, permite hacer un manejo más eficiente de las prestaciones²⁴⁴.
- m. Posibilidad de gerenciar todo el negocio fortaleciendo ambas partes y logrando sinergias entre ellas. La integración permite al financiador gestionar mejor sus costos a través de dar las prestaciones propias y el prestador tiene la capacidad de alcanzar una plena ocupación de sus propias instalaciones, lo cual es muy importante especialmente porque, para poder manejar los costos adecuadamente, se llega a cifras ridículas de más del 90% de ocupación²⁴⁵. Si la integración se produce desde lo

236 Siede J. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

237 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

238 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

239 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

240 Maccira D. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

241 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

242 Etkin J. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

243 Stern A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

244 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

245 Stern A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.



prestacional hacia lo financiero, esta estrategia permite asegurar un determinado nivel de ocupación de camas que hagan viable la operatoria de la clínica²⁴⁶.

2.5.3 Desventajas de la Integración vertical en salud

- a. 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 propia²⁴⁷. 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%²⁴⁸. OSECAC, por otro lado, ha diseñado una estructura de internación flexible que le permite transformar un piso dedicado a pediatría en una época del año en internaciones programadas para adultos para el resto del año²⁴⁹. Finalmente otro mecanismo utilizado para mitigar este problema es que el prestador propio brinde servicios a otros financiadores como lo hacen la Clínica y Maternidad Suizo Argentina o el Sanatorio de La Trinidad²⁵⁰.
- b. La capacidad ociosa con la que puede encontrarse cuando cae la demanda prestacional, desventaja que se puede mitigar vendiendo prestaciones a varios financiadores²⁵¹.
- c. 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 fuerza²⁵².
- d. Compite con el resto de los prestadores a los cuales contrata²⁵³.
- e. 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.
- f. 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 de la obra social²⁵⁴.
- g. Dificultad para distinguir las dos unidades de negocios, provisión y financiación, lo cual puede generar que se multipliquen las deficiencias de ambas o en términos de Carlos Vassallo²⁵⁵, “se enjuaguen las ineficiencias”.

246 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

247 Maccira D. y Siede J. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

248 Leberztein G. y Stern A. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

249 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

250 Stern A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

251 Maccira D. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

252 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

253 Vassallo C. y Barbagallo G. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

254 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

255 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.



- h. Dificultad para correr la carrera tecnológica, particularmente en la alta complejidad donde la acumulación de capital es un tema central²⁵⁶. En consecuencia, se tiende a integrar los niveles más bajos, terciarizando los más elevados²⁵⁷.
- i. 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 propio²⁵⁸.

2.5.4 Ventajas de la Terciarización

- a. El financiador puede aprovecharse de la capacidad ociosa de terceros, obteniendo valores más bajos y evitando los costo de aprendizaje, instalación, etc.²⁵⁹.
- b. Permite que aquellos servicios difíciles de controlar, de mayor riesgo de error y en los que uno no se especializa, los asuma un tercero²⁶⁰.
- c. El financiador no tiene que dedicar recursos a invertir en activos fijos²⁶¹.
- d. Si los directivos de los financiadores son conocidos en el mercado generan confianza y esto facilita la contratación de prestadores²⁶².
- e. 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 propios²⁶³.

2.5.4.1 Ventajas del Sistema Capitado

- a. Posibilidad de incorporarse a una red armada, particularmente cuando se trata de un financiador con poca masa crítica²⁶⁴.
- b. 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 tiempo²⁶⁵. Además es fácilmente presupuestable lo que permite asegurar la cobertura al afiliado de acuerdo a la capacidad de pago del financiador²⁶⁶.
- c. Transferencia del riesgo del financiador al prestador²⁶⁷.
- d. Necesidad de un menor control al prestador (auditorías, autorizaciones, etc.), dado que las mismas las asume el gerenciadore, quien es el que asume el riesgo. Este actor, necesario en los modelos capitados, asume los conflictos y organiza las operaciones para brindar los servicios²⁶⁸.

256 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

257 Novick E. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

258 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

259 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

260 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

261 Barbagallo G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

262 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

263 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

264 Maccira D. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

265 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

266 Etkin J. y Mó M. del C. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

267 Mó M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

268 Etkin J. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.



- e. 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 activos²⁶⁹.

2.5.4.2 Ventajas del Sistema por Prestación

- a. Mayor calidad prestacional, permite una atención personalizada (relación de nombre y apellido entre el médico y el paciente), más directa entre el médico y el paciente²⁷⁰.
- b. Mejora la imagen del financiador²⁷¹.
- c. 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 y se abona el 30 de abril). Además en un proceso de negociación, puede ser prolongarlo en el tiempo para reducir los gastos como consecuencia del retraso del aumento de los aranceles²⁷².
- d. Permite una gestión de calidad superior al modelo capitado, básicamente porque no se estimula la subprestación.
- e. Potencia los atributos de marca que posicionan a la organización en la mente del consumidor; situación que no es posible si se encuentra capitado con un gerenciador. Estos atributos son claves para garantizar la supervivencia en el mediano largo plazo y la fidelidad de los afiliados a la organización, particularmente desde la instauración de la competencia entre financiadores²⁷³.

2.5.5 Desventajas de la Terciarización

- a. Cuando existen atrasos en los pagos, grandes débitos o inconvenientes en las negociaciones por valores prestacionales entre prestadores y financiadores, pueden producirse conflictos que terminen perjudicando al afiliado²⁷⁴.
- b. Dificultad para implementar una política de calidad propia y tener objetivos sanitarios concretos²⁷⁵.
- c. Mayores dificultades para tangibilizar el servicio y lograr un adecuado posicionamiento en la mente del cliente²⁷⁶.
- d. El financiador puede ser perjudicado por el prestador monopólico, quedando el afiliado involucrado en conflictos entre el financiador y el prestador²⁷⁷.

269 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

270 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

271 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

272 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

273 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

274 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

275 Leberztein G. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

276 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

277 Etkin J. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.



2.5.5.1 Desventajas del Sistema Capitado

- a. La subprestación producida como consecuencia de la creación de barreras de acceso generadas por los gerenciadore s a los efectos de obtener un máximo rendimiento de los recursos percibidos. Esto afecta a la calidad y por ende a la imagen²⁷⁸. 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 - costo²⁷⁹.
- b. 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 financiador²⁸⁰.
- c. 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. Entre los beneficios más importantes, las personalidades consultadas señalaron la posibilidad de acceder a valores prestacionales más bajos, que dado el escaso poder de negociación del financiador individual de otra manera no podrían alcanzar²⁸¹; de incorporarse a una organización con personal capacitado, tecnología de punta, etc., lo cual evita tener que invertir en estos rubros²⁸² y disponer de un tercero que absorba los conflictos que sin dudas son costosos para el financiador²⁸³.
- d. Alto riesgo que el sistema se degener e. En este sentido algunos de los consultados señalaron que hay tanto buenas experiencias con gerenciadores como otras no tan buenas²⁸⁴.
- e. Cuando el valor per cápita abonado resulta insuficiente, los gerenciadores inmediatamente piden aumentos, pero cuando tienen superávit no devuelven el dinero sobrante...²⁸⁵.

2.5.5.2 Desventajas del Sistema por Prestación

- a. El gasto tiende a crecer como consecuencia de dos fenómenos. En primer lugar por la sobreprestación, al solicitarse estudios y prácticas que no siempre son necesarias para tratar la patología y en segundo término por la sobrefacturación, la cual aparece cuando se facturan prestaciones que no figuran en las historias clínicas²⁸⁶.
- b. Requiere de una estructura administrativa para efectuar el control a los prestadores, lo cual obliga a invertir en infraestructura, procesos, sistemas y recursos humanos²⁸⁷.
- c. El gasto administrativo suele ser más elevado que en los otros sistemas, fundamentalmente porque se requiere de un conjunto de actividades de control superiores a las necesarias en los restantes sistemas²⁸⁸.

278 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

279 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

280 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

281 Maceira D. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

282 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

283 Etkin J. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

284 Vassallo C., Etkin J. y M6 M. del C. Ver Entrevistas en Anexo. Op. Cit.

285 Stern A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

286 M6 M. del C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

287 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

288 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.



- d. 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 financiador²⁸⁹.
- e. 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 el riesgo de ocurrencia de la enfermedad²⁹⁰.

2.6. Los costos de transacción como razón para definir si integrar o terciarizar

2.6.1. 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 institución²⁹¹. 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 resultando el financiador cautivo de un proveedor (o red proveedora) que puede detentar poder para definir unilateralmente aumentos en sus precios.

Los sistemas de salud de los países, de acuerdo a la visión aportada por Carlos Vassallo²⁹², 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 haciéndose competir a las partes entre si para lograr un cierto equilibrio y obtener 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 integración²⁹³.

289 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

290 Casuscelli A. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.

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

292 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo Op. Cit.

293 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



El sistema de salud en Argentina, por más que culturalmente tenga reminiscencias de la Europa bismarckiana, particularmente de Alemania y de Holanda, posee la lógica de funcionamiento del norteamericano²⁹⁴.

El sector salud organizado bajo el esquema de separación de funciones (financiación y provisión) presenta costos de transacción fundamentalmente porque bajo este modelo contractual predominan prácticamente todas las fallas de mercado conocidas en la literatura. Por ello, los agentes se ven motivados a crear mecanismos que aminoren la incertidumbre y el riesgo a través de la introducción de una figura como es el contrato²⁹⁵.

El contrato juega un rol protagónico en la relación entre financiadores y proveedores. En ambos sistemas (cápita / prestación) establece 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 proveedor. Sin embargo, como bien señalaron muchas de las personas consultadas para esta tesis, en el sector salud predomina una situación de gran informalidad por la baja celebración de contratos²⁹⁶. 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 contratos²⁹⁷.

En los modelos capitados los costos de transacción aparecen como consecuencia de dos motivos claves. En primer lugar se refiere a la búsqueda de la subprestación por parte de los gerenciantes, fenómeno que obliga al financiador a gestionar su control para evitar que esta afecte a la calidad²⁹⁸. En la misma línea el Gerente General de OSPe, señaló que *“el sistema capitado exige efectuar un fuerte control al gerenciantes a los efectos de verificar que con el dinero transferido, brinden las prestaciones contratadas”*²⁹⁹. Por otro lado, en los sistemas capitados los costos de transacción necesariamente son superiores si lo comparamos como 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-gerenciantes. 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 prestaciones³⁰⁰.

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 forma directa; negociación que en épocas inflacionarias tiende a aumentar este tipo de costos por los constantes pedidos de aumentos de parte de los prestadores, incremento que se ve aún más potenciado cuando las negociaciones se deben efectuar con prestadores individuales y no con cámaras o entidades agremiadas que, aunque más arduas, 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 para autorizaciones y contratación y un área especializada en liquidaciones de prestaciones; todo lo cual es parte de los costos de transacción, focalizados en el control de la sobreprestación³⁰¹.

294 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

295 Afanador y León, Op. Cit.

296 Mó M. del C. y Vassallo C. Ver entrevistas en Anexo. Op. Cit.

297 El Dr. Biani en la entrevista mencionó que la S.S.S. controla unos 10.000 contratos anualmente. Biani J. C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

298 Barbagallo G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

299 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

300 Maceria D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

301 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



De las entrevistas realizadas podemos señalar que una parte de los autores consultados descartaron enfáticamente que los costos de transacción sean la razón fundamental que toman en cuenta los financiadores a la hora de elegir el modelo de contratación y pago. Podemos mencionar expresiones como la del Dr. Reale quien afirmó “*No creo que los costos de transacción resulten definitorios en la opción y si bien contribuyen a la decisión no son los más importantes*”³⁰² o del Dr. Gabriel Leberztein quien dijo en la entrevista “*Si la pregunta es, si los costos transaccionales son los que definen fundamentalmente la decisión de contratación, esa no es mi experiencia*”³⁰³.

Sin embargo, otras de las personas consultadas no fueron tan categóricas y si bien mencionaron que también influyen otros factores, los costos de transacción juegan un rol sumamente relevante, aunque no principal para explicar porque los financiadores optan por integrarse o terciarizar. Dentro de este último grupo podemos encontrar fundamentalmente a los académicos de la economía de la salud consultados en las entrevistas.

En base a las expresiones de estos últimos se indagará como influyen los costos de transacción sobre los financiadores a la hora de elegir el sistema de contratación. Para ello se analizará la influencia de las tres dimensiones principales definidas por Williamson³⁰⁴ cuando explicaba que existen razones económicas racionales para organizar algunas transacciones de una manera (integración vertical) y otras transacciones de otra (terciarización de proveedores).

2.6.2. La incertidumbre

Como se mencionó en el marco teórico, 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 normalizada lo suficientemente bien como para poder terciarizar 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 terciarizar implica mayores costos transaccionales (autorizaciones, auditorías en terreno, control de la facturación, etc.)³⁰⁵.

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 laxos³⁰⁶. Como bien señaló María del Carmen Mó, docente de la UBA, en el sector existe una gran informalidad contractual³⁰⁷,

302 Reale Armando, comentarios recibidos por mail. Ver Anexo.

303 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

304 Williamson O. Op. Cit.

305 Como bien nos señaló el Dr. Vassallo en la entrevista realizada, es posible efectuar un paralelismo con la contratación de alimentos para un hospital porque en un contrato de estas características se pueden especificar exactamente las cantidades, la frecuencia, el nivel de calidad, la composición nutricional, etc. Véase la entrevista al Lic. Carlos Vassallo en el Anexo.

306 El Dr. Tobar mencionó que de acuerdo a su experiencia internacional en prácticamente todos los países existe una baja formalidad contractual, incluso en países como España y Canadá.

307 Mó M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



a lo cual el Dr. Vassallo agregó, en el sector salud predomina una situación dominada por lo anticontractual porque en algunos casos no se firmaban contratos, sino que se establecían arreglos de palabras, lo cual demuestra la baja institucionalidad que posee el sistema³⁰⁸.

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 mercado³⁰⁹.

De acuerdo a la información obtenida de las entrevistas fue posible relacionar la incertidumbre y los modelos de contratación. En efecto, Construir Salud al tener un padrón inestable y muy variable impide a esta obra social tener contratos capitados al desconocer su padrón de afiliados³¹⁰. Si se tiene certeza de los recursos que se percibirán y se cuenta con un padrón estable, entonces un modelo capitado puede ser ventajoso para el financiador porque este puede armar su presupuesto de gasto al momento de firmar el contrato³¹¹.

2.6.3. 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 que otras como 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 tercero aquellos servicios menos frecuentes (tomografías)³¹². 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 complejidad³¹³.

Actualmente los servicios de alta complejidad como trasplante u operaciones cardiovasculares se tienden a terciarizar 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 frecuentes³¹⁴. Los casos analizados de Construir Salud y OSECAC son una muestra de esta estrategia.

308 Vassallo Carlos, entrevista en profundidad. Ver Anexo.

309 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

310 Siede J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

311 Etkin J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

312 Maccera D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

313 Siede J. y Leberztein G. Ver entrevistas en Anexo. Op. Cit.

314 Novick E. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



2.6.4. Las especificidades de los activos

De los tres atributos mencionados por Williamson³¹⁵ para estudiar los costos de transacción, el que mayor fuerza tiene para explicar como organizar las transacciones, esto es si se integra o se terciariza, es la especificidad de los activos.

La especificidad de activos está dada no por la especificidad relativa del capital en si misma, sino en cuan estandarizado está ese capital en el mercado en el cual la empresa está inserta³¹⁶. 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 necesitan³¹⁷. 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 calidad³¹⁸.

Ante la consulta a los Dr. Vassallo y Maccira sobre como explican la mayor integración en el primer nivel de atención (consultas) respecto a las practicas de alta complejidad (resonancia magnética nuclear o tomografía computada) ambos coincidieron que las consultas efectuadas por médicos de familia eran más específicas que las prácticas que se pueden conseguir en el mercado a precios y calidades razonables; mientras que, como explicamos 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.

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 y de innovación tecnológica. Como este tipo de emprendimientos no se encuentran desarrollados mayormente en el mercado esta empresa de medicina prepaga construye sus propios sanatorios³¹⁹.

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.³²⁰ 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 a un contrato de obra y después sale del contrato y conserva la obra social por tres meses dada la obligatoriedad de prestar el PMO). 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 internamente³²¹.

315 Williamson O. Op. Cit.

316 Maccira D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

317 Siede Julio, entrevista en profundidad. Ver Anexo.

318 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

319 Si bien Swiss Medical nace como prestador y se integra hacia lo financiero para asegurarle a su clínica un nivel alto de ocupación; continúa con un fuerte proceso inversor en la parte prestadora; prueba de ello es la inauguración en el 2006 del Sanatorio Los Arcos, el más moderno de Argentina en cuanto a tecnología y hotelería. Para una mayor comprensión del tema puede consultarte la entrevista al Dr. Alfredo Stern en el Anexo.

320 Maccira D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

321 Siede J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



2.7. Las “otras” razones de la elección del modelo

2.7.1. Introducción

Hemos titulado esta sección las otras razones de la elección del modelo de contratación y pago por parte de los financiadores³²² porque no podemos afirmar, de acuerdo a lo recabado en las entrevistas realizadas, que exista una única razón ni que esta sea los costos de transacción, tal como vimos anteriormente; sino existen una multiplicidad de factores. Un mismo financiador puede diseñar su modelo de contratación teniendo en cuenta más de una razón.

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 impone³²³; por ende una cosa es lo que desean hacer y otra cosa es lo que pueden³²⁴. En efecto, OSECAC u OSDE pueden elegir como contratar, mientras que obras sociales muy pequeñas tienen que capitalar o contratar por acto médico.

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. Como bien señaló la Dra. Mó, las obras sociales tienen que prestar servicios aún en lugares donde, llevando el razonamiento al extremo, tienen un solo afiliado, elemento que condiciona la elección del modelo de contratación³²⁵.

A lo largo de la historia las relaciones contractuales entre financiadores y prestadores han ido variando, predominando, según las épocas, distintas tendencias³²⁶. En efecto, los financiadores contrataban por acto médico en sus comienzos, 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 el primer y segundo nivel de atención³²⁷.

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 en función de dos atributos, cantidad de población y nivel de ingresos, tal como se analizó en el capítulo “2.3 Las principales tipologías”.

En segundo término, las razones para la definición del modelo están sustentadas en la adopción de decisiones estratégicas 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 y la mejora en la imagen de marca.

322 Nos focalizamos en el mercado de los financiadores de salud porque el mercado prestador tiene fundamentalmente una motivación financiera para integrarse desde la prestación hacia el seguro vinculada con asegurar un determinado nivel de ocupación. Para un análisis más profundo puede consultarse en las entrevistas a Carlos Vassallo y Alfredo Stern en el Anexo. Op. Cit.

323 Reale A. Ver mail en Anexo. Op. Cit.

324 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

325 Mó M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

326 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

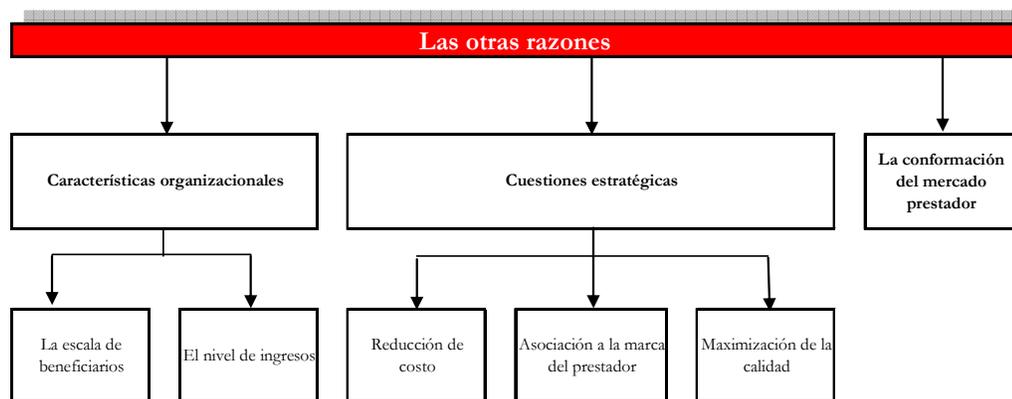
327 Biani J. C. Leberztein G. y Siede J. Ver entrevistas en Anexo. Op. Cit.

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 monopólico que uno altamente competitivo³²⁸.

Teniendo en cuenta las apreciaciones comentadas en los párrafos anteriores y las expresiones de las personalidades entrevistadas, 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° 12.

Figura N° 12

Las Otras Razones para definir los modelos de contratación



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

2.7.2. Las características de los financiadores

La complejidad del mercado de la salud caracterizado por la atomización³²⁹ y la fragmentación³³⁰, sumado a la particular conformación del sistema de seguridad social donde 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 actividad³³¹. En este marco conviven unos 300 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 cobertura³³². En efecto, como se ha mencionado en el capítulo destinado a describir el sector, el 47% 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.

A partir del trabajo de campo 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.

328 Biani J. C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

329 Maccera D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

330 Siede J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

331 Danani C. Op. Cit.

332 El Dr. Biani en la entrevista mencionó además que el universo de las obras sociales incluye poblaciones con condiciones sociales muy dispares. Biani J. C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



2.7.2.1. 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 contratación³³³. Una escala de beneficiarios importantes posibilita la integración vertical³³⁴, mientras que la ausencia de masa crítica obliga a contratar a un tercero³³⁵.

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 adoptar este mecanismo, fundamentalmente por el poder de negociación que el número de beneficiarios le confiere³³⁶.

Para aquellas obras sociales pequeñas, el número de afiliados como razón para definir el sistema de contratación se encuentra dividido entre quienes consideran que el sistema capitado es el adecuado y quienes opinan que es el mecanismo por prestación es el más conveniente. En efecto, por un lado, el sistema por prestaciones parece ser el modelo al que pueden acceder estos financiadores³³⁷. Pero, por otro lado, se ha señalado que ante la baja cantidad de afiliados el sistema capitado resulta ser el más conveniente, particularmente por la dificultad de disponer de infraestructura, sistemas y RRHH. Cabe destacar que para organizaciones como estas últimas, el escaso padrón de afiliados se debe combinar con otras características como ingresos altos, confiabilidad del cuerpo gerencial y la posibilidad de compartir el riesgo con el capitador³³⁸.

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 prepaga³³⁹. En segundo término, el Dr. Julio Siede señaló que, si bien Construir Salud 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, les resulta imposible adoptar mecanismos de contratación como el capitado³⁴⁰.

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 porque el escaso poder de negociación que poseen, a lo que se le debe sumar el alto riesgo prestacional que implica cubrir a un grupo reducido de pacientes de alto costo³⁴¹. Por el contrario, un gran padrón de afiliados produce un alto poder de negociación lo que permite fijar condiciones y obtener bajos valores prestacionales³⁴².

333 Maccera D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

334 M6 M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

335 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

336 M6 M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

337 M6 M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

338 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

339 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

340 Siede J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

341 Maccera D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

342 M6 M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.



2.7.2.2. 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 o no diferentes mecanismos de contratación. (Ver tipologías...)

En primer lugar una población de ingresos altos es más exigente en términos de calidad prestacional, hotelería, servicios V.I.P. fundamentalmente porque al pagar un valor superior quiere recibir a cambio un valor agregado³⁴³; situación muy diferente de los afiliados de ingresos bajos que desean satisfacer sus necesidades básicas de salud siendo menos relevante donde, quien y que servicios extras les son brindados³⁴⁴.

Los grandes financiadores tienen al menos un prestador propio (excepto OSDE). Las clínicas de propiedad de los financiadores de altos ingresos focalizados en el segmento ABC1 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 profesionales³⁴⁵.

De acuerdo al nivel de ingreso, las prestaciones que no son integradas se contratan por acto médico cuando el ingreso es alto porque asegura una mayor calidad de atención³⁴⁶, mientras que cuando el ingreso es bajo, se desarrollan un conjunto de mecanismos que busquen reducir los costos prestacionales como la contratación por cápita, monto fijos o el desarrollado diferentes mecanismos según el servicio³⁴⁷.

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 calidad³⁴⁸.

Otro punto relevante se vincula con la accesibilidad, mientras que las organizaciones que perciben un ingreso alto favorecen la libertad de elección con escasas barreras al acceso³⁴⁹; los financiadores que poseen una baja recaudación per cápita tienen que adoptar medidas como 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 calidad³⁵⁰.

Finalmente, la alta recaudación producto del crecimiento procíclico de la masa salarial y del empleo de las obras sociales y las prepagas ha llevado a algunos financiadores a invertir en clínicas y sanatorios propios, incrementando la participación de la integración vertical como modelo prestacional³⁵¹.

343 Maceira D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

344 Etkin J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

345 Stern A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

346 Mó M. del C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

347 Siede J y Leberztein G. Ver entrevistas en Anexo. Op. Cit

348 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

349 Barbagallo G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

350 Siede J y Leberztein G. Ver entrevistas en Anexo. Op. Cit

351 Vassallo C. Ver Entrevista en Anexo. Op. Cit.



2.7.3. 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.

2.7.3.1. La maximización de la calidad

A lo largo del trabajo de campo hemos recabado como uno de las razones fundamentales para definir el modelo de contratación a la calidad, atributo que se ha vinculado con los recursos humanos y el equipamiento médico³⁵².

En las entrevistas hemos encontrado diferentes acepciones a este término. Para algunos es sinónimo de cobertura, de tener prestación³⁵³; para otros va mas allá e incluye una amplia red de atención, prestadores con equipamiento de última generación y al cuerpo médico de excelencia (dedicado a la investigación y con alto reconocimiento académico)³⁵⁴ hasta quienes los vinculan con la calidad percibida definida 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.³⁵⁵.

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 mercado³⁵⁶ y en otros casos porque se encuentran amenazados por la fugas de afiliados hacia otras obras sociales³⁵⁷.

A la hora de vincular la calidad al modelo de contratación no hubo acuerdo. Para Etkin la integración vertical es el modelo que permite garantizar la calidad porque es el mismo financiador quien define las políticas de calidad y se asegura ciertas políticas médicas consistentes y congruentes, la cuales atraviesan todos los niveles de la organización³⁵⁸. Por otro lado, otro grupo mencionó que el sistema por acto médico es el que mejor favorece la calidad³⁵⁹. También se señaló que es muy difícil generalizar y que es mejor diferenciar por niveles de atención e incluso por servicios³⁶⁰.

El sistema capitado, dada su tendencia a la subprestación ha sido calificado como menos preferible para asegurar calidad³⁶¹. Finalmente el sistema por prestaciones permite gestionar mejor la calidad respecto al capitado³⁶².

352 Novick E. Ver entrevista en Anexo. Op.Cit

353 En palabras textuales del Dr. Etkin, "...el afiliado lo que quiere es tener una prestación asegurada no importa donde ni quien...".

Etkin J. Ver entrevista. en el Anexo Op. Cit.

354 Novick E. Ver entrevista en Anexo. Op.Cit

355 Stern A. Ver entrevista en Anexo. Op.Cit

356 Barbagallo G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit.

357 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op.Cit

358 Etkin J. Ver entrevistas en Anexo. Op.Cit

359 M6 M. del C. y Barbagallo G. Ver entrevistas en Anexo. Op.Cit

360 Novick E. y Leberztein G. Ver entrevistas en Anexo. Op.Cit

361 M6 M. del C y Barbagallo G. Ver entrevistas en Anexo. Op. Cit

362 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit



2.7.3.2. 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 tercero a los valores de mercado se puede tornar imposible³⁶³. En este mismo sentido, la visión de OSECAC que de acá a cinco años van a faltar camas y por lo tanto serán desplazados del mercado por el aumento de los valores prestacionales, es una razón más para integrar servicios en pos de la contención del costo. Además estos financiadores pueden implementar un modelo de atención basado en la atención del médico de familia como política de reducción de costos³⁶⁴.

A nivel mundial se viene verificando desde hace unos años un crecimiento en los costos prestacionales superior a la inflación general, lo que implica que para contener este fenómeno se deban desarrollar estrategias activas integrando partes de las prestaciones en un prestador propio³⁶⁵.

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 prestacionales³⁶⁶.

El modelo capitado da certeza de pago porque desde el momento que se firman los contratos se conoce si que se puede pagar las prestaciones³⁶⁷, por el contrario el sistema por prestación produce grandes ciclos de gastos, de manera que es necesario contar con ahorros para financiar ese mayor gasto producido fundamentalmente en los períodos invernales³⁶⁸.

Otro factor que influye en el costo es la posibilidad de transferir el riesgo desde el financiador hacia el prestador de manera de evitar la sobrestimación, fenómeno que produce un mayor costo prestacional y su control un mayor costo administrativo, dada la necesidad de requerir de infraestructura, tanto edilicia como de RRHH o sistemas para asumir funciones como las de autorización, liquidación, contratación de prestadores, control de calidad de los mismos, etc.³⁶⁹.

2.7.3.3. La mejora en la imagen de marca

Para el submercado de las empresas de medicina prepaga otro factor clave para decidir si integrar o terciarizar 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 dice, *¿“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 virtual³⁷⁰.

363 Maceira D. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

364 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

365 Stern A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

366 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

367 Etkin J. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

368 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

369 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

370 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit



El caso de OSDE, uno de los únicos grandes prepagos que no integra, si bien el servicio ofrecido es intangible, está posicionado en la mente de los usuarios aunque no tenga un sanatorio propio, pero tiene desarrollada una red con los prestadores más importantes, incluso con los de propiedad de los prepagos con los cuales compite. Por lo tanto, política de OSDE para fortalecer la marca es darle al afiliado la máxima libertad de elección en una alianza con los prestadores quienes tampoco están condicionados a ejercer su actividad en un prestador determinado³⁷¹.

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 terciarizar, e incluso en un sistema capitado el gerenciador es quien le imprime su propio sello³⁷².

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 servicios³⁷³. OSPe, por su lado sin integrarse, ha tenido una política de segmentación para que algunos planes accedan a los servicios de la medicina prepaga al contratar a un gerenciador por capita como Galeno, mientras que el resto de los planes se encuentran contratados mediante el sistema de prestaciones con importantes clínicas de la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano lo que garantiza una excelente relación precio-calidad³⁷⁴.

2.7.4. 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. En este marco ante un condicionamiento del monopolio local conviene la terciarización. La masa crítica puede llegar a compensar el poder de negociación del prestador³⁷⁵.

En el área metropolitana si bien hoy existe una sobreoferta prestacional que permite a los financiadores elegir una gran cantidad de clínicas y redes prestacionales diferentes, se está verificando que la demanda está creciendo más rápido que la oferta; en consecuencia, en unos cinco años habrá escasez de camas en este mercado, pasando el poder de negociación 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

371 Barbagallo G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

372 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

373 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

374 Casuscelli A. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

375 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit



superiores en la contratación de prestadores y de este modo mantener los costos dentro de los niveles que se pueden afrontar³⁷⁶.

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 pago³⁷⁷.

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 contratar mediante el sistema capitado³⁷⁸. Su caída obligó a muchos financiadores a modificar los mecanismos de contratación pasando de la cápita al sistema por prestación.

376 Leberztein G. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

377 Biani J. C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit

378 Vassallo C. Ver entrevista en Anexo. Op. Cit



VII CONCLUSIONES

En base al marco teórico descripto en el capítulo V y al Análisis de situación desarrollado en el capítulo VI hemos arribado a las siguientes conclusiones que nos permiten cumplir con los objetivos propuestos y fundamentalmente responder a las preguntas trazadas en el Planteo del Problema.

El 55% de la población de nuestro país está cubierto por uno de los fondos dedicados al financiamiento de los servicios de salud, de los cuales unos veinticinco concentran el 65% del mercado. Paradójicamente casi la mitad de estos financiadores posee una escala de población considerada como menor a la mínima necesaria para poder operar en condiciones de eficiencia (10.000 beneficiarios según la SSS), al extremo que unas cincuenta obras sociales poseen menos de 1000 beneficiarios. Para la población sin cobertura (45%) la respuesta es la provisión pública. Por otro lado, el mercado prestador presenta, según la región, mayor o menor nivel de concentración. En los grandes centros urbanos la oferta es más amplia y por lo tanto tiende a ser más competitiva, aunque en muchos casos se trata de competencia imperfecta como consecuencia de la especialización y de la diferenciación que presentan tanto los profesionales como las instituciones. En la región metropolitana, particularmente en Capital Federal, se observa una creciente tendencia a la provisión de servicios propios por parte de los financiadores con masa crítica. Se verifica tanto en el mercado de financiamiento como en el de provisión una fuerte presencia de inversores nacionales respecto a inversores extranjeros, concentrados estos últimos sólo en el submercado de medicamentos. Desde la instauración de la desregulación del sistema, los financiadores han comenzado a prestar más atención a sus mecanismos de contratación para garantizar un equilibrio entre calidad y costo.

Estas 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 quienes tienen capacidad para establecer una elección en forma autónoma de sus esquemas de pagos y por otro quienes, dada sus características organizacionales, no pueden elegir.

Los financiadores que poseen niveles de ingresos y cantidad de afiliados similares poseen mecanismos de contratación comunes, lo cual conforma lo que hemos denominado grupos homogéneos de financiadores. De la combinación de ambos atributos (número de afiliados y nivel de ingresos) surgieron nueve grupos diferentes. Estos, que pueden asociarse a submercados dentro del mercado de financiamiento de servicios de salud, tienden a tener razones similares a la hora de elegir el modelo de contratación y pago.

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 terciarizar 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 de como Construir Salud, OSECAC o Swiss Medical han llevado a cabo su estrategia de integración. En los dos primeros casos 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. Swiss Medical tiene 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 específico la consulta brindada por un médico de familia, ésta, respecto de un trasplante, se caracteriza por ser más frecuente, 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 al tercero, donde los servicios son claramente menos frecuentes.

La incertidumbre incrementa los costos de transacción y por ende justifica la integración a través de dos fuentes fundamentales. La primera porque en el mercado de la salud existe una gran dificultad para normatizar la actividad como para terciarizarla, básicamente porque el producto no es estándar. En segundo lugar los acuerdos contractuales que se caracterizan por ser incompletos e informales, generan mayores costos de transacción; esto es así porque la información sobre el futuro no es perfecta, al tiempo que predomina en el mercado una baja institucionalidad.

La opción integración / terciarización 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 terciarización.

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 en parte el poder del monopolio.

El nivel de ingresos que perciben los financiadores explica las diferencias en las estrategias de integración / terciarización. Para aquellas organizaciones que se integran verticalmente el tipo de establecimiento en el cual lo hacen difiere si el ingreso percibido por la parte financiadora es alto o bajo. En efecto, cuando el ingreso es alto, la integración se produce en clínicas con características en términos de confort y desarrollo tecnológicos superiores a la de los financiadores que perciben ingresos bajos. Además, quienes perciben ingresos altos contratan por prestación aquellos servicios que no integran; mientras que quienes perciben ingresos bajos tienden a complementar las prestaciones no integradas con sistemas capitados o mediante la utilización de diferentes mecanismos para reducir los costos. 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; mientras que 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.

Los financiadores que terciarizan lo pueden hacer por cápita o por prestaciones. Aquí la influencia del nivel de ingresos pierde un poco de fuerza como razón para explicar porque se elige una opción sobre la otra. Los financiadores de ingresos altos pueden abonar por prestaciones porque les garantiza una mayor calidad o por capita a un



gerenciador de excelencia. Los financiadores de ingresos bajos buscarán contener costos para lo cual pueden capitar con un gerenciador que se lo garantice o, por el contrario, abonar por prestación a una red acotada y con altas barreras al acceso, básicamente esto ocurre cuando no tienen masa crítica.

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 P.M.O., algunos financiadores ofrecen planes diferenciales con cobertura superadora del PMO como cirugía estética, cirugía refractiva y cobertura en el exterior. Además establecen mínimos requisitos de accesibilidad y brindan una amplia red de prestadores y profesionales, lo que les permite a los afiliados la posibilidad de elección, incluyendo a las denominadas clínicas “cinco estrellas” en cuanto a hotelería, tecnología y recursos humanos.

Aquellos financiadores de bajos recursos se focalizarán 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 restricciones a la accesibilidad (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 tipo cinco estrellas, por una decisión de política empresarial terciariza 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 mejores profesionales y establecimientos, aún cuando estos sean de propiedad de su competencia³⁷⁹.

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 gerenciadores. En los últimos años los financiadores han tendido hacia mayores niveles de integración vertical.

La integración permite desarrollar modelos prestacionales propios; manejar la política de calidad internamente, 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 cae la demanda prestacional producto de la reducción del padrón de afiliados, lo cual puede llevar al financiador a tener que

379 A manera de ejemplo podemos mencionar que OSDE contrata a las clínicas de la Trinidad, al Instituto Dupuytren y al Sanatorio Mitre pertenecientes a Galeno; a la Clínica y Maternidad Suizo Argentino, al Sanatorio Agote y al Sanatorio Los Arcos de Swiss Medical; a la Clínica del Sol, Clínica Bazterrica cuya propiedad pertenece a OMINT y al Sanatorio Otamendi de Medicus.



reducir sus servicios propios o proceder a desprenderse de algunos de sus activos fijos³⁸⁰; incentiva una menor productividad de los recursos humanos, lo cual generalmente implica combinar diferentes mecanismos de pagos a los profesionales; no permite transferir el riesgo a terceros y puede multiplicar las ineficiencias de ambas unidades de negocios. El manejo de una clínica, una de los centros de producción más complejos de administrar, plantea a los financiadores un nuevo desafío como es la gestión de un prestador propio, lo que requiere del desarrollo de nuevas capacidades.

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

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 terciarización también posee algunas debilidades como la dificultad de desarrollar modelos prestacionales propios y tener objetivos sanitarios concretos, puede generar mayores conflictos con terceros y puede tener mayores dificultades para conseguir camas cuando estas escaseen. 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; en este sentido tanto el PAMI como muchas obras sociales pueden dar cuenta de ello.

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 inefectivos para acotar el crecimiento del costo, que al estar asociada a factores como el crecimiento de la tecnología, el aumento de la edad y la mayor demanda por calidad de vida, muy difícilmente frenen su escalada alcista.

En términos generales los financiadores que terciarizan 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.

380 Recordemos que los ingresos de las obras sociales al depender de los aportes y contribuciones vinculados al salario de los trabajadores formales son procíclicos, mientras que las necesidades de salud corren por otro carril.



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 que integrar y que terciarizar y en segundo término que terciarizar por cápita y que 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 como consecuencia de 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 posicionar al financiador con ventajas competitivas para garantizar la viabilidad de largo plazo y fundamentalmente brindar excelencia prestacional a los usuarios del sistema de salud.



VIII CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Para analizar los factores que determinan la elección del modelo de contratación y pago entre los financiadores y los proveedores de salud, se examinaron dentro del marco conceptual cuatro categorías analíticas claves para apoyar el análisis de situación. Se expusieron las principales nociones de la economía de la salud, de las estrategias competitivas, del marketing para la salud, de los costos de transacción y de los modelos de contratación y pago. Esto permitió estudiar las entidades financiadoras que operan en el mercado argentino llegando a clasificarlas en distintos grupos homogéneos según el nivel de ingresos y el padrón de beneficiarios a los cuales les brindan servicios.

El análisis permitió concluir que los costos de transacción no son el factor determinante aunque algunas de las dimensiones definidas por Williamson pueden, desde el punto de vista teórico, explicar la elección entre integración y terciarización. De acuerdo al análisis efectuado, otras razones explican con mayor precisión los factores que llevan a los financiadores a elegir un modelo u otro. Entre ellas, la primera serían las características de las organizaciones definidas fundamentalmente a partir del número de beneficiarios cubiertos y del nivel de ingreso de la población. En segundo término la conformación del mercado prestador juega un rol clave que facilita o dificulta las posibilidades de integración. Finalmente las cuestiones estratégicas como el liderazgo en costos, la maximización de la calidad (diferenciación de servicio) y la asociación de la marca del prestador al financiador como forma de tangibilizar el servicio, también han sido relevantes para definir la elección del modelo de contratación.

Al analizar las ventajas y desventajas que tiene tanto las estrategias de integración vertical como la terciarización de servicios y dentro de esta última los dos principales mecanismos, el sistema capitado y el sistema por prestación, surgieron los incentivos que los distintos financiadores pueden promover o evitar.

Del estudio efectuado es posible arribar a algunas recomendaciones, las cuales las dividimos en tres grupos. En el primero de ellos hacemos hincapié en recomendaciones de tipo general. En el segundo nos focalizamos en las recomendaciones para los financiadores distinguiéndolos por el mecanismo de contratación (fuertemente integrados, capitados o por prestaciones). Finalmente dedicamos unos párrafos para el organismo regulador.

1- Recomendaciones de tipo general:

- Incentivar la concentración de la población para reducir riesgos prestacionales y disponer de mayores posibilidades de contratación. Los financiadores deben brindar servicios a un padrón de por lo menos 10.000 beneficiarios a nivel nacional. Se ha visto a lo largo del trabajo que a mayor población cubierta menor será el impacto de un caso de alto costo y baja incidencia (ABCI), al tiempo que un número importante de afiliados permite mejorar el poder de negociación, acceder con facilidad a convenios capitados e integrar parte de los servicios en un prestador propio. La asociación entre obra sociales de menor tamaño debería ser una opción para incrementar el número de cápitas conformando una red que les permita obtener los beneficios de la escala sin perder identidad de grupo. El incentivo a la concentración debería ser una Política de Estado y no una consecuencia del accionar libre del mercado. Las empresas de medicina prepagas desde hace unos años vienen mostrando una fuerte tendencia a la concentración,



fenómeno que, aunque en mucho menor medida, también se observa en el sector de obra sociales sindicales, producto, entre otras razones, del proceso de desregulación.

- Mejorar la institucionalización para disponer de reglas claras para operar con eficacia y eficiencia.
- Reducción de los costos prestacionales y de transacción, condiciones necesarias para que el sistema pueda operar.
- Capacitar a los mandos medios y a todo el personal vinculado a contrataciones, auditorías, liquidación de prestaciones, control de gerenciadore, etc. de las organizaciones sobre las ventajas y desventajas y los incentivos y desincentivos que cada modalidad de contratación genera o evita.
- Profundizar la discusión (no sólo a nivel teórico) sobre los modelos de contratación y pago a los efectos de que el sistema pueda optimizar su funcionamiento logrando la máxima eficiencia, un mayor nivel de calidad y el consenso de todos los actores del sistema.
- Focalizarse en brindar aquellos servicios para los cuales uno tiene una ventaja competitiva.

2- Recomendaciones para los financiadores:

a) Con modelos fuertemente integrados.

- Desde el punto de vista del financiador, integrar un porcentaje inferior al 100% de las prestaciones para evitar tener capacidad ociosa cuando se reduzca el padrón.
- Desde el punto de vista del prestador, celebrar convenios con más de un financiador para no ser dependiente de la situación de esa actividad. Esta propuesta es particularmente viable cuando se viven momentos de crisis en nuestro país.
- Dividir las unidades de negocios en financiamiento por un lado y provisión por otro. El objetivo es evitar la suma de las ineficiencias y potenciar las sinergias positivas que pueden obtenerse a partir de la integración.
- Incentivar a los recursos humanos profesionales no sólo con mecanismos de pagos atados a mayores niveles de productividad sino con formación e investigación.
- No integrar aquellos servicios altamente dependientes de la disponibilidad de equipamiento de última tecnología, excepto que uno pueda disponer de un monopolio en el uso de ese equipamiento de manera que se transforme en una fuente de ventaja competitiva.

b) Con modelos fuertemente capitados.

- Para bajar los costos, capitar en forma integral a un prestador único para evitar la contraposición de incentivos que se produce cuando un gerenciador contrata por cápita y luego subcontrata por prestación. Esto permitirá evitar la tendencia a la subprestación del gerenciador que percibe sus ingresos por cápita (precio por cantidad de inscriptos) y la búsqueda de la sobrestación del prestador final cuyos ingresos depende del valor pactado como del número de casos atendidos.
- Mejorar los controles a los gerenciadore. Estos controles deben estar claramente definidos en el contrato y se deben poder cumplir perfectamente para evitar la subprestación (el gran incentivo que tienen los gerenciadore). Para ello es importante:

1. Mejorar las estadísticas de control.



2. Realizar auditorías de la documentación de respaldo ya sea efectuadas por el financiador o por organizaciones externas especializadas (como consultoras dedicadas a auditar balances de empresas).
3. Incrementar los monitoreos mediante encuestas de satisfacción tanto a beneficiarios como a prestadores.

c) Con modelos fuertemente terciarizados por el sistema por prestación.

- Disponer de herramientas de control para no alimentar el crecimiento del costo en salud garantizando una excelente calidad asistencial a un costo razonable.
- Controlar a los profesionales y establecimientos para evitar el incentivo a la sobreprestación y sobrefacturación.
- Para evitar tensiones, monitorear al mercado prestador que se está concentrando en clínicas y sanatorios cuya propiedad pertenece a financiadores que son competidores entre sí, fenómeno particularmente evidente en el segmento ABC1.

3- Recomendaciones para el organismo regulador (Superintendencia de Servicios de Salud)

- Incorporar a las prepagas, obras sociales provinciales y de las fuerzas armadas, gerenciadorees y prestadores dentro de su órbita de regulación en vista a una mirada integral y abarcadora del sistema de salud de nuestro país.
- Auditar, controlar y arbitrar en los conflictos provocados por los actores del sistema.
- Evitar que los prestadores o los financiadores, cuando disponen de posiciones dominantes de mercado, impongan sus condiciones generando conflictos y/o provocando quebrantos financieros.
- Disponer de un área de investigación para mejorar el sistema y transparentar la información del mercado de la salud. Las estadísticas no sólo son pobres sino que las existentes están desactualizadas y carecen de relevancia.

La salud es uno de los temas más importante al cual como sociedad debemos prestarle atención. Por ello la mejora de la calidad y la eficiencia requiere del aporte integral y múltiple tanto de instituciones públicas y privadas como de ONG, universidades, consultores e investigadores. Este trabajo pretende ser una contribución al debate de la problemática planteada para mejorar la administración del sistema de salud.

Guillermo R. Oggier

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 18 de Noviembre de 2008



IX BIBLIOGRAFÍA

1. Libros de Textos

- **Ayala Espino José** “*Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*” Fondo de Cultura Económica (2000).
- **Coase Ronald** “*El Problema del Costo Social*” Journal of Law and Economics (1960).
- **Coase Ronald** “*The Nature of Firm*” Económica, en P. Uterman L, “La Naturaleza económica de la empresa” Madrid (1937) Editorial Alianza.
- **Etkin Jorge**. “*Política, Gobierno y Gerencia de las organizaciones. Acuerdos, dualidades y divergencias*”. Prentice Hall (2000).
- **Giménez Carlos y colaboradores** “*Costos para empresarios*”. Editorial Machi (1995).
- **Giménez Carlos y coautores**, “*Gestión y costos*”. Editorial Machi (2001).
- **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.
- **Kotler Philip** “*Dirección de Marketing*” – Edición del Milenio. Pearson Educación, México (2001).
- **Mayoral Luisa** “*Metodología del trabajo de tesis con especial aplicación a maestrías en ciencias de la administración y disciplinas afines*” Editorial CEAE (2001).
- **Moya Ligia** “*Introducción a la Estadística de la Salud*”. (1969) Editorial Universidad de Costa Rica.
- **Porter, Michael** “*Las Ventajas competitivas de las naciones*”. Bs. As. Ed Vergara (1991).
- **Schvarstein Leonardo**. “*Psicología Social de las Organizaciones*”. Ed Paidós. (1991).
- **Schvarstein. Leonardo** “*Diseño de Organizaciones. Tensiones y Paradojas*.” Ed Paidós.
- **Schumpeter Joseph**, “*Capitalismo, Socialismo y Democracia*”, (1983) Orbis.
- **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** “*Como sobrevivir a una tesis de salud*” Editorial ISALUD (2007).
- **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).
- **Williamson Oliver** “*Las Instituciones económicas del capitalismo*”. FCE, México (1989).



2. Artículos Técnicos

- **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 2004.
- **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%202004.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, 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).
- **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).
- **Cavarozzi, Marcelo.** “*Modelos de desarrollo y participación política en América Latina: legajos y paradojas*”. En: Estudios Sociales No.16. Primer Semestre 1999.
- **Centrándolo 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).



- **CEPAL** “Informe Preliminar sobre Estrategias Empresariales” Bibliografía de la Cátedra de Economía Industrial. Facultad de Ciencias Económicas y Estadísticas U.N.R. (1994).
- **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.
- **Figueras Alberto José** “Ronald Coase, a cuarenta años de un artículo” Revista Actualidad Económica Año XI N° 51, mayo-diciembre 2001.
- **Franza José Luis, Burgos Alejandro y Mó María del Carmen** “Modalidades de Contratación de Prestaciones: Impacto en la relación Financiado/Prestador” Congreso Metropolitano de Ciencias Económicas, Buenos Aires, Noviembre de 2005.
- **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
- **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.
- **Hamilton G, Gastaldi N y Di Luca F.** “Análisis de la Oferta de Servicios Médicos en la Argentina”. Programa de Investigación Aplicada ISALUD, 2000.
- **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.I. Disponible en <http://www.eumed.net/cursecon/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. 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 2004. Disponible en www.managementensalud.com.ar



- **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).
- **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.
- **Silva Alejandro y Gutman Graciela** “*Los Costos de Transacción Origen, Aplicación y Definición del Concepto*”. Escuela de Graduados-Facultad de Agronomía UBA (2003).
- **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.
- **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.
- **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.
- **Vasallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria** (2003) “*Curso El mercado desde la economía de la salud*”, disponible en http://www.isalud.org/htm/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 2004. 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.
- **World Bank**. *Health, Nutrition & Population*. The Human development network (1998)

3. Otras fuentes bibliográficas

- **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**

www.federicotobar.com.ar

www.buenafuente.com



X ANEXO

DESGRABACION DE ENTREVISTAS

Entrevista al Dr. Efraín Novick

Médico sanitarista

Asesor de diferentes obras sociales nacionales

Consultor de organismos públicos y privados

20/11/07

¿Históricamente, como era la relación entre los financiadores y los prestadores?

Respecto al tema de los modelos de contratación y pago podemos mencionar que históricamente los financiadores contrataban a los colegios o asociaciones y estos últimos eran los que pagaban a los prestadores, al tiempo que se quedaban con una comisión por hacer esta tarea. Esa fue una de las primeras metodologías de trabajo que aparecieron. Los prestadores de esta manera se sentían amparados, defendidos, cubiertos al vincularse con la entidad gremial. Esta última además tenía poder de convocatoria y capacidad para discutir convenios con terceros, es decir con los financiadores; en cambio una clínica o un profesional independiente en forma aislada no podía conseguir lo que conseguía la entidad. A su vez la organización gremial de los prestadores era una manera de defender la fuente de trabajo, particularmente esto era así en el caso de los médicos; de este modo la entidad gremial le daba, por decirlo de alguna manera, trabajo a sus asociados.

¿Por qué usted considera que algunos financiadores optan por la integración vertical como bancarios o la UOM mientras que otros prefieren la terciarización? ¿Podría mencionar los factores relevantes de esta decisión?

El comienzo de esto, es decir lo más proto, lo más antiguo que uno debe bucear en esta relación se vincula con un análisis del contexto, particularmente del contexto donde nacieron y comenzaron a operar las obras sociales sindicales. En aquel momento como consecuencia del boom económico se expandían los grandes centros urbanos donde estaba la masa de afiliados, de manera que estas obras sociales son un fenómeno urbano vinculado a la industrialización. Por otro lado, el hecho de que el crecimiento se produjo en principio en los grandes centros urbanos permitió que la alta complejidad médica se desarrollara en estos centros. Este esquema de trabajo resultó al poco tiempo insuficiente porque los beneficios de esta alta complejidad la recogían o usufructuaban los que vivían en general en las grandes ciudades porque las obras sociales, particularmente las más grandes e importantes, comenzaron afincando sus servicios propios primero en la Capital Federal y después fueron incorporando otros centros urbanos, pero esto ha sido insuficiente y en general una situación hasta discriminatoria respecto del afiliado del interior profundo.

Esta integración vertical que se observó en los grandes centros urbanos se debió a que le permitía licuar el alto costo fijo, ¿no?

Claro, un servicio propio que no me sea deficitario tenía que tomar la población donde estaba radicada y tratar de captar la población que podía venir del interior, pero era un sistema evidentemente insuficiente. Durante mucho tiempo crecieron de esa manera,



mantuvieron al interior con prestaciones bastante precarias utilizando el procedimiento de pagar a entidades intermedias o gremiales. Cuando se puso en evidencia frente al avance científico y tecnológico que seguir prestando atención en un servicio propio era cada vez mas costoso dado que requería permanentes inversiones y había que hacerlo abarcativo, lo cual requería a su vez más inversiones en paralelo. Cuando se hacía el balance del gasto por beneficiario que había en el centro urbano frente al interior, el interior estaba a la mitad de lo que se estaba gastando en la gran ciudad.

Por otro lado, los avatares de la economía hizo que tanto el sector público como la seguridad social, integrados verticalmente no evolucionaron a la misma velocidad que el sector privado como consecuencia del encarecimiento de los costos de la prestación. Este sector pudo desarrollarse en determinadas circunstancias y en un contexto que le fue favorable, entre otros factores por la disponibilidad de créditos, mientras que el sector público y la seguridad social quedaron un poco estancados en su evolución y permitieron que el sector privado pudiese desarrollarse y hacer inversiones. Para un análisis más profundo de esta evolución histórica, sin dudas habría que tener presente los distintos contextos en los que se encontraba el país.

Por otro lado es importante buscar calidad de atención en un marco de costos acotados, lo cual es sumamente difícil porque el paciente es, por decirlo de alguna manera, un ente pasivo, dado que el que tiene el conocimiento y el que genera la demanda es el médico.

Para determinar la conveniencia o no de la integración o la terciarización no existe una regla única, sino que se pueden mezclar modalidades en función a los distintos niveles de atención. Primero tengo que pensar que hay un nivel ambulatorio, que hay un nivel de internación, que hay un nivel de alta complejidad donde está concentrada la tecnología, entonces la manera de abordar esos niveles de atención que sumados se corresponden con un sistema de atención médica. Esta característica obliga a combinar las diferentes modalidades en distintos lugar, siendo posible establecer para cada una de las áreas un sistema distinto de pago.

¿Cuales son esas variables por las cuales en un lugar opto por una modalidad y en otro por otra? Niveles de ingresos, escala de afiliados, el mercado prestador, etc. ¿Cuáles son esos factores determinantes?

Las variables tienen que estar pensadas primero que todo en función de la calidad de atención, la que está en relación con el recurso humano, con el equipamiento, con la manera en la que se usa la tecnología, todo eso obliga a analizar cada una de las áreas donde se brinda cobertura.

La calidad de atención tiene que cumplir diferentes requisitos de acuerdo con el nivel de atención; no es lo mismo para el primer nivel del ambulatorio que en el segundo nivel o que en la alta complejidad porque tal vez en el primer nivel sea conveniente pagar salarios a médicos generalistas y pagar por acto médico a especialistas. A lo mejor en el segundo nivel convenga contratar por acto médico a determinados efectores. La alta complejidad se puede contratar a través de una cápita con el establecimiento que tiene la mayor experiencia y concentra el mayor números de casos tratados.

Pero.., ¿hay diferencias entre un gran financiador y un pequeño financiador?



La búsqueda de la calidad tiene que ser la misma, a lo mejor le sale más caro si tiene más o menos afiliados, pero le tiene que buscar la vuelta para que le permita dar la mejor calidad con los recursos que tiene.

Las variables que a continuación se exponen, inciden a la hora de definir el modelo de contratación, ¿Cuales? ¿Por qué?

Todas estas variables o factores en general inciden

Nivel de ingresos de sus asociados.	Tipos de actores participantes.
Límite superior al gasto administrativo del 8% de los ingresos.	Características de las organizaciones.
Escala mínima de beneficiarios	Sistemas de control.
Tipo de financiamiento (fuentes de ingresos).	Capacitación de los RRHH.
Composición del mercado proveedor de servicios médicos.	Grado de relación existente entre el gremio y la obra social. (es importante políticamente)
Possibilidad de contar con tecnología médica de punta.	Visión y cultura de las organizaciones.
Elevados costos fijos.	Dificultad para coordinar financiación y provisión de servicios.
Percepción de la calidad del servicio por parte de los beneficiarios.	Condiciones sanitarias de la población beneficiaria.
Capacidad financiera para soportar altos costos de transacciones.	Características del Programa Médico Asistencial de las organizaciones.
Formalidad de los contratos.	Otros, cuales? Podría detallarlos?

Todas son importantes y están condicionadas y dominadas por la calidad de atención.

Cada una de estas variables yo creo que tiene que estar presentes al momento del análisis, pero es un análisis que tiene que privilegiar la calidad sobre todas las cosas. Cual es la variable que va a elegir, la vas a elegir en función de la que te asegure la mejor calidad.

Existe un modelo para un determinado tipo de organización, por ejemplo para los grandes financiadores, para los pequeños, para las prepagas, para los financiadores de ingresos altos, para los de ingresos bajos, etc...

No.

No haya forma de agrupar en tipos de organizaciones que tienen características similares y modelos de contratación parecidos?

Es un criterio, es intentar transformar algo o sistematizar de alguna manera muy esquemática. El punto de partida de todo este razonamiento es que la atención médica no se maneja con las reglas del mercado.

No hay modelos homogéneos

Yo creo que no, es riesgoso.

Visto desde la práctica de lo que hay, no si está bien o si está mal, digamos las obras sociales grandes tienden a tener un servicio propio mientras que las pequeñas contratan...

El caso de OSECAC tiene servicio propio porque nació así, tiene servicios propios para los policonsultorios, pero el segundo nivel lo contrata por acto médico y la alta complejidad en algunas zonas la capita mientras que en otras las paga por acto



médico. Ninguno se embarca en un único sistema, el único que se embarcó con un único sistema o modalidad de pago fue el PAMI digamos con una población que de entrada se sabe que es consumidora, es decir es una población con características excepcionales que no se dan en el resto de las obras sociales, de manera que lo primero que se pensó fue acotemos el gasto; para acotar el gasto y además como tiene una cartera muy grande pudo negociar valores adecuados en la medida que tiene tres millones de afiliados. Yo creo que este es un ejemplo de un financiador que organizó todo su modelo bajo un mismo sistema en base a una cápita cuya resultante es la mala calidad de la prestación. Yo no creo que haya otros ejemplos de financiadores que se embarcan en una determinada modalidad, yo creo justamente que eso es una muestra de lo que no hay que hacer...

Volviendo al rol de los gerenciadore, ¿no generan mayores costos de transacción?

Si bien la contratación a terceros tiene mayores costos de transacción, le da una mayor flexibilidad y eso en la medida que manejen bien todo lo que es negociación van a tener oportunidad de llegar a una ecuación calidad – costo más adecuada.

Ahora saliendo un poco de estas cuestiones, como ve la situación general del sector salud, la ve bien, habría que cambiar algo, digamos se supone que el gasto es bastante alto respecto a los resultados obtenidos, ¿Qué piensa al respecto?

Es un problema de política de Estado, básicamente porque no se mantiene en el tiempo y en verdad hay insatisfacción desde todos los actores, usuarios, prestadores y financiadores honestos que no dan con el punto de equilibrio que le permita dar una calidad de atención a un menor costo.

¿Como percibe el futuro del sector?

Yo creo que el sistema de atención médica es algo que está ligado, entre otras cosas, pero fundamentalmente al desarrollo científico y tecnológico y cada vez más en la medida que la industria de la tecnología avanza. Este tránsito trae un nuevo recurso que va transformando las modalidades de atención. Por un lado todo hace suponer, como se viene observando que encarece las prestaciones, pero por el otro lado te asegura obtener mejor calidad de atención. Uno tendría que decir que a futuro uno piensa que la calidad de atención va a mejorar, que los costos van a ser grandes, que lo que uno duda o lo que se debería perfeccionar es la organización del sistema de tal modo que puedan absorber todo ese desarrollo científico y tecnológico que es imparable porque ese es el progreso de la sociedad. Nosotros vamos para adelante, la gente sigue investigando, van apareciendo en el mercado más cosas y el tema es como se organizan de tal manera que se pueda soportar financieramente.

¿Que cambios introduciría en el sistema de salud?

Yo creo a su vez que la síntesis es que hay que apostar al progreso científico tecnológico que es imparable.

¿De alguna manera es parte del fenómeno denominado globalización, ¿no?

Claro, este desarrollo como decía es imparable, acá no hay que pensar en que se va a retroceder, fijate vos cuando puedan descifrar el genoma humano, ojo no es una



cosa de acá a 200 años, es una cosa que va a ocurrir de acá a menos de 10 años. Eso va a permitir resolver enfermedades que hoy en día, no se pueden curar.

Eso se relaciona con la ética de alguna manera

Bueno te van a meter una sonda y un catéter y con una fibra óptica van a llegar al núcleo de la célula de determinado órgano, van a modificar un gen y a partir de ahí resolver el problema de la enfermedad. Hoy apareció un artículo en La Nación en primera plana donde señala que se consiguen células madres, no de embriones o de organismos vivos, sino de células de la piel que te permiten a partir de ahí obtener células madres que reparan desde el corazón que ha sufrido un infarto hasta cualquier otro órgano que tenga cualquier tipo de lesión.

Este es un escenario que sin dudas todos acertamos si decimos que de acá a 20 años habrá una manera de hacer medicina diferente a la que tenemos hoy.

Y en cuestiones más coyunturales vinculadas con el sistema de salud en general como la regulación de prepagas, la eliminación del régimen de opción, etc...¿qué opinión tiene al respecto?

Los sistemas de atención como el inglés es también un sistema que trae insatisfacciones y tiene también valores positivos pero juntan todo el dinero y toda la organización en un ente, todos están abiertos y todo es financiado por rentas generales, lo cual hace que no piense por ejemplo en el descreme. El mercado acá en Argentina debería apostar a que la seguridad social se afiance, se consolide y para que esto ocurra tal vez sea necesario fusionar para eliminar todas esta atomización producto de cómo fueron pensadas las obras sociales.

Y el régimen de opción, ¿debe seguir o no?

La opción de cambio producto de la desregulación es una forma de desatomizar o hacerlo menos desagregado al sistema. Es evidente que las más pequeñas o que no tienen buena calidad de atención vean reducida su nómina de afiliados por la fuga de afiliados y esa fuga va de la mano de la disolución, eso a su vez se traslada a otros entes que han podido apuntalar. Entonces la idea sería consolidar la seguridad social sobre la base de una organización no tan atomizada como la existente.

Gracias, muchas gracias.

Entrevista al Dr. Jorge Etkin

30/11/07

Director de la carrera de Administración de la UBA.

Sub-director de la Maestría en Administración de la UBA.

Consultor de organismos nacionales e internacionales.

Autor de varios libros y artículos en revistas nacionales e internacionales.

Ex director de PAMI.

¿Por qué usted considera que algunos financiadores optan por la integración vertical mientras que otros prefieren la terciarización? ¿Podría mencionar los factores relevantes de esta decisión?



Los factores relevantes son: la relación costo-beneficio y la eficacia en las prestaciones, es decir que la modalidad afecte a la calidad, siendo la integración vertical el modelo que mejor representa los niveles más altos de calidad porque el mismo prestador es el que los controla no dependiendo de los conflictos que se produzcan con el tercero.

¿Cuándo es preferible la integración, cuando un modelo capitado y cuando uno por acto médico?

El modelo capitado es preferible cuando uno tiene como prioridad la certeza que va a poder pagar los servicios, uno conoce cuanto tiene disponible y en base a ese presupuesto firma los contratos, eso le da certeza porque uno sabe al momento de firmar los contratos y hacer su padrón, si va a poder pagar las prestaciones; además el financiador transfiere el riesgo al prestador.

El sistema por acto médico le da mayor calidad a la prestación y no es preferible al sistema capitado cuando el financiador desconoce sus ingresos. Cuando el prestador quiere atención personalizada entonces paga por acto médico porque en ese caso los médicos tienen una relación más directa “*de nombre y apellido*” con el paciente.

Usted mencionó anteriormente que la calidad está asociada a la integración vertical, en el caso que los beneficiarios quieran tener una cartilla más amplia que la de un solo prestador, como lo ve usted, básicamente pensando que ahora hay más competencia que unos años atrás, ahora las obras sociales compiten para captar afiliados, compiten con prepagos...

Pero... el afiliado lo que quiere es tener una prestación asegurada no importa donde ni quien, además la integración vertical asegura ciertas políticas médicas consistentes y congruentes. Al terciarizar las políticas del financiador no se pueden trasladar y por lo tanto son menos congruentes, tendrá alguna prestación de alta calidad y otras de baja calidad, eso dependerá de los contratos firmados. En cambio cuando uno está integrado las políticas de calidad atraviesan todos los niveles de la organización.

¿Pueden considerarse relevantes los siguientes factores que se detallan a continuación, para determinar el modelo de contratación a elegir? ¿Podría explicar los por qué? (elija al menos cinco factores que considere relevante, usted puede agregar otros que considere pertinente)

- a. Nivel de ingresos de sus asociados.
- b. Límite superior al gasto administrativo del 8% de los ingresos.
- c. Escala mínima de beneficiarios
- d. Tipo de financiamiento (fuentes de ingresos).
- e. Composición del mercado proveedor de servicios médicos.
- f. Posibilidad de contar con tecnología médica de punta.
- g. Elevados costos fijos.
- h. Percepción de la calidad del servicio por parte de los beneficiarios.
- i. Capacidad financiera para soportar altos costos de transacciones.
- j. Formalidad de los contratos.
- k. Tipos de actores participantes.
- l. Características de las organizaciones.
- m. Sistemas de control.
- n. Capacitación de los RRHH.
- o. Grado de relación existente entre el gremio y la obra social. (es importante políticamente)
- p. Visión y cultura de las organizaciones.
- q. Dificultad para coordinar financiación y provisión de servicios.
- r. Condiciones sanitarias de la población beneficiaria.
- s. Características del Programa Médico Asistencial de las organizaciones.
- t. Otros, cuales? Podría detallarlo?



¿Qué modelos de contratación considera adecuados según los tipos de organización?

Los modelos de contratación se aplican independientemente de los tipos de organización, tienen su lógica propia. Las ventajas de los modelos de contratación, si son ventajas esto es independientemente del tipo de organización y si son desventajas también. Yo no creo que los modelos de contratación sean más o menos adecuados según el tipo de organización, son adecuadas o inadecuadas en sí mismo.

¿Podría identificar grupos homogéneos de financiadores que, dadas sus características, poseen modelos de contratación y pagos similares? En general, ¿cuáles son esas características?

En general los grupos homogéneos desarrollan modelos de contratación propios porque la palabra grupos homogéneos significa que están contruidos con ciertas características financieras y están en manos de ciertos grupo de poder, entonces ellos desarrollan el modelo que mejor le conviene a su homogeneidad.

Tiene que ver con los ingresos y la naturaleza de los beneficiarios, esos son los que hace a la homogeneidad del grupo.

Partiendo del supuesto que cada mecanismo produce incentivos que impactan sobre los diferentes actores del encadenamiento, ¿podría describir en términos prácticos como se producen esos incentivos en cada uno de los sistemas de contratación y pago?

Los diferentes modelos dirían que no generan incentivos. Esto es un cálculo económico, de manera que los sistema de contratación y pago tienen sus costos y sus beneficios; ese es el cálculo que se hace, “lo que deja” el negocio, que haya o no incentivo o costos adicionales o costos menores o ingresos mayores, pero negocio no se instala sobre los incentivos o desincentivo, eso son adicionales... Si vas a un hotel y además te dan el desayuno gratis, vas por el costo del alojamiento, no vas al hotel por el desayuno. La ganancia o la pérdida no se hace sobre incentivos o desincentivos...

Pero si hay un modelo que incentiva la sobreprestación (acto médico tiende a generar sobreprestación) para una obra social de ingresos acotados probablemente le convenga tener otro modelo...

No, entonces no lo va a elegir porque no lo puede pagar, no por los incentivos o desincentivos. Esto es como la frutilla del postre, uno come postre, no por la frutilla...Esas son ganancias adicionales o ahorros adicionales.

¿Qué rol cumplen los gerenciadores? ¿No generan mayores costos de transacción? ¿Su aparición puede considerarse un factor relevante para cambiar el modelo de contratación?

El gerenciador cumple el rol de coordinar, de articular, de organizar, sino es un caos. Es el costo de la organización, los negocios necesita alguien que coordine... Hace ya un siglo que se sabe que un factor de la producción es el empresario.

El gerenciamiento es un conocimiento muy particular, una capacidad muy especial, no vasta con tener dinero o tener la necesidad, hay que saber como articular los factores de producción, es un rol muy importante, unifica el interlocutor, particularmente en Argentina que es un país caótico. Acá no hay una autoorganización, hay una tendencia al desorden permanente, cada uno hace su planteo, así que tener una persona que sirva de filtro y absorba todos los conflictos del tipo “me pagaste tarde o no me pagaste” es muy



importante. La institución que contrata no tiene porque meterse en ese nivel, para eso paga para que haya un organizador. Ahora que eso se degenera y haya una persona que se quede con una parte del negocio, eso es un sistema mal aplicado pero eso no habla mal del sistema.

Y si la obra social es muy pequeña y no puede asumir ese costo de gerenciamiento básicamente porque están acotados en su nivel de gasto.

Van a tener que contratar a uno, con todos, eso es más costoso. Hay gerenciamientos de grandes negocios y emprendedores de pequeños negocios; igual el porcentaje que cobran siempre es el mismo.

Por otro lado, el financiador evita la compra de un sistema de actualización permanente, el sistema de información, además uno no tiene que reemplazar equipos, estar motivando a la gente.

El gerenciamiento es un elemento de la cadena de valor; no es un simple intermediario, ahora si es corrupto... sino cumple ninguna función... Es común que sea el que trae el negocio, ese no es el concepto del organizador, es el puente, el puente articulador, une las orillas, no solamente avisa a la otra orilla que están las otras empresas. El gerenciamiento ha organizado una red que ofrece prestar servicios.

¿Puede hacer una breve descripción de la situación general del sector salud en nuestro país?

“El que puede pagar tiene salud, el que no puede pagar no tiene la salud” porque por más que pague hay un nivel mínimo de costo de la salud y la situación en Argentina es que se van rebajando los costos para que pueda entrar más gente, pero se baja violentamente la calidad de la prestación. Nadie puede pagar en Argentina el costo de una salud como corresponde.

¿Que cambios introduciría en el sistema de salud?

La regulación de prepaga, tal como es mi idea de la economía, de la educación, de la salud, considero que el Estado tiene que tener un rol muy fuerte, es fundamental regular las prestaciones y evitar que se haga un mercado de oferta y demanda libre donde haya médicos compitiendo unos con otros para ver quien cura más barato una apendicitis. Me parece que la función del Estado en esto, como en la vivienda, como en la justicia, como en la educación, es el camino a seguir.

Respecto a la opción de cambio de Obras Sociales y Obras Sociales que hacen convenio con prepagas, ¿qué opinión tiene al respecto?

La salud para operar tiene que tener resuelta la cuestión financiera, si los beneficiarios pueden ir de un lado para el otro el negocio no aguanta. En todo negocio hay una demanda mínima requerida. Ahora si los clientes van de un lado para el otro en una juguetería no hay problemas, cerrará una juguetería... pero la salud va cambiando de prestadores se deteriora todo el sistema. El sistema requiere de pautas de estabilidad y si hay cambios tienen que ser por períodos de mediano a largo plazo (5 años).

Ahora, si el sistema está regulado va a estar asegurando que cualquiera que sea el prestador va a brindar un buen nivel de calidad médica. El drama de la libertad es cuando hay un mal prestador, entonces uno queda cautivo, es como que está condenado a enfermarse, pero si hay un sistema de regulación que no admita como prestador a alguien que no resuelve, entonces la categorización de prestadores adquiere relevancia.



¿Cómo vislumbra el futuro del sector?

Si no se resuelve el tema de los medicamentos es muy difícil. El tema de los medicamentos supera todo. Mientras tanto no se resuelva el tema de los costos de los medicamentos el futuro va a seguir siendo incierto porque los medicamentos son la parte, quizás, más importante de la prestación de salud en todo sentido, para pagar y para curar y eso que creo que Argentina está fuera de escala con el costo de los medicamentos. Si resuelve el tema de los medicamentos, Argentina tiene posibilidades de resolver todo lo demás. Me temo que la Argentina no es autosuficiente para resolverlo.

El problema de la salud es que está en manos de los bancos. Año a año ha ido convirtiéndose en un negocio de seguro y después de salud. El negocio de seguro es el negocio del financiador entonces habría que ver la manera de que la salud vuelva a la mano de quienes son profesionales de la salud y no que dependan de los gerentes de inversión y gerentes de créditos de entidades financieras. Los más grandes prestadores de salud son como los bancos, lo peor es que funcionan con el criterio de los bancos.

Hay negocios u operaciones en las sociedades que no pueden estar analizados desde el tema exclusivo del costo beneficio.

Y ¿el Estado tiene capacidad?

El Estado la tiene en la medida que no represente a los intereses corporativos.

Muchas gracias.

Entrevista al Dr. Carlos Vassallo

11/04/08

Economista especializado en salud

Director de la maestría en salud y medicamentos de la Universidad Pampeano Favra

Profesor de la Universidad del Litoral y de San Andrés

Consultor de organizaciones nacionales e internacionales

Autor de trabajos científicos y artículos en revistas especializadas

¿Por qué usted considera que algunos financiadores optan por la integración vertical mientras que otros prefieren la terciarización? ¿Podría mencionar los factores relevantes de esta decisión?

En principio habría que ver las estrategias de un grupo de obras sociales que se han desprendido del resto, básicamente porque tienen un número de afiliados suficientemente grandes como para empezar a evaluar la integración de servicios que antes los proveían terceros.

El origen de la seguridad social en Argentina es un origen en donde los fondos son financieros casi semipuros. El único que se podría haber diferenciado en su momento fue ferroviarios que tuvo un origen distinto; ferroviarios nació integrado, hizo su policlínico al comienzo de su actividad; en cambio el resto avanzó durante mucho tiempo, particularmente hasta la década del '70 sin integrarse, básicamente contratando por acto médico a las grandes corporaciones.



En los años '70 pueden considerarse una especie de pliegue o punto de inflexión en el devenir histórico de las organizaciones de la seguridad social, porque fue cuando las obras sociales logran la obligatoriedad de los aportes y contribuciones que hasta esos años había sido voluntario. De esta manera las obras sociales disponen de un flujo de fondos más previsible o en otros términos disponen de una “caja asegurada”. Fue por aquellos años que algunas obras sociales en base a este cambio normativo (que obviamente las favoreció) deciden armar sus propios policlínicos e integrarse verticalmente, como Bancarios, OSPLAD, entre otras. (Habría que hurgar en la historia pero ese es el momento en el cual muchas obras sociales arman su policlínico). De todas maneras esta tendencia ha sido muy tibia, es simplemente tener un prestador de internación dado que lo ambulatorio lo contrataron históricamente con los colegios médicos.

A fines de los '80 y principios de los '90 cambió mucho esta dinámica en el sentido que los colegios médicos tendieron a fragmentarse. Por otro lado en aquellos años se produjo un cambio en el modelo contractual, se pasó del pago por prestaciones al pago por el sistema capitado, lo cual generó la necesidad de contratar a otras organizaciones para poder administrar. Fue en esos años que se fusionaron dos de los submercados (ambulatorio e internación) de los tres que han identificado Jorge Katz y Alberto Muñoz en su libro “Organización del sector salud: Pujá Distributiva y Equidad, ambulatorio, internación y medicamentos.

Nosotros tenemos un trabajo que yo te puedo mandar para citar con el economista Ernesto Báscolo en el cual tuvimos mención especial de CADIME (nos ganó Elsa Moreno con un trabajo sobre atención primaria de la salud) donde trabajamos desde un enfoque institucional e hicimos una especie de análisis histórico de lo que había pasado con la relación y ahí pensábamos que se iba a poder efectuar un proceso de integración más profundo, nosotros fuimos más optimistas de lo que después terminó sucediendo. En ese trabajo suponíamos un proceso de integración entre ambulatorio y prestacional que se produjo en los '90.

Este proceso trajo aparejado la creación de una serie de consultoras o de organizaciones que se asumen con capacidad para disciplinar a la oferta y ajustar a esa oferta. Esa institución cuando funcionó bien fue una institución que se fue convirtiendo en una especie de núcleo, lo que nosotros llamamos y en ese momento lo describimos en el trabajo como un núcleo disciplinador, es un núcleo que empieza a encargarse de un área que es la gestión. Una cosa que yo siempre repito a mis alumnos es no se queden con esta dinámica que ha hecho que las gerencadoras han pasado a ser mala palabra; una cosa es la gerencadora y otra cosa es la función de gestión o de gerencación. La función de gerencación llegó para quedarse en el sistema. Esto último ha sido la gran incorporación de los noventa.

Si bien genera un costo de transacción adicional, los beneficios son superiores, ¿no?

Es ineludible que exista un costo de transacción mayor, pero el otro modelo de pago con apertura en la relación entre la oferta y la demanda y con libertad absoluta de funcionamiento, colapsa. Por supuesto que hay algunos que vendieron que eran gerencadores y en realidad no dieron un valor agregado, simplemente se comieron ese porcentaje dejando que el sistema funcionara y ajustara de la peor manera; pero eso no tiene que ver con la función de gerencación. Yo creo que el gran salto es que la función de gerencación es identificable y es necesaria de alguna manera para que el sistema pueda cerrar. El gerencamiento es necesario en todas las actividades económicas.



Para usted ¿la teoría neoinstitucional es un elemento que juega a favor o en contra de la integración o terciarización?

El tema es que los sistemas de salud por lo general fueron sistemas que no tuvieron una discusión respecto a como tenían que estar organizados, fueron naturalmente sistemas donde se partió que había un mercado que fallaba y crecieron de manera muy integrada, sobre todo los sistemas públicos. En Estados Unidos, que podría parecerse más a un sistema de mercado donde se tienen costos de transacción porque las aseguradoras pactan con los proveedores, se dió un proceso muy interesante a nivel de los sistemas de salud porque con costos de transacción importantes se tendió la integración entre el asegurador y el proveedor con las HMO. Mientras que en Europa, donde predomina la jerarquía con sistemas profundamente integrados, se dio la tendencia inversa, es decir la separación de funciones, haciéndose competir a las funciones entre si para lograr un cierto equilibrio y obtener mayor eficiencia.

En Estados Unidos, donde existe un elemento de motivación que es positivo como la competencia, los controles cruzados, etc., se tiene, por el contrario, altos costos de transacción. A mí la definición de costos de transacción que más me gusta para llevarla a la práctica es la que acuñó Milgrom y Roberts, quienes dicen que costo de transacción es el costo de coordinar y costo de motivar; esa son las dos grandes funciones de la gestión, coordinar y motivar. Dentro de este esquema en el sistema norteamericano se tienen bajos costos de motivación y altos costos de coordinación, a la inversa de Europa. Por ende, se van confluendo en lo que Williamson ha denominado los sistemas híbridos, es decir aquellos que están en el medio entre el norteamericano donde existe una alta separación de funciones y el europeo donde predomina la integración. Yo conozco los dos casos, más el de Europa y el de los sistemas públicos que avanzan hacia la separación de funciones que el sistema americano.

Probablemente en Argentina se da más esto de la separación de funciones, particularmente en el sector privado y en la seguridad social.

Una vez polemiqué en una reunión del Banco Mundial con Daniel Maceira, un economista especializado en salud que trabaja en CIPEC y en CEDES, porque yo dije y sigo sosteniéndolo, que el sistema de salud en Argentina, por más que culturalmente tenga reminiscencias de Europa, tiene una lógica de funcionamiento más parecido al norteamericano que al europeo. Esto es así, a mi criterio, porque nosotros tenemos fuentes de financiamiento diversos, una diversidad increíble de planes, de esquema de seguros; de manera que el gran instrumento o el gran sistema para mirar la lógica de funcionamiento es el sistema de Estados Unidos. Nosotros por supuesto que podemos aprender cosas a nivel micro de la reforma de Europa; pero los Europeos fueron a Estados Unidos a buscar la reforma a nivel micro, no tocaron los valores, no tocaron la solidaridad, el financiamiento público, la gratuidad, pero los GRD, el ABC Costing y los sistemas de costeos, el tablero de comando de Kaplan y Norton, etc. lo fueron a buscar a Estados Unidos; como estas se pueden mencionar mil innovaciones.

El sistema de salud americano es un innovador por naturaleza, gasta millones de dólares pero es un sistema para mirar. Yo tengo un artículo con Giovanni Fatore, un economista de la salud de la Universidad de Bocconi, donde hablamos de cuales fueron las innovaciones del sistema de salud de Estados Unidos, en ese sentido es un sistema muy rico.

¿Se podría decir que para Argentina, particularmente para el mercado de Capital y Gran Buenos Aires, los costos de transacción son o no la razón fundamental para definir el modelo de contratación?



La teoría de los costos de transacción es una teoría muy darwinista en el sentido que plantea que en el mediano largo plazo el que no baja costos de transacción y producción no tiene un negocio viable.

Los costos de transacción tienen una debilidad desde el punto de vista instrumental-cuantitativo, es decir es muy difícil medir exactamente cuales son los costos de transacción asociados al uso de un modelo de asignación u otro. Aunque esto es muy difícil, en mi opinión en tu trabajo deberías hacer algunas consideraciones respecto a una opción u otra, trabajando con ventajas y desventajas del proceso de terciarización o de integración.

Hay que ver el modelo contractual implícito que tiene el sistema porque en realidad ni la medicina prepaga ni las obras sociales firmaban o firman contratos, sino que se efectuaban y se efectúan arreglos de palabras, eso es lo anticontractual y demuestra la baja institucionalidad que tiene el sistema. Hay un tipo muy interesante para entrevistar que es Gabriel Lebersztein de OSECAC, quien una vez me dijo “cuando vos me enseñaste lo de los contratos completos e incompletos en economía, se me abrió un mundo completamente nuevo”. Nosotros podemos hablar desde un punto de vista más bien teórico, ahora él está montado en la gestión.

Hay dos grandes factores a considerar para terciarizar. Uno es la incertidumbre, aunque no es exactamente incertidumbre, pero sería algo así como la dificultad que tiene la actividad para poder ser normalizarla lo suficientemente bien como para poder terciarizarla. Por ejemplo cuando se tiene que contratar alimentos para un hospital se puede establecer claramente cuantas veces necesitas el alimento, para cuantas personas, el nivel de calidad, el tema de la dietista, la composición; es decir se puede establecer exactamente lo que se necesita. Ahora cuando se tiene que contratar una cirugía determinada con complejidad uno no sabe si el paciente reaccionará como dice el manual o van a existir complicaciones que puede provocar algún costo adicional. Este es un elemento fundamental para mirar.

Las obras sociales fueron fondos financieros puros hasta que llegamos a un momento como el actual donde la incertidumbre se hace más grande, lo cual incrementa los costos de transacción, de manera que juega un rol importante para favorecer la incorporación de servicios propios. La integración plantea a los financiadores un nuevo desafío en materia de gestión, que es gestionar servicios propios.

El otro elemento clave es la especificidad de los activos o bienes específicos afectados a la actividad. Yo tengo la impresión que las obras sociales han empezado a mirar estas cuestiones cada vez más importantes.

A mi me parece que en la mirada de los años noventa hay casos muy interesantes. Nosotros el que mencionamos es el de Construir Salud. Construir Salud define una estrategia de atención primaria de la salud basada en médicos de familia. Cuando fueron al mercado a buscar médicos de cabecera no lo encontraron; entonces lo que hacen es formar sus propios médicos de cabecera. En este caso, claramente la innovación imposibilita la terciarización porque justamente en el mercado no había lo que ellos estaban buscando y por lo tanto debieron integrarse para poder implementar la estrategia.

Y eso ¿por qué se dio? ¿Por qué lo hicieron?

Bueno yo creo porque ideológicamente había un grupo que pensaban que el centro del manejo lo tenía que tener el médico de familia, es decir compraron un modelo de médico de cabeceras como médico filtro, médico de alguna manera indica si hay que derivar o no. Ellos armaron el modelo y cuando salieron a buscar los médicos de familia, como mencioné anteriormente, no los encontraron, entonces armaron un grupo de médicos de



cabecera propios que son los médicos de familia de Construir Salud. Después armaron los centros de salud de Construir Salud en donde poder atender y hacer el filtro.

A mi juicio es una estrategia de lo más interesante, que por supuesto la obra y el afiliado social tienen que acompañar. Hay un tipo de afiliado que es muy difícil pedirle que vea primero al médico de cabecera. Para implementar esta política es preciso analizar previamente las características de los afiliados y luego, prepararlos. En el caso de Construir Salud sus afiliados son trabajadores de la construcción, son personas con muy escaso nivel de formación, desde el punto de vista cultural-educativo no es un tema menor.

Que otro factor así como el cultural-educativo y los ingresos podrían estar jugando a favor de integrar o terciarizar

Otro factor que puede jugar a favor de la integración es el tema de la marca, particularmente en el caso de las prepagas que asocian su marca a la de clínica, como es el caso de Swiss Medical donde la integración empieza a jugar un elemento que permite demostrar que la cobertura de salud es algo mucho más que virtual al tener prestadores propios.

Otro tema que es ineludible está vinculado a lo financiero. Muchos prestadores han efectuado el proceso inverso de integración, es decir han integrado desde la prestación hacia el seguro como por ejemplo los hospitales de comunidad. El Hospital Alemán, que nació como una mutual, después eliminó la mutual y finalmente la volvió a crear. ¿Por qué se integró hacia lo financiero? Porque de este modo tiene un 40% de camas ocupadas por el propio asegurador y por lo tanto vende el 60% restante. El Hospital Italiano, el Británico, igual. La mayoría de los prestadores han recorrido este proceso, es decir ya casi no quedan prestadores puros.

El financiador que había jugado como un asegurador puro, ahora recorre el camino hacia la integración. El único interrogante que te queda es OSDE porque tiene una estrategia distinta. OSDE busca un amplio nivel de satisfacción para el usuario y para el profesional; el médico de OSDE es un tipo que mata por la institución, que juega muy lealmente con OSDE porque siente que le paga buenos honorarios y en términos; sin embargo cuando hablamos de internación y de camas ahí ellos están con algunos problemas.

También en algunos casos, como por ejemplo Unión Personal (UP) tuvo que modificar su modelo de contratación porque se le estaba produciendo el descreme. La nueva estrategia consistió en crear una segunda marca que es ACCORD que es una marca de primer nivel, dejando UP para dar la cobertura básica del PMO. Para fortalecer esta estrategia, ACCORD se integró verticalmente adquiriendo un prestador propio de renombre como es el Sanatorio Anchorena, lo que le permitió mejorar la red poniendo al Anchorena como prestador clave de ACCORD.

Acá también ACCORD se asocia la marca del Anchorena, ¿no?

Exactamente. Ellos llevaron adelante una estrategia de segmentación de manera que ACCORD pueda competir con la medicina prepaga, esto los obligó, por decirlo de alguna forma, a tener un prestador propio. Además ya trabaja con tres prestadores propios como el Instituto Quirúrgico del Callao, el Centro Médico Accord y el Sanatorio Anchorena.

Por otro lado, el tener un prestador propio permite tener un instrumento para negociar con el resto de los prestadores imponiendo otras condiciones. Además posibilita no estar cautivo de terceros.



El ingreso es un elemento que distingue si integrar o no como por ejemplo ingresos bajos tipo Construir Salud un modelo integrado o ingresos altos como los de las prepagas con otro modelo de contratación.

Estamos viviendo un momento en el cual los ingresos rebalsan de las obras sociales, dado que el sistema es pro-cíclico.

Yo diría que hasta el año pasado era un poco así...

El PAMI este año tiene presupuestado 7.000 millones, es decir volvimos a las mejores épocas del apogeo de la convertibilidad 92 / 93; 2200 o 2300 millones de dólares para PAMI. En este marco PAMI puede darse el lujo de financiar al Francés para evitar su caída. Por supuesto que no todas las obras sociales están en las mismas condiciones.

En el caso del financiador cuando se integra, los costos fijos que tiene ese efector no juega en contra cuando la actividad caiga. Por ejemplo hoy Construir Salud puede disminuir sus costos como consecuencia del buen momento que está atravesando la construcción, pero si esta última llega a caer significativamente como lo ha hecho; en consecuencia, los costos fijos ¿no son un elemento clave a tener en cuenta al momento de elegir la integración?

Ahí hay dos cosas que hay que conocer, uno es lo financiero, lo otro va a ser la conducción o la estrategia que se va a proponer desde ese grupo; porque una de las cosas es si ese prestador propio atiende sólo a afiliados de esa obra social o en determinado momento va a atender a otra población.

Por otro lado otro tema que si yo estaría en una obras social me preocuparía es distinguir una unidad de costo y beneficio y otra unidad de costo y beneficio (proveedor-financiador) separando las contabilidades. Lo lógico si uno tendría que organizar este sistema lo debería organizar como un mercado interno, es decir independiente que los dos pertenezcan a la misma estructura de propiedad con independencia de gestión de manera que el director de la clínica se sienta a negociar con el presidente de la obra social. Si van a enjuagar las ineficiencias de uno y de otro dentro de ese marco no lo veo que puedan llegar a buen puerto.

¿En general se da esta separación en unidades de negocio?

UP tengo la impresión que trabaja con un modelo bastante interesante de separación de negocios. De hecho UP tiene una interesante separación que es a otro nivel entre los cargos políticos y los cargos gerenciales porque por ejemplo Casinotti de UP es una persona que no viene del sindicalismo, sino que conoce de gestión y tiene un manejo muy independiente.

De alguna manera el gerenciador está adentro de la organización, ¿no?

Exactamente, al gerenciador no lo molestan. El sabe que tiene un costo que tiene que cubrir para que los sindicalistas hagan política, pero después si esto estaría explicitado no sería malo, ya el sindicalista se queda con una parte que sirve para hacer política. El problema es cuando el sindicalista hace política metiendo elementos como cuando dice a Juancito hay que internarlo si o si porque pertenece o nos trae votos por esto o por aquello. Cuando se empiezan a meter este tipo de cosas, que es lo que pasa en la mayoría de las obras sociales, y comienzan a caer paracaidistas que lo manda uno u otro, no hay lógica que pueda sostenerse, llega un momento donde eso termina atravesando a toda la cultura organizativa.



¿Cómo lo ve a los financiadores que han optado por la integración vertical cuando tienen que correr la carrera tecnológica?

Bueno ahí va a haber un tema, que es el tema de la acumulación de capital para poder correr el juego. Yo veo más lógico la integración en aquellos servicios como el primer nivel de atención y terciarice un nivel de complejidad más avanzado.

De cualquier manera, por ejemplo cuando Williamson habla de la gobernación o las transacciones de mercado vs la bilateral o la jerárquica un poco es al revés. Según la teoría cuando la tecnología es muy específica (tomógrafo, resonador) entonces me integro y cuando no lo es, (una consulta ambulatoria) entonces terizarizo. ¿Es correcto este razonamiento?

Bueno ahí lo podemos cambiar con el tema de la innovación, cambiar tecnología por innovación; cuando la innovación es muy grande, te produce un impacto muy fuerte en términos de asimetría informativa; digamos aumenta la asimetría. Entonces el caso del médico de cabecera es un caso típico en Argentina de innovación porque no se tiene, digamos, una cosa masiva de médicos de cabecera, por eso uno explica la integración.

Ahora el tomógrafo y la resonancia son una innovación o están tan extendidos que se puede contratar en el mercado; yo tengo la impresión que si uno sale a jugar al mercado, se pueden conseguir muchos mejores precios que los costos de tenerlo adentro

Finalmente, ¿quisiera agregar algo más respecto a los temas tratados?

Yo tengo mucha desconfianza cuando no están explicitadas claramente las responsabilidades de uno y de otro, esta cosa de los objetivos tan amplio. En cambio en el modelo de contrato cuando uno tiene una relación bis a bis con el otro tiene en el medio algo que es el contrato con el cual poder negociar, estas son metas y este es el financiamiento, yo te controlo a través de estos indicadores. Por ende se tienen elementos para poder efectuar controles cruzados, que cuando uno lo integra muchas veces no existen. Yo tiendo a inclinarme por un mundo en donde hay modelos contractuales más ciertos.

Muchísimas gracias.



Entrevista a la Dra. María del Carmén Mo

09/05/08

Bioquímica

Profesora de la cátedra de Administración de Salud –FCE – UBA

Consultora de organizaciones privadas y públicas

¿Por qué usted considera que algunos financiadores optan por la integración vertical mientras que otros prefieren la terciarización?

El tema es complejo. Hay entes que nacieron como prestadores y luego se integraron al mercado financiador y otros que realizaron el camino inverso.

La integración reduce costos prestacionales sobre su población afiliada. Los casos de Galeno y particularmente OSECAC buscan reducir costos, este último por ejemplo, por una cuestión de costos, a la alta complejidad la va a tratar solamente en Buenos Aires derivando los pacientes del interior del país; recordemos que OSECAC cuenta con dos millones de afiliados lo que le permite disponer de una escala muy interesante para desarrollar esta estrategia. En lo ambulatorio tienen un mix entre propio y terciarizado; a la internación digamos de baja y mediana complejidad la contratan en el mercado, aunque ahora la estén integrando parcialmente.

No existe una única razón. En general las prepagas están presente solamente en los grandes centros urbanos, siendo particularmente fuertes en Buenos Aires y sus alrededores donde poseen un efector propio.

Lo que si se terciariza son todas aquellas actividades que no son la razón fundamental de la actividad, es decir todo lo que no es prestacional como limpieza, seguridad, administración de archivos o historias clínicas, etc.

Cuando la población lo justifica, dada la escala, entonces es posible desarrollar un esquema de integración, volvemos al ejemplo de OSECAC que con 200 camas puede atender la alta complejidad de dos millones de afiliados de todo el país.

Existen distintas estrategias según sea una prepaga o una obra social. El caso OSDE, que no posee prestadores propios sino que contrata a los tres submercados (profesionales, establecimientos de internación y medicamentos) esto se debe a una Política. OSDE contrata a todos los grandes prestadores (Sanatorio Los Arcos, Trinidad de Palermo, Otamendi, etc).

Las obras sociales nacionales fundamentalmente contratan a terceros las prestaciones médicas y sanatoriales básicamente por la dispersión / concentración de afiliados a los cuales están obligados a brindarles prestaciones, incluso en aquellos lugares donde estas entidades no posean una masa crítica de afiliados; en otras palabras si llevamos el razonamiento al extremo podemos decir que están obligados a prestar servicios al único afiliado que tengan en alguna zona geográfica determinada, de manera que en este caso y fundamentalmente por una cuestión de costos deben contratar a los prestadores y esto se hace bajo la modalidad de prestación.

Otro elemento importante es la oferta prestacional dado que en algunas zonas o provincias hay proveedores monopólicos que fijan precios y establecen condiciones de contratación.

Para la contratación por cápita además de las condiciones sanitarias (no es lo mismo capital a una población joven que a la del PAMI), es importante el volumen de beneficiarios. En el



caso de los contratos por cápita si bien el costo de contratación o costo de transacción suele ser menor, su control no necesariamente debe ser menor porque es necesario controlar las tasas de uso con la documentación de respaldo.

De los siguientes factores que se detallan a continuación (usted puede agregar otros que considere pertinentes), ¿Cuales considera relevantes para determinar el modelo de contratación? ¿Podría explicar por qué?

En general todos estos conceptos tienen alguna vinculación más fuerte o más débil para favorecer un modelo de contratación u otro. En general se puede decir que no son apartados aislados sino que muchos se relacionan e impactan en forma conjunta como por ejemplo la calidad y el nivel de ingreso, pero vayamos por partes.

▼ *Nivel de ingresos de sus asociados.* Cuando este es alto es posible favorecer la contratación por prestaciones. Si bien existe un mayor costo de auditoría para evitar la sobrefacturación y sobreprestación (parte del costo de transacción) el financiador se asegura básicamente calidad de atención, aunque no eficiencia y una oferta amplia de prestadores (mayor red prestacional o mayor cantidad de efectores y profesionales).

▼ *Escala mínima de beneficiarios.* Cuando hay pocos afiliados el modelo es el acto médico y cuando existen muchos afiliados que te permite tener una escala importante es posible integrarse o capitar (ningún gerenciador va a incluir dentro de su pool de riesgos a una población escasa, siempre prefiere para licuar el riesgo prestacional disponer de una masa crítica importante).

▼ *Composición del mercado proveedor de servicios médicos.* Si hay pocos proveedores y estos actúan en forma monopólica, entonces al ser estos fijadores de precios, las obras sociales han optado por las asociaciones de obras sociales para disponer de un mayor poder de negociación. En el caso de las prepagas en estos mercados quedan afuera, estas prestan servicios cuando la oferta es amplia y competitiva lo cual ocurre generalmente en los grandes centros urbanos donde pueden aprovechar la economía de escala que le da su padrón de afiliados.

▼ *Elevados costos fijos.* Esto se vincula con la cantidad de afiliados que posee el financiador para integrarse, cuando tiene una masa importante, entonces estos costos quedan diluidos.

▼ *Percepción de la calidad del servicio por parte de los beneficiarios.* Es un tema importante, particularmente desde la desregulación. En general se considera que el médico de cabecera, que bien puede ser una solución para algunas entidades particularmente aquellas de bajos ingresos per cápita como Construir Salud, no lo es para otras porque esta metodología prestacional es percibido como una desmejora en la calidad de atención. Por ejemplo las prepagas, que suelen brindar una mejor calidad prestacional (cobran mayores precios por esto), no tienen incorporado al médico de cabecera para no afectar la calidad.

▼ *Capacidad financiera para soportar altos costos de transacciones.* Es importante porque requiere de un departamento de auditoría muy capacitado, lo cual requiere de los recursos para soportarlo; aunque se supone que este departamento al efectuar un control eficaz reduce los costos prestacionales por otro lado. Desde luego, una entidad que no posee recursos para destinar a este tipo de actividades debe optar por contratar a un gerenciador, lo cual generalmente se realiza a través de contratos capitados.

▼ *Formalidad de los contratos.* En el sector existe una gran informalidad contractual, particularmente en el sector privado; en las obras sociales es un poco más formal.

▼ *Tipos de actores participantes.* Las prepagas no contratan por cápita por una cuestión de imagen y calidad porque en general este mecanismo de contratación y pago crea una barrera de acceso y tiende a la subprestación. Como tienden a brindar buena calidad prefieren la contratación por prestación.

▼ *Características de las organizaciones.* En general esto no influye mucho, aunque desde el punto de vista organizacional existe una diferencia fundamental entre una prepaga y una obra social donde la primera desarrolla acciones de marketing un poco más sofisticadas que las segundas.

▼ *Sistemas de control.* Esto básicamente está relacionado con la auditoría y esta tiene que estar preparada para actuar bajo cualquier modelo de contratación.

▼ *Capacitación de los RRHH.* Es ideal poseer un cuerpo de auditores médicos formados. En la parte administrativa también es importante la capacitación porque un administrativo que trabaja en el departamento de auditoría y control prestacional debe ser capaz de saber leer una historia clínica. Este atributo es más importante en los modelos contractuales por prestación que en los modelos capitados.

▼ *Grado de relación existente entre el gremio y la obra social.* Hoy no es un tema relevante, antes cuando el afiliado estaba cautivo era significativo.

▼ *Visión y cultura de las organizaciones.* Ejemplo OSDE contrata por prestación para asegurarse calidad con oferta de prestadores amplia y fundamentalmente con las top de cada uno de los mercados en los cuales participa. En el caso del Hospital Alemán se desarrolló una buena estrategia con el plan kinder para captar a los hijos cuyos padres no estaban afiliados a la prepaga; esto ha sido una muy buena política, particularmente en momentos de recesión económica. Respecto a la visión, cultura, Política y estrategia empresarial son muchos los factores que intervienen, pero existe vinculación muy importante con la percepción de calidad que está presente en algunas organizaciones.

▼ *Condiciones sanitarias de la población beneficiaria.* No es muy relevante. Ejemplo el PAMI contrata por cápita y posee malas condiciones sanitarias (padrón añoso), pero posee volumen lo que le da un alto poder de negociación. Este es un elemento fundamental, es una categoría que podría incorporarse para ampliar la lista (dentro del rubro otros). Al tener un alto poder de negociación que en algunos casos deviene de su gran padrón de afiliados, puede fijar condiciones y precios consiguiendo de esta manera el financiador bajos precios.



Si posee poco poder de negociación y malas condiciones sanitarias (gente añosa, por ejemplo) deberá necesariamente pagar por prestación porque nadie va a querer asumir el riesgo prestacional de esta población.

▼ *Características del Programa Médico Asistencial de las organizaciones.* Hoy es homogéneo dado el PMO (Programa Médico Obligatorio), antes podía ser relevante porque cada financiador podía ofrecer diferentes tipos de prestaciones.

En que casos, si es que los hay, ¿puede decirse que un modelo integrado sea preferible a uno terciarizado? Y ¿cuando es preferible un modelo prospectivo y cuando uno retrospectivo?

No existe la integración total. Hay sistemas integrados que funcionan mal como el del Italiano que posee un médico de familia con médicos jóvenes y con poca experiencia formados por el propio hospital cuya misión es buscar la subprestación.

La elección entre un modelo prospectivo y uno retrospectivo depende porque para un financiador es preferible el primero porque su gasto es predecible y transfiere el riesgo prestacional al prestador. Para este último, que busca la sobreprestación, es preferible un modelo por acto médico.

¿Pueden identificarse grupos homogéneos de financiadores que poseen modelos de contratación y pago similares? En general, ¿cuales son las características de cada grupo homogéneo? ¿Por qué cree que cada grupo homogéneo opta por ese modelo?

En la búsqueda de patrones homogéneos podemos identificar a las prepagas con un prestador insignia y el resto terciarizando mediante mecanismos por acto médico o módulos.

En obras sociales con economías de escala, podrían ser los convenios capitados y la integración vertical de ciertos aspectos y básicamente en los grandes centros urbanos donde existe gran cantidad de beneficiarios.

En las obras sociales más pequeñas el modelo es el acto médico porque tienen poco poder de negociación. Acá también depende de la voluntad que tengan de asociarse con otras entidades para ganar un mayor poder de negociación.

De acuerdo a su opinión, ¿cómo caracterizaría la relación entre financiadores y prestadores.

En general es buena, no es conflictiva cuando el porcentaje de facturaciones es importante; aunque cuando el financiador es mal pagador o realiza grandes débitos la relación tiende a tensarse y a generar conflictos.

¿Qué rol cumplen los gerenciadores? ¿No generan mayores costos de transacción? Su aparición, ¿puede considerarse un factor relevante para cambiar el modelo de contratación?

En muchos casos son tráfugas; el PAMI tuvo malas experiencias. Tiene sentido en grandes financiadores por pago capitado. Si bien este alargamiento de la cadena de contratación genera mayores costos de transacción, si lo haría la obra social internamente o por su cuenta casi seguramente tendría mayores costos operativos. El gerenciador es más eficiente en este sentido, la obra social tiene que tener gente capacitada, invertir en tecnología, etc. lo cual si está terciarizado en un gerenciador lo hace este último.

¿Puede hacer una breve descripción de la situación actual del sector salud en nuestro país?

Se está tendiendo en el sector salud a una mayor integración y a una mayor concentración de los financiadores; por un lado en el sector de las prepagas se están dando este último



fenómeno con las fusiones y adquisiciones y por el lado de las obras sociales por el crecimiento de algunas y las asociaciones de obras sociales de otras.

Los prestadores están más fragmentados a pesar de estar agrupados, entonces el financiador es el que fija los precios y tiene el poder lo cual va en detrimento de las situación financiera de los prestadores. Hay varios en crisis.

Sería ideal poder lograr un equilibrio como por ejemplo las cápitas ajustadas por riesgo.

Finalmente otro tema importante vinculado al sector salud en general es que nadie ve al sistema en términos globales, cada cual cuida sus propios intereses.

¿Que cambios introduciría en el sistema de salud?

- i. *Mayor ingerencia de la SSS*, más que mayor injerencia buscaría armar para la SSS una especie de modelo a la chilena que por un lado se ocupa de las entidades de la seguridad social y por otro de las ISAPRES o prepagas. Se debería mejorar su organización, buscar una mayor especialización y fundamentalmente disponer de mayor información.

Como vislumbra el futuro del sector?

Los dos grandes temas son la inflación y el desempleo, este último básicamente para la seguridad social. Hay dudas en ambos casos respecto a su medición.

Muchas gracias.

Comentarios recibidos por correo electrónico del Dr. Armando Reale

06/05/08

Original Message -----

From: Armando M. Reale amreale@2vias.com.ar

To: Guillermo Oggier - OSPe

Sent: Tuesday, May 06, 2008 1:59 PM

Subject: Re: TESISTA UBA - Solicitud de entrevista

Dr.Oggier, lamento no haber podido reunirme con ud.por razones que ya le contaré. Le adelanto algunos comentarios referidos al planteo del problema siempre hablando de Obras Sociales. No creo que los costos de transacción resulten definitivos en la opción y posiblemente si bien contribuyen a la decisión no son los más importantes. La tercerización suele verse aún en los servicios propios. La contratación por unidades agregadas siempre requiere un intermediario que reparte el presupuesto, capitado o no, a través de las modalidades de pago a los profesionales e instituciones, estableciéndose una cadena de contrataciones.

Muchas veces no se presenta la opción y en otras la decisión está en gestionar por si mismo, con o sin tercerizaciones según convenga, o contratar a una administradora.

La historia de la organización, la dispersión o concentración de la población, las expectativas de los afiliados, el número y edad de los beneficiarios, los antecedentes en



utilización, la posibilidad de seleccionar a los efectores, la capacidad de contratación y financiera suelen ser determinantes entre otros.

Cordialmente.-

A.M.Reale

Entrevista al Dr. Daniel Maccera

Ph D en economía Boston University,

Especialista en economía de la salud y organización industrial.

Investigador Titular del CEDES.

Investigador Adjunto del CONICET.

Director del Área de Política de Salud del CIPPEC.

Docente de las carreras de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA.

11/07/08

De acuerdo a la teoría neoinstitucional -Coase, Williamson, etc.- los costos de utilización del mercado o costos de transacción, ¿son la razón fundamental para decidir si integrarse o terciarizar una actividad económica?. En el sector salud, ¿son los costos de transacción el factor clave para integrarse o terciarizar o existen otros factores que se toman en cuenta para tomar esta decisión?

Si bueno, como muestra Williamson la curva de diferencia entre el costo de gobernabilidad o costo de transacción y el costo de producción genera el neto (el famoso k), especificidad en activos que define si se integra o no. De cualquier modo Williamson hay algo que no captura y es la diferencia entre integración vertical en propiedad y control.

¿Cómo se debe interpretar la especificidad de los activos que menciona Williamson? Se lo pregunto porque uno puede pensar que un activo más específico como un tomógrafo o la aparatología altamente sofisticada están más terciarizadas que por ejemplo la consulta de un médico de familia que en muchos casos está más integrada. Parecería que en el mercado de la salud se observa una situación diferente a lo que plantea Williamson. ¿Cómo lo interpreta usted?

Cuando uno analiza las bases de la teoría de los costos de transacción en función a lo señalado por Williamson, lo que este autor menciona como atributos para determinar como organizar una transacción son la frecuencia de la transacción y la especificidad de los activos. Esta última está dada no por la especificidad relativa del capital en si misma, sino en cuan estandarizado está ese capital en el mercado.

Para tener una idea, según un trabajo que hice sobre el sector automotriz de la década del '50, la industria argentina, que se estaba desarrollando de manera incipiente, cualquier insumo que esa industria necesitaba era específico. Por ejemplo uno quería producir una heladera, por decir un bien durable que hasta ese momento no se había producido en el país, no disponía de los insumos para producirla; por lo tanto, ese activo era específico, no porque lo sea en si mismo, sino porque el mercado no estaba desarrollado. *Desde este punto de vista, la especificidad se tiene que entender como especificidad relativa respecto al mercado en el cual la empresa está inserta.*



En realidad no es que la discusión sea el tomógrafo tiene una tecnología más específica que el médico generalista, porque en el mercado se pueden encontrar ambos a precios y a calidades razonables para la estructura de mercado; por ende, no es que uno sea más específico que el otro, sino que en el mercado ambos son estandarizados. Hoy en día un tomógrafo está extendido en el mercado, pero si uno quisiera incorporar una tecnología de altísima generación, entonces sí, la organización que quiere tenerla, deberá integrar ese equipamiento. Es desde esta perspectiva que debe analizarse el tema para hacer la comparación entre una consulta y un tomógrafo.

Más aún si lo que se quiere hacer es incorporar indicadores de calidad y conocemos que las tomografías se hacen estandarizadamente en el mercado, son homogéneas, etc., probablemente tu variable de calidad esté vinculada con la variable de calidad percibida, de manera que tal vez tener a médicos generalistas, que atiendan a tus afiliados dedicándole el tiempo necesario, que sean tranquilos, que sepan que tienen que atender a esa población y a nadie más, etc.; sea más valorado por el afiliado desde el punto de vista de la calidad percibida y por lo tanto convenga contratarlo por salario dentro de tu propia organización porque ellos son los que te definen la calidad (tu calidad percibida está asociada a que el afiliado dentro de una guardia tiene que sentirse como en Suiza). Entonces la gente que usa más (frecuencia de la transacción), ¿el tomógrafo o al médico generalista? Como lo que tiene mayor frecuencia es la consulta, para armar la estructura de calidad, lo que es más conveniente es desarrollar internamente lo que en el mercado aún no lo ha hecho o no existe, esto es integrarse verticalmente creando el propio cuerpo de médicos porque esto es muy bien recibido por el afiliado.

Hay algunos autores entre los que se encuentra Silver que lo relacionan con la innovación, es decir no existe en el mercado entonces lo comienzo produciendo internamente como por ejemplo lo que ha ocurrido con el médico de familia de Construir Salud, en el sentido que no había médicos especialistas en medicina familiar en Argentina y por lo tanto esta obra social debió integrarse verticalmente para poder implementar este tipo de medicina.

Es una lectura, que me parece interesante, no sé si es la real; habría que sentarse a hablar con la gente de Construir Salud.

Otra lectura es el trabajador de UOCRA es riesgoso a pesar de ser joven, es golondrina o sea el albañil hoy está acá y mañana está en una obra a 200 km; esto hace que la estructura de riesgo sanitario sea difícil de manejar y si a esto le sumamos que es una obra social que paga poco porque su base salarial es baja, entonces esa población tiene ciertas particularidades que la transforman en una organización específica, sus requerimientos son específicos. Por ende, lo que pide o necesita el financiador es algo raro (una red de atención primaria de gente riesgosa y de ingresos bajos), entonces necesita encontrar un mecanismo de contratación que sea el adecuado para su organización; el cual no existe en el mercado.

Por otro lado tenemos dos marcos teóricos, uno es el de los costos de transacción y otro es el de la integración vertical. Entonces la integración vertical no solo está asociada con la teoría neoinstitucionalista del costo de transacción, sino que está vinculada con motivos de integración vertical. De acuerdo a los postulados de los cursos de organización, una empresa se integra verticalmente porque quiere asegurarse calidad, necesita reducir los costos y por una cuestión estratégica.

En base a este marco teórico, UOCRA puede decir no puedo contratar en el mercado en base a los valores que debo pagar y como no los tengo, debo integrarme para reducir mis costos; por ende arma una red de primer nivel propia y luego maneja la derivación en el



hospital público, no sé ahora como estará, pero en una época en Mendoza UOCRA tenía como fuente de derivación al hospital público, no contrataba con el sector privado, ahora el Franchín es el centro de derivación.

Además de los costos de transacción, ¿qué otros elementos podrían estar jugando para integrarse verticalmente o salir a contratar?.

Bueno, uno puede intentar reducir costos, en el caso de UOCRA uno debería sentarse a conversar con ellos. Pero, para uno que lo ve de afuera, si UOCRA hace esto para bajar costos parece muy razonable. Este es un motivo de integración vertical que va más allá de los costos de transacción, para esto habría que mirar el capítulo de integración vertical de Tirol.

Otro motivo es calidad, es decir con el dinero que yo dispongo para pagar me aseguro determinado nivel de calidad. En otros casos es asegurar cobertura, que es un proxy de calidad. Swiss Medical empieza a construir hospitales en la ciudad de Buenos Aires o sale a comprar en el interior porque no tiene camas, entonces para Swiss no tener cama es un problema de calidad importante para su población; además cada vez que quiere salir a contratar en esa coyuntura debe pagar valores muy altos.

Por otro lado las clínicas de Swiss Medical, además del motivo por usted mencionado, han sido clínicas que han innovado en lo que hace a su nivel de hotelería, es decir efectores con esa calidad no existían y por lo tanto debieron hacerlo ellos mismos (integración vertical).

La Suizo está compitiendo en un tramo de ingresos altos, obviamente esa población es más exigente en términos de calidad observada como hotelería, servicios vip (televisor, comodidades, sillones, etc.). De manera que el socio al pagar un plus quiere ser tratado muy bien. Sin embargo, por otro lado una empresa como Swiss va a La Pampa y ve que es muy complicado obtener camas y las clínicas que tiene para contratar no le cierran en términos de esa calidad, entonces ¿qué hace?, particularmente al ver que se expande su demanda, sale a asegurárselas. Entonces por un lado estás asegurando cobertura y por el otro lado calidad. Cual es el tema ahí, el riesgo de integración vertical es tener capacidad ociosa. Específicamente no sé que hace Swiss, pero creo que probablemente si tengo una clínica con este nivel de calidad el resto de las prepagas me van a venir a contratar o sea que en realidad la capacidad ociosa al tener varios contratos se puede llegar a evitar.

Esto último, es decir que la Suizo tenga contrato con varias prepagas es diferente de UOCRA donde el Sanatorio Franchín es exclusivo, ¿no?.

Si en una determinada ciudad o zona hay una demanda excedente de camas, construir una clínica ABC1 va a tener a las otras prepagas que también están buscando asegurarse camas.

Particularmente OSDE que contrata absolutamente todo al mercado privado y no tiene prestador propio.

Bueno ese es un tema interesante y es que porque OSDE no integra y Swiss sí. Eso ya tiene que ver con factores extras como una estrategia o una política de la organización donde hay claramente una empresa de medicina prepaga que decide integrarse y otra que decide comprar todo al mercado. Lo que hay que ver como OSDE negocia los contratos con sus prestadores y ahí está la brecha entre integración vertical en control y en propiedad. Bueno OSDE no compra la clínica, pero tal vez hace un contrato donde controla la producción de esa clínica, controla en el sentido que compra el 80% (por ejemplo) de la capacidad, entonces si bien no está comprando la propiedad, se está asegurando las camas.



Para los financiadores que se integran verticalmente caso UOCRA u otros que tienen una clínica exclusiva para ellos; el costo fijo, ¿es un elemento relevante particularmente en momentos en los cuales cae la demanda por disminución de su padrón de afiliados?

Bueno el riesgo de la integración vertical justamente es ese, al caer la demanda te queda un capital inmovilizado. Otra vez, vuelvo a la teoría de la integración vertical en situaciones de fluctuaciones de demanda o alta volatilidad de la actividad macroeconómica; en esas situaciones las empresas salen a vender los activos, o sea se produce un proceso de desintegración vertical. Este tipo de comportamientos son bastante comunes en el sistema de seguridad social, particularmente en los momentos de alta volatilidad porque tener un activo inmovilizado no es la estrategia más conveniente, entonces una buena alternativa es desprenderse del mismo y contratar por prestación. De manera más expresiva, hubo una época en la cual tener toda la plata enterrada en un hospital no era lo mejor, por ende había que sacárselo de encima y poner la plata en la bicicleta financiera, con los intereses se contrataba, particularmente por acto médico donde una prestación se paga como mínimo a los 60 días de producirse.

¿Se puede hablar que haya grupos homogéneos de financiadores que tengan estrategias similares de contratación? Por ejemplo las prepagas de altos ingresos y cantidad de socios como Swiss, Galeno, Medicus, etc., o los caso de UOCRA, OSECAC, UOM que tienen procesos de integración muy importantes, u obras sociales más pequeñas con modelos por acto médico. ¿Se puede pensar que existen organizaciones que tienen modelos de contratación similares? ¿Es posible agrupar los financiadores en diversas tipologías según el mecanismo de contratación?

Si, tipologías debería haber, habría que pensarlo un poco. Seguro que se podría agrupar en distintos grupos según el mecanismo de contratación, habría que sentarse a analizar bien el tema. La verdad es que yo no conozco como agruparlos a los 300 financiadores.

Evidentemente hay un elemento que tiene que ver con el tamaño, que restringe o que facilita; probablemente los ingresos sean el otro vector principal.

En obras sociales pequeñas y de ingresos bajos, que tienen muy comprometidas su viabilidad, seguro que debe existir un par de mecanismos para ellas. Las características de estas organizaciones, que están asociadas a las dificultades en la capacidad de negociación y que además tienen bajos recursos; tienen como alternativa la de contratar a un intermediario para que pueda negociar en bloque camas, médicos, días, etc. o utilizar el hospital público.

Las medianas probablemente lo que hagan es capitalizar prestadores. Las grandes probablemente tengan intereses en integrarse verticalmente porque tienen una masa crítica de afiliados, es una cuestión de escala. Las grandes que tienen ingresos medios altos probablemente tengan un mecanismo de pago que sea un poco más sofisticado que las grandes de ingresos medios o medios bajos porque tienen que lucir que ellas se diferencian del resto del mercado. Acá ya hay cuatro grupos, quienes están adentro de cada grupo y si hay más grupos o no, realmente no lo sé.

Hay un paper que yo escribí hace unos años y que salió publicada en la revista Desarrollo Económico N° 171 sobre el sistema de salud de Mendoza donde aparece todo este asunto, la discusión incluso en términos de integración vertical. También hay un paper sobre mecanismo de contratación y relación con el mercado de PHR.



Los gerenciadore, ¿qué rol cumplen, ¿cómo usted lo ve? ¿Generan mayores costos de transacción? ¿Qué me puede decir al respecto?

Y si, obvio. Hay un actor más en la cadena y por ende genera un mayor costo de transacción. La pregunta es si esos costos de transacción adicionales son más o menos compensados por los beneficios que podrían lograrse al estar vinculados con una administradora. Por ejemplo, si un gerenciador aglutina a 50 obras sociales chicas, estas últimas para comprar días camas deben pagar valores muy altos por el bajo poder de negociación que tienen (al menos valores más altos que su capacidad de compra) entonces si contratan a un gerenciador y esta organización sale a comprar para todas ellas probablemente obtengan mejores valores o precios más baratos. Esta ganancia es la que debe compararse con el mayor costo de transacción que deben abonar.

En general la teoría indica eso, ¿en la realidad se observa este tipo de comportamientos?

La verdad es que nunca analicé este tramo de la oferta, pero supongo que hay de todo.

Para terminar, nos podría indicar como usted observa el comportamiento actual y futuro del mercado de la salud, que cambios le introduciría, regulación de prepagas, modificar el régimen de opción, alguna cuestión que tenga que ver con el mercado de medicamentos, etc

El gran problema del sistema de salud argentino es la atomización del aseguramiento. Si existen 250 fondos, por más que sean los más eficientes del mundo, que no es el caso, la capacidad que tiene una obra social pequeña de absorber el riesgo de un grupo de pacientes reducidos, en términos de capacidad de compra de los servicios que están adentro de un paquete de prestaciones (PMO), más los costos administrativos, seguramente está más allá de su capacidad de operatoria. El seguro parte de la base que las personas son adversas al riesgo, de manera que están dispuestas a comprar seguros, en este caso compulsivamente y generan transferencias de gente relativamente sana hacia gente relativamente enferma, más allá si el seguro es social o no. Si se está dentro de una obra social con pocos afiliados, un caso de alta complejidad puede comprometer la viabilidad financiera y hasta provocar la quiebra. Yo hice un estudio hace unos años de obras sociales donde armaba una tipología de niveles de ingresos y tamaño, en ese análisis se observaba que había como 15 que tenían como 7500 afiliados entre todas ellas; estas obras sociales son inviables no solo desde lo teórico sino que cualquier contador de almacén que mire los números concluye que es imposible transferir el riesgo en una población tan escasa. El primer problema es ese, debería haber una convergencia de obras sociales, una combinación de obras sociales, llamémoslo de alguna forma, pero algo tiene que haber. Esto encarece el sistema y mucho.

A mi el tema de los traspasos de obras sociales me parece interesante desde lo teórico, en la práctica puede ser muy complicado, puede terminar generando selección de riesgos y perjudicando a obras sociales que funcionan bien. Debería ser ordenado para impedir que toda la gente de una obra social que brinda servicios a afiliados con alto consumo se vayan a otra obra social que, aún siendo muy buena, puede quebrar por recibir afiliados altamente gastadores, al tiempo que también se funde la que ya no tiene afiliados. Hay que cuidar el sistema, hacer una convergencia.

Regulación de prepagas, obvio. El sistema de salud opera en un mercado de competencia imperfecta y por lo tanto la regulación es fundamental, incluso hasta deseable. El sistema de salud tiene todas las fallas que existen en un mercado y por lo tanto no es una discusión si intervenir o no, eso ya se sabe, hay que intervenir, si no se hace se tiene un problema.



Una de las dos o tres cosas más sólidas que dice la teoría económica y sobre la cual los académicos parecen tener consenso es en la intervención y regulación cuando existen fallas de mercado. Es obvio que las prepagas tengan un mecanismo de regulación como la gente, ahora ¿es prioritario?; es decir que al ser menos del 10% de la población que además está concentradas en Capital y Conurbano y son de ingresos medios altos..., me parece que no. Nadie duda que hay que regularlos, pero ahora si tengo un peso para invertir en regulación, ese es el último lugar donde considero que debe regularse; pero no porque quiera dejar libre a las prepagas, sino porque quiero priorizar el peso destinado a la regulación en sectores muchos más relevantes socialmente.

Respecto al sistema en general tenemos un país descentralizado y hay que ser más cuidadosos para cubrir las brechas entre ricos y pobres, es decir que Chaco, Corrientes vivan con los suyos es complicado, entonces lo que hay que encontrar es un mecanismo que sea justo para que el que sea un pobre en Chaco tenga el mismo nivel de salud que en otras regiones. Si bien esto es algo que los programas nacionales logran abordar, todavía falta bastante; sólo con mirar las diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre regiones nos puede dar una idea de la situación.

Muchísimas gracias.

Entrevista al Dr. Julio Siede

Director de FAMEDIC, gerenciadora del área ambulatoria de Construir Salud

13/07/08

FAMEDIC es una organización que se dedica al gerenciamiento y gestión del área ambulatoria de la Obra Social Construir Salud (UOCRA, Unión Obrera de la Construcción). Esta obra social ha sido innovadora en la implementación exitosa del sistema de médicos de familia con centros propios de atención (integrando financiamiento y provisión).

¿Podría describir brevemente como es el sistema de contratación y pago de Construir Salud?

Nosotros desde FAMEDIC podemos referirnos específicamente sobre la parte ambulatoria que es la que manejamos. La forma de contratación y pago de Construir Salud ha sido innovadora. Los médicos de la red tienen un contrato de locación de servicios y tienen una forma de pago que está relacionada con la cantidad de horas que trabajan en los servicios propios y la productividad de las consultas que producen. Entonces hay una fórmula que establece que cada hora se cobra x \$ y que cada consulta se cobra x_1 \$. En algunas épocas cobra más importancia las consultas, en otras las horas; pero digamos que en general equilibran estos dos elementos. Esta fórmula es aplicable para la mayor parte de las consultas, esto es las consultas programadas o la consulta habitual.

Además estos equipos tienen servicios de demanda espontánea que es un panel de médicos que hacen una especie de guardia sin ser estrictamente esto, atienden esa demanda que se sale de la posibilidad de esperar dos o tres días un turno programado; estos médicos de familia cobran por hora.

Los especialistas básicos, algunos de los cuales trabajan en los centros de atención primaria como oftalmólogos, dermatólogos, otorrinolaringólogos, etc cobran directamente por consulta, por acto médico.

Dentro de nuestro efector propio tenemos estas tres modalidades.



La idea es buscar pasar a alguna forma de contratación como la cápita, pero es sumamente difícil en esta obra social en particular porque tiene un padrón sumamente inestable; el padrón de la construcción tiene un porcentaje altísimo, más del 50% que entra por un período de seis meses a un contrato de obra y después sale del contrato de obra, conserva la obra social por tres meses; a veces discontinúa la obra social y vuelve a entrar a otro contrato; es decir todo el tiempo está entrando y saliendo gente de la obra social lo que hace que el padrón sea muy inestable, muy difícil de manejar como instrumento de contrato. Los intentos que se hicieron no han sido exitosos y nunca logramos, pero es probable que en la medida que avance la tecnología (Hoy la AFIP está mucho más consolida la información que hace diez años), se pueda; pero tengo la impresión que el padrón de pacientes para el cuidado de un médico no va a ser nunca el mismo mes a mes porque la variabilidad que hay es muy alta.

Por otro lado la actividad de la construcción, por lo menos la actividad menos especializada, es una actividad laboral en la cual la gente naturalmente no sueña con quedarse y jubilarse haciendo eso durante mucho tiempo, sino que mucha gente entra temporariamente, después vive de otra cosa y posteriormente vuelve a trabajar en la construcción. Por ende es una actividad particular en términos de población a cuidar y de padrón. Nosotros la tipología que usamos habitualmente es tratarla como si fuera una población para siempre; en términos técnicos; cuidamos a la población como si fuera para toda la vida, pero sabemos que está entrando y saliendo gente todo el tiempo.

Eso no genera demasiado gastos administrativos en términos del manejo del padrón, es decir dar de alta, de baja, etc.

Si, seguro. Pero no podría decir si es más o si es menos. En general todos los servicios de salud, es decir la boca de entrada de la demanda de salud, dan de alta. En otras palabras se realizan trámites administrativos en forma descentralizada en los casi 50 centros que tiene Construir Salud en todo el país. Esto evita que la gente tenga que ir a otro lugar a hacer el trámite. De hecho mucha gente que llega a atenderse no está en condiciones de atenderse porque no está dada de alta en la obra social, entonces hace el trámite directamente en la boca de atención, se envía a Buenos Aires, se espera unos minutos (la respuesta es casi on line) y se atiende esa persona. De lo contrario sería un trámite engorrosísimo y la gente no se podría atender.

En otra actividad se podría pensar en que la persona pueda esperar para recibir los servicios, pero en salud ese tiempo es oro, no se puede esperar los tiempos administrativos

Esta metodología se ha implementado porque el padrón de Construir es muy inestable, pero si fuera un padrón mucho más estable como por ejemplo docentes, uno podría organizar los trámites administrativos en un lugar y la atención prestacional en otro. Pero acá son todos los días cantidades importantes de personas que están acercándose por primera vez.

Volviendo al mecanismo de contratación y pago, el modelo elegido por ustedes responde, de alguna manera a las especificidades que tiene la construcción como actividad económica, es decir a las características que tiene la población beneficiaria a la cual le prestan servicios, ¿no?

Si, tal cual, sobre todo la imposibilidad de haber podido pasar a modelos capitados.

Por otro lado me parece que teniendo en cuenta lo que Carlos Vassallo comentaba en la entrevista oportunamente realizada para esta tesis y también lo conversaba



con Daniel Maceira sobre la idea innovadora de implementar el sistema de médicos de cabecera, como estos médicos no existían en el mercado lo tuvieron que crear ustedes.

Si, nosotros en lugar de utilizar el término médico de cabecera que es un concepto muy PAMI utilizamos la expresión medicina general familiar inscripta en el Ministerio de la salud tanto de la Nación como de la Provincia; por ello cuando hablamos de médico de familia, hablamos de un profesional con tres años de residencia de posgrado en medicina general o familiar. La idea del médico de cabecera en algunos lados se implementó tomando lo que había, es decir cualquier especialidad, para convertirlo en médico de cabecera, lo cual no es el caso de Construir Salud. Esto es un punto.

El otro punto es lo que nosotros proponemos en el sistema es que el paciente tenga su médico, de hecho en el sistema de información de la obra social existe la asignación del médico de familia, que no es una cosa rígida que puede consultar a otros, pero se hace una propuesta muy firme para que el afiliado consulte primero a su médico de familia. Tenemos una historia clínica familiar, una carpeta familiar donde está la historia clínica de cada uno de los integrantes de la familia, cada uno tiene sus propios registros, pero la carpeta es familiar y tenemos una historia clínica en papel parecida a la historia clínica de la internación, nos son tarjetitas y nada por el estilo. Ahora estamos embarcados con el proyecto de informatizar la historia clínica, es bastante complejo porque es un instrumento complejo.

Además tenemos un programa de residencia para formar los médicos de familia que necesitamos.

Para el resto de las prestaciones, especialidades, establecimientos, etc, ¿cómo se manejan? ¿Qué tipo de modelos de contratación tienen?

Esto se lo cuento más como dato que conozco porque yo no estoy en el tema de la contratación. En general lo que se hace es contratar los servicios por dos modalidades, por prestación o por contrato de montos fijos, estos últimos son parecidos a una cápita, pero sin establecer un valor por beneficiario. Se combinan estas dos modalidades de acuerdo a necesidades.

Cuando se contrata a un prestador queda bajo la supervisión del primer nivel de atención, esto también es innovador, el que controla la calidad de prestación del segundo nivel es el primer nivel, es decir la atención primaria. El coordinador médico del centro de atención primaria es, por decirlo de alguna manera, el jefe de auditores del segundo nivel. Esto ha sido interesante porque permite un claro seguimiento, incluso en algunos lados ha permitido que trabajen muy juntos, al punto tal que en algunos lugares realizamos acciones conjuntas, sobre todo en el interior.

En el área metropolitana es distinto porque hay un sanatorio propio que es muy importante, el Sanatorio Franchín, que está en Once, y que actúa como cabecera de red. Entonces en realidad aquí en el área Metropolitana el Sanatorio Franchín es el que indica a donde va un paciente a internarse y actúa como nexo con la red de prestadores. Ahora en el interior hay muchas más vinculación entre el primero y el segundo nivel y el primero manda o controla sobre el segundo.

Acá en Capital y Conurbano, ¿está todo concentrado en el Franchín o contratan a otros prestadores?



En Capital el único prestador es el Franchín, pero después hay prestadores para la muy alta complejidad específica como por ejemplo Favalaro para cirugías cardiovasculares. En el Conurbano hay algunos prestadores contratados pero el comando del segundo nivel lo hace el Franchín, la mesa de coordinación es decir el que dice este paciente va para allá y este para acá, no lo hace cada centro porque sino sería sumamente caótico.

La organización, ¿está dividida como si fueran unidades de negocio? Por un lado la parte dedicada al financiamiento y por otro lado la de provisión o está absolutamente integrado, particularmente teniendo en cuenta que los centros de atención realizan tareas administrativas propias del financiador y no del prestador como dar de alta afiliados.

El primer nivel de atención es propio, esta es la estrategia. Por eso en el primer nivel de atención se pueden hacer trámites administrativos que son propios del financiador.

Pero ahí, ¿no están divididos en unidades de negocio?

No. Todos los otros niveles son sólo prestadores. Uno no puede ir a una clínica contratada por la obra social, ni siquiera el sanatorio propio de la obra social a afiliarse por ejemplo, pero eso sí lo puede hacer en el centro atención primaria. Entonces la estrategia es primer nivel de atención propio y el resto de la red contratada y supervisada por el primer nivel.

Excepto Capital que está el Franchín...

El Franchín ocupa un lugar, digamos de coordinador de la red del segundo nivel, pero no tiene las características de los centros ambulatorios en el sentido de los servicios administrativos propios del financiador, que si prestan los centros ambulatorios propios, tampoco es el lugar de entrada de la consulta.

Los costos de usar el mercado, esto es contratar, monitorear al prestador, controlar la facturación y la sobreprestación o lo que sea, es un elemento fundamental en UOCRA.

Sí, es un elemento fundamental porque lo que UOCRA se ha diferenciado en este sentido es que esta función no está dada por un cuerpo de auditores centralizado sino por mucho trabajo en terreno, con auditores que están integrados o son parte del equipo de atención primaria. En Tucumán, por ejemplo, el auditor que va a todos los días a la clínica y saluda a los internados y les pregunta como están siendo atendidos es un médico de familia del primer nivel, si bien no es su médico, es uno del centro de atención primaria que además de trabajar como médico de familia realiza auditorías en terreno y hace todos los días ese trabajo con las clínicas. Con lo cual no solo consiguen hacer el control técnico sobre las prestaciones de la clínica, sino que además es una cara que el beneficiario conoce porque habitualmente está en el centro de atención primaria. En algunas provincias se usa que el médico que interna al paciente en una clínica pasa a verlo, yo diría no es una auditoría clásica ex post de las auditorías retrospectivas. Además hay equipos de auditores de facturación y de auditoría administrativa central que hacen el trabajo clásico, pero ese elemento de la auditoría en terreno en el momento es muy importante.

¿Ustedes antes de implementar este mecanismo de contratación tenían algún otro sistema de pago?

Lo que la obra social tuvo hasta el año 92 era un sistema típico de terciarización de servicios con algunos pocos centros propios, que estaban muy venidos abajo; era una obra social con déficit enorme, déficit financiero brutal, que ascendía para el año 92 a algo así como en cincuenta millones de pesos/dólares. Con la reconversión llevada a cabo en ese



año se logró revertir significativamente la situación financiera al punto de equilibrar las cuentas hacia el año 96. Para esto se mejoraron los centros propios que se disponían y se crearon otros nuevos con las características que se ha comentado precedentemente, es decir basado en el médico de familia.

Estos cambios fueron una respuesta a lo financiero, ¿no?

En realidad el drama fue financiero y lo que hubo fue una propuesta de armar una experiencia piloto con un modelo de atención distinto, la experiencia fue muy exitosa, se hizo en toda la zona oeste del conurbano y creo que tuvo que ver lo político porque por aquellos años había cambiado la conducción política del sindicato y de la obra social y en realidad lo que hubo fue una respuesta de satisfacción muy grande de la gente respecto a lo anterior, a tal punto que la misma gente pedía que se implementaran centros de esos tipos en sus zonas de influencias. El éxito de la experiencia piloto transformó esta estrategia en una política de la obra social.

Pero en principio, ¿fue el déficit lo que originó el cambio? ¿Hubo una baja de costos prestacionales además de haber mejorado la calidad de atención?

Los costos seguro que bajaron, pero lo que más se debe haber modificado es la relación entre prestación y gasto. Seguro que bajaron los gastos porque se modificó la ecuación negativa al tiempo que la calidad mejoró enormemente. Lo que sí se volcó parte del dinero que se destinaba a prestaciones externas a prestaciones propias.

Por lo que usted menciona y teniendo en cuenta este antes y después que ha descripto, parecería que este es el mejor modelo que se adapta para Construir Salud.

Si, la experiencia es exitosa. Construir Salud por otro lado es una obra social de las que menos recaudan por mes, además al tener el problema de que muchos trabajadores luego de seis meses de aportar renuncian y a los cuales se les deben cubrir las prestaciones que exige el PMO por tres meses más, implica que el ingreso per cápita sea aún más bajo.

Por otro lado Construir Salud tiene la ventaja de la escala porque tiene muchos beneficiarios, muchos aportantes, pero la desventaja es que esa escala sufre mucho en situaciones de crisis porque lo primero que se para es la construcción cuando se producen situaciones de crisis macroeconómica. Entonces lo que se haga en el sentido de redes puede resultar ocioso en situaciones como se vivieron en la argentina, entonces siempre estamos atrás de buscar un armado inteligente de redes, de sistematizar.

El armado de los centros de atención propio no implica altos costos fijos, lo cual se transforma en un problema en los momentos en los cuales la actividad de la construcción cae. Esto es así, ¿no?

Efectivamente, el alto costo fijo es un problema como lo fue durante la crisis del 2001 y 2002. En aquellos años lo que hicimos fue contraer un poco la red, parte de la red la reformulamos en otros sistemas. El sistema creemos humildemente que es muy bueno, no sólo para Construir Salud sino que es un sistema muy bueno para la seguridad social de nuestro país. La estrategia del primer nivel propio con función de control sobre el resto de los niveles funciona. Es probable que todavía la mayor parte de la seguridad social esté eligiendo el otro modelo, es decir el de centralizar el financiamiento y contratar las prestaciones, pero nosotros creemos que es bueno, en general los buenos sistemas de aseguramiento con concepto de cuidado de la salud tienen algún elemento de esto como el



modelo inglés o el canadiense, tienen o formulan o tratan de ir hacia sistemas o modelos en los cuales *el primer nivel sea la inteligencia del financiador respecto de la red.*

Visto a la organización en el mercado, básicamente porque desde hace ya unos diez años se ha desregulado el sistema, el modelo de contratación lo puede considerar una ventaja competitiva o es el modelo que mejor se adapta a su organización, digo por las características propias que tiene la actividad de la construcción.

El modelo es el mejor posible para la organización en estos tiempos, sinceramente no creo que influya demasiado con competitividad en el mercado. Esta obra social de hecho de una sola vez y al principio tuvimos un descreme de gente que pertenecía a la obra social pero que en realidad aspiraba a pertenecer a una obra social de dirección. Si bien la pérdida de afiliados no fue muy grande, se ganó por pasaje de otras obras sociales más o menos la misma cantidad de gente que se perdió en el descreme. Por ende, el padrón en desregulación se mantuvo, de manera que no llegó a ser una situación compleja o de riesgo.

Lo que hubo después es el ingreso de los monotributistas, Construir Salud tiene unos cien mil monotributistas y ha sido una de las que más captó cuando la captación era voluntaria y sobre todo en el área metropolitana del conurbano, donde muchos pequeños comerciantes monotributistas han optado por la obra social. En esto tiene que ver el modelo prestacional en términos organizativos con una red de atención primaria propia y la contratación del resto.

El crecimiento que han tenido en el padrón de monotributistas, de hecho tener 100.000 beneficiarios de esta categoría de afiliados es sin dudas muy importante. ¿El modelo prestacional es el factor clave que le ha permitido crecer en este segmento del mercado con foco en el nicho representado por los monotributistas?

De hecho sigue creciendo. Lo que hemos visto es que muchos monotributistas que en algún momento estaban afiliados a planes relativamente baratos de prepagos de los hospitales de comunidad, en el momento de la crisis optaron por Construir Salud porque no podían seguir pagando esas cuotas. Esos afiliados, hoy superada la crisis, no volvieron a su anterior prepago sino que están permaneciendo en nuestra obra social. Evidentemente el sistema prestacional que le proponemos les cierra en términos de sus necesidades, particularmente en lo atinente al médico de familia.

Finalmente le quería preguntar sobre el sistema general de salud, ¿Cómo lo ve? ¿Qué opinión tiene sobre la situación actual, sobre el futuro, sobre los principales problemas a resolver?

El gran problema del sistema de salud argentino creo yo que es la fragmentación, yo entiendo que todo el sistema tendría que poder avanzar en el sentido que lo hizo la seguridad social, con canasta de prestaciones, es muy difícil que el sector público pueda retomar líneas de equidad, de políticas más o menos consistentes, creo que la clave está probablemente en no integrar el sistema porque es muy difícil, es un sueño que hemos tenido, pero si avanzar en la coordinación del sistema, compartir una canasta de prestaciones sería algo totalmente interesante.

Yo particularmente creo que, aunque es un poco polémico, se viene, en el mundo, el racionamiento, creo que la incorporación de tecnología nueva va a obligar a ser racionales, no sólo a racionalizar el uso de recursos sino a segmentar prácticas donde prevalezcan las mejores tecnologías costo efectiva, no sólo efectiva, sino que tal vez haya que optar por alguna menos efectiva y menos costosa que haya quedado adentro de la canasta; lo cual es



sin dudas para discutir, la gente seguramente va a estar en desacuerdo. Sin embargo, yo creo que se viene el racionamiento de producción de tecnologías.

Mantener la equidad en un escenario como ese es complicadísimo, ahí creo que hace falta que los sistema sean extremadamente inteligentes, justos, participativos, democráticos, con capacidad de comunicar a la gente que es lo que tenemos que hacer entre todos; a mi me parece que en la argentina la experiencia de la seguridad social desde el PMO hay que rescatar porque tiene elementos muy valiosos y muy interesantes.

El sector público se ha quedado atrás en esto, a mi entender, probablemente yo desconozco, pero me parece como que faltara coraje técnico-político porque es difícil plantear una canasta de prestaciones, pero lo cierto es que si yo voy con mi señora al Hospital Fernandez la anoto para cirugía plástica de mama o al Argerich para cirugía bariática y la pagamos entre todos.

Me parece que el gran desafío es coordinar los sectores.

De alguna manera la experiencia de ustedes en Construir Salud ha sido esa, es decir la de tener una instancia de coordinación, ¿no?

Exactamente, yo tengo la impresión como si hoy estuvieran dando políticas de coyuntura, algunas acertadas, interesantes, obviamente es una buena oportunidad para probar algunas cosas, como el plan Remediar, no descarto ninguna de estas cosas que son sumamente positivas; pero me parece que la solución de fondos son políticas que hoy están mucho más claras que hace un tiempo. En general la seguridad social, en las obras sociales hay una idea de desprestigio generalizado que está muy relacionado con los sindicatos, con la corrupción, pero en la realidad si uno busca en la seguridad social uno encuentra algunos experimentos, algunos núcleos muy incesantes. Digamos que en la seguridad social uno encuentra la posibilidad de decisión política, instrumentación técnica y medición, lo cual siempre es bueno porque permite ver resultados concretos.

¿Quisiera agregar algo más sobre estos temas?

Si, en mi opinión, el otro gran desafío en Argentina y también en Latinoamérica está en el tema de la equidad. Para mí el problema es encontrar un modelo que cubra las expectativas de todos. En otros países con menos brecha de desigualdad uno puede desarrollar un modelo y todos estarían contentos, acá no. Lo que hay que hacer acá es encontrar un modelo que cubra la mayor parte de la población y generar un mercado regulado con buenas reglas para el que quiera sumar confort u opciones que no sean fundamentales.

Muchísimas gracias.



Dr. Gabriel Lebersztein

Gerente de Control de Calidad Prestacional de OSECAC

13/07/08

Los costos transaccionales ¿son el factor clave que define la decisión de contratación?

Si la pregunta es si los costos transaccionales son los que definen fundamentalmente la decisión de contratación, esa no es mi experiencia y eso que he pasado por varios tipos de contrataciones a lo largo de mi carrera profesional.

A lo largo del tiempo hubo determinadas circunstancias que marcaron la ventaja del outsourcing como la modalidad de la terciarización del riesgo laboral. El riesgo laboral en cualquier empresa importante implica un costo muy alto, un pasivo contingente muy elevado.

El principio de la terciarización está basado en la definición de los factores críticos y de éxito de la gestión y a partir de ellos, junto con la visión de la organización, se eligen los servicios esenciales y de alto impacto en los que la institución se quiere diferenciar en los mercados. En otras palabras se seleccionan los servicios diferenciales a los cuales se les pueden dar un toque de calidad sin demasiados costos adicionales, es decir que se está en condiciones de prestar.

Por otro lado la solidaridad en los juicios laborales marcó que el outsourcing haya perdido ventajas competitivas respecto de la integración, particularmente si lo que predomina es el tema de los costos.

La segunda circunstancia por la cual uno elige terciarizar en lugar de integrarse es cuando el financiador no tiene masa crítica suficiente para pagar los servicios propios. La falta de masa crítica hace que tengas que contratar a un tercero, que lo puede hacer mejor, que puede tener masa crítica o que puede tener capacidad instalada ociosa por la cual tus afiliados puedan aprovecharse del costo marginal amortizado por el servicio.

Perdón, muy interesante esto último que mencionó, ¿me podría dar un ejemplo por favor?

Digamos, un señor tiene un resonador o un tomógrafo que tiene vendidas el 70% de su capacidad con lo cual lo que está esperando es una ganancia marginal, yo puedo obtener una ventaja extra al aprovecharme de esa capacidad ociosa dado que tienen que llegar a un porcentaje de corte mínimo, que en general está alrededor del 80% de ocupación. Cuando sube el porcentaje de ocupación tiene una disminución en su costo marginal, al tiempo que uno no paga ni la curva de aprendizaje, ni el tiempo de instalación, ni el expertise, ni todo lo demás; por lo que lo se pueden obtener precios más bajos.

Por otro lado lo ocioso en verano está en falta en el invierno; por ende en algunas oportunidades es necesario ir variando el modelo de contratación en las diferentes estaciones del año.

Perfecto, volvamos a la razones por la cuales integrarse o terciarizar.

Cuando se tiene masa crítica a nivel país, puede ocurrir que en una determinada provincia se tenga muy pocos afiliados y, si además hay un sanatorio monopolístico, no cabe duda que conviene la terciarización por un condicionamiento del monopolio local. Si, por el contrario se tiene masa crítica a esta se la puede usar para tener peso en la negociación con el prestador.



Por lo tanto, hay factores que son exclusivamente comerciales, factores de precio y factores de conveniencia (aprovechamiento de la capacidad ociosa de terceros). Sin embargo el punto central es que las organizaciones deben focalizarse en el mercado que quieren diferenciarse. Por ende hay que elegir donde se van a concentrar los esfuerzos, eligiendo terciarizar lo menos esencial, o más complicado o más difícil de controlar o de mayor riesgo en el error; de manera que uno pueda concentrarse en lo que es esencial. A partir de estas premisas en OSECAC diseñamos nuestra política de integración y nuestra política de terciarización.

¿Cómo es la política de integración / terciarización por niveles de atención en OSECAC? ¿Tienen integrado el primer nivel y luego para el segundo nivel contratan por acto médico? ¿Cómo es en el caso de OSECAC en Capital Federal y el Conurbano?

Una cosa es lo que uno desea hacer y otra cosa es lo que se puede. Nosotros tenemos una realidad caracterizada por dos cuestiones básicas. En primer lugar tenemos un ingreso per cápita bajo y en segundo término estamos siendo amenazados por la quita de afiliados, particularmente los jóvenes que se pueden traspasar a otra obra social. Por ello decidimos aplicar una política de calidad en el primer nivel y concentrarnos en ese nivel de atención. En este marco desarrollamos toda una política para mejorar los edificios, los procesos, es decir, procesos, estructuras y resultados y controlamos los tres. Dentro de nuestro prestador hacemos monitoreos, desarrollamos guías de prácticas propias, las contextualizamos a la realidad argentina, tenemos ateneo con los médicos que participan, hacemos indicadores, realizamos monitoreos de calidad sobre el cumplimiento de los indicadores y nos diferenciamos por calidad en el primer nivel de atención.

Si bien intentamos brindar un buen servicio, nuestro único defecto puede ser demoras en los turnos cuando nuestra capacidad estructural no se adapta a determinada época. Para eso vamos agregando servicios, monitoreando los servicios esenciales que queremos dar en forma directa como forma de garantizarle al afiliado una buena calidad.

Después viene el segundo nivel de atención, el cual es importante integrarlo

¿Por que?

Porque nuestra visión del mercado de la salud es que dentro cinco o más van a faltar camas. La falta de cama lo que hace es desplazar la contratación de los que tienen ingresos más altos a sanatorios de menor calidad. Esto es así porque el tiempo de construcción de un sanatorio lleva tres años, mientras tanto van ocupando sanatorios de peor calidad para ellos, lo que para nosotros son de mejor calidad dentro de nuestro rango; en consecuencia la única forma de sostener los servicios estables diferenciándonos de los que están debajo y acercarnos a los que están adelante es tener nuestro propio sanatorio. Para eso lo que hicimos fue desarrollar equipos médicos propios que van a sanatorios contratados y hoy por hoy la mayoría de las camas de Capital son médicos propios, con servicios propios con médicos dependientes, con servicios integrados absolutamente.

En cada uno de los sanatorios lo que armamos son modelos en donde ponemos al equipo médico y sólo nos prestan el servicio el diagnóstico y nos brindan enfermería y hotelería. Ahora estamos construyendo un sanatorio para aumentar aún más esa calidad y tener un costo intermedio para ser competitivos con quienes competimos y queremos competir.

Respecto de la alta complejidad, ¿Cuál es la política de integración / terciarización que llevan a cabo?



El tema es que los servicios de alta complejidad propio tienen algunos riesgos, a ver, como se hace para contratar un módulo, se lo contrata a un tercero y de este modo se está transfiriendo parte del riesgo, cuando el financiador se integra asume directamente el riesgo.

Ahora vayamos al modelo de contratación, como es el sistema que aplican en OSECAC?

Hay variedad de formas, la contratación a los médicos y los incentivos a los médicos es una historia diferente de la de los prestadores empresarios

El mecanismo de contratación de los profesionales varía, no todos los médicos son lo mismo. La diferencia no depende sólo de la especialidad porque por ejemplo hay médicos clínicos que tienen un perfil de trabajo diferente que otros médicos clínicos; cada uno de ellos también tienen contratos diferentes porque cuanto más oligopólico es el mercado, la imposición del mecanismo de contratación la impone el tercero. A los anestesiólogos, por ejemplo, es muy difícil imponerle condiciones, pero a los oftalmólogos es posible. En general puede decirse que depende de cada especialidad, de cada médico y de la particularidad de la patología; en base a estos conceptos realizamos diferentes convenios.

Lo que sí hacemos es concentración, es la única forma que tenemos para que un médico que está en una cartilla de una empresa de medicina prepaga pueda ser también contratado por nosotros, es decir es la posibilidad que tiene OSECAC de tener a un médico que trabaja para la medicina prepaga. La concentración de trabajo es el medio utilizado para garantizarle un ingreso medianamente alto al médico dado que no podemos pagar los honorarios de la medicina prepaga, entonces le pagamos un honorario menor aunque le aseguramos una cantidad más importante de pacientes. Con eso pudimos mejorar nuestra cartilla con médicos que están con quien nosotros queremos competir

También utilizamos mecanismos de regulación con cada uno de las patologías, lo cual depende de cual es el grado de demanda inducida que tiene esa patología. En base a este último concepto podemos mencionar por ejemplo a la cirugía de hernia, la cual tiene una reducción paulatina del honorario de acuerdo al volumen o la cantidad de cirugías realizadas. La astroscofia, que es algo que tiene mucha demanda inducida, tiene una modalidad particular de contratación.

Cada modalidad tiene un aspecto. Con los obstetras que hacen partos personalizados en Capital, les pagamos más por cada parto en la medida que mayor cantidad de partos hayan sido personalizados; es decir en lugar de parto-cesárea, si el médico tiene veinte partos por mes y a los veinte partos fue él a hacerlos en forma personal cobra más por cada parto, no sólo más por ese parto sino por todos, esto lo hemos hecho para que en el parto dieciocho si no se quiere levantar porque está cansado, que ese parto le valga siete u ocho veces más de lo que vale cada parto. Cuando se personaliza se debe evitar que el obstetra haga cinco y el resto se quede dormido. Para ello lo incentivamos pagándolo un extra por la mayor proporción de partos personalizados.

Eso lo pueden hacer básicamente por la gran cantidad de afiliados que tienen.

Hay dos verdades para decir, primero que en los últimos veinte años hubo obras sociales con más de cien mil afiliados en la República Argentina que no hicieron nunca esto, ni políticas de calidad, ni desarrollo de centro de atención primaria. Nosotros lo desarrollamos primero que nadie, incluso con formación médica incorporada, con ateneos pagos a los médicos y con monitoreo de calidad. No hay nadie que haga monitoreo de calidad ni



historia clínica y cumplimiento de guía de práctica clínica; algo hace la UOCRA, pero ninguna prepaga se preocupó por hacer un monitoreo de calidad.

Una cosa es cuando una prepaga le manda a un médico lo que tiene que hacer y otra cosa es que controle el grado de efectividad. Nosotros vimos que el 82% de los médicos de Capital Federal no hacían prevención para cáncer de colon, entonces desarrollamos una política específica para eso y pudimos bajarlo a 32%. Para esto hicimos una encuesta, un focus group y descubrimos que para bajar ese porcentaje teníamos que hacer que los pacientes se puedan hacer una serie de estudios sin prescripción médica. Con esa medida aumentamos casi 70% la cantidad de pacientes que hacen prevención para el cáncer de colon.

Prevención no hace casi nadie en nuestro país.

Prevención es una cosa; políticas de calidad, monitoreos y proyectos de mejora continua de calidad es otra cosa. Toda la tarea está basada en calidad, en el manejo de la calidad y de ahí salieron desarrollos y funcionamiento de los centros de atención primaria. Los centros de atención primaria tienen un ateneo coordinado por el jefe del servicio y lo que hacen es buscar oportunidades de mejora, coordinar el comité de calidad, digamos todo lo que está escrito sobre calidad, de hecho mi formación es un master en gestión de calidad en servicios de salud. Eso es lo que hacemos y en eso si nos diferenciamos.

Las obras sociales con muchos afiliados para hacer cosas hace veinte años que hay y nunca lo hicieron, por lo tanto esa no es una variante para decir que esto no se puede implementar.

En realidad lo comparaba con las obras sociales de un tamaño realmente reducido, es decir que son muy pequeñas.

Las obras sociales que son muy chicas en general tienen un ingreso per cápita mucho más alto que las grandes. En mi opinión hacer políticas de calidad exige mucho más trabajo, mucha más preparación y también mucho costo transaccional interno y desde luego un cambio cultural en la organización muy importante. La que tiene mil también puede hacer, pero tiene que elegir la modalidad de cartilla de libre elección y no la concentración, porque lo que te permite hacer lo que yo te le estoy comentado que hicimos en OSECAC es justamente la concentración para tener mejor pagos los honorarios.

Ustedes al decidirse por un sistema altamente integrado suponen que podrán absorber siempre los costos fijos sin problemas (este es uno de los problemas que tiene la integración vertical), básicamente cuando la demanda caiga de manera importante. Recordemos que la economía en general y el sector comercial en particular (del cual depende su obra social) están pasando por un momento de alto nivel de actividad, de manera que las camas de hoy pueden resultar ociosas mañana cuando el ciclo se retraiga. ¿Cómo lo piensan manejar en OSECAC?

Eso depende del diseño del modelo de negocios que se haga para el área donde se está integrando el segundo nivel. Nosotros no integramos el 100%, sino el 40% de las camas, de manera que siempre tendremos un muy buen nivel de ocupación.

Por otro lado, nosotros hemos diseñado un segundo nivel donde tenemos capacidad para variar la estructura de acuerdo a las etapas estacionales, de manera que uno de los pisos una parte del año es pediatría y la otra parte se dedica a adultos, particularmente para cirugías programadas. Como es un piso compartido, debemos pagar enfermería doble durante el año porque debemos tener enfermeras para pediatría y enfermeras para adultos. Además es



necesario tener en un depósito las camas que en una parte del año no se usan. Si bien lo que hacemos nosotros es pagar un costo extra de enfermería y de camas físicas, este aprovechamiento de la contratemporada nos permite hacer un uso más eficiente de los recursos reduciendo significativamente los costos fijos.

Nosotros vamos hacia modelos de crecimiento de complejidad. La forma de suplir la caída de demanda es incrementar el valor por unidad sanitaria hospitalizada.

El primer problema que se tiene con los costos fijos es diferente porque cuando terciariza se hace un único pago a un determinado prestador, de manera que existen un conjunto de variables que se pueden manejar de otro modo, como por ejemplo un atraso en los pagos, una modificación en los pagos, un retraso en el aumento del arancel u honorario. De este modo se hace un manejo del gasto prestacional diferente cuando se tiene un servicio propio. En este último caso, se tienen costos fijos que no se pueden postergar, modificar o permitir que un tercero los absorba; lo que se paga a 45 días en un modelo de terciarización, en el modelo de integración esto no es posible. Ese es el primer problema de la integración.

El segundo problema es que la inversión que se debe realizar es concebida por los prestadores como un retraso en sus aranceles para ser utilizados en la inversión propia.

El tercer problema de la integración es el recurso humano, conseguir un recurso humano que tenga un incentivo en la productividad y la calidad de servicio que se va a brindar es complejo, particularmente en organizaciones sin fines de lucro. Por el momento la integración del primer nivel nos ha ido muy bien.

Hay muchos autores, muchos de ellos incluso entrevistados para esta tesis, que mencionan que para asegurarse calidad que cada organización considera adecuada a los valores que uno puede pagar, el mejor modelo es la integración y no salir a contratarlo porque depende de las acciones de tercero.

Depende cual es el servicio, si se quiere integrar internación domiciliaria no es conveniente porque se tiene un valor mínimo de utilidad y un alto pasivo contingente.

Por otro lado, el concepto de calidad es diferente de una obra social al de una prepaga donde en esta última lo que quiere vender es la imagen de hotelería cinco estrellas, aunque lo que buscan es restringir el gasto en el paciente.

Integrar el primer nivel es muy útil porque permite cumplir con guías de práctica clínicas, que no lo permite el sistema de terciarización y tener objetivos sanitarios concretos, digamos resultados. Esto es así porque se brinda calidad médica y no atención médica. Eso es lo que hace interesante integrar el primer nivel pero para hacer es necesario tener una política de desarrollo muy pesada con mucha inversión en prevención.

Debe ser menos costoso hacerlo uno que asegurarse esa calidad contratándolo en el mercado, ¿no?

Es más costoso hacerlo uno, sin lugar a dudas. Entre otros motivos es mucho más fácil “condicionar a un médico contratado para que no pida determinada práctica o estudio a un médico propio exigirle que haga lo que corresponda”. Por otro lado, si la obra social posee médicos propios y estos solicitan determinadas prácticas, la obra social no se las puede rechazar porque quien lo pide es un médico propio. Cuando las prestaciones están terciarizadas uno puede, a través del control de auditoría, rechazar ese pedido o solicitar una ampliación de la historia clínica para evaluar con mayores elementos la decisión de aceptar o no.



Además de calidad y el manejo de los costos, ¿qué otras razones tienen para integrar o terciarizar?

También es muy importante la cuestión estratégica. Una prepaga que le compra cirugía cardiovascular a otra prepaga, le está comprando los servicios a una empresa que es su competencia o sea que lo que le está transfiriendo es rentabilidad, por más que le cueste lo mismo o más caro le conviene que el otro no lo desarrolle justamente por una cuestión estratégica. Una prepaga no sólo compra sanatorios porque necesita camas, sino como he mencionado anteriormente, para que la competencia no lo desarrolle. A un sanatorio que uno contrata por acto médico se le puede debitar, a un sanatorio propio no.

Sintéticamente le puedo decir que la integración tiene por objetivos:

- 1) Integrar la rentabilidad de las áreas para disminuir los costos.
- 2) Desarrollar modelos prestacionales propios.
- 3) Cuestiones estratégicas, es decir para que a ese mercado no lo ocupe la competencia o no tener que salir a comprarle a terceros.
- 4) Mejorar la calidad, a veces para cumplir este objetivo los costos son mayores, es decir es más caro, no siempre es más barato.
- 5) En la integración de la complejidad permite elaborar listas de espera propia y cuando es con terceros esto es imposible porque se someten a una autorización. Cuando un médico de nuestra red propia realiza tres o cuatro operaciones de cerebro o de columna; el resto de las cirugías, cuando las hay, pasan a formar parte de la lista de esperas; sin embargo cuando ese servicio está contratado con un tercero no es posible administrar esa espera, tal como es el caso de OSDE que tiene cientos cincuenta prestadores que lo atienden, de manera que el mismo paciente busca donde operarse; si no hay turnos en uno automáticamente busca otro lugar donde se puede hacer la cirugía.

Otro punto importante es que no es lo mismo un servicio que otro; por ende es bastante difícil hablar de modelos generales, dado que es necesario poner las cosas un poco más en concreto. Por ejemplo, TAC o RMN ¿conviene integrarlo?, sí, si se tiene masa crítica. Hay que tener cuenta dos puntos clave cuando uno decide integrar este tipo de servicios. Primero como las personas que trabajan en el servicio no son los dueños, es imposible alcanzar la máxima productividad, algo de productividad sí o sí se va a perder. En segundo término la masa crítica es importante porque te permite tener un especialista para informar cada uno de los tipos de tomografías y no una o dos personas que se ocupan de todo con lo cual pueden aumentar los niveles de errores. OSDE, que lo terciariza entre otros lugares en el Rossi, sabe que este es un centro especializado en este tipo de prácticas, que hace quinientas mil tomografías y que tiene un especialista que analiza las de hueso, otro que mira las de columna, de manera que no puede no informar correctamente.

Nosotros en OSECAC, como tenemos masa crítica para no perder productividad lo que hacemos es integrar con terciarización. En otras palabras realizamos una estrategia donde el profesional se beneficia y OSECAC también. Nosotros ponemos el capital y el profesional toda su experiencia y conocimiento; de esta manera generamos el incentivo para mejorar la productividad porque vinculamos el ingreso del profesional a los parámetros de calidad y productividad; en consecuencia al participar de la rentabilidad concreta asume que su futuro está asociado a la productividad y a la eficiencia del servicio.



Otro ejemplo, cámara gamma, que es un servicio que requiere trabajo externo, entonces es difícil integrarlo porque se necesita masa crítica para manejar la productividad y aprovechar los servicios ociosos.

Cada servicio tiene su particularidad, entonces es conveniente analizar situaciones concretas; hay que ver que es lo que se habla cuando se habla de integración, porque integrar el segundo nivel de internación está bastante definido, integrar el tercer nivel o la alta complejidad tiene sus características diferenciales y aparte tiene que ver con la visión estratégica de la organización, con los objetivos, con el plan de negocio, con la necesidad de diferenciarse o apuntar sólo a liderar en costos, etc..

Me pareció interesante la visión que tiene sobre el mercado de la salud de acá a cinco años mencionando que pueden llegar a faltar camas, probablemente algunas prepagas lo estén mirando y por ello inauguran sanatorios.

El objetivo de los prepagas es que necesitan para bajar sus costos internos venderle servicios de internación a la obra social de dirección líder, esto le permite sostener su propio servicio de internación. Como esta obra social regula el mercado al ser un marcador de precios, como no cobra copagos, como da todas las cobertura, hace que todos tengamos que dar muchas cosas. Además como no tiene sanatorios propios entonces se los contrata a las prepagas más importantes del mercado; entonces ellos mantienen calidad a través de dar servicios a la obra social de dirección líder y logran bajar los costos de la internación.

Muchas gracias.

CPN Alejandro Casuscelli

Gerente General de la Obra Social de Petroleros

22/08/08

¿Por qué OSPe opta por el sistema de contratación que actualmente posee? Esto es, ¿por qué ha decidido terciarizar sus prestaciones y no integrarlas? y ¿por qué terciariza parte por prestaciones y parte por cápita?

Hay que partir de los orígenes de OSPe porque comenzamos con una población muy pequeña, de 7.700 beneficiarios repartidos entre 20 y 30 empresas en todo el país.

A raíz del conocimiento que teníamos los que emprendimos este proyecto, particularmente mi fortaleza estaba puesta en el conocimiento de los prestadores del interior dado que he sido gerente de interior en la Obra Social de Bancarios, comenzamos el proceso de selección y contratación. En el interior, dada mi relación con los prestadores ha sido más fácil porque con un simple llamado telefónico y enviando datos arreglábamos los contratos por cápitas integrales que luego formalizábamos. En Capital Federal y el conurbano había básicamente afiliados de la empresa YPF que también decidimos capitar.

De acuerdo a la cobertura que decidimos brindar a nuestros afiliados teníamos un costo que cuando lo calculamos en términos per cápita, es decir el valor que le podíamos pagar al gerenciador, veíamos que el mismo alcanzaba valores cercanos a los que pagaban los prepagos y desde ya mejor que muchas obras sociales. Si bien éramos una obra social muy pequeña, teníamos un ingreso per cápita relativamente alto para el mercado de la seguridad social; de manera que el valor ofrecido a los prestadores o capitadores era bastante tentador para ellos a pesar de nuestro tamaño.

¿Por qué optaron contratar inicialmente por cápita?



Porque era imposible optar por otro sistema, en primer lugar no teníamos estructura, éramos tres o cuatro personas, al tener poco personal no podíamos desarrollar otro mecanismo de pago. Además éramos una obra social nueva con baja cantidad de beneficiarios distribuidos en varias localidades (en La Plata se encontraba la población más concentrada) lo que hacía prácticamente imposible contratar por prestación, particularmente en los tiempos que teníamos porque en menos de un mes debimos desarrollar todo el sistema de contratación. El primero de junio de 1996 comenzamos a prestar servicios, al comenzar en junio tuvimos la ventaja de percibir en ese período fiscal el medio aguinaldo con lo cual dispusimos de un 50% más de recursos para iniciar las actividades.

Si bien ha sido difícil que nos acepten un número tan pequeño de afiliados para capitalizar en forma integral (incluyendo todas las prestaciones), lo han hecho por un lado porque el valor ofrecido era superior a la media del mercado y por otro lado porque compartíamos el riesgo con el gerenciador, es decir existía una cláusula que señalaba si alguna prestación superaba el 40%/50% del valor de la cápita, OSPe colaboraba económicamente con ellos, de manera que el riesgo se compartía evitando que alguna prestación de alto costo produzca un perjuicio en las cuentas del prestador. Por ejemplo para una población de 100 beneficiarios y un valor de cápita de \$28, el ingreso del gerenciador ascendía a \$2800, si en ese mes el prestador tenía un parto cuyo costo rondaba los \$700 le insumía una parte importante de sus ingresos cercana al 25%, entonces estábamos comprometidos contractualmente a financiar parte de esa prestación, es decir OSPe compartía el riesgo con el prestador. Esto último ha sido muy importante para que nos acepten los convenios capitados en una población tan baja.

Además los prestadores me tenían confianza por años de trabajo mancomunado y además comprometíamos los pagos en tiempo y forma, sin atrasos ni demoras financieras, lo cual era un valor agregado para los prestadores, política que hasta hoy la continuamos implementando.

En pocas palabras, para poder contratar por el sistema capitado, como lo hicimos en los inicios de OSPe, fue crucial ser conocido en el mercado, dicho de otra manera la reputación de quienes salimos a contratar pasó a ser un activo clave para poder lograr que los gerenciadores acepten o aprueben los contratos cuando el número de beneficiarios era muy reducido. Otro elemento que favoreció la contratación por cápita ha sido la posibilidad que tuvimos de abonar valores superiores a la media del mercado de la seguridad social y compartir, por contrato, el riesgo con los gerenciadores.

Después de la etapa inicial fuimos armando una estructura para administrar las prestaciones fundamentalmente porque hemos tenido un crecimiento importante, en primer lugar al incorporar afiliados de la actividad, particularmente de los emprendimientos emergentes del outsourcing producido en la privatización de YPF y posteriormente como consecuencia de la implementación del régimen de desregulación que permitió que los afiliados puedan optar por obras sociales diferentes a la de su actividad económica; OSPe en todos estos años ha sido una de las líderes al ser una de las obras sociales más elegidas.

A medida que fue creciendo la población de OSPe, que en año 2000 ya superaba las 20.000 cápititas y se fueron deteriorando algunos gerenciadores, como el caso de Siempre SA, el prestador capitado que teníamos contratado en Capital y Conurbano, que al tener problemas financieros comenzó a atrasar los pagos lo cual comenzó a repercutir en la cadena en su conjunto y por lo tanto en la cobertura que brindábamos. De este modo rescindimos el contrato con Siempre SA, asumimos su deuda (cuando Siempre fue a



concurso nosotros éramos el principal acreedor) y firmamos un convenio por la deuda que asumimos. Por otro lado tuvimos que salir al mercado a contratar nuevos prestadores y en un tiempo récord armamos una red por prestación en forma directa con importantes clínicas en Capital Federal y el Conurbano. Nuevamente hicimos pesar nuestro nombre en el mercado que, sin dudas generaba, tal como lo mencioné anteriormente, confianza en los prestadores.

En La Plata ocurrió un problema similar con ASOME, el prepago de la Agronomía Médica Platense, cuando este prepago a su vez realiza un convenio por cápita con otro prestador, decisión que no ha sido muy buena porque se incorpora un nuevo actor (intermedio) en la cadena y porque este actor no tenía una muy buena reputación y brindaba pésimos servicios (teníamos innumerables quejas por esta razón duró muy poco tiempo), lo cual nos obligó a cambiar de prestador; nuevamente en poco tiempo salimos a contratar y como ya teníamos un número importante de afiliados, lo hicimos por prestación.

Por otro lado eran los tiempos en los cuales comenzaba la desregulación, por lo que brindar un muy buen servicio, disponer de una gestión eficiente con una buena cobertura y tener contratados a los principales prestadores, fue una condición necesaria para evitar la fuga de afiliados, particularmente de YPF que tenían un salario importante y eran muy exigentes (lo son también ahora) y encarar un proceso de crecimiento en la zona. Hoy, luego de años de haber implementado este cambio, podemos evaluarlo como positivo dado que ya superamos los 25.000 beneficiarios en zona.

El cambio en el modelo de contratación en esta zona además obligó a encarar algunos otros cambios, no sólo debimos abrir bocas de atención para los afiliados en Berisso, Ensenada y La Plata y contratar más personal, es decir incrementar la estructura en zona, sino que debimos invertir en un sistema de emisión de bonos y de autorizaciones, que en aquellos tiempos fue muy precario; luego dispusimos de un sistema más complejo. En esta zona la contratación se hizo con todos los médicos, todas las clínicas y todas las farmacias a través de las respectivas agremiaciones, asociaciones y colegios (Agronomía Médica Platense, Agronomía Médica de Ensenada, Agronomía Médica de Berisso, Asociación de Clínicas y Sanatorios de Buenos Aires –ACLIBA-, Federación de Bioquímicos de la Provincia de Buenos Aires –FABA- y Colegio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires –SIFAR-).

Entonces, podría decirse que la primera razón por la cual eligen el modelo de contratación está vinculada a la historia de la organización.

Exacto, gracias a Dios nacimos contratando por cápita, esto nos permitió ir armando un colchón económico financiero todos los meses. Después otro factor importante, ahora ya para encarar la reestructuración de la obra social, mejorar la estructura y prepararnos para competir en el mercado desregulado ha sido el préstamo otorgado por el Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS), el cual nos permitió desarrollar sistemas que no teníamos o eran, como mencionamos anteriormente, muy precarios, tanto en afiliaciones como en prestaciones. Esto nos permitió mejorar los procesos, disponer de mayor y mejor información y desarrollar sistemas de control que hasta ese momento no teníamos en la organización como el sistema de control de ingresos.

Tanto la buena aplicación del dinero percibido del préstamo del Banco Mundial como los cambios a nivel de contratación, el cumplimiento en los pagos y la buena relación con los prestadores, fundamentalmente en La Plata, nos posicionaron ventajosamente respecto a otras obras sociales, lo cual nos permitió encarar un proceso de crecimiento sostenido.



A lo largo de la historia los grandes cambios en el modelo de contratación se debieron a que los gerenciadorees comenzaron a tener problemas, se fueron cayendo y nos obligó a nosotros a cambiar. En este sentido se puede mencionar otros ejemplos como lo ha sido en Comodoro Rivadavia SIMA (Sistema Medico Asistencial), CELSO en Santiago del Estero, y CONSALUD en Mendoza.

¿En que se diferencia un sistema capitado de uno por prestación según su experiencia?

El sistema capitado se diferencia de un sistema por prestación en que en un sistema capitado es más simple la programación y la planificación financiera porque el financiador al depender de sus recursos salariales (que hasta el 2002 estaban prácticamente estancados) conocía claramente cuales iban a ser sus gastos; además si en el sistema capitado uno paga valores como corresponde y el capitador da la cobertura acorde a la calidad que el financiador desea brindar, este mecanismo pasa a ser simplemente una metodología de pago que evita la estacionalidad en el gasto prestacional porque a lo largo del año hay períodos de alto consumo y otros de bajo consumo, de manera que hace mucho más estable al gasto a lo largo del año.

Esta facilidad en la programación puede permitir definir una estrategia en la que al menos parte de los aguinaldos pasen a formar un colchón con el cual se pueda disponer de recursos para afrontar las patologías de alto costo y baja incidencia y financiar proyectos de crecimiento que redunden en una mejor prestación y calidad de atención para el beneficiario.

Por otro lado, como decía anteriormente, el pago por prestación exige disponer de una estructura mínima que al ser muy pequeños no se disponía, sin embargo a medida que fuimos creciendo en cantidad de cápitas fue posible ir incorporando zonas manejadas directamente por este sistema de contratación y pago.

El sistema capitado exige efectuar un fuerte control al gerenciador a los efectos de verificar que con el dinero que se le está transfiriendo, esté brindando las prestaciones contratadas, porque uno de los problemas que tienen los sistemas capitados es que los gerenciadorees en determinado momento pueden estar retaceando prestaciones, alargando los plazos de pago, etc., todo lo cual son síntomas de problemas de gerenciamiento que hacen que el sistema por cápita se vuelva un mal sistema prestacional. Por otro lado el gerenciador tiende a brindar escasa información sobre utilización de servicios, patologías cubiertas, etc., siendo totalmente sesgada, particularmente cuando solicita aumento de valores.

El sistema por prestación lo que produce son grandes ciclos de gastos, con períodos de altos costos y otros de baja, si uno tiene un colchón puede financiar ese mayor gasto producido fundamentalmente en los períodos invernales, luego en los meses de bajo gasto se vuelve a formar ese colchón. En los sistemas por acto médico no se puede transferir el riesgo a un tercero, excepto que se contrate por módulos en cuyo caso sólo se transfiere una parte del mismo. Por otro lado, en un sistema por acto médico, en general, se dispone de menores márgenes que en los sistemas capitados básicamente porque uno en un sistema por acto médico debe tener una infraestructura, tanto edilicia como de RRHH o sistemas dado que se deben asumir funciones como las de autorización, liquidación, contratación de prestadores, control de calidad de los mismos, etc., que necesariamente aumentan los gastos administrativos. Si bien este último es mayor, este tipo de administración permite gestionar directamente la calidad, de manera que la organización se asegura un adecuado nivel, al tiempo que permite también potenciar los atributos de marca, que, como organización nos posicionan en la mente del afiliado. Estos atributos son la empatía, la



fidelidad al origen y la superación constante; los cuales son claves para asegurar la supervivencia en el largo plazo. Estos atributos difícilmente se puedan terciarizar, porque en este último caso es el capitador o el gerenciador quien le imprime su propio sello y por lo tanto potencia sus atributos de marca y no los de OSPe. Además se pueden dar claras señales de que OSPe desea brindar una buena calidad no generando sorpresas en sus afiliados como pago de plus, extras, etc., por ello cuando uno contrata por prestación arregla buenos valores que pueden ser un poco superiores a la media de la seguridad social, pero permite construir una relación amistosa con el prestador que sin dudas beneficia a los afiliados.

Nosotros tenemos varios momentos que internamente hemos denominado “milagro alemán”, el primero ha sido cuando recibimos el préstamo del PROS que nos permitió financiar sistemas y prepararnos para encarar, con éxito, la desregulación del sistema. Otro momento importante se ha producido a partir del crecimiento en el padrón de opciones, el cual hoy representa casi el 90% de los más de 150.000 beneficiarios que tiene el padrón total de OSPe. Esto nos ha permitido no sólo alcanzar un equilibrio económico-financiero constante, sino fundamentalmente disminuir el riesgo prestacional producto de un padrón mucho más grande.

El costo de usar el mercado, esto es el costo de contratar, de controlar, de liquidar, de auditar, etc., es un elemento importante a la hora de elegir el sistema de contratación o es más importante bajar costos prestacionales, una mejor calidad asistencial, etc.

Yo primero creo que es la calidad y dentro de la calidad que uno busca, el mejor precio o el menor costo; para esto último muchas veces se producen procesos de negociación con importantes discusiones sobre los valores, fundamentalmente porque el sector prestador, sean los clínicas, los profesionales, etc., quieren llevarse para sí la porción de la torta más importante, “la mejor tajada” del ingreso del financiador; situación que, en épocas inflacionarias y de elevada incertidumbre, tiende a generar mayores costos de transacción dado los procesos casi permanentes de negociación de valores.

El caso de la provisión de medicamentos es interesante porque si uno quiere brindar la máxima calidad debe disponer de una amplia red de farmacias, el uso del manual farmacéutico, la aceptación de la receta médica sin recetarios especiales y un descuento superior al establecido por el PMO (40% como lo hacen actualmente las prepagas); en nuestro caso muchos planes contienen estos cuatro elementos, no habiendo muchas obras sociales que los reúnan en el mercado de la seguridad social, fundamentalmente porque muchos financiadores lo restringen mediante el uso del vademecun, es decir un listado acotado de medicamentos que permite a la obra social optar por determinados medicamentos en lugar de otros, con lo cual muchas veces obtiene mayores descuentos.

En el segmento ambulatorio y de internación tenemos contratados a los mejores prestadores incluso algunos planes nuestros como el YPF accede a los prestadores denominados cinco estrellas como la Trinidad de Palermo. Sin embargo ahora, con la falta de camas que existe en el mercado, particularmente en la región metropolitana, estamos contratando prestadores de menor calidad con el objetivo de disponer de camas para asegurar la atención.

Hoy, las dos prepagas líderes más OSDE, pueden abonar valores para asegurarse la prestación en estas clínicas cinco estrellas, en parte porque son las mismas prepagas los propietarios de ellas y además porque pueden solventar estos valores porque disponen de los recursos necesarios dado que cobran una cuota elevada; por ende Sanatorios como el



Mitre o la Trinidad de Quilmes, que anteriormente estaban dentro del mercado, hoy prácticamente quedan excluidos para la mayoría de las obras sociales.

Nosotros a la red de Capital la complementamos con buenos prestadores como Bazterrica, Santa Isabel, Británico, Rossi, CEMIC, Corporación Médica San Martín, etc. Nosotros no tenemos consultorios propios ni la posibilidad de contratarlos directamente, pero sí tenemos armado para la parte ambulatoria una red con las clínicas que mencionaba anteriormente. Esta es una red de excelencia, particularmente para la seguridad social.

El modelo de contratación que se tiene, ¿se puede considerar una ventaja competitiva respecto a los competidores?

Sí, sin dudas. Creo que OSPe se diferencia por eso, por su calidad y por los prestadores elegidos; prueba de ello es la confianza que nos tienen los más de 150.000 afiliados que una vez que ingresan a OSPe, generalmente por recomendación o a través del boca a boca, permanecen recibiendo los servicios por años.

En Capital tenemos contratados excelentes establecimientos, pero en otras zonas tiene la posibilidad de elegir a todos los profesionales, a todas las clínicas, etc., al contratar a las asociaciones o agremiaciones como en el caso de La Plata; lo cual no es posible para todas las obras sociales. OSECAC por ejemplo en La Plata lo ha resuelto a través de sus policonsultorios propios, de esta manera ellos absorben una parte importante del gasto manejándolo directamente y de esta forma logran reducir costos, pensemos que la parte ambulatoria participa con un 25/30% del total del gasto prestacional.

OSPe, ¿tiene pensado disponer en algún momento de prestadores propios.?

Estamos evaluando esta posibilidad. A medida que crecemos, por decir de algún modo, vamos justificando la necesidad de disponer de prestadores propios. No sólo es importante porque te asegura camas, que están en falta actualmente en el mercado, sino también la posibilidad de tener médicos propios. El método de contratación de los médicos podría ser mediante el pago de un salario o sueldo fijo mensual o un sueldo fijo más un honorario por prestación; este último mecanismo es el que más me gusta a mí porque al tener un mix te permite que la parte fija fidelice al profesional más un plus por el servicio prestado de manera que se incentive el trabajo eficiente; lo importante para mantener al profesional motivado es pagarle una remuneración que lo motive a trabajar y a seguir el criterio médico fijado por las autoridades de la obra social.

Acá es importante porque para mejorar la calidad uno puede armar un equipo con un médico coordinador para cada una de las especialidades más importantes. Este médico puede convocar a reuniones periódicas, donde se analicen los diferentes casos, se realice un seguimiento muy preciso de cada uno de los pacientes, etc. Para poner un ejemplo uno podría implementar un seguimiento con un médico clínico que coordine a las distintas especialidades como tratar casos como los de un paciente con problemas cardiovasculares, con hipertensión, diabetes, obesidad, etc. Esto permitirá efectuar un estricto control y brindar una mejor prestación al afiliado; el médico clínico que es un médico coordinador derivará al paciente al nutricionista, al diabetólogo, etc.

Por otro lado, esta estrategia permitirá contener los costos, que desde hace años son exponencialmente crecientes en salud. Esta contención vendrá de la mano de una modificación en la cultura curativa del afiliado en la medida que sea el médico clínico quién decida las derivaciones a los especialistas y no el paciente. Por poner un ejemplo, hay



pacientes que ante un dolor de cabeza asisten a un neurólogo, cuando en realidad el problema que tienen es jaqueca; el valor de la consulta de este especialista es más alto que la de un clínico y le solicitó una batería de estudios muy costosos. Si en lugar de asistir al neurólogo hubiese ido a un clínico, que a su vez es el médico que lo conoce, que sabe su historia clínica, puede hacer una evaluación más certera del problema del paciente y en caso de corresponder lo deriva con un informe al neurólogo.

Muchas gracias.

Dr. Alfredo Stern

Director Médico Swiss Medical

28/08/08

¿Podría indicarme o señalarme cuales son las razones fundamentales por la cual Swiss Medical ha elegido el modelo de contratación y pago que tiene actualmente? En otras palabras, ¿por qué ha elegido un modelo con clínicas propias y prestadores contratados? ¿Por qué lo han decidido hacer de este modo?

Perfecto. En principio debo aclarar que llevo casi dos años dentro de la compañía, por lo tanto no he acompañado la historia del desarrollo de la misma. En financiamiento de salud privada, se ha debatido durante muchísimos años si es mejor dedicarse al financiamiento puro, es decir que los financiadores sean exclusivamente financiadores y que los prestadores sean exclusivamente prestadores o, si es preferible el armando de modelos mixtos. De hecho nosotros en Argentina hemos copiado mucho más al modelo americano para la atención de salud que al modelo europeo y la prueba más importante que tenemos, es que aún con sus diferencias, somos el país más parecido a éste por tener un “no sistema” al igual que existe un “no sistema” en Estados Unidos. Entre ambos las dos diferencias más importantes son:

- 1) En Estados Unidos hoy por hoy tienen una capacidad de financiamiento del orden de los US\$ 7000 por año, mientras que en nuestro país ronda los US\$ 750, lo cual genera diferencias ya que por muchos esfuerzos que se hagan en torno a ser más eficientes, es imposible hacer lo mismo con tanta diferencia económica.
- 2) A diferencia de lo que ocurre en USA, nosotros tenemos una altísima participación de la población bajo cobertura pública, en nuestro país casi un 50% de la población se atiende en el sistema público, lo que para ser considerado en detalle, merece otro tipo de análisis.

Vuelvo al punto anterior, a la división entre financiamiento y provisión, la cual ha sido útil para el mercado americano, porque salvo alguna excepción (que se basa en la integración total), la gran mayoría posee separación de funciones.

La historia de Swiss arranca más por la vertiente prestadora, cuando al fundador de la empresa decide construir una maternidad, la Suizo Argentina, la que después se convirtió en la Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Luego desarrolla y adquiere importancia su propio plan de salud, es decir primero nacemos como prestadores y luego nos integramos hacia lo financiero con la creación de la prepaga.

El modelo elegido por Swiss se orienta hacia una de las formulas desarrolladas para la atención de salud en forma costoeficiente y acorde a las posibilidades de financiamiento imperantes. Lo que Swiss trata de hacer es controlar en algún grado, el crecimiento



acelerado de los costos en salud y una de las formas de poder controlar ese costo está relacionado con la capacidad que exista de gerenciarlo lo más activamente posible y no hay mejor forma de gerenciarlo que la prestación propia.

Creo que en ese sentido Swiss ha marcado un rumbo, si bien hay otras compañías importantes en el mercado se han integrado verticalmente, para nosotros este modelo de integración es central a la hora de asegurar calidad prestacional y al mismo tiempo contención del crecimiento del costo. La mejor prueba de ello es que estamos creciendo en ambos segmentos. Por un lado Swiss es una compañía que tiene una amplia expansión en cuanto al número de cápitas. Hemos crecido notoriamente en los últimos años, al punto tal que hoy somos la compañía privada de mayor cantidad de cápitas con 750.000 socios y por otro lado también hemos crecido en capacidad instalada propia; en efecto tenemos cinco sanatorios, centros ambulatorios, de atención odontológica e incluso sistema de emergencias prehospitales propio.

Hemos armado distintas unidades de negocio que se autoayudan y que en conjunto mantienen en equilibrio razonablemente estable al sistema.

El elemento clave para definir el modelo de contratación ha sido entonces la contención del crecimiento del costo prestacional, ¿no?

Efectivamente, la contención del crecimiento del gasto médico a partir de la gestión activa de las prestaciones, por lo menos las más significativas, constituye una de las preocupaciones centrales de cualquier sistema de salud.

No obstante ello, Swiss no es una compañía donde el 100% de las prestaciones sean brindadas en sus propias instalaciones. De hecho si consideramos el país en conjunto, todavía las prestaciones en efectores propios siguen siendo un porcentaje importante pero lejos de la totalidad. Probablemente en la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, es decir en el área metropolitana, el peso de la prestación propia sea mayor porque allí tenemos concentrados cuatro de nuestros sanatorios, centros ambulatorios y más clínicas odontológicas. Pero en el interior del país, donde nuestra compañía está creciendo tanto en clientes como en instalaciones propias, indudablemente tiene que recurrir a otros modelos y ahí está toda la variedad, toda la gama de posibilidades, en cuanto a contratación y pago.

En general contratamos utilizando modelos por prestaciones, con pocas contrataciones por cápita porque en realidad y siguiendo la línea de pensamiento de nuestro presidente de la compañía Claudio Belocoppitt y él tiene razón, si el valor de la cápita es insuficiente lo más probable es que el que está administrando la misma nos pida aumento de precios y si le es ampliamente beneficiosa no devolverá el dinero sobrante. Por otro lado, si otra organización lo puede hacer, nosotros que tenemos una estructura significativa de empleados y un know how importante, es probable que podamos gestionar tan bien o hasta mejor que otros. Por ello los modelos capitados que tenemos son por lo general bastante limitados, tenemos algunos como salud mental, pero en general pagamos o por prestación (acto médico) o por módulos completos o por episodios de enfermedad.

La innovación, particularmente en lo que hace al nivel de hotelería, que ha sido la Suizo para el mercado prestador argentino y ahora con la inversión en el Sanatorio Los Arcos, ¿puede considerarse como una de las cualidades por la que se diferencian en el mercado?. La calidad percibida, ¿ha influido para que ustedes tomaran la decisión de tener este tipo de efectores propios? Esta calidad percibida, ¿es un elemento importante? Ustedes, que compiten en el mercado ABC1, además de necesitar camas para asegurar cobertura, las han desarrollado de un altísimo



nivel, esto ha sido así porque, ¿no existían en el mercado? o ¿cuál ha sido la razón por la cual se han decidido por este tipo de emprendimientos?

Otro de los aciertos de Claudio Belocoppitt, el fundador de esta compañía, es no limitar el criterio de calidad médica exclusivamente a la calidad profesional que en general es compartida porque los mejores médicos trabajan para un financiador y otro e incluso para el sector público. Con frecuencia compartimos profesionales que por la mañana trabajan en algún hospital y son profesores en una Universidad y por la tarde trabajan para el sector privado, sea con nosotros o con algún competidor.

De acuerdo a lo que opinan los expertos en calidad de todo el mundo, por ejemplo Donadebian, el máximo experto en calidad en salud del mundo, uno de los elementos más importantes para satisfacer a los usuario está relacionado con aquellos elementos que él conoce y maneja; dicho de otra manera si alguien confía simplemente porque tuvo la referencia, porque cayó adecuadamente en un neurocirujano para que le haga una cirugía de cerebro, el confía centralmente en eso, pero se siente mucho más comfortable cuando es asistido en un lugar donde las instalaciones poseen aspectos amigables, que él conoce, que son de buena calidad como los muebles, la cama, el baño, una mucama que pase la cantidad de veces necesarias, un menú a la carta y no la típica comida de hospital. Si bien en nuestro medio no está absolutamente medido, es probable que el grado de satisfacción experimentado por el paciente, tenga algún grado de influencia en el resultado final.

En este sentido Swiss fue una compañía innovadora porque obligó a marcar un nuevo estándar en el mercado, exigió a los demás a aproximarse a eso, los obligó por la calidad de la hotelería que usted señala, que me parece muy importante porque tal vez sea lo más visible para la gente, pero para nosotros otros aspectos como los niveles tecnológicos y la calidad médica son aún más importantes. En otras palabras no sólo somos innovadores y hemos fijado un nuevo estándar en cuanto a hotelería que es lo más visible y lo que la gente conoce, sino que fundamentalmente somos pioneros y fuertes impulsores de la innovación tecnológica, al poner a disposición de la gente el mejor nivel de equipamiento que hay en el mercado.

En otro orden debemos señalar que las condiciones de calidad no son homogéneas en nuestro ámbito, nosotros por ejemplo en nuestros sanatorios, por norma, utilizamos materiales descartables, valga la redundancia, que son descartables; esto es prácticamente único en el mercado. En la mayor parte de los prestadores públicos y privados los elementos descartables son reutilizados, por supuesto reesterilizados, pero vueltos a utilizar. Nosotros por decisión política no reutilizamos nada que venga rotulado como descartable. Esto significa otro nivel de seguridad, otro nivel de atención y un mayor gasto. Lo difícil es saber cómo hacerlo, de manera tal que la cuota final que paga un beneficiario no sea más alta que la media del mercado y que el costo de la no calidad sea evitado, a la espera que de esta forma se compense el mayor gasto.

Ustedes se integran porque quieren ejercer el liderazgo tecnológico, entonces como en el mercado estas tecnologías no existen, lo deben desarrollar ustedes internamente mediante la integración.

En parte es así, efectivamente.

Usted anteriormente hizo una división entre financiadores y prestadores, ¿esta división la manejan con unidades de negocios?

En nuestra empresa son unidades de negocios, estas unidades de negocios tienen su propia conducción y son responsables de su propio presupuesto, pero a la hora de medir los



resultados medimos el conjunto del grupo salud, que integramos todas las unidades de negocios relacionadas con este ámbito. Esta aclaración es necesaria porque nuestra empresa tiene unidades de negocios que no pertenecen al grupo salud, como por ejemplo seguros.

Las unidades de negocios de salud compartimos objetivos comunes, además compartimos otra unidad central que se ocupa de otras actividades comunes al conjunto de operaciones del grupo, como la actividad económica financiera, la legal, la de RRHH, todo lo cual hace a la eficiencia.

Digamos que, en atención de salud privada existe una relación entre la calidad, los precios a los cuales se vende el servicio, los costos de producción o compra y de los costos que utiliza para administrar. Nosotros tratamos de optimizar cada uno de esos segmentos.

Entonces, el costo de utilizar el mercado, esto es el costo de contratar prestadores controlarlos, etc., ¿es importante a la hora de decidir el modelo de contratación, es decir si se integran o tercerizan?

Efectivamente, eso es exactamente lo que le estaba diciendo un minuto antes. El tema de salud es a que precios vendemos los planes, es decir cuanto podemos cobrar por nuestros servicios, a cuanto podemos comprar o producir, con que calidad elegimos trabajar y cuanto nos cuesta administrar esto. Obviamente, el costo administrativo existe siempre, pero a medida que nos alejamos de la prestación propia aumenta el costo de la gestión de contratación y control de las prestaciones que estamos terciarizando.

Ahora bien, allí también esta compañía se caracteriza por hacer fuertes inversiones, en sistemas, en capacitación, en gestión mejorada y en aprovechar las capacidades máximas que tenemos en cuanto a la búsqueda de las formas más eficientes de control. En estos momentos y para darle un ejemplo se está migrando del control ex post a través de la facturación, al control on line para tratar de anticiparnos lo máximo posible.

De todas maneras el concepto global del control del costo es un concepto de los años 70 u 80; hoy en día a lo que se apunta para detener el enorme crecimiento del costo médico es la asociación a modelos de contratación que impliquen compartir el riesgo, lo cual no es fácil de lograr en nuestro ambiente porque existe cierta resistencia a compartir el riesgo. En salud hay una aversión al riesgo superior que en cualquier sector, pero el mundo avanza hacia la gestión de la demanda; dicho de otra manera la verdadera contención de costos no vendrá de la mano del control de las facturas o de evitar pagar una prestación más cara, sino de la línea de cómo podremos mejorar la calidad de vida de nuestra propia población, si nosotros evitamos epidemias como la obesidad, el tabaquismo, o las adicciones de cualquier tipo, tendremos una población con mejor salud y calidad de vida y que gastará menos.

Usted mencionó que una parte de las prestaciones la tienen integrada y otra parte la tienen contratada. Para el mercado de Capital Federal y el Conurbano, ¿podría indicarme las proporciones que tienen de ambos sistemas?

En el momento actual, con la última adquisición yo diría que estamos en el orden del 50%. Antes era menos, ha ido creciendo con el tiempo; la inclusión del Sanatorio Los Arcos, que es el Sanatorio más importante, más moderno que tiene la Argentina, en cuanto a calidad, a equipamiento, proyecto, hotelería, etc.; ha sido importante para nosotros como apertura y ampliación de la capacidad propia, que si le sumamos la reciente adquisición de la Clínica Olivos, podemos estar superando el 50% de las internaciones dentro de nuestros propios establecimientos.



El conjunto Suizo-Los Arcos es el sistema privado con mayor cantidad de nacimientos en nuestro país, hoy tenemos 800/750 partos por mes en la Maternidad Suizo, pocas maternidades, incluso públicas, nos superan en número y entiendo que ninguna en términos de calidad.

Uno de los elementos que juega en contra en la integración es el costo fijo, básicamente porque la capacidad instalada que uno en un momento en un momento de la actividad económica, puede quedar ociosa en otro, particularmente en Argentina que es una economía muy inestable. ¿Cómo manejan este tema en Swiss Medical?

Nosotros somos optimistas y apostamos a que el país va a seguir muy bien. Somos pesimistas en cuanto a la ley que acaba de salir de diputados sobre regulación de la medicina prepaga³⁸¹, resulta preocupante para el sector y esto hace dudar a los inversores. De hecho en el sistema de salud sólo invierten quienes ya están en el mercado. Es raro e infrecuente encontrar alguien que venga desde otros sectores a invertir sus excedentes económico - financieros en salud. En otras palabras, es más probable que, si existe algún excedente financiero en salud, (si existe y cuando existe, porque son circunstancias raras en la historia), en esos momentos se trate de invertir dinero a otras actividades económicas.

De hecho, muchos inversores extranjeros, incluso importantes bancos, que entraron al mercado, salieron...

Exacto, salieron. En realidad inversores extranjeros no sé si queda alguno, creo que no queda nadie porque los inversores americanos, europeos, chilenos, brasileños que entraron, salieron y todos salieron con importantes pérdidas. Esto ha sido así porque el mercado de salud de Argentina es particularísimo, creo que tiene una connotación de localidad muy fuerte que hace que sea muy difícil a los extranjeros comprenderlo, ya no digo operarlo, comprenderlo. Vinieron con normas muy duras que no se ajustan a nuestra idiosincrasia y fundamentalmente a nuestra clase médica y por lo tanto fracasaron estrepitosamente.

Ustedes dentro de sus clínicas, cuando contratan lo hacen por salarios, por honorarios médicos, ¿cómo es el sistema de contratación dentro de sus clínicas?

Todo el staff y todo el personal de nuestra organización, sean profesionales como médicos, bioquímicos, etc, están por salario. Absolutamente todos están bajo relación de dependencia y lo que tenemos fuera de la relación de dependencia es absolutamente marginal.

¿Qué es lo que los motivó a integrarse desde lo prestacional hacia lo financiero?

Entiendo que ha sido la capacidad de gerenciamiento de todo el negocio. Si uno es un prestador sanatorial en nuestro país que no tiene sus propias cédulas está en riesgo por la incapacidad de gestionar su propia ocupación. Estas empresas sanatoriales están, en general, muy mal, prueba de ello ha sido toda las situaciones de no pago de impuestos, moratorias y demás, que han sido sometidos en los últimos años. El sector nunca logró recuperarse del todo de la crisis del 2001 porque además venía de una crisis anterior, es una industria sumamente castigada.

Por otra parte, los financiadores tienen bajas utilidades, este es un negocio de escala, no es un negocio de nicho donde uno con dos operaciones pueda ganar una fortuna, sino hay que diluirlo en una enorme escala para aminorar los riesgos. Lo único que puede hacer un poco más rentables el negocio son dos cosas:

381 Para mayor conocimiento sobre el tema se puede consultar <http://Votaron la ley de prepagas - lanacion.com>



1) La integración donde el financiador tiene donde gestionar mejor sus costos a través de dar las prestaciones por sí y desde el punto de vista del prestador tiene la capacidad de alcanzar una plena ocupación de sus propias instalaciones. De esta manera se fortalecen ambas partes.

2) El aumento de la escala, especialmente cuando uno mira cuanto es la ocupación necesaria para poder manejar los costos adecuadamente, llega a cifras ridículas de más del 90%. Esto es como pensar que un restaurante para ser rentable tiene que tener una ocupación de su capacidad del orden del 90% los 365 días del año, lo cual haría inviable a cualquier restaurante de los que conocemos. En nuestro sector eso ocurre y requiere además de tener una altísima disciplina de reinversión de utilidades.

El modelo de contratación que ustedes han implementado, se puede considerar una ventaja competitiva respecto al de sus competidores; la pregunta se la formulo desde el lado del financiador; el hecho de tener las clínicas integradas, la contratación por acto médico cuando terciarizan, etc. ¿se puede considerar una ventaja?

Bueno, somos competitivos en precios, especialmente en el segmento corporativo; allí logramos que las empresas bajen sus costos laborales.

Creo, que la integración y la eficiencia y todo lo que hacemos para bajar nuestros costos, no sólo nos sirve para tratar de obtener utilidades, que es un legítimo derecho de las empresas, sino también a efectos de bajar los precios de venta de nuestros planes y esto tiene impacto social y económico beneficioso para nuestros clientes.

El modelo que tienen implementado, cuales podría considerar como las principales desventajas, si es que tiene alguna, dado que ha mencionado varias ventajas y puntos favorables.

Como bien señala, las ventajas las he enunciado largamente, controlar la calidad, controlar los costos, gestionar las prestaciones dentro de un marco lógico, etc. En la unidad de negocios correspondiente a la del financiador tenemos un departamento dedicado a educación y calidad médica entonces un procedimiento se autoriza si y sólo si, es médicamente comprobada su eficacia y su eficiencia, en más muchas veces eso significa un mayor costo, pero si eso es lo correcto, eso es lo que ofrecemos. A veces llamamos a profesionales porque no cumplen con todas las premisas que debieran cumplir, como por ejemplo entendemos que hacer los controles mamográficos, PAP y colposcopia son importantes a partir de cierta edad por la posibilidad de aparición de cáncer ginecomamario y que eso es una causa de años perdidos. Estudiamos el perfil prescriptivo de los profesionales y quien no los hace, aunque a nosotros hacerlo no nos signifique un ahorro de costos, le llamamos la atención y le pedimos que por favor lo haga y que cumpla con el estándar de calidad aceptado científicamente. Esto se convierte en una ventaja significativa, cuando uno tiene, como en nuestro caso, prestadores propios. Hacer las cosas basados en normas nos permite avanzar hacia una mayor calidad, mejor sobrevivencia de los pacientes y controlar los costos, porque fundamentalmente la mejor medicina termina siendo a la larga la más barata. Si uno hace buena calidad a la larga resulta más económico.

Además tenerlo normatizado y sujeto a reglas permite conocer de antemano los posibles resultados...

En salud, la calidad depende de la estandarización del proceso....

Claro, aunque es más difícil estandarizar en salud que en otras industrias...



Si, seguro; es interesante que alguien de las ciencias económicas lo entienda cabalmente porque se tiende a pensar que aún los hechos biológicos son absolutamente predecibles, no digo que todo es impredecible, pero la reacción de un paciente puede ser muy diferente a la de otro que posee la misma patología.

Muchas gracias.

Dr. Juan Carlos Biani

Gerente de Control Prestacional

Superintendencia de Servicios de Salud

19/09/2008

Sintéticamente, ¿Puede hacernos una descripción general de los modelos de contratación y pago de las obras sociales para el mercado de Capital Federal y Conurbano, es decir lo que se conoce como región metropolitana?

La descripción de los modelos de contratación son muy difíciles de describir porque existen 250 obras sociales que atienden a 18 millones de personas, cada una de estas entidades a su vez tiene sus propias características. Por otro lado el mercado prestador está fragmentando y tiene sus particularidades.

Por ende, es muy difícil hablar de obras sociales porque es un universo muy heterogéneo, absolutamente diferente por concentración de población, por ingresos. Hay obras sociales que tienen población con condiciones de vida muy diferentes a otras, como por ejemplo hay personas que viven en un departamento con luz, gas, teléfono, internet, aire acondicionado y todo otro conjunto de comodidades; mientras que hay otro grupo de personas que viven hacinadas, sin cloacas, en techos de chapa, sin calefacción. Por otro lado tenemos obras sociales como la UOCRA que tienen una serie de patologías. También tenemos algunas obras sociales que están concentradas geográficamente como por ejemplo portuarios en Mar del Plata, petroleros en Neuquén, es decir que hay una variedad muy importante de entidades con lo cual los contratos y los vínculos contractuales tienen que ver con estas características de las obras sociales.

Otro factor muy importante es la oferta prestacional. Nosotros tenemos que en el área metropolitana una sobreoferta prestacional o superoferta prestacional. De esta manera las obras sociales pueden elegir una gran cantidad de clínicas y redes prestacionales diferentes. Distinto es el caso de, por ejemplo, Cutral Có donde hay una población muy concentrada con un importante ingreso per cápita, como los trabajadores de la industria del petróleo y el gas; pero un solo prestador, con lo cual en ese lugar no hay opción, el que fija las reglas, básicamente los valores de las prestaciones, es el prestador monopólico local.

Después están en el medio los colegios médicos, que en algunas provincias imponen su determinadas condiciones a través del control de la matrícula. Además dentro del universo denominado “médicos” tenemos realidades diferentes porque hay una enorme dispersión derivada de la superespecialización, no son lo mismo los anestesiólogos, los dermatólogos o los pediatras.

Estas particularidades del mercado prestador hace que sea muy difícil tener un mapa general que nos permita concluir en forma categórica que las obras sociales tienen determinados mecanismos de pago para todo el país.



Por otro lado hay otro tema, hay obras sociales muy grandes y otras muy pequeñas; de manera que se puede tener que doscientas obras sociales contratan por cápita, pero estas doscientas obras sociales representan sólo el 3% del padrón y a la inversa, seis obras sociales pueden contratar por otro mecanismo y representar el 60% de la población. Por lo tanto yo no hablaría de obras sociales sino que hablaría de beneficiarios en determinadas zonas geográficas.

Los grandes números respecto a como contratan las obras sociales que hemos concensuado acá en la gerencia son los siguientes:

En el primer nivel tenemos un 50% que tiene servicios propios, básicamente a expensas de las obras sociales grandes como UPCN, Camioneros, Alimentación, SMATA, OSECAC, es decir tienen una o dos o tres clínicas grandes que son propias y muchos policonsultorios propios. El 85% de la población de la Capital y Buenos Aires se encuentra cubierto bajo sistemas capitados en el segundo nivel. En el tercero se invierte esta relación porque el 85% es por prestación y sólo el 15% es capitado, donde este 15% lo aporta básicamente el PAMI, esta esa la única obra social que tiene el tercer nivel capitado.

Si uno al análisis lo hace por obras sociales puede concluir que el 5% de las mismas tienen el primer nivel propio, pero en términos de población debe llegar al 50%; el otro 50% está fundamentalmente capitado.

En el mercado de la medicina prepaga todas tienen al menos una, dos o tres clínicas propias con lo cual en el primer nivel el 50% es propio y el otro 50% es contratado por prestación o cartilla libre. En el segundo nivel no tenemos información, pero supongo que lo caro y abundante lo tienen integrado, concentrando lo más que pueden en sus propias clínicas y probablemente aquellas prestaciones menos frecuentes las contraten.

La tesis se focaliza en analizar el mercado metropolitano de Capital Federal y el Conurbano bonaerense.

Algunas obras sociales tienen más de un sistema de pago porque pueden tener integrado el primer nivel, particularmente las grandes obras sociales como UOCRA, SMATA, Camioneros, etc. que tienen al menos una clínica propia. El segundo y tercer nivel en general es capitado. Los medicamentos, también en general se abona por monto fijo. Si bien la variabilidad se da de obra social a obra social, también dentro de una misma obra social es posible encontrar diferentes modelos de contratación dependiendo del submercado al cual están contratando; en otras palabras no todas las obras sociales tienen un contrato único, aunque hay algunas que sí lo tienen. Esta descripción corresponde al mercado metropolitano (en el interior el mecanismo es diferente) y a obras sociales grandes y medianas, es decir aquellas que tienen un padrón entre cien mil y un millón de afiliados.

Actualmente tener una red propia o un alto protagonismo de servicios integrados para el primer nivel es una tendencia que se viene observando en este último tiempo. El pago por prestación, sea por acto médico o módulo es una tendencia que va decreciendo y en general corresponde a aquellas prestaciones que están fuera del convenio capitado. Para el segundo y tercer nivel el sistema capitado parecería ser el preferido de los financiadores.

La Superintendencia de Servicios de Salud, ¿Qué controles efectúa para regular los contratos entre financiadores y proveedores?

Las obras sociales están obligadas a presentar anualmente el Programa Médico Asistencial (PMA), es decir con que estrategia la obra social va a cumplir con el Programa Médico



Obligatorio (PMO); el presupuesto, es decir con cuanto dinero va a contar para cumplir ese PMA y los contratos, es decir a través de que vínculo contractual va a brindar el PMA que cumple con el PMO y con la pauta presupuestaria definida.

De este modo las obras sociales presentan alrededor de diez mil contratos, los cuales son analizados en forma individual, aprobándolos o desaprobándolos en virtud de si cumple con la normativa vigente, pero nosotros no hacemos ese estudio estadístico porque no está en las funciones, somos un organismo de control.

A diferencia de las prepagas que tienen cámaras, equipos de abogados, etc. las obras sociales como personas jurídicas, tal como han surgido, tienen un mayor nivel de autonomía; no son empresas, sino que dependen de los gremios, cuyas autoridades tienen que ir a elecciones cada cuatro años. Uno no elige las autoridades de Swiss Medical, si da un buen servicio crece sino no; es decir todos los días sus socios los están eligiendo, en cambio en las obras sociales esto ocurre cada cuatro años cuando votan a las autoridades o cada año si está dentro del régimen de opción de cambio.

De acuerdo a su saber y entender, ¿cuáles son las razones básicas por las cuales las obras sociales elijen un mecanismo de contratación u otro.

En realidad básicamente, por experiencia propia, es muy difícil reflejarse en el conjunto porque no hay un conjunto, es decir no hay una razón única. Depende de muchos factores como el área geográfica de cobertura, de la oferta prestacional, si hay entonces tienden a capitar.

De acuerdo a su visión, ¿se puede decir que algunos de los mecanismos permiten garantizar una mejor calidad o una reducción de costos?

El sistema capitado permite que todo el sistema trabaje con previsión, lo que permite conocer de antemano cuantas consultas por afiliado año tiene el sistema. Para el universo de la seguridad social, es decir para los 18 millones de afiliados ronda las tres consultas por afiliado año. El efecto adverso es la subprestación, particularmente porque en nuestro país las cápititas siempre quedan retrasadas.

En el sistema de obras sociales tenemos una muy baja detección de patologías prevalentes y una altísima cantidad de enfermos de patologías que son absolutamente prevenibles, esto es así como consecuencia de esta falta de información y educación que hace que la obesidad, la hipertensión, la diabetes, etc. que no son detectadas a tiempo.

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene ingerencia sobre los gerenciadorees?

No, sólo tenemos ingerencia en la registración de los mismos y en la autorización, es decir somos los que les damos el DNI como a todos los prestadores. En otras palabras nosotros a todos los prestadores sean del primer, segundo o tercer nivel le damos la habilitación para que puedan ser contratados por las obras sociales. Nosotros les pedimos para inscribirlos toda una serie de requisitos para que no produzcan daños a las obras sociales ni a ningún beneficiario. Una vez que cumplió todos los requisitos nosotros lo habilitamos para que pueda ser contratado.

A partir de ese momento el vínculo se establece entre el agente del seguro de salud y la empresa prestadora ya sea individual, una red de prestadores o una gerenciadora. Está claro que para nosotros las gerenciadoras no dan prestaciones, estas administran, pero no dan prestaciones porque tienen prohibido gerenciar y dar prestaciones al mismo tiempo o gerencian o dan prestaciones, si dan prestaciones son prestadores o redes de prestadores.



¿Cómo contratan las obra sociales de menor tamaño, particularmente de las de bajos ingresos porque las de altos ingresos tal vez logren captar?

En general contratan a una gerenciadora “mayorista” de manera que agregan sus dos mil afiliados a los trescientos mil que ya tiene el gerenciador. En otros casos los resuelven a través de contratos individuales; entonces hacen contratos con cuatro o cinco clínicas de Capital y el conurbano ubicadas estratégicamente en distintas localidades geográficas y otras tienen una cartillas, especialmente aquellas obras sociales vinculadas a la cultura de las prepagas, con doscientos o trescientos pediatras, obstetras, psicólogos; entonces, de acuerdo a donde uno viva, se maneja con ese médico como si fuera su médico de cabecera. En estos casos se paga por acto médico.

Uno de los capítulos de la tesis se refiere al armado de una tipología de contratación que tienen los financiadores según las características que posean de población e ingresos. Esta tipología, tal como ha sido diseñada, es correcta, incorrecta o requiere de ajuste, según la información que manejan en la SSS?

Este modelo es correcto, está muy bien. Si bien puede haber excepciones, en términos generales es correcto.

Cuanto mayor sea el ingreso, más alta es la demanda de hotelería. El ingreso más alto no necesariamente está asociado a un gasto per cápita más alto porque en general tanto OSDE como las prepagas apuntan a un beneficiario sano, con dentadura, que vive de manera confortable con todas las comodidades; que tal vez puede tener un gasto un poco más alto en el primer nivel porque asiste más al médico. Al estar más controlado durante todo el tiempo, previene al financiador de grandes gastos futuros porque las probabilidades de que sea internado en terapia intensiva con un gasto de \$10.000 por día es más baja que si nunca fue al médico .

Nosotros tenemos un promedio de tres consultas beneficiarios año para los dieciocho millones de afiliados, lo que está dando unas cincuenta y cuatro millones de consultas al año. El problema es que no todos van tres veces al médico, sino que algunos van siete u ochos veces al año y unos cinco millones no van nunca. En estos cinco millones está concentrado el gasto futuro en salud porque seguramente esta población, tiene sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, altos grados de glucemia, colesterol, etc., entonces esto en algún momento explota con la tasa de prevalencia, produciendo infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular. Estas patologías tienen altos costos tanto en lo agudo como en lo crónico (rehabilitación para toda la vida, discapacidad, etc.)

Hoy el gran negocio está armado en torno de la industria de la enfermedad, lo que hay que revertir es el sistema de salud para que trabaje en la industria de la salud para que el negocio sea que la gente esté sana; hoy lamentablemente el negocio está dado para que la gente se enferme. Entonces cuando la gente se enferma aparece la plata, pero si uno quiere hacer un programa preventivo para lo cual necesita comprar balanzas que cuestan \$200 para cada consultorio, esa plata no está. Ahora si producto de esa falta de inversión en prevención como es colocar una balanza o una cinta métrica para medir el perímetro abdominal para tener controlado el sobrepeso, tenemos accidentes cardiovasculares que nos cuestan entre tres y cinco mil pesos por día, entonces ahí si está la plata.

Ahora la SSS y la Administración de Programas Especiales tienen programas interesantes destinados a la prevención, ¿no?

Efectivamente, hay varios programas, pero como es sumamente importante la prevención debemos hacer las cosas de manera obligatoria. Nosotros les decimos a las obras sociales



que vayan a las fábricas a buscar a los trabajadores y mientras están trabajando tomar diez minutos, pesarlos, medirlos y tomarles la presión; hay que ir a los colegios a buscar a la población, hay que ir a los supermercados a buscar a la población, hay que ir a las fiestas populares, hay que ir los domingos a las plazas; es decir esta tarea no es un problema de concientización de la gente porque una persona de 45 años con sobrepeso, que toma alcohol, que come mucho, etc., no va a querer ir al médico porque él ya sabe lo que el médico le va a decir, de manera que si por él fuera seguramente no iría al médico. Nosotros hemos efectuado varios operativos de este tipo recabando unas diez mil mediciones de presión arterial, de ese total unos tres mil era la primera vez que se habían tomado la presión.

Finalmente ¿quisiera agregar algo más al respecto?

Las obras sociales tienen fortalezas (ante enfermedades graves las obras sociales abren el grifo) y debilidades (para el parto tienen habitaciones compartidas con varias personas). Las obras sociales tienen que trabajar mucho el concepto de la oferta para los segmentos medios, cosa que lo tiene muy claro las prepagas. Estas han resuelto mejor varios aspectos de la oferta médica como la emergencia, el parto, la accesibilidad de lo ambulatorio, etc.; pero nunca te vayas a enfermar de una patología grave en una prepaga porque acá las obras sociales muestran un mejor desempeño.

Muchas gracias.

Dr. Gabriel Barbagallo

Gerente de Prestaciones Médica de OSDE

24/09/08

¿Cual es el modelo de contratación y pago que tienen ustedes en OSDE?

Bueno en principio nosotros tenemos contratación directa en todos los servicios. Nos basamos en una amplia oferta a los socios. Creemos que esto es un elemento diferencial para el socio porque nuestra posición de liderazgo nos lleva a hacer eso. En otras palabras, para mantener el liderazgo tenemos como uno de los pilares básicos una amplia oferta prestacional para que el afiliado tenga una libre elección de servicios. Nosotros al control del gasto no lo hacemos desde la restricción del servicio, sino que esta amplitud de servicios la tenemos como un elemento clave desde el punto de vista comercial. Toda la contratación es en directo.

Todo es por prestación, ¿tienen algún servicio capitado?

Cápitales no tenemos, podemos tener dentro del mecanismo de pago por prestación, algunos servicios contratados por acto médico y otros por módulos, pero no existen las cápitales. Esto último es así porque, de acuerdo a nuestro entender, está demostrado que la contratación por cápitales reduce la calidad y tiende a la subprestación, al contrario del sistema por acto médico que tiende a la sobreprestación.

Nosotros preferimos aplicar la gestión al control de la sobreprestación y no al cuidado de la subprestación, que atenta contra la calidad.

¿Cuales son las razones por las cuales ustedes eligen contratar por prestación?

La razón básica es porque queremos ser líderes y brindar la mejor calidad de prestación.

¿Nunca se han integrado, piensan hacerlo en el corto plazo?



Nosotros lo que sabemos hacer muy bien es administrar recursos de terceros y no gestionar servicios propios. Primero porque la dinámica es distinta, gestionar servicios propios implica una gestión mucho más acotada, tiene otras complejidades, está más politizada gremialmente, etc.

No es que está bien o mal, simplemente no tenemos la experiencia para hacerlo y creemos que somos buenos en la administración de recursos de terceros.

Otro punto importante es que nos genera una mejor alianza con los prestadores al no ser competidores directos de ellos. Los prestadores a nosotros nos tienen confianza porque saben que nuestros afiliados se atienden con ellos y no sólo cuando nuestra capacidad está desbordada. Tampoco seleccionamos los pacientes, internando en nuestros sanatorios aquellos pacientes rentables y derivando a terceros aquellos no rentables. Se distribuye por la libre elección, primero por la del afiliado y segundo por la del médico, quien lleva a sus pacientes a los sanatorios que quiere. Nosotros no los obligamos ni direccionamos.

Esta decisión de no integrarse, responde a una estrategia, a una política, ¿no?

Efectivamente es una decisión estratégica, no quiere decir que mañana no tomemos otra decisión. Por ahora nada hace suponer que vayamos a cambiar, aunque si cambia el escenario podemos llegar a estar obligados a hacerlo. Obviamente cada tanto en las reuniones de directorio se plantean estas cosas. Pero por ahora creemos que no están dadas las condiciones para que asumamos el rol de prestadores, sólo financiamos.

No es que vemos mal la integración, para algunos financiadores seguro que es beneficiosa; pero creemos que de acuerdo a nuestra estrategia, hoy no es necesario. Pero también entiendo que hay obras sociales sindicales que sino tienen su buque insignia donde integrar, no podrían subsistir.

Nosotros apuntamos a un segmento de mercado ABC1 que nos permite desarrollar la estrategia que estamos implementando. Todos nuestros productos del grupo OSDE, ya sea el de jubilación, el de seguro, el salud y hasta el de turismo apuntan al mismo segmento. Entonces liderar este segmento no es lo mismo que liderar un mercado masivo. Por ende, la segmentación y la diferenciación de nuestros productos son las bases de nuestra estrategia.

Hay algunas obras sociales, particularmente las de ingresos bajos, que ven que van a ser desplazados en sus posibilidades de contratar camas a tercero y por lo tanto comienzan un proceso de integración vertical porque no van a poder pagar los valores que los prestadores les van a solicitar, situación que, si bien no es el caso de OSDE, puede tener algún tipo de repercusión. ¿Cómo ven ustedes al mercado prestador?

Esta es una amenaza que siempre se tiene, aún cuando se tiene un millón y pico de afiliados, siempre está la amenaza de tener o no tener camas. Dentro de nuestra estrategia está la de contratar en forma amplia a todos los sanatorios, en mayor medida aquellos que comparten las características nuestras, es decir que son sin fines de lucro, aunque con los que son sociedades anónimas también tenemos convenios.

Por el nivel de ocupación que le damos a los sanatorios, principalmente en Capital, por ahora somos un beneficio mutuo para los sanatorios; ellos nos brindan sus camas de manera casi irrestricta y nosotros les damos un caudal de internación amplio que le permite manejar sus costos fijos.

Ustedes, ¿tienen algún privilegio con los sanatorios?



Pagamos valores buenos, a veces superiores que la media del mercado, pero lo principal que nos diferencia en la relación con los prestadores es que pagamos en término, no tenemos ningún tipo de morosidad en nuestros pagos tanto a los profesionales como a los sanatorios.

Las realidades son distintas acá que en el interior, si bien en ambos lugares pagamos en término cumpliendo a rajatabla esta política, la penetración o la capacidad de ocupación que tiene OSDE en Capital es muy distinta de la que tiene en el interior del país donde son más fuertes los institutos provinciales, que son los que marcan las reglas de juego.

Si tomamos el país en su conjunto somos líderes, pero en determinadas zonas como el NOA, la mayor cantidad de afiliados son empleados públicos porque el principal empleador es el Estado provincial. En estos lugares nuestra capacidad de negociación se reduce.

Sin embargo, una de nuestras principales armas de negociación es nuestra presencia nacional si consideramos a la organización como un todo; el hecho de manejarnos como una organización nacional también es parte de nuestra estrategia.

Ustedes buscan diferenciarse a través de una amplia contratación de prestadores lo cual les genera mayores costos de transacción, costos de usar el mercado, ¿cómo lo manejan a este tema?

A nuestro entender, existen dos maneras de controlar los gastos médicos o se los ponemos en cabeza del prestador (médico) o en cabeza del afiliado. Nosotros preferimos darle una libertad máxima al afiliado para que se mueva y concensuar con los prestadores una forma de trabajo que nos permita en conjunto controlar o adecuar el gasto.

Nosotros fuimos los primeros que sacamos las autorizaciones previas a las prácticas. Esto fue a principios de los noventa cuando nació el plan Binario. En ese momento nos auguraban una catástrofe económica; sin embargo el tiempo nos dio la razón. El gasto subió un poco, pero sin dudas se recupera por lo atractivo del producto. Ha sido tan atractivo el plan que fue un boom, una explosión comercial. En efecto, de cuatrocientas mil personas llegamos a un millón cuatrocientas mil. Hasta en épocas críticas hemos seguido creciendo, en más en un solo mes tuvimos decrecimiento en el padrón en Diciembre de 2001, pero después en mayor o menor medida hemos crecido.

Siempre buscamos que el producto sea lo más atractivo por ello nos focalizamos en tener un excelente producto y gerenciar o controlar los gastos con el prestador. Por lo tanto, con la eliminación de las autorizaciones, bajamos los costos de transacción e hicimos más atractivo el producto, todo ello para continuar siendo líderes en este mercado.

De acá a futuro, ¿cómo piensan enfrentar el aumento de los costos en salud, que sin dudas son crecientes?

Si yo tuviera esa respuesta creo que no estaría acá, ¿estaría brindando conferencias por el mundo! El único consuelo es que no es un problema ni de OSDE ni de Argentina, es un problema mundial.

En materia de aumentos de costos hay dos amenazas serias, la primera es que la innovación tecnológica crece de una manera tal que por la forma de financiamiento que tiene la salud, al menos en Argentina, hace que, en cualquier momento, el sistema se quiebre porque seguir con impuestos al trabajo se hace imposible.

Por otro lado, una amenaza firme que los países desarrollados ya la están viviendo es el aumento del promedio de edad de la gente. La gente dentro de cincuenta años llegará a los



cien años y eso será lo más normal, lo cual tendrá un gran impacto en los gastos de los financiadores.

Por lo tanto, creo que vamos a tener una crisis de financiamiento severa de acá a poco tiempo. A esto hay que adicionarle el marco regulatorio de la Argentina que, de alguna manera, va en contra de asegurar un adecuado financiamiento. En este contexto, el futuro es oscuro para el sector.

Desde otra perspectiva, lo que llama poderosamente la atención es que, aún habiendo tantas amenazas, no haya alternativas porque el sector público tampoco está bien. ¿Qué va a pasar con el 8% que hoy está afiliada a la medicina prepaga? O ¿Qué va a pasar con el 60% de la población asociada a la medicina prepaga y a las obras sociales? Lo pregunto, porque no tiene respuesta y encima es una amenaza que no sólo nos afecta a nosotros sino que es un problema serio a nivel mundial; los costos en salud crecen mucho más rápido que en cualquier otro sector.

Muchos financiadores se integran para tangibilizar el producto, porque uno vende algo que en algún momento vamos a usar, entonces la gente puede preferir asociarse a una prepaga porque quiere determinada clínica; ¿cómo manejan este tema?

Una publicidad de la competencia dice, ¿“*Vos te asociarías a algo que no viste?*” Sin embargo, nuestro producto si bien es intangible, está posicionado en la mente de la gente y esto es muy importante. Si bien nosotros no tenemos un sanatorio para mostrar, nuestra marca está fuertemente posicionada en la gente, básicamente por la seriedad del producto y principalmente porque los médicos son nuestros principales promotores. Como tenemos una buena gestión con los profesionales que brindan el servicio, a tal punto que al médico de cartilla lo consideramos como un elemento más de la organización y no como un cliente externo; para ser más específico diría que los consultorios médicos son una prolongación de nuestra oficina comercial, aunque no sean parte de nuestra propiedad.

Por ello tenemos una política para no pisar nunca los honorarios médicos, cuando aumentamos la cuota aumentamos primero a los médicos, toda una política que va en eso, permitir que el médico lleve a los pacientes al sanatorio que quiera. Entonces si se respeta esta forma de trabajo, se logra que se posicione el producto de una manera distinta del resto. La competencia ¿cómo prefiere posicionarse? Lo hace desde los elementos o las imágenes visuales, es decir teniendo sanatorios grandes, bárbaros. Ahora, hoy por hoy, nosotros podemos tener a todos esos sanatorios, a los de Swiss Medical, a los de Galeno, etc. y tenemos un porcentaje importante de ocupación en esos sanatorios.

Por lo tanto, nuestra política es cuidar al afiliado como dueño de la organización en una alianza con los prestadores.

¿Qué otras estrategias competitivas implementan para liderar el mercado en base a la excelencia del servicio?

También es estratégico la presencia en todo el país, no sólo en los lugares donde hay concentración de población. Nosotros tenemos 350 oficinas dispuestas a lo largo y ancho de todo el país, no sólo en Rosario, Mendoza o Mar del Plata, sino también en Caleta Olivia; mientras haya una cantidad mínima de afiliados nosotros abrimos una oficina.

Además nos diferenciamos no sólo porque la estrategia es homogénea, sino también porque nuestra imagen corporativa es única-, en cualquier oficina tenemos la misma



infraestructura, hasta esta cortina es la misma (señaló la cortina que está en su oficina), el estilo de atención y la política de atención al cliente es la misma.

Por otro lado, la gestión es descentralizada, de manera que en cada lugar donde opera OSDE hay un vecino que es el que atiende, un auditor médico que también es vecino, un encargado comercial que también es vecino y que está cerca y no en una oficina del centro donde se maneja todo por correo. En cada punto tenemos caras visibles y en eso también nos diferenciamos aunque sea más caro, pero desde el punto de vista de la diferenciación nos da una ventaja competitiva enorme respecto a la competencia.

De las estrategias competitivas definidas por Porter, nosotros nos focalizamos en la diferenciación de servicio, en la excelencia del servicio.

Muchas gracias.



Cuadro N° 3.3. Caracterización de las Obras Sociales según sus cotizantes.

Junio de 2008

Volver a Índice

(miles de pesos corrientes)

Obra Social	Beneficiarios				Sal. medio del cotizante
	Cotizantes	Adicionales	Totales	%	
TOTAL	6.146.988	3.726.912	9.873.900	100	1.994
TOTAL OBRAS SOCIALES	6.095.607	3.724.274	9.819.881	99,4	2.009
Empleados de comercio y actividades civiles	1.000.830	468.249	1.469.079	14,9	1.219
Personal rural y estibadores de la R.A.	389.537	263.250	652.787	6,6	842
Personal de la construcción	377.313	174.249	551.562	5,6	1.196
Organización de servicios directos empresarios	240.130	150.970	391.100	4,0	5.072
Personal gastronómico	189.797	68.978	258.775	2,6	901
Personal civil de la nación	168.348	118.797	287.145	2,9	2.587
Unión obrera metalúrgica de la R.A.	165.119	133.477	298.596	3,0	1.727
Comisarios navales	159.879	86.472	246.351	2,5	3.928
Pers. auxiliar casas particulares	146.087	1.773	147.860	1,5	44
Personal organismos de control externo	124.076	66.984	191.060	1,9	2.976
Actividad docente	120.273	30.885	151.158	1,5	1.836
Personal Automóvil Club Argentino	117.086	59.355	176.441	1,8	2.241
Acción social de empresarios	110.688	94.182	204.870	2,1	5.228
Docentes particulares	110.188	24.969	135.157	1,4	1.275
Personal de la sanidad argentina	100.955	59.843	160.798	1,6	1.779
Personal de seguridad comercial, industrial e investigaciones privadas	87.591	47.844	135.435	1,4	1.037
Pers. actividad del turf	78.458	61.087	139.545	1,4	1.655
Viajantes vendedores R.A.	71.145	14.396	85.541	0,9	701
Choferos de camiones	68.987	69.021	138.008	1,4	2.479
Petroleros	68.616	38.337	106.953	1,1	2.477
Directivos y empresarios pequeños y medianos	68.091	26.158	94.249	1,0	2.079
Bancaria argentina	65.422	22.486	87.908	0,9	1.560
Conductores camioneros y personal del transporte automotor de cargas	61.905	59.217	121.122	1,2	2.256
Pers. industria molinera	55.647	24.907	80.554	0,8	2.343
Pasteleros, confiteros, pizzeros y alfajoreros R.A.	51.718	27.572	79.290	0,8	1.154
Pers. maestranza	49.717	24.789	74.506	0,8	926
Capataces y estibadores portuarios	48.640	22.884	71.524	0,7	2.528
Actividad de seguros, reaseguros, capitaliz. y ahorro y préstamo para la vivienda	47.214	37.857	85.071	0,9	3.302
Sindicato de mecánicos y afines del transp. automotor	46.926	43.594	90.520	0,9	2.366
Pers. industria alimentación	43.114	40.094	83.208	0,8	1.930
Conductores de transportes colectivo de pasajeros	41.494	72.106	113.600	1,2	3.186
Técnicos de vuelo líneas aéreas	41.486	21.177	62.663	0,6	3.107
Médicos de la Ciudad Bs As	40.573	25.295	65.868	0,7	1.571
Supervisores industria metalmecánica de R.A.	38.801	30.091	68.892	0,7	2.323
Pers. entidades deportivas y civiles	38.686	26.240	64.926	0,7	1.707
Pers. industria del plástico	35.241	32.676	67.917	0,7	2.038
Agentes lotería y afines RA	35.211	12.952	48.163	0,5	2.038
Pers. edificios rentas y horiz. Cap Fed y Gran Bs As	33.400	21.108	54.508	0,6	1.501
Petróleo y gas privado	33.004	34.859	67.863	0,7	4.800
Pers. actividad vitivinícola	31.761	28.552	60.313	0,6	1.386
Pers. actividad cervecera y afines	28.869	17.112	45.981	0,5	2.624
Pers. industria textil	28.341	30.737	59.078	0,6	1.627
Pers. sociedades de autores y afines	27.945	15.183	43.128	0,4	2.829
Árbitros deportivos de la R.A.	26.423	11.886	38.309	0,4	2.661
Pers. industria maderera	25.822	23.702	49.524	0,5	1.385
Pers. edificios renta y horizontal R.A.	25.237	19.736	44.973	0,5	1.736
Pers. de farmacia	22.723	15.785	38.508	0,4	1.766
Pers. dirección ind. metalúrgica y demás act. empresarias	22.561	17.647	40.208	0,4	3.914
Trabajadores socios de la asociación mutual del personal jerárquico de bancos oficiales	22.221	25.995	48.216	0,5	4.106
Pers. aguas gaseosas y afines	20.809	13.777	34.586	0,4	1.469
Federación gremial industria carne y derivados	20.364	18.652	39.016	0,4	1.668
Pers. aeronavegación entes privados	19.968	14.275	34.243	0,3	3.622
Pers. gráfico	19.227	17.980	37.207	0,4	2.212
Pers. industria del vestido y afines	19.162	9.438	28.600	0,3	1.275
Pers. industria fideera	18.688	14.591	33.279	0,3	1.723
Federación argentina de trabajadores de luz y fuerza	17.923	32.350	50.273	0,5	3.657
Serenos de buques	17.436	10.784	28.220	0,3	2.223
Pers. telecomunicaciones R.A.	17.419	19.216	36.635	0,4	2.902
Pers. industria lechera	16.747	23.048	39.795	0,4	2.935
Pers. de televisión	16.084	14.956	31.040	0,3	2.619
Asoc. civil pro sindic. amas de casa de R.A.	16.079	17.037	33.116	0,3	2.134
Feroviaria	15.899	16.683	32.582	0,3	2.538
Pers. Industria del calzado	15.246	11.472	26.718	0,3	1.562
Peones taxis Cap. Fed.	14.686	8.694	23.380	0,2	1.373
Personal asociación mutual Sancor	14.006	9.376	23.382	0,2	1.962
Patrones de cabotaje ríos y puertos	13.876	10.338	24.214	0,2	2.036
Pers. Dirección de sanidad Luis Pasteur	13.637	12.080	25.717	0,3	6.713
Pers. panaderías	13.335	9.947	23.282	0,2	1.183
Pers. estaciones servicio y gnc, garages, playas estacionamiento y lavaderos automáticos	13.237	8.552	21.789	0,2	1.469
Guincheros y maquinistas de grúas móviles	13.202	12.455	25.657	0,3	1.822



Pers. papel, cartón y químicos	12.819	11.351	24.170	0,2	1.802
Pers. Imprenta, diarios y afines	12.809	10.619	23.428	0,2	1.518
Pers. prensa de Tucumán	12.346	7.696	20.042	0,2	2.230
Pers. jerárquico de la R.A. para el personal jerárquico de ind. gráfica y energía y af.	11.835	7.381	19.216	0,2	2.405
Alfajeros, reposteros, pizzeros y heladeros (Mar del Plata y alrededores)	11.696	6.669	18.365	0,2	1.393
Empleados textiles y afines	11.643	7.762	19.405	0,2	1.633
Pers. industrias químicas y petroquímicas	11.406	11.659	23.065	0,2	2.158
Pers. industria del cuero y afines	11.124	14.027	25.151	0,3	1.927
Ceramistas	11.024	9.386	20.410	0,2	1.994
Jefes ofic. navales radiocomunicaciones	10.834	5.683	16.517	0,2	1.942
Federación de cámaras y centros comerciales zonales de R.A.	10.716	275	10.991	0,1	128
Encargados apuntadores marítimos	10.612	8.018	18.630	0,2	1.695
Pers. espectáculo público	10.228	2.566	12.794	0,1	1.084
Pers. mosaista	10.131	8.073	18.204	0,2	1.335
Actividad minera	10.121	10.115	20.236	0,2	2.168
Pers. marítimo	9.865	8.762	18.627	0,2	4.549
Pers. administrativo técnico de la construcción y afines	9.643	6.052	15.695	0,2	1.958
Pers. estaciones de servicio, garage, playas de estacionamiento s.e.l.a.santa.fe	9.634	6.929	16.563	0,2	1.725
Trabajadores viales y afines	9.484	4.408	13.892	0,1	1.466
Pers. enseñanza privada	9.269	2.680	11.949	0,1	1.490
Pers. dirección de industria privada petróleo	9.062	9.128	18.190	0,2	7.016
Fiat Cóncord S.A.I.C.	8.827	8.331	17.158	0,2	3.688
Trabajadores asociados a la asociación mutual mercantil argentina (OSTANMA)	8.786	4.466	13.252	0,1	1.059
Pers. de publicidad	7.974	3.063	11.037	0,1	2.032
Pers. Peluquerías, estética y afines	7.832	1.949	9.781	0,1	971
Federación arg. trabajo universidades nacionales	7.821	4.767	12.588	0,1	1.745
Pers. barracas de lanas, cueros y anexos	7.783	5.195	12.978	0,1	1.789
Capitanes de ultramar y oficiales de marina mercante	7.776	8.408	16.184	0,2	7.210
Pers.industria aceitera y afines	7.702	8.046	15.748	0,2	2.209
Pers. industria del fibrocemento	7.486	10.164	17.650	0,2	1.880
Trabajadores de industria del gas	7.485	8.088	15.573	0,2	2.656
Asoc. Obras Sociales de San Juan	7.358	4.767	12.125	0,1	1.292
Pers. Industria del caucho	7.110	6.559	13.669	0,1	1.704
Empleados de despachantes de aduana	7.016	4.253	11.269	0,1	2.240
Pers. dirección perfumerías E. W. Hope	6.895	2.268	9.163	0,1	2.202
Trabajadores de empresas de electricidad	6.254	9.278	15.532	0,2	4.730
Pers. municipalidad de Avellaneda	6.227	4.642	10.869	0,1	1.698
Asociación Obras Sociales de Bella Vista	6.190	9.904	16.094	0,2	1.021
Pers. instalaciones sanitarias	6.155	6.579	12.734	0,1	2.308
Aceros Paraná	5.978	8.941	14.919	0,2	6.446
Emp. de agencias de informes	5.891	3.058	8.949	0,1	2.589
Pers. estaciones servicio, garages, playas estacionamiento, lavaderos automáticos y gomerías de R.A.	5.754	4.073	9.827	0,1	1.545
Trabajadores de la carne y afines de la R.A.	5.682	5.647	11.329	0,1	1.737
Agen. propaganda médica de R.A.	5.656	6.639	12.295	0,1	6.919
Petroleros de Córdoba	5.654	3.975	9.629	0,1	1.400
Obreros empacadores fruta Rio Negro y Neuquén	5.647	4.104	9.751	0,1	2.354
Trabajadores de est de servicio (OSTES)	5.556	4.370	9.926	0,1	1.487
Pers. actividad perfumista	5.480	4.225	9.705	0,1	2.093
Trabajadores viales y afines de R.A.	5.416	6.177	11.593	0,1	1.827
Maquinistas teatro y televisión	4.869	3.065	7.934	0,1	1.419
Trabajadores de prensa Bs.As.	4.831	2.318	7.149	0,1	2.395
Papel misionero SAIFC	4.792	192	4.984	0,1	5.769
Pers. jaboneros	4.777	2.923	7.700	0,1	1.805
Pers. industria del tabaco	4.714	4.656	9.370	0,1	1.993
Pers. sup. Mercedes Benz Arg.	4.696	2.016	6.712	0,1	2.259
Pers. industria del vidrio	4.511	3.975	8.486	0,1	2.177
Empresa nacional de correos y telégrafos SA y de las comunicaciones de R.A.	4.427	2.212	6.639	0,1	1.737
Asoc. pers. superior de org. Techint	4.344	6.490	10.834	0,1	8.727
Jefes y oficiales maquinistas navales	4.272	1.734	6.006	0,1	3.259
Trabajadores de las comunicaciones (OSTRAC)	4.265	5.135	9.400	0,1	2.308
Personal Obras y Servicios Sanitarios	4.211	6.209	10.420	0,1	3.770
Asoc.Mut.Met.Villa Constitución	4.156	5.315	9.471	0,1	3.121
Pers. carga y descarga	4.099	1.815	5.914	0,1	1.037
Obra social YPF	4.099	7.087	11.186	0,1	12.765
Pers. azúcar ing. Ledesma	3.921	3.039	6.960	0,1	1.588
Empl. de prensa de Córdoba	3.888	3.192	7.080	0,1	2.237
Conductores taxis de Córdoba	3.878	2.216	6.094	0,1	1.133
Pers. aeronáutico	3.874	4.300	8.174	0,1	3.244
Asociación de obras sociales de Trelew	3.862	2.169	6.031	0,1	2.031
Pers. limpieza, servicios y maestranza Mendoza	3.799	1.665	5.464	0,1	1.056
Pers. ind. gráfica de Córdoba	3.776	3.612	7.388	0,1	1.775
Industria del transporte automotor de Córdoba	3.609	4.070	7.679	0,1	2.759
Pers. industria chacinado y afines	3.595	4.628	8.223	0,1	2.055
Pers. ind. hielo y mercados particulares	3.477	3.741	7.218	0,1	1.889
Cortadores de la indumentaria	3.441	2.104	5.545	0,1	1.521
Pers. act. azucarera tucumana	3.365	3.525	6.890	0,1	957
Mutual del pers. de agua y energía de Mendoza	3.364	4.070	7.434	0,1	2.526
Pers. recolección y barrido Rosario	3.361	1.739	5.100	0,1	1.222
Pers. act. frutícola	3.174	3.253	6.427	0,1	856
Pers. técnico aeronáutico	3.162	2.141	5.303	0,1	3.210
Empl. y pers. jerárquico Good Year S.R.L.	3.112	2.180	5.292	0,1	1.885



Pers. distribuidoras cinematograf.	3.110	2.322	5.432	0,1	1.566
Pers. actividad vial	3.051	2.739	5.790	0,1	2.327
Boxeadores agremiados R.A.	2.923	2.798	5.721	0,1	1.429
Pers. industria del neumático	2.920	5.386	8.306	0,1	3.493
Federal nacional de obras sanitarias	2.909	5.175	8.084	0,1	2.857
Pers. dirección empresas de alimentación y demás act. empresarias	2.880	3.099	5.979	0,1	4.700
Pers. cerámica, sanitarios, porcelanas de mesas y afines	2.838	2.157	4.995	0,1	2.252
Recibidores de granos y anexos	2.703	1.686	4.389	0,0	1.621
Pers. micros y ómnibus de Mendoza	2.666	3.521	6.187	0,1	2.498
Pers. cinematográfico de Mar del Plata	2.630	3.064	5.694	0,1	2.233
Pers. vigilancia y seguridad comercial, industrial e investigaciones privadas Córdoba	2.630	1.886	4.516	0,0	1.298
Pers. ind. cinematográfica	2.620	236	2.856	0,0	2.053
Trabajadores educación privada	2.617	810	3.427	0,0	1.163
Portuarios argentinos	2.600	1.539	4.139	0,0	1.619
Pers. municipal de La Matanza	2.582	376	2.958	0,0	2.264
Sind. único trabajadores de industria de aguas gaseosas Sta Fe	2.554	1.634	4.188	0,0	1.312
Pers. dirección industria automotriz	2.554	1.693	4.247	0,0	3.902
Pers. ladrillero	2.548	2.484	5.032	0,1	1.476
Ind. pastas alimenticias	2.538	1.562	4.100	0,0	1.524
Pers. escribanías prov. Bs As	2.517	2.038	4.555	0,0	1.500
Superco	2.450	3.499	5.949	0,1	4.751
Personal naval	2.404	1.380	3.784	0,0	1.826
Pers. dirección industria cervecera y maltera	2.386	2.684	5.070	0,1	4.952
Pers. jerárquico del transporte automotor de pasajeros de Córdoba y afines	2.359	1.389	3.748	0,0	1.576
Pers. dirección ind. vitivinícola y afines	2.339	1.754	4.093	0,0	2.788
Pers. fábricas de pintura	2.299	2.384	4.683	0,0	2.220
Emp. de la ind. del vidrio	2.295	1.718	4.013	0,0	1.692
Yacimientos carboníferos	2.280	3.246	5.526	0,1	4.534
Pers. superior y prof. empresas aerocomerciales	2.260	1.494	3.754	0,0	3.748
Pers. Ministerio de Economía y Obras Públicas	2.251	2.946	5.197	0,1	5.974
Pers. azúcar ingenio San Martín	2.241	6.227	8.468	0,1	1.881
Asociación obras sociales de Rosario	2.200	1.100	3.300	0,0	828
Pers. Jockey Club de Rosario	2.185	1.587	3.772	0,0	1.485
Agentes propaganda médica de Córdoba	2.185	1.394	3.579	0,0	2.967
Jardineros, parquistas, viveristas y floricultores	2.178	1.659	3.837	0,0	1.210
Empleados del tabaco	2.143	2.553	4.696	0,0	3.525
Pers. prensa Mendoza	2.089	1.156	3.245	0,0	1.385
Talleristas a domicilio	1.961	882	2.843	0,0	2.820
Tintoreros y sombrereros	1.940	948	2.888	0,0	1.173
Coop. lim. asistencia médica, farmacéutica, crédito y consumo del pers. de la ind. del caucho	1.908	2.144	4.052	0,0	5.886
Relojeros y joyeros	1.863	572	2.435	0,0	1.477
Mutualidad industrial textil argentina	1.831	1.794	3.625	0,0	3.132
Pers. manipuleo, empaque y expedición de fruta fresca y hortalizas Cuyo	1.809	727	2.536	0,0	918
Pers. telecomunicaciones sindicato Bs As (OSPETELCO)	1.790	1.124	2.914	0,0	2.620
Empl. de la marina mercante	1.782	1.055	2.837	0,0	2.025
Volkswagen Argentina S.A.	1.741	3.606	5.347	0,1	5.787
Pers. prensa de Rosario	1.685	1.087	2.772	0,0	2.237
Pers. prensa de R.A.	1.667	919	2.586	0,0	1.727
Pers. del caucho	1.598	1.117	2.715	0,0	1.806
Profesionales universitarios de agua y energía eléctrica	1.561	1.657	3.218	0,0	6.261
Pers. refineries de maíz	1.557	1.381	2.938	0,0	2.174
Pilotos líneas aéreas comerciales y regulares	1.549	786	2.335	0,0	7.418
Pers. prensa Mar del Plata	1.517	334	1.851	0,0	731
Ministros, secretarios y subsecretarios	1.516	288	1.804	0,0	1.712
Pers. hipódromos Bs As / San Isidro	1.506	605	2.111	0,0	1.563
Pers. de escribanos	1.492	409	1.901	0,0	1.312
Mandos medios de las telecomunicaciones de la R.A. y el Mercosur - OSMMEDT	1.453	1.831	3.284	0,0	4.121
Fotógrafos	1.451	658	2.109	0,0	1.162
Asoc. pers. dirección industria siderúrgica	1.436	2.165	3.601	0,0	7.597
Refinerías de maíz S.A.I.C.F.	1.429	733	2.162	0,0	4.049
Pers. ind. del fósforo	1.409	945	2.354	0,0	1.266
Pers. ind. azucarera	1.407	1.783	3.190	0,0	1.323
Electricistas navales	1.350	824	2.174	0,0	2.302
Panaderos, pasteleros y factureros Entre Ríos	1.298	1.124	2.422	0,0	1.117
Aeronavegantes	1.261	655	1.916	0,0	2.709
Personal de Shell-Capsa	1.237	2.314	3.551	0,0	14.260
Pers. azúcar ingenio Esperanza	1.229	321	1.550	0,0	1.369
Trab. de Perkins Arg SAIC	1.166	1.508	2.674	0,0	1.793
Confederación obreros y empleados municipales Argentina	1.159	762	1.921	0,0	1.442
Actores	1.049	89	1.138	0,0	560
Pers. ind. químicas y petroquímicas Zárate Campana	992	1.256	2.248	0,0	4.500
Pers. cementerios	961	1.132	2.093	0,0	1.490
Pers. ind. naval	922	549	1.471	0,0	1.220
Conductores navales (cond. fusionados)	910	639	1.549	0,0	6.867
Pers. ind. pescado Mar del Plata	897	599	1.496	0,0	1.809
Capitanes, pilotos y patrones de pesca	852	743	1.595	0,0	5.780
Pers. directivo ind. construcción	837	328	1.165	0,0	1.616
Dirección WitcheI	800	524	1.324	0,0	4.173
Vendedores ambulantes de la R.A.	733	299	1.032	0,0	526
Ford Argentina s.a.	729	1.292	2.021	0,0	7.019
Pers. dirección Alfredo Fortabat	729	1.113	1.842	0,0	6.771



Pers. guardavidas y afines R.A.	708	443	1.151	0,0	3.867
Pers. ind. ladrillera a máquina	669	902	1.571	0,0	2.607
Asoc. servicios sociales para empresarios y personal de dirección empresas comercio,	655	430	1.085	0,0	2.142
Agentes propaganda médica de Rosario	646	629	1.275	0,0	6.168
Emp. privada Witcel S.A.I.C.	640	436	1.076	0,0	5.830
Conductores y remises autos al instante y afines	611	191	802	0,0	605
Vareadores	602	448	1.050	0,0	1.420
Pers. ind. forestal Santiago del Estero	594	436	1.030	0,0	403
Pesonal estaciones de servicio del Chaco	591	366	957	0,0	1.348
Pers. municipal de Tres de febrero	561	42	603	0,0	1.668
Pers Pbbpolisur Bahía Blanca	557	1.148	1.705	0,0	8.568
Pers. luz y fuerza Córdoba	556	224	780	0,0	1.152
Ceras Johnson	544	1.064	1.608	0,0	6.536
Pers. dirección empresa subterráneos Bs As	540	523	1.063	0,0	4.084
Portuarios puerto San Martín y Bella Vista	538	412	950	0,0	3.485
Pers. dirección y jerárquico ind. cigarrillo	535	791	1.326	0,0	13.146
Modelos argentinos	524	25	549	0,0	519
0	514	933	1.447	0,0	5.918
Sindicato del pers. mensualizado del Jockey Club de Bs As y los hipódromos de Palermo y San Isidro	508	318	826	0,0	2.372
Portuarios argentinos de Mar del Plata	504	74	578	0,0	622
Pers. ind. petroquímica	480	752	1.232	0,0	5.064
Dirección OSD0	421	-	421	0,0	4.805
Locutores	418	216	634	0,0	1.761
Oficiales peluqueros y peinadores Rosario	398	84	482	0,0	914
Músicos	395	43	438	0,0	510
Técnicos de fútbol	373	223	596	0,0	2.260
Asoc. mutual pers. Philips Arg. (AMPAR)	371	230	601	0,0	8.962
Pers. dirección empresas que actúan en frutos del país	327	139	466	0,0	2.500
Pers. supervisión empresa Subterráneos Bs As	326	475	801	0,0	5.445
Pers. obras y servicios sanitarios	284	-	284	0,0	2.177
Pers. prensa Bahía Blanca	272	324	596	0,0	3.263
Cámara ind. curtidora argentina	269	257	526	0,0	3.501
Pers. ind. del tractor	245	391	636	0,0	2.646
Dirección act. aerocomercial privada	209	195	404	0,0	5.385
Legisladores de la R.A.	206	30	236	0,0	5.903
Profesionales del turf de la R.A.	206	6	212	0,0	90
Coop. asistencia mutua y turismo del pers. soc. Pirelli limitada	204	294	498	0,0	6.713
Pers. dirección ind. maderera	203	123	326	0,0	1.557
Colocadores azulejos, mosaicos, graniteros, lustradores y porcelaneros	190	183	373	0,0	1.571
Mutualidad empleados Firestone	176	270	446	0,0	5.143
Agen. propaganda médica de Entre Ríos	172	219	391	0,0	7.299
Directivos, técnicos y empleados John Deere Argentina	154	199	353	0,0	6.016
Pers. consignatarios mercado nacional de hacienda Liniers	150	99	249	0,0	2.555
Cámara empresarios agencias remises prov Bs As (OSCEARBA)	144	33	177	0,0	569
Pers. ind. botonera	122	78	200	0,0	1.215
Pers. ind. del caucho Santa Fe	107	75	182	0,0	1.219
Atanor S.A. Mixta	100	151	251	0,0	4.287
Futbolistas	98	23	121	0,0	794
Operadores cinematográficos	96	22	118	0,0	1.572
Cabot Argentina	83	28	111	0,0	6.896
Pers. prensa de Chaco	74	42	116	0,0	2.184
Capitanes baqueanos fluviales marina mercante	40	13	53	0,0	9.447
Alliet Domeco Argentina S.A. (ex Hiram Walker S.A.)	30	18	48	0,0	1.414
Dirección nacional de vialidad	18	27	45	0,0	1.648
I.N.S.S.J.P.	5	3	8	0,0	1.075
Asociación de obras sociales de Comodoro Rivadavia	2	1	3	0,0	2.179
OS. erroneas en DD.JJ.	51.381	2.639	54.020	0,5	