
Sistemas de salud locales: análisis sobre la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago

ISBN 978-907-26862-0-9

■ 2011

Sistemas de salud locales: análisis sobre la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago

Daniel Maceira



Sistemas de salud locales: análisis sobre la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago / Daniel Maceira... [et.al.]; con la colaboración de Cejas, Cintia y Olaviaga, Sofía; dirigido por Daniel Maceira - 1ª. ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2011.

180 p. ; 22x15 cm.

ISBN 978-987-26862-0-8

1. Salud. 2. Políticas Públicas. I. Maceira, Daniel. II. Cejas, Cintia, colab. III. Olaviaga, Sofía, colab. IV. Maceira, Daniel, dir. V. Título.

CDD 614

Fecha de catalogación: 17/05/2011

Autor y compilador: Dr. Daniel Maceira

Edición y corrección de estilo: José Lopez

Diseño de tapa e interior: Cecilia Díaz.

Comisión Nacional Salud Investiga

Avda. Rivadavia 877, 3º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Primera edición de 800 ejemplares

© Comisión Nacional Salud Investiga

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.273

Hecho en Argentina

Este documento puede ser reproducido en forma parcial a condición de citar la fuente.

Se terminó de imprimir en Noviembre de 2011



AUTORIDADES

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernandez de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis Manzur

Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias
Dr. Eduardo Mario Bustos Villar

Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación
Dr. Jaime Lazovski

Coordinación Comisión Nacional Salud Investiga
Lic. Carolina O'Donnell

ACERCA DE LOS AUTORES

El presente trabajo de investigación fue realizado entre marzo 2007 y julio 2008 con el apoyo de una beca para Estudios Colaborativos Multicéntricos, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Daniel Maceira, Coordinador del Proyecto

Ph.D. en Economía, Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA), con estudios de postgrado en Instituto Di Tella. Recibió becas de la Fundación Ford, el Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosestein-Rodan, entre otras. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), e Investigador Adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha participado en numerosos proyectos de investigación y asistencia técnica, especialmente en América Latina. Ex Director del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC)

Cintia Cejas

Lic. en Ciencia Política con orientación en Procesos Políticos, Universidad Católica Argentina. Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO, tesis en curso. Ex Coordinadora de Proyectos del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Sofía Olaviaga

Lic. en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, FLACSO, tesis en curso. Actualmente se desempeña como Coordinadora de Proyectos del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Ana María Reynoso

Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires. Maestría en Economía, Universidad de San Andrés, en curso. Se desempeñó como Investigadora Becaria en el Área Economía del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Es ayudante en la Facultad de Economía, UBA.

ACERCA DE LOS COLABORADORES

Martín Peralta

Lic. en Economía, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), con Posgrado en Economía, Universidad Di Tella. Actualmente es Asistente de Investigación del CEDES. Se desempeñó como consultor junior externo para el Banco Interamericano de Desarrollo, y como analista la Unión Industrial Argentina (UIA). Es docente de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP y de la Universidad Argentina de la Empresa.

Mariana Rodríguez

Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires. Maestría en Economía, Universidad de San Andrés, en curso. Se desempeñó como Investigadora Becaria en el Área Economía del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Es ayudante en la Facultad de Economía, UBA.

Manuel Calderón

Lic. en Economía, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), con posgrado en Economía, Universidad Di Tella. Actualmente es consultor en la Subsecretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación. Se desempeñó como investigador de la Fundación PENT, del Centro de Estudios Bonaerense y fue consultor del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires y del Programa SIEMPRO-SISFAM.

Cristina Segal

Abogada, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Maestría en Ciencias Sociales y Salud, (CEDES-FLACSO), tesis en curso. Consultora, en el Área Salud, del Proyecto ARG./97/037 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Tuvo a su cargo la asesoría legal de la Subsecretaría de Planificación de la Salud (2001-2004), Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Desarrolla actividades docentes en la Facultad de Derecho, (UBA).

Mariela Strusberg

AGRADECIMIENTOS

Adrián Romero, PAMI, Nivel Central
Alberto Briones, Asociación de Clínicas
y Sanatorios de Salta
Alberto Velazquez, Asociación de
Clínicas del Interior de Salta
Alfredo Socolsky, Círculo Médico del Sur
Amalia Chale, Clínica La Merced
Ana Degani, Administración Provincial
del Seguro de Salud (APROSS)
Antonio Vargas, Sanatorio Regional
Bernardo Ramírez, PAMI, Unidad de
Gestión Local Salta
Carlos Gianzanti, Instituto de Medicina
CENESA
Carlos I. Pesa, Asociación de Clínicas
y Sanatorios de Tucumán (ACYST) y
Sanatorio 9 de Julio
Cristina Ferrer, Cooperativa Médica
COISA
Daniel Anauch, Asociación de Clínicas,
Sanatorios y Hospitales Privados de la
Provincia de Córdoba (ACLYSA)
Dante A. Erbetta, Sanatorio Argentino
Eduardo Boveri, PAMI, Nivel Central
Enrique Massa, Ministerio de Salud
de la Provincia de Córdoba
Eugenio Lobo, Hospital Ángel Padilla
Federico Berruoso, Instituto Provincial
de Salud (IPS)
Federico Saravia Toledo, Hospital
Privado Tres Cerritos
Fernando Avellaneda, Ministerio

de Salud Pública de la Provincia
de Tucumán
Fredí Rodríguez Yonseng,
Sanatorio Rivadavia
Gabriel Pedetta, Ministerio de Salud
de la Provincia de Córdoba
Graciela Fernández, Sanatorio
Alberdi
Graciela Lavado, Hospital del Niño
Jesús
Graciela Party, Sanatorio El Carmen
Graciela Saleme, Sanatorio Infantil
San Lucas
Héctor Molina, Hospital Nuestra
Señora del Rosario
Hernán Zanellato, Sanatorio Modelo
Horacio Carreras, Sanatorio Mayo
Hugo Colombo, Cámara Provincial
de Prestadores de Servicios de
Salud (CAPPSSA)
Hugo Gómez Guchea, Colegio
Médico de Tucumán
Inés Yamuss, Agrupación
Sanatorial del Tucumán
Jaime Castellani, Hospital San
Bernardo
Jorge Llaya, Ministerio de Salud
Pública de la Provincia de Salta
Jorge Rego, Hospital Juan
Bautista Alberdi
José Ojeda, PAMI, Unidad de
Gestión Local Córdoba

Josefa Castagnaro, Subsidio Salud
Juan C. Ocampo, Clínica San Antonio
Juan Llatzer, Sanatorio Asociación
El Parque
Julio Chit, PAMI, Unidad de Gestión
Local Córdoba
Julio Manuel Isa, Hospital Regional
Concepción
Laura Rodríguez, Asociación de
Clínicas, Sanatorios y Hospitales de la
República Argentina (ADECRA)
Liliana de Girón, Sanatorios y Clínicas
Asociadas de Tucumán (SYCAT)
Liliana Gaspar, Instituto de Medicina
CENESA
Mabel Soraire, Clínica Lourdes
Magdalena Valderrama, Hospital
Nuestra Señora del Rosario
Marcela Pasquini, Sanatorio Pasquini
Marcelo Fabio Morales, Sanatorio
Norte
Mariano Abdo, Clínica Mayo
Mario del Barco, Hospital El Nuevo
Milagro
Mario Ovejero, Sanatorio Mayo
Máximo Diosque, Ministerio de Salud
Pública de la Provincia de Tucumán
Miguel Gordillo, Hospital Juan
Bautista Alberdi
Nicolás Salazar, Círculo Médico de
Salta
Olga E. Fernández, PAMI, UGL I
Tucumán
Oscar Rogero, Hospital de Clínicas
Nicolás Avellaneda

Pablo Yedlin, Ministerio de Salud
Pública de la Provincia de Tucumán
Patricia Gómez, Sanatorio Asociación
El Parque
Raúl Penna, Ministerio de Salud
Pública de la Provincia de Tucumán
Ricardo Espósito, Cámara Provincial
de Prestadores de Servicios de
Salud (CAPPSSA)
Rodolfo Héctor Rodríguez, Admin.
Provincial del Seguro de Salud
(APROSS)
Roque Mascarello, Ministerio de
Salud Pública de la Provincia de Salta
Roxana Chala, Instituto de Maternidad
y Ginecología Nuestra Señora de las
Mercedes
Sergio A. Neme, Sanatorio Parque
Sergio Merina, Subsidio Salud
Sergio Reinoso, Clínica del Pilar
Silvia Ramos Figueroa, Asociación
de Clínicas y Sanatorios de Salta
Silvia Yamuss, Agrupación Sanatorial
del Tucumán, Clínica Integral de la
Mujer, Sanatorio Mitre, Sanatorio
Central y Sanatorio Galeno
Susana Tapia, Hospital Privado
Santa Clara de Asís
Walter Olmos, Clínica Divina
Misericordia

PRÓLOGO

El conocimiento de las enfermedades y sus determinantes ha logrado avances importantes en las últimas décadas gracias a distintas vertientes de investigación para la salud, tales como la epidemiológica, la biomédica o la social. Al mismo tiempo, se ha observado un interés cada vez mayor en que los resultados de las investigaciones se constituyan en un insumo para la elaboración de políticas sanitarias basadas en la evidencia científica. Sin embargo, la aplicación del conocimiento en la formulación, diseño, monitoreo y evaluación de políticas de salud se enfrenta aún al desafío de superar la brecha existente entre la producción de evidencia científica y su oportuna y efectiva aplicación.

La gestión del conocimiento es uno de los factores que contribuyen a la reducción de esa brecha, además de la presencia activa del Estado, cuyas acciones han de estar orientadas a promover y facilitar la convergencia entre investigadores y tomadores de decisiones sanitarias. En este contexto, las acciones de divulgación de los resultados de las investigaciones financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación constituyen un componente fundamental de la política de investigación para la salud de Argentina. En esta oportunidad, el Programa de Publicaciones de la Comisión Nacional Salud Investiga, ofrece a los diversos actores sociales y políticos del campo de la Salud Pública los resultados de este estudio colaborativo multicéntrico financiado con las Becas de Investigación “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia”.

Merecen un especial reconocimiento los investigadores que a través de este libro ofrecen a la comunidad los resultados de su trabajo.

Es mi deseo que aquellos que toman decisiones y generan políticas e intervenciones sanitarias encuentren en esta publicación un instrumento que les ayude a cumplir con el importante objetivo de mejorar la salud de nuestro pueblo.

Dr. Juan Luis Manzur
Ministro de Salud de la Nación

ÍNDICE

Acerca del autor y sus colaboradores.....	5
Agradecimientos	7
Capítulo 1: Marco Teórico. Mecanismos de Pago en Salud: Incentivos, implementación y limitaciones	11
1- Introducción	11
2- Mecanismos de pago y teoría de la agencia	13
3- Mecanismos de pago alternativos en el sistema de salud	17
3-1- Dimensiones de análisis e incentivos directos	17
3-2- MECANISMOS DE PAGO “TRADICIONALES”	19
3-3- Alternativas recientes.....	24
3-4- Análisis comparado	28
3-5- Evidencia empírica.....	29
3-6- Límites al desarrollo de mecanismos de pagos “mixtos”	32
4-Implementación de los mecanismos de pago: estructura del mercado, poder de negociación y racionalidad	33
Capítulo 2: Metodología	39
1- Revisión de literatura y recolección de información	40
2- Mapeo de actores: entrevistas en profundidad	41
3- Encuestas a prestadores de servicios de salud	42
4- Principios y análisis	47
Capítulo 3: Actores, contratos y mecanismos de pago. El caso del Sistema de Salud de Córdoba	49
1- Introducción	49
2- Metodología	51
3- Características socioeconómicas y sanitarias de Córdoba	55
3-1- Indicadores Socioeconómicos	56
3-2- Sistema de salud: indicadores de Necesidad y Oferta y su relación con el gasto público en salud	57
4- Sistema de salud de la provincia: estructura del mercado y principales actores	59

5- Comportamiento de los actores	67
5-1- Mecanismos de contratación y pago	67
5-2- Estrategias de mercado	81
5-3- Gestión hospitalaria pública	87
6- Conclusiones	92

Capítulo 4: Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del Sistema de Salud de Salta

de Salta	95
1- Introducción	95
2- Características socioeconómicas y sanitarias de Salta	96
3- Estructura del Sistema de salud de Salta y sus principales actores	100
4- Antecedentes de los principales actores.....	106
5- Preguntas de investigación	109
6- Comportamiento de los actores en el mercado	114
7- Contratos.....	121
8- Subsector Público.....	128
8-1- Estructura del subsector público	129
8-2- Distribución del financiamiento	134
8-3- Participación en la toma de decisiones	135
9- Conclusiones	137

Capítulo 5: Actores, contratos y mecanismos de pago. El caso del Sistema de Salud de Tucumán

de Tucumán	141
1- Introducción	141
2- Características socioeconómicas y sanitarias de Tucumán ..	143
3- Estructura del sistema de salud de la provincia de Tucumán y sus principales actores	146
3-1- Sistema Provincial de Salud (SIPROSA).....	148
3-2- Seguridad Social	152
3-3- Sector privado: prepagas y asociaciones intermedias	156
4- Antecedentes de los principales actores del sistema.....	159
5- Preguntas de investigación.....	163
6- Metodología	165
7- Comportamiento estratégico y morfología del sistema de salud	169

7-1- Prestación de servicios de salud	169
7-2- Sector Público.....	186
8- Conclusiones	189
Capitulo 6: Discusión y Conclusiones	195
Referencias Bibliográficas	207

CAPÍTULO 1:

Marco Teórico. Mecanismos de Pago en Salud: Incentivos, implementación y limitaciones

DANIEL MACEIRA Y MARTÍN PERALTA ALCAT

1- Introducción

Se espera que un sistema de salud cumpla fundamentalmente con tres objetivos: (i) asignar los recursos de manera *eficiente*, esto es, proveer la mayor cantidad de servicios a un nivel aceptable de calidad por el mínimo costo posible; (ii) brindar servicios de *calidad*, lo que implica proveer el cuidado que alcance el balance más favorable entre riesgo médico y beneficios en términos de salud; y (iii) garantizar el acceso *equitativo* al cuidado de la salud, que en su nivel más general implica asegurar que todas las personas de una población no se vean impedidas tanto financiera como geográficamente del acceso al cuidado de la salud (Wouters, 1998).

La evidencia empírica ha mostrado que difícilmente pueden cumplirse en forma simultánea los tres objetivos mencionados, especialmente en países de recursos medios y bajos. Asimismo, y en alguna medida, el grado de alcance de cada uno de estos objetivos depende de la estructura de pagos seleccionada por los diversos actores del sistema.

Los “mecanismos de pago” se refieren a la manera en que el dinero es asignado desde una fuente de recursos, como puede ser una estructura gubernamental, una compañía de seguros u otro pagador, hacia una institución proveedora de servicios de cuidado de la salud (hospital, clínicas, laboratorios, farmacias, etc.) o hacia un proveedor individual (un médico, una enfermera, un psicólogo, etc.). La configuración utilizada para la instrumentación de cada mecanismo de pago promueve un conjunto de incentivos en proveedores que impactan directamente en el comportamiento de los mismos en términos de cantidad, calidad y tipos de servicios que los mismos prestan (Chernichovsky et al, 2003).

El estudio de los mecanismos de pago ha sido profundamente abordado en la literatura económica, pero tanto su aplicación en los sistemas de salud como el análisis de impacto de las diferentes alternativas de remuneración (cápitales, pago por prestación, pagos asociados a diagnóstico, presupuesto fijo, entre otros) se ha desarrollado hacia fines de los años ochenta y fundamentalmente durante los noventa.

La diversidad de actores en el sistema de salud involucra entre otros a médicos, enfermeros, hospitales, farmacéuticos, seguros sociales y privados, mucho de los cuales interactúan entre sí y con los pacientes en estructuras habitualmente descentralizadas y donde es difícil de observar perfectamente la oportunidad y calidad de la atención. En este contexto, la diversidad de grupos de interés y el poder de negociación de cada uno de ellos se erige como condicionante del nivel y la estructura de pagos que finalmente será empleada en la relación contractual que una a los actores. De este modo, un mecanismo de pago son en parte producto del poder de negociación de las partes que interactúan en los “mercados de salud” (Maceira, 1998).

Este capítulo intenta brindar un marco de referencia para el estudio de los mecanismos pago en salud y su aplicación en Argentina. Para ello, en primer lugar, se revisa la literatura sobre contratos (Teoría de la Agencia), la cual hace referencia al diseño de mecanismos de pago bajo diferentes contextos. En segundo lugar se definen de dimensiones de análisis, que

luego permiten repasar las principales alternativas de pago utilizadas en los sistemas de salud, comparando el impacto de cada una de ellas y el sesgo de los mismos hacia el cumplimiento de cada uno los objetivos del sistema. Luego, se estudian las condiciones que influyen en la selección de un mecanismo de pago particular entre el conjunto de posibilidades existentes. Finalmente se discuten algunas de las causas que permiten explicar la subutilización de los avances contractuales en el diseño de pagos en salud especialmente en países en desarrollo.

2- Mecanismos de pago y teoría de la agencia

Las respuestas de los proveedores de servicios de salud a las diversas modalidades de pago han sido analizadas en la literatura económica principalmente a través de la teoría de contratos surgida a partir de la denominada teoría de la agencia. La misma reconoce y modela explícitamente los conflictos potenciales de interés entre diferentes actores, enfatizando en la información asimétrica como principal obstáculo para monitorear esfuerzos en una relación de contractual (en el caso de los sistemas de salud, refiere a la relación contractual entre financiadores y proveedores o entre pacientes y prestadores de servicios de salud).

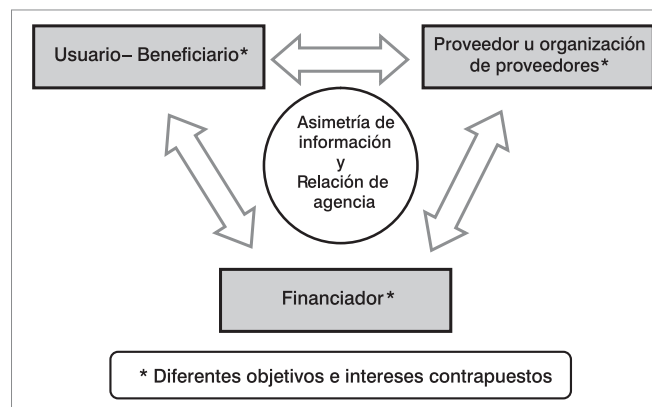
Los mecanismos de pago constituyen un componente nodal del contrato de incentivos, que conectan al profesional de la salud o la entidad en la cual el mismo trabaja (hospital público, clínica, consultorio), con la organización que lo contrata (aseguradora, estado, paciente, etc.). Como tal, el análisis e interpretación del pago médico se puede examinar en el marco de la literatura de contratos e incentivos financieros (Milgrom y Roberts, 1992, Prats y Zeckhauser, 1992). La esencia de la teoría de la agencia radica en que un individuo u organización – el principal – contrata a otro individuo u organización – el agente – para que realice un conjunto de acciones o sea el responsable de tomar ciertas decisiones. Sin embargo, existen obstáculos que impiden que dicha relación se desarrolle de la manera en la cual el principal la desea. Ello se atribuye a que los objetivos del agente pueden no estar alineados con aquellos del principal y, ante un

escenario de información asimétrica, y monitoreo imperfecto, la parte más informada puede comportarse oportunísticamente.

Particularmente en los sistemas de salud, la presencia del “tercer pagador” (el seguro de salud contratado por el paciente) lleva a la identificación de dos principales (paciente y seguro) y un agente (el prestador de servicios)

La teoría de la agencia se focaliza entonces, en el diseño de instrumentos que permitan minimizar dicha desarticulación. Entre ellos se encuentran, los mecanismos de selección de los agentes, el diseño de alternativas de monitoreo, y principalmente el más relevante en función del objeto del presente estudio, el diseño de los mecanismos de pago.

ACTORES Y RELACIÓN DE AGENCIA



Fuente: Elaboración propia en base a Buglioli, Gianneo y Gustavo Mieres (2002).

El diseño de un sistema de remuneración capaz de alinear los esfuerzos de los agentes con los objetivos del principal deberá basarse en dos componentes: el “nivel de pago” y la “estructura de pago”. El “nivel” deberá ser igual o mayor a la compensación que el agente podría recibir en otras circunstancias similares e implícitamente podría tener en cuenta

consideraciones sociales respecto a la profesión (costo de oportunidad). La “estructura del pago” debe ser diseñada de manera que provea el más alto premio al agente por su esfuerzo, de modo de motivar la acción deseada del agente. En todo caso, este esquema de incentivos responde a factores estrictamente monetarios, más allá de las motivaciones no-monetarias que impulsan el accionar de los actores en el sistema de salud (solidaridad, compromiso social, prestigio, trabajo en equipo, etc.)

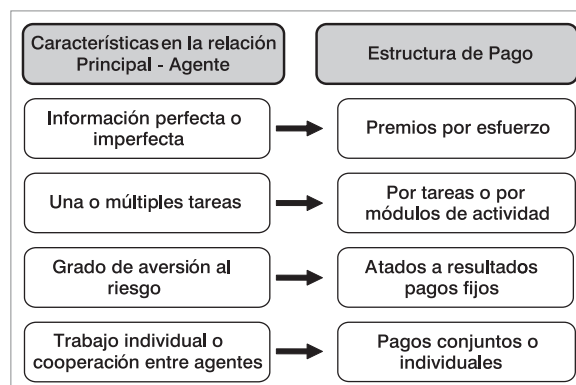
El mecanismo de pago conceptualmente más simple y que provee eficaces y fácilmente entendibles incentivos en pos de lograr maximizar la performance del agente, es la compensación atada directamente al *esfuerzo*. En este sentido, el principal incluirá en el diseño del mecanismo de pago las siguientes características:

1. El grado hasta el cual el desempeño es fácilmente medible y monitoreada. Esta condición se refiere al nivel de información de la que dispone el principal para cuantificar y evaluar las actividades y resultados obtenidos por el agente, de manera de ajustar el pago a la evolución “observada” de las mismas.
2. El grado hasta el cual el comportamiento deseado consiste en una o múltiples tareas. Condición esta que se encuentra estrechamente relacionada con la anterior. A medida que aumenta la cantidad de tareas que un individuo debe efectuar en su trabajo, se reduce, a la vez que se hace más compleja la capacidad de monitoreo por parte del principal. Los intentos por conectar los pagos al desempeño inducirán al agente a realizar un “sobreesfuerzo” en aquellas tareas que resultan medibles, y por ende tienen una correlación positiva con el pago, en detrimento de aquellas tareas que aún siendo relevantes son difíciles de monitorear (Holmstrom y Molgrom, 1991). En términos de estructuras de pagos, a medida que se incrementa la cantidad de tareas que el agente debe desarrollar, más difícil se hace conectar el salario a cada una de las mismas, resultando más eficiente realizar pago por módulos de tareas, y en el extremo, pagos fijos.

3. El grado hasta el cual los individuos son adversos al riesgo. Hay personas que se encuentran dispuestas a asumir más riesgos que otras, en tanto otros cuentan con menor disposición o capacidad financiera a aceptar incertidumbre, y probablemente prefieran pagos fijos y ciertos a pagos variables vinculados a resultados.
4. El grado hasta el cual la cooperación entre múltiples agentes resulta una cuestión central de la dinámica de trabajo (Prendergast, 1999). En este caso, la estructura de remuneración debería contemplar asignaciones que dependan de resultados conjuntos, de manera de motivar la cooperación y coordinación entre individuos.

En tanto la estructura de pagos contemple estas dimensiones, se facilita el diseño de un mecanismo que permita alinear los incentivos de los actores participantes, logrando aumentar la productividad del conjunto. A su vez, como se mencionara en la enumeración anterior, cada una de estas dimensiones de análisis se encuentra relacionada con una estructura de pagos determinada. Así, en el siguiente gráfico se presenta un esquema que resume lo planteado.

RELACIÓN PRINCIPAL - AGENTE Y ESTRUCTURAS DE PAGO



Fuente: Elaboración propia

3- Mecanismos de pago alternativos en el sistema de salud

Del análisis anterior se desprende que el mecanismo que permite alinear los objetivos de los financiadores con aquellos correspondientes a los proveedores de servicios para el cuidado de la salud debería estar asociado principalmente al esfuerzo que los mismos realizan. Es por ello que las variables que podrían utilizarse como aproximaciones del nivel esfuerzo son aquellas vinculadas con la cantidad de servicios que los proveedores brindan (consultas, intervenciones quirúrgicas, vacunaciones, etc.).

Sin embargo, ciertas características operan en un sentido inverso, haciendo que los pagos asociados a la cantidad de servicios no sea considerada la mejor opción de remuneración, pudiendo generar sobreprestación. Entre ellas, la más importante consiste en la *asimetría de información*, donde la necesidad y oportunidad de las intervenciones no pueden ser monitoreados, sus actividades cuantificadas o bien comprendidas (Arrow, 1963). Esto se refiere a la posibilidad que poseen los profesionales de la salud para inducir la demanda y con ello la explosión de costos. A su vez, el monitoreo se vuelve más dificultoso en la medida que el nivel de complejidad médica se acrecienta.

En cuanto al resto de las consideraciones, se debe tener en cuenta que el ejercicio de la actividad médica es difícilmente agregable en una única tarea, lo que dificulta evaluar resultados de manera tan nítida como en otros oficios o profesiones. Finalmente, el grado de cooperación en la profesión es relativamente más alta que en otras disciplinas, siempre que son indispensables los intercambios de opiniones entre profesionales ante ciertos casos vislumbrados en pacientes.

3-1- Dimensiones de análisis e incentivos directos

Los sistemas de salud presentan diferentes modalidades de pago entre sí y al interior de los mismos. Es por ello que en esta sección se presentan

los aspectos que serán tenidos en cuenta para describir y comparar a los mismos.

1. Unidad de pago. Las unidades de pago se distinguen por el grado de agregación de los servicios asistenciales contratados. Puede considerarse que la unidad menos global o más desagregada es el pago por servicio y las unidades más agregadas son los pagos por un proceso asistencial, por una estancia hospitalaria, por un ingreso y por la asistencia de un enfermo a lo largo de determinado tiempo. El criterio de ordenamiento determina el tipo de incentivo que el financiador emite al prestador.
2. Riesgo financiero. Cada forma de remuneración conlleva distintos riesgos financieros. Para valorarlos, se debe tener en cuenta dos aspectos: la distribución desigual de los costos hospitalarios y la distribución, por tramos o intervalos, de la remuneración. Cuanto mayor sea la variabilidad de costos a un precio dado, mayor es el riesgo financiero que se transfiere del financiador al prestador. Desde un punto de vista normativo, sería deseable una distribución de riesgos que atribuyera al una exposición derivada del mayor o menor grado de eficiencia que alcance en el suministro de los servicios.
3. Requerimientos informáticos/Costos administrativos. La estructuración de cada mecanismo de pago requerirá en mayor o menor medida de sistemas y tecnologías de información, vinculados a la necesidad de contar con data que permita el ajuste de los mecanismos de pago a las diferentes circunstancias de una comunidad o región geográfica particular.
4. Temporalidad del pago. Refiere al momento del tiempo en el cual el mismo se produce. Cuando el desembolso por una o varias unidades de servicios se efectúa en forma previa al tratamiento, se dice que el pago es de tipo prospectivo. Los pagos prospectivos incrementan el incentivo por lograr mayor eficiencia debido a que el prestador observa un mayor riesgo. Cuando el pago es establecido durante o

luego de que el servicio haya sido concretado, se dice que el mismo es de tipo retrospectivo. En este caso, se genera un incentivo claro a la no contención de costos.

Aún cuando medien cuestiones de altruismo, el proveedor efectúa antes de cada intervención un análisis de la relación entre el ingreso (monetario y no monetario) percibido por servicio y el costo y nivel de esfuerzo asociado con la provisión del mismo, impactando directamente en los niveles de sobreprestación o subprestación. El diseño de un mecanismo de pago que busque favorecer cierto comportamiento, bajo el riesgo de generar consecuencias no deseadas, no implica que ello necesariamente será así, sino que el esquema de remuneración plantea un incentivo “directo”, que podrá potenciar, contrarrestar o neutralizar el comportamiento del proveedor.

Cada método de pago presenta diferentes impactos en términos de eficiencia, calidad y equidad. Por ejemplo, si los incentivos para promover la eficiencia son llevados al extremo, se pueden generar de manera simultánea incentivos para reducir la calidad y la cobertura del servicio. En este sentido, los tomadores de decisiones de política sanitaria deben identificar el conjunto de estímulos creados bajo cada mecanismo de pago y decidir los umbrales de calidad, cobertura y eficiencia a ser alcanzados.

3-2- MECANISMOS DE PAGO “TRADICIONALES”

Si bien desde un punto de vista teórico se presentan un conjunto no menor de consideraciones a tener en cuenta al momento de diseñar una estructura de remuneración, tradicionalmente los mecanismos de pago más utilizados han sido tres relativamente simples: salarios (presupuesto si el pago se efectúa a una institución), pago por prestación y cápita. A continuación se presenta una breve descripción de los esquemas de remuneración en base a las dimensiones de análisis planteadas en la sección anterior.

1. Capitación. Bajo este sistema, los médicos directamente o las instituciones prestadores reciben un monto de dinero por cada persona enrolada, para cubrir un nivel específico de cuidado de la salud y ofrecer un paquete definido de servicios, por un período de tiempo predeterminado. Es por lo tanto un mecanismo de pago de tipo prospectivo. Los pacientes pueden generalmente ser residentes de un área geográfica específica (capitación geográfica), o ser seleccionados en base a algún otro criterio preestablecido (capitación por lista).

La compensación médica según el modelo capitado se efectúa generalmente en base a fórmulas que tratan de asegurar la equidad en la asignación de los fondos entre diversas regiones de acuerdo con las necesidades de la población. A su vez, la misma suele estar asociada con variables para las cuales se posee información al tiempo que resulte relativamente fácil de obtener. Las variables comúnmente incluidas son número de individuos, edad y género. Otras variables como estado civil, condición socioeconómica, urbanización, mortalidad y morbilidad, número de individuos con problemas de adicción e índices epidemiológicos también han sido sugeridas y utilizadas en algunas situaciones.

Los proveedores entonces reciben un monto fijo por paciente, y luego de descontar todos los costos del tratamiento, retienen el excedente como un ingreso propio. Es por ello, que el riesgo financiero del pagador es bajo y el del proveedor es alto.

El pago por cápita induce a la eficiencia siempre que los recursos asignados se encuentren asociados con el tamaño de la población atendida y sus problemas sanitarios. La equidad derivada de la aplicación de esta estructura estará en función de la cantidad de servicios incluidos y la relación de los valores de la misma con el costo marginal de prestación. Al menos en teoría, la cápita tiende a inducir estrategias preventivas de cuidado de la salud, en la medida que el contrato se evalúe como perdurable en el

tiempo. Asimismo, el riesgo de perder capitas como producto de una potencial subprestación, incentivaría niveles de esfuerzo socialmente deseables. Sin embargo, una cápita muy baja puede generar racionamiento y selección de riesgos por parte de los prestadores. A medida que el valor de la cápita incluya ajustes para perfiles epidemiológicos específicos el esquema se hace más equitativo.

2. Pago por prestación. Bajo este sistema los médicos y demás trabajadores de la salud reciben un ingreso de acuerdo con el número y tipo de servicios brindados al paciente. Un precio específico se establece por cada servicio, que puede ser fijo o variable. Si el pago es fijo, el médico y el pagador acuerdan un cronograma de tasa por servicio al inicio de un período de tiempo, y todos los pagos dentro del lapso convenido se basan en dicho cronograma. Bajo el sistema variable, no existe cronograma y los médicos y demás trabajadores cargan el *precio del mercado* de cada servicio. Es por ello un sistema de pago retrospectivo.

En cuanto a la administración, es relativamente más complejo, debido a que requiere que los proveedores contabilicen y trasladen al financiador el listado de servicios prestados, al tiempo que deben estar al tanto del precio de mercado de cada uno de ellos.

A diferencia del pago capitado, en este caso, el riesgo financiero lo asume el pagador, ya que debe efectuar desembolsos por cada prestación que le factura el prestador. Esto a su vez, limita la eficiencia en la utilización de los recursos, ya que podría generar una tendencia de los proveedores a incrementar el número de servicios (demanda inducida), muchos de los cuales en ciertas ocasiones no son requeridos. Al mismo tiempo, el proveedor tiene incentivos a utilizar tratamientos de alta calidad, sin preocuparse por el costo de los mismos. En ocasiones, y especialmente en la contratación de servicios de instituciones hospitalarias, el

mecanismo de pago por prestación puede ser acompañado por techos de desembolso (presupuesto con techo prestacional). Ello permite incorporar una limitación a la explosión de costos, conocida ex ante por la institución contratada.

3. Salarios. Probablemente sea el sistema más utilizado de remuneración a los profesionales de la salud. Bajo el mismo, tanto los médicos como el resto del personal asociado al cuidado de la salud reciben una remuneración en función de una cantidad fija de horas trabajadas. Este esquema de remuneración tiene su correlato en el presupuesto fijo histórico de las instituciones sanitarias.

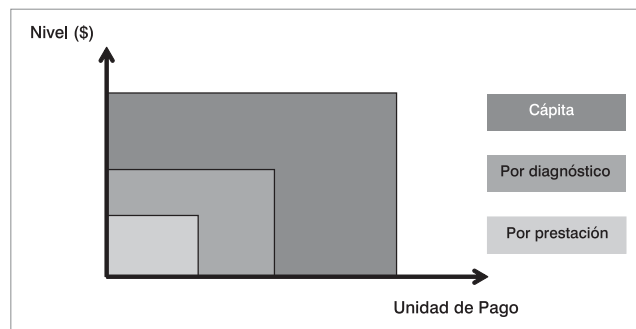
En ambos casos, se hacen ajustes temporales que dependen de una variedad de factores, donde pueden incluir la calificación del personal, los años de trabajo y el giro de operaciones de la institución. Como tal, el monto del salario no guarda relación con el número de visitas, de la cantidad de pacientes, el número de casos, la severidad de los mismos, etc., lo que genera un incentivo a la subprestación de servicios, en tanto el ingreso neto se vincula con una reducción en los costos de operación. Asimismo, a menor el nivel de salario y presupuesto, mayor es el incentivo a reducir los costos operativos, profundizando el riesgo de subprestación.

4. Per diem (por día). Consiste en un pago que es utilizado para los pacientes que requieren de internación. Es un pago que cubre todos los gastos incurridos durante un día de hospitalización. Es de tipo prospectivo y requiere un sistema de información que permita asociar los días de cama por departamento del centro de atención y asegurarse que los costos sean cubiertos. En términos de riesgo financiero, el mismo es asumido por el prestador, al igual que la cápita, ya que se arriesga a sufrir un desbalance entre los costos incurridos por los servicios prestados durante los días de internación y el monto que se le transfiere.

Los pagos por día generan un incentivo a los centros de atención a incrementar el número de días de hospitalización y aumentan el número de internaciones. La calidad de los servicios se puede ver disminuida si se brinda una cantidad menor de servicios y drogas, aún así, la calidad percibida por el paciente se puede ver incrementada si el interés por parte del médico aumenta de manera de inducir las admisiones y hospitalizaciones.

5. Pago por diagnóstico. Consiste en un monto fijo que cubre todos los servicios asociados con un caso o enfermedad particular, y es aplicado de manera más frecuente para pacientes hospitalizados. La unidad de pago, como se ve reflejado en el gráfico siguiente, es por lo tanto menos agregada que en la cápita, aunque más desagregada que el pago por prestación.

UNIDADES DE PAGO ASOCIADAS A LOS MECANISMOS DE REMUNERACIÓN



Fuente: Lancenbrunner y Liu (2004)

El mecanismo de pago por diagnóstico resulta técnicamente más complejo que otros sistemas de retribución, debido a que requiere de la recolección de un gran volumen de información relacionada con las características de los pacientes, diagnósticos y procedimientos. Este método es frecuentemente utilizado en Estados Unidos y algunos países europeos (Langenbrunner, y Xingzhu, 2004). El pago por diagnóstico, si es

correctamente administrado, mejora el control de costos y la eficiencia técnica. Este mecanismo permite agrupar los costos asociados con casos de riesgo y severidad similares en categorías y asignar a cada una de ellas un precio. La Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Disease, ICD) es comúnmente utilizada como parámetro aproximado del riesgo o severidad de los casos.

Una de las mayores ventajas de esta estructura de remuneración consiste en que reduce los incentivos económicos a proveer tantos servicios como sean posibles (como con el pago por prestación) o mantener al paciente hospitalizado el mayor tiempo posible (como con el pago por día). Las principales desventajas consisten en que el proveedor puede clasificar al paciente en un grupo que implica un mayor reembolso, y generar incentivos a la admisión y readmisión.

6. Presupuesto por ítem. El presupuesto es asignado de acuerdo con categorías específicas de recursos o funciones. Las categorías presupuestarias incluyen: salarios, medicamentos, equipamientos, alimentos y administración entre otras. El pago generalmente es prospectivo. Resulta administrativamente simple de ejecutar y el riesgo financiero se distribuye entre el pagador y el proveedor. En cuanto a la eficiencia, generalmente se tiende a ejecutar todo el presupuesto aún cuando no sea necesario para asegurar el nivel presupuestario del período siguiente. Tampoco genera beneficios en términos de equidad si resulta que el mismo es bajo, ya que se puede derivar en el racionamiento en la prestación. Tampoco genera un incentivo directo a prestar particular atención a la calidad del servicio provisto o a la satisfacción del paciente dado que no afecta directamente la compensación recibida. _

3-3- Alternativas recientes

La teoría del principal – agente argumenta que, dados los problemas de información imperfecta, aversión al riesgo, múltiples tareas y eficiencias

asociadas al trabajo grupal, especialmente observadas en el mercado laboral de la salud (Robinson, 2001), para contrarrestar los efectos no deseados de los mecanismos de pago tradicionales, es necesario diseñar acuerdos de tipo “mixtos¹”. Es por ello que para paliar la deficiencia que poseen los instrumentos anteriormente nombrados, se han diseñado algunas alternativas a los mismos que buscan combinar elementos prospectivos y retrospectivos.

1. Capitación base y pago por prestación complementario. Dicho mecanismo se encuentra especialmente diseñado y dirigido hacia los médicos generalistas, que representan la puerta de entrada al sistema de salud en muchos países. Bajo este mecanismo se le abona a cada médico una cápita por paciente enrolado, ajustada por sexo y edad, pero se suplementa dicha cápita con pagos por servicios para ciertas prestaciones no incluidas en la cápita. Las prestaciones más comúnmente excluidos y que son abonados por unidad prestada consisten en las prácticas preventivas y servicios de detección temprana de enfermedades (vacunación, mamografías, entre otras). Otros servicios que generalmente se pagan por fuera de la cápita comprenden los procedimientos que se encuentran en la frontera entre la atención primaria y las especialidades, y que por lo tanto resultan candidatos para las derivaciones en lugar de ser provistos por los médicos generalistas. Ejemplos de servicios que se encuentran en el límite incluye curaciones de heridas, drenajes de abscesos, etc.
2. Capitación por especialidad. Las prestaciones de los médicos especialistas resultan pobres candidatos para ser pagadas por prestación siempre que presentan un alto grado de discrecionalidad desde la perspectiva del médico. Por su parte, el pago por cápita muchas veces elimina la posibilidad de selección del médico por parte del paciente, de creciente relevancia a medida que la enfermedad es más severa. De esta manera, las cápitras por

¹ La literatura en inglés utiliza el término “blended payment mechanisms”.

especialidad consisten en una especie de administración de presupuestos por especialidad médica. Se forman departamentos virtuales por especialidad a los cuales se les asigna un presupuesto determinado para las consultas y procedimiento efectuados por los especialistas. A modo de ejemplo, un seguro de salud, privado o público, les puede asignar a todos los cardiólogos de una región un presupuesto determinado para que los mismos lo administren. Se espera de esta manera motivar la colaboración para el uso eficiente de los recursos, la celebración de protocolos especiales, mejorar la selección de los profesionales, entre otras cosas (Robinson, 2001).

Capitar a un médico especialista implica trasladar una mayor proporción de riesgo en términos comparados que a un médico generalista. Esto es así debido a que la cantidad de pacientes necesarios para formar un pool de riesgo es mayor para un médico especialista que para uno generalista, ya que los costos del primero son mayores. Dadas estas condiciones iniciales, la posibilidad de generar capitas por grupos de especialistas busca contrarrestar dichos efectos.

Gaynor et al. (2004), estudian una mecánica similar impulsada por las HMO (Health Maintenance Organizations) en Estados Unidos. Algunas HMO además de utilizar las cápit as como mecanismo de pago a los profesionales, incorporan un bonus si el grupo de especialistas al cual pertenecen no superan, en conjunto, un límite de gasto igual a la suma de las cápit as. Dicho bonus se distribuye en función de la proporción de pacientes que cada médico atiende.

De acuerdo con los autores, si bien la regla de capitación es deseable, porque iguala la desutilidad marginal de racionar la cantidad de bienes y servicios - respecto al nivel considerado "ideal" por cada paciente - entre todos los pacientes, al mismo tiempo, genera ineficiencias asignativas. Un médico que, por una cuestión que resulte aleatoria, presenta una plantilla de pacientes

con mayor consumo esperado de bienes y servicios de salud al promedio, los mismos recibirán una menor proporción de los mismos (en términos del nivel definido como “ideal”) en relación a la población atendida por otro médico con pacientes relativamente más sanos. La asignación de recursos médicos debe depender de las exigencias de cada individuo en lugar de los eventos asociados con la asignación de pacientes entre médicos. Es por ello que la implementación de incentivos grupales, actúa en esta dirección, reduciendo los incentivos de un médico a subproveer, en caso de obtener una población más riesgosa que el promedio, al presentar como contrapartida un incentivo grupal, que actúa como pool de riesgos.

3. Pagos asociados a la performance. Esta alternativa enfatiza los logros en términos de indicadores de salud de un grupo de pacientes a lo largo del tiempo. Como fuera presentado previamente, la teoría del principal – agente establece que un individuo (el paciente) no puede directamente observar o conocer el nivel o esfuerzo ejercido por el otro individuo (el médico). Dado que los pacientes no poseen conocimiento perfecto de la capacidad del médico, su diagnóstico y necesidades de cuidado de la salud, o el resultado esperado del tratamiento que se ejerce sobre el mismo, los mismos se encuentran en una posición de considerar a sus médicos como agentes en la provisión de información y servicios. Debido a la presencia de información asimétrica, del lado del paciente, sobre sus necesidades y resultados esperados, la demanda de servicios de salud puede no necesariamente responder al nivel de calidad técnica del profesional (demanda inelástica). De esta forma, una ventaja teórica de los pagos asociados con performance es que provee incentivos financieros explícitos aún cuando el paciente no responde a la calidad. Los esfuerzos a los médicos por proveer calidad son recompensados aún cuando los pacientes no pueden reconocer los mismos (Petersen et al., 2006).

Aún así, este tipo de pagos también se puede encontrar afectado por problemas de *riesgo moral en grupos* y en ciertos casos por problemas de *selección de riesgos*. En un estudio realizado por Shen (2003) se examina el impacto de los pagos por performance en el acceso de los pacientes por abusos de drogas que son tratados en grupos. Si el grupo bajo estudio lograba superar una meta previamente especificada, asociada con calidad y efectividad del tratamiento, el financiamiento para el año posterior se veía incrementado. De acuerdo con la hipótesis de Shen, el incentivo propuesto (mejor paga por desempeño superador) podría tener un efecto no deseado, excluir a los pacientes con un nivel más avanzado en el abuso de drogas, de manera de alcanzar más fácilmente la meta propuesta. El resultado del estudio confirmó tal hipótesis². En este tipo de estructuración de los pagos juega un rol primordial la definición del objetivo a ser alcanzado. Para el caso analizado por Shen, quizás se podría haber minimizado la selección de riesgos si la meta se definiera por paciente, en lugar de grupo de pacientes.

3-4- Análisis comparado

En el Cuadro 1 se presentan una descripción de los mecanismos de pago en base a las dimensiones planteadas anteriormente y respecto a los incentivos que cada uno genera en términos de los objetivos de un sistema de salud.

3-5- EVIDENCIA EMPÍRICA

Cualquier estudio sobre las conexiones entre la instrumentación de los mecanismos de pago y los comportamientos de los profesionales de la salud debe cumplir con ciertos requisitos metodológicos. Por un lado, aislar el contexto bajo el cual el médico realiza su trabajo, de manera de no confundir el impacto del mecanismo de pago con cuestiones endógenas asociadas

² Shen dividió a un conjunto pacientes no tratados aún en dos grupos, los más riesgosos y los menos riesgosos. Luego detectó, bajo un estudio probabilístico, que la posibilidad de lograr acceder al programa de aquellos pacientes en el primer grupo se veían significativamente reducida, dando muestras de selección de riesgos.

con monitoreo intra-grupo médico, selección de pacientes, cultura del grupo médico, etc. (Robinson, 2001). Por otra parte, prestar especial atención al rol de las instituciones proveedores (Hospitales, Sanatorios, etc.) en su rol de intermediador entre los pagadores y los médicos. Esto hace referencia a que una aseguradora puede estar contratando a una Clínica por prestaciones que el conjunto de los médicos pertenecientes a la institución efectúan, mientras que la Clínica instrumenta un pago bajo la modalidad de salarios, sin ningún tipo de incentivo adicional.

Haciendo estas salvedades, gran parte de los estudios empíricos han dado muestras de que efectivamente los mecanismos de pago, en especialmente los tradicionales, tienen incidencia en el comportamiento y resultados de la relación médico-paciente en términos de las dimensiones que han sido analizadas y en la dirección que la teoría de contratos propone (Conrad, Maynard, Cheadle, et al 1998, Kralewski, Rich, Feldman, et al. 2000).

Por su parte, la efectividad de los programas mixtos o que conectan incentivos financieros con desempeños en la provisión de servicios de salud, no han sistemáticamente evaluados. La mayoría de los estudios representan descripciones y no evaluaciones. Es por ello que numerosas preguntas acerca de su diseño óptimo, efectividad e implementación permanecen aún sin ser respondidas (Petersen, 2006). Sin embargo, existe muy limitada experiencia sobre la aplicación de mecanismos de pago en contextos de sistemas de salud en naciones en desarrollo (Maceira, 1998). Dada las características de los contextos socioeconómicos de los sistemas de salud (bajo nivel relativo de ingreso per capita, deficiente distribución del ingreso, pobreza de gestión de recursos públicos en salud, segmentación de sistemas, etc.), identificar el impacto efectivo de diferentes mecanismos de pago resulta relevante desde una mirada de política pública.

CUADRO 1 - MECANISMOS DE PAGO: DIMENSIONES DE ANÁLISIS E INCENTIVOS

Mecanismo de pago	Descripción	Unidad de pago	Riesgo Financiero	Requerimientos informáticos/ Costos administrativos	Temporalidad de pago
Presupuesto por ítem	El presupuesto es asignado de acuerdo con categorías específicas de recursos o funciones. Las categorías presupuestarias incluyen: salarios, medicamentos, equipamiento, alimentos, administración, etc.	Categorías presupuestarias por función. Usualmente de periodicidad anual	Proveedor: Bajo Pagador: Bajo	Relativamente simple	Puede ser de ambas formas
Presupuesto Global	Un monto fijo por adelantado para cubrir un periodo de tiempo específico. Admite ajustes antes de finalizar el periodo. Varias fórmulas pueden ser utilizadas: presupuesto histórico, tasas de usos de años anteriores, etc.	Proveedor: hospital, clínica, CAP.	Proveedor: Alto Pagador: Bajo	Requiere habilidad para relacionar eficiencia y efectividad en el uso de los recursos entre diferentes departamentos, y mecanismos para dirigir los recursos hacia los usos más costo - efectivos.	Prospectivo
Cápita	Un pago efectuado directamente al proveedor por cada individuo que éste tiene enrolado. El pago cubre los costos de un paquete definido de servicios por un periodo de tiempo determinado. En algunas instancias, el proveedor puede contratar aquellos servicios que el mismo no puede brindar a otros proveedores.	Por persona por periodo de tiempo	Proveedor: Alto Pagador: Bajo	El sistema requiere asegurarse que cada beneficiario registrado con un proveedor se dirija a aquel que le corresponda y no a otro. Si el pago incluye servicios de diferentes niveles de atención, los proveedores del sistema deben efectuar acuerdos contractuales entre ellos.	Prospectivo
Pago por diagnóstico	Un monto fijo para cubrir todos los servicios asociados con un caso o enfermedad particular. Es aplicado de manera más frecuente para pacientes hospitalizados	Por caso o episodio	Proveedor: Moderado Pagador: Moderado	Requiere de la recolección de un gran volumen de información relacionada con las características de los pacientes, diagnósticos y procedimientos.	Prospectivo
Per diem	Un pago que cubre todos los gastos incurridos durante un día de hospitalización	Por día para diferentes áreas hospitalarias	Proveedor: Bajo Pagador: Alto	Requiere asociar los días de cama por departamento y asegurarse de que los costos sean cubiertos	Prospectivo
Por servicio	Pagos separados para diferentes ítems, ej:medicinas, consultas, tests.	Por unidad de servicio	Proveedor: Bajo Pagador: Alto	Los proveedores deben llevar nota del precio de cada uno de los servicios	Prospectivo
Capitation with fee por service carve outs	Un monto fijo para cubrir todos los servicios asociados con una persona enrolada conjuntamente con pagos por fuera de la cápita para intervenciones asociadas con la atención preventiva	Por persona y por servicio	Proveedor: Moderado Pagador: Moderado	Relativamente simple	Un componente prospectivo y otro retrospectivo
Specialty capitation	Presupuestos por especialidad médica	Especialidades médicas	Proveedor: Bajo Pagador: Moderado	Requiere habilidad para relacionar eficiencia y efectividad en el uso de los recursos al interior de cada departamento, y mecanismos para dirigir los recursos hacia los usos más costo - efectivos.	Prospectivo

Eficacia		Equidad		Calidad	
+		+	-	+	-
Flexibilidad en la utilización de los recursos	Baja flexibilidad en el uso de los recursos. Tendencia a gastar todo el presupuesto sin tener en cuenta las necesidades asociadas al nivel presupuestario del período siguiente		Puede ocurrir racionamiento si el presupuesto resulta muy bajo. Si ocurre racionamiento los casos más complejos pueden ser derivados.		No genera un incentivo directo a prestar particular atención a la calidad del servicio provisto o la satisfacción del cliente dado que no afecta la compensación recibida.
	No siempre se encuentra asociado a indicadores de performance (volumen, calidad, etc.)		Puede ocurrir racionamiento si el presupuesto resulta muy bajo. Si ocurre racionamiento, los casos más complejos pueden ser derivados.		No genera un incentivo directo a prestar particular atención a la calidad del servicio provisto o la satisfacción del cliente dado que no afecta la compensación recibida.
Flexibilidad en la utilización de los recursos	Flexibilidad en la utilización de los recursos. Cuanto mayor cantidad de recursos son incluidos en el paquete menor es el incentivo a rechazar pacientes. Recursos pertenecientes asociados con la atención de población atendida y sus problemas sanitarios.	Se pueden efectuar ajustes en el valor de la capta para casos o grupos específicos	Proveedores pueden sacrificar calidad para contener costos. Racionamiento puede ocurrir si la capta es muy baja. Captación puede incentivar a los proveedores a enrolar pacientes relativamente sanos.		El proveedor tiene incentivos a evitar tratamientos de alta calidad por resultar costosos.
	Flexibilidad en la utilización de los recursos. La clasificación de los pacientes puede ser utilizada para monitorear la performance	Pagos por diagnóstico asocian directamente el pago con la complejidad de los casos.			Dado que los ingresos no dependen del tratamiento sino del diagnóstico solamente, los proveedores tienen incentivo a maximizar los retornos minimizando los recursos contenidos en los servicios prestados, manteniendo los costos bajos.
Flexibilidad en la utilización de los recursos.	Tendencia de los proveedores a incrementar la estadia de los pacientes	Permite duraderas estadías para casos complejos		El proveedor tiene incentivos a satisfacer al cliente con tratamientos de alta calidad siempre que implique la estadia en la institución que provee el servicio.	
	Flexibilidad en la utilización de los recursos.	El pago se encuentra altamente asociado con la intensidad del servicio requerido.	Existe tendencia a la sobrepresión o provisión de servicios que no resultan necesarios	El proveedor tiene incentivos a inducir la demanda y con ello utilizar tratamientos de alta calidad, sin preocuparse por el costos de los mismos	
Flexibilidad en la utilización de los recursos.			Racionamiento puede ocurrir si la capta es muy baja.	Genera un incentivo directo a prestar particular atención a la calidad del servicio provisto o la satisfacción del cliente dado que ello afecta la compensación recibida.	
	Flexibilidad en la utilización de los recursos.		Puede ocurrir racionamiento si el presupuesto resulta muy bajo.	Posibilidad de seleccionar al médico especialidad por parte del paciente.	No genera un incentivo directo a prestar particular atención a la calidad del servicio provisto o la satisfacción del cliente dado que no afecta la compensación recibida.

Fuente: *Elaboración propia en base a Wouters, 1998 y Chawla et. al. 1997.*

3-6- Límites al desarrollo de mecanismos de pagos “mixtos”

Como fuera explicado en las secciones anteriores, la teoría de la agencia propone el desarrollo de mecanismos de pago de tipo “mixtos”. Sin embargo, a pesar de los postulados y sugerencias que han sido planteados desde el plano teórico, no se observa en la práctica un avance significativo en la misma dirección, el cual podría en parte explicarse por la falta de evidencia empírica referida a mecanismos de pago complejos, como ser, aquellos asociados con la performance de un subsistema de salud. Al mismo tiempo, un mecanismo de pago que vincule y compatibilice objetivos, induciendo ciertos incentivos y contrarrestando otros, puede no tener los efectos deseados debido a una variedad de factores relacionados con la provisión de servicios de salud y que afectan principalmente a los países de bajos recursos (Gauri, 2001). Entre las principales restricciones se encuentran:

- (i) Barreras de información: El desarrollo de modos de pago complejos debe ser acompañado de sistemas de información modernos, que permitan analizar y almacenar el universo de información necesaria para la toma de decisiones al tiempo que faciliten el monitoreo de la evolución de costos. En el caso de los países de ingresos medios y medios bajos, los sistemas de información estadística son incompletos o se encuentran desactualizados, impidiendo el ajuste de los mecanismos de pago a las diferentes circunstancias de una comunidad o región geográfica particular. Es por ello que importantes inversiones en sistemas de información se requieren para desarrollar la capacidad de procesar los contratos y monitorear resultados.
- (ii) Capacidad técnica: La implementación de mecanismos de pago complejos requiere de habilidades y conocimientos particulares, que permitan entre otras cosas, estimar probabilidades de enfermedad y diseñar estructuras de pagos acordes con cada realidad regional y especialidad médica. En muchos casos, los valores de las cápitas se ajustan únicamente por sexo y edad,

dejando de lado otras variables con implicancia directa en el nivel esperado de utilización de los bienes y servicios de salud, como ser, estado civil, condición socioeconómica, urbanización, mortalidad y morbilidad, número de individuos con problemas de adicción e índices epidemiológicos. En otros, el valor de las mismas resulta simplemente de la división del presupuesto total (disponible para financiar los gastos de una población objetivo) sobre la cantidad de ciudadanos a ser cubiertos. De esta manera, la escasez de cuerpos técnicos no permite muchas veces avanzar en la implementación de cálculos de tipo *actuarial* de modo de reemplazar los cálculos de tipo financieros.

- (iii) Reducida autonomía de los proveedores e impedimentos institucionales: Para responder a nuevos incentivos, los proveedores deben disponer de cierto grado de flexibilidad para la toma de decisiones, principalmente respecto a las demandas de los pacientes, el aumento o reducción de las tecnologías, la posibilidad de asumir responsabilidad financiera por los resultados obtenidos, etc. (Langenbrunner y Xingzhu, 2004). En estos casos, el nivel de descentralización en la toma de decisiones facilita, bajo ciertas condiciones, la implementación de alternativas de pago más complejas.

4- Implementación de los mecanismos de pago: estructura del mercado, poder de negociación y racionalidad

De las características que presenta un contrato de salud se desprenderán un conjunto de incentivos con impacto en la cantidad y calidad de la utilización de los servicios médicos, la transferencia de riesgo entre actores y la eficiencia en la utilización de los recursos. La dirección de dichos efectos generalmente no resulta compatible entre actores. En tanto un financiador o asegurador probablemente prefiera transferir el riesgo financiero al prestador a través de contratos capitados o presupuestos globales, el prestador preferirá un contrato por prestación, de manera

que no correr riesgos financieros al tiempo que optimice la calidad de los servicios que brinda. Es por ello que el diseño y posterior implementación de los contratos de salud se encontrará en función, en primera instancia, del poder de negociación de las partes, y en segundo lugar, de la función objetivo que presenten los actores.

La literatura económica, a través del enfoque tradicional de la *Organización Industrial* plantea como marco general de análisis el paradigma Estructura-Conducta-Desempeño. Según el mismo, el **desempeño** en una industria o mercado particular (el logro de los objetivos propuestos) depende de la **conducta** de los demandantes y oferentes (dado por el comportamiento estratégico de los agentes que hacen parte de la oferta, como la política de fijación de precios, mecanismos de pago, publicidad, investigación y desarrollo, cooperación, fusión comercial, estrategias legales y demás). A su vez, la conducta depende en última instancia de la **estructura** del mercado, el cual se puede caracterizar por el número y distribución de los demandantes y oferentes, que depende a su vez, del tamaño de las empresas, el número de competidores y demandantes, el grado de diferenciación de los mismos, la presencia o no de barreras a la entrada y la estructura de costos. Por lo tanto, se busca identificar un conjunto de variables o atributos que influyan en el desempeño económico y así construir teorías que conecten esos atributos con el desempeño final. En tanto no existe una relación determinística entre las condiciones básicas de un sistema y su estructura, como entre esta última y la conducta y estrategia empresarial, el paradigma de estructura-conducta-desempeño se relativiza en términos de la relación unívoca entre cada una de estas esferas. Sin embargo, sirve de marco para el estudio de las relaciones entre actores bajo una determinada organización sistémica, como también permite identificar modos de intervención desde la política pública que actúen, en base a un objetivo social determinado, sobre tales esferas, alterando las condiciones originales. Asimismo, la interacción entre los mecanismos de pago definidos en el sistema de salud y la estructura del mercado financiador y prestador de servicios requiere de un análisis que califique los incentivos teóricos presentados en las secciones anteriores. De este modo, los distintos modelos organizacionales y de mercado influyen en la capacidad de negociación de mecanismos de pago, como también en sus efectos en el desempeño (Maceira, 1998).

Bajo esta línea de argumentación, el análisis de la estructura de la demanda y de la oferta de bienes y servicios de salud resulta fundamental dentro del esquema de negociación y posterior implementación de una estructura de pagos. En un sistema de salud, la *oferta* se encuentra compuesta por los prestadores de servicios de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos particulares, etc.), mientras que la *demanda*, si bien en última instancia está representada por los pacientes, a los efectos del estudio de los mecanismos de pago, la misma puede considerarse conformada por el conjunto de financiadores (obras sociales, empresas de medicina prepaga, PAMI, etc.). De esta manera, como el poder de negociación estará fuertemente condicionado por la estructura del mercado, resulta necesario caracterizar la misma. Indicadores que permiten describir la oferta y la demanda están dados por el grado de concentración de las instituciones³, el tamaño de población que cubren, las estrategias de diferenciación de los productos que ofrecen, el nivel de integración vertical de servicios, la posibilidad de llegar a acuerdos colusivos, etc. Una combinación de ellos determinará la capacidad de negociación de los financiadores y proveedores.

A modo de ejemplo, en un caso de demanda concentrada (aseguradora que cubra a la mayor parte de la población de una región) y oferta atomizada (elevado número de prestadores con similares porcentajes de población cubierta), el poder de negociación del primero aumentará considerablemente la posibilidad de encontrarnos con un contrato que favorezca más a la demanda, vía transferencia de riesgo, como ser, a través de un pago capitado.

³ Uno de los indicadores más utilizados de concentración es el Índice de Herfindahl (HHI) que

se define de la siguiente forma:
$$HHI = \sum_{i=1}^n S_i^2$$
 donde S_i es la participación S de la i clínica sanatorio

En el caso de monopolio puro con un 100% de participación del mercado el valor HHI es 10.000. En competencia perfecta con 100 empresas con un 1% de participación el resultado sería 100. Partiendo de una base empírica se puede considerar que un HHI debajo de 1000 constituye un oligopolio débil, mientras que si esta por encima de 1800 constituye un oligopolio fuerte.

Por su parte, una demanda atomizada con una oferta concentrada inclinará el poder de negociación hacia éstos últimos, traduciéndose en contratos que probablemente reduzcan la ponderación de la eficiencia en la utilización de los recursos médicos y transfieran el riesgo a los financiadores, como ser a través de contratos por prestación. Los casos que no permiten un análisis lineal serán aquellos que presenten atomización o concentración simultáneamente tanto desde el lado de la oferta como desde la demanda. En estos casos, son mayores las posibilidades de que surjan contratos mixtos, que impliquen la absorción compartida de riesgos.

A modo de resumen, en un análisis simplificado que contemple únicamente el grado de concentración bajo cuatro escenarios extremos y los dos tipos de contratos más utilizados, capitación (absorbe el riesgo el prestador) y pago por prestación (absorbe el riesgo el pagador), se podría pensar que el resultado de la negociación y el contrato que surgirá seguirá el modelo que se presenta en el cuadro siguiente:

ESQUEMA DE NEGOCIACIÓN CON TRANSFERENCIA DE RIESGO

Demanda: Financiadores			
Oferta: Prestadores		Baja Concentración	Alta Concentración
	Baja Concentración	Mixto	Pago capitado
	Alta Concentración	Pago por prestación	Mixto

Fuente: elaboración propia

Una mirada más actual de la Organización Industrial, denominada “nueva” Organización Industrial⁴, plantea que no necesariamente la

⁴ La “nueva” Organización Industrial se desarrolló en la década de los setenta, a partir de los trabajos Tirole, Jacqueumin y Schallensee.

causalidad presente en el paradigma Estructura-Conducta-Desempeño se dé unidireccionalmente. Si bien existen relaciones entre la estructura de un mercado y el desempeño de la oferta, estas relaciones no son mecánicas ni unidireccionales, sino que la conducta puede afectar la estructura del mercado. Es por ello que esta corriente pone mayor énfasis en los comportamientos estratégicos de las partes, el cual será en última instancia el que influirá en el poder de negociación para establecer condiciones.

Sin embargo, aún cuando el poder de negociación le facilite a uno de los actores imponer las condiciones de contratación; el tipo y características del acuerdo que el mismo ofrecerá, dependerá finalmente su función objetivo. En este sentido, el análisis microeconómico no juzga los objetivos que se plantea un agente para definirlo como “racional”, sino que basa la argumentación en la consistencia entre la estrategia empleada por el mismo y el objetivo que se propuso⁵. En este sentido, no se podría evaluar la racionalidad de un financiador en base a su objetivo de contener costos o maximizar la calidad de las atenciones, sino en términos de la consistencia entre el fin propuesto y la estrategia desplegada para alcanzarlo.

En definitiva, el poder de negociación define la capacidad de los actores de imponer su función objetivo, la cual ponderará de manera diferencial cada uno de los propósitos del sistema de salud⁶. Dado que este análisis se enmarca dentro de la microeconomía bajo incertidumbre, no es posible conocer la función objetivo de los agentes. Ahora bien, empíricamente lo que representa información conocida es aquella asociada a las características de los agentes, la estructura de mercado y el resultado de

⁵ La escuela Institucionalista de Elección Racional considera los siguientes supuestos sobre las características del comportamiento para que el mismo sea considerado “racional”: (1) los actores relevantes poseen un conjunto fijo de preferencias o gustos (las cuales cumplen con principios más precisos, como ser, el de transitividad), (2) se comportan de un modo enteramente instrumental, tal que les permita lograr satisfacer dichas preferencias, y lo hacen de una manera altamente estratégica, lo que supone el empleo de cálculos extensivos y utilización de toda la información disponible (Hall y Taylor, 1996).

⁶ Se puede pensar la función objetivo del financiador de la siguiente manera:

$$i \text{ Objetivo}_i = \alpha \text{eficiencia} + \beta \text{calidad} + (1 - \alpha - \beta) \text{equidad} \quad i = \text{financiador, prestador}$$

la negociación (a través del mecanismo de pago que resulta en equilibrio). De esta manera, a partir de esta información será posible inducir la función objetivo de los mismos y determinar el grado de racionalidad de los actores.

En definitiva, empíricamente es posible encontrar con un ordenamiento de actores en términos de la capacidad de negociación de cada uno de ellos y el esquema resultante del proceso para, a partir de él, observar si existe consistencia entre objetivos y estrategias (racionalidad).

CAPÍTULO 2:

Metodología

El proceso de investigación que dio lugar al presente trabajo contó con cuatro componentes desarrollados en diferentes etapas, a partir de métodos tanto cuantitativos como cualitativos, que incluyen:

- (i) La revisión de literatura y el relevamiento de información para la caracterización general del sistema de salud de cada provincia y la identificación de actores clave;
- (ii) el desarrollo de entrevistas en profundidad a referentes locales (incluyendo los financiadores de los tres subsistemas de salud y las asociaciones de establecimientos y profesionales por provincia) como insumo para realizar el mapeo de actores del sistema de salud local;
- (iii) la aplicación de una encuesta estructurada a una muestra de establecimientos prestadores de servicios de salud (públicos y privados) a fin de obtener información sobre las características del mercado prestador, sus fuentes de financiamiento, los mecanismos de contratación y pago utilizados y su organización interna;

(iv) finalmente, el análisis de la información relevada en las instancias anteriores y el testeo de las hipótesis planteadas.

1- Revisión de literatura y recolección de información

La primera etapa metodológica consistió en la revisión de literatura y la recolección de información básica cualitativa y cuantitativa. En esta dirección, se realizó una revisión bibliográfica sobre mercados de servicios de salud y mecanismos de pago que permitió completar el marco teórico del estudio.

Paralelamente se recolectó la normativa existente de los sistemas de salud locales, e información sobre contratos y reglamentos de los actores que integran el sistema. Para ello, se contemplaron la Constitución Provincial, la carta orgánica de la obra social provincial y la ley de salud de cada jurisdicción; así como las normativas nacionales que regulan el funcionamiento de PAMI y de las obras sociales nacionales. Por otra parte, se solicitó a referentes de instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades intermedias y como así también a instituciones aseguradoras, el acceso a los textos completos de los contratos que los vinculan para la prestación asistencial.

Finalmente, se recolectaron datos sobre indicadores socio-económico-sanitarios y de servicios de salud de las provincias seleccionadas, con el objetivo de alcanzar una comprensión general de la estructura de cuidados y necesidades de salud locales. Se consultaron datos provenientes de los ministerios de salud provinciales, de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, y del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), que proporcionaron información sobre las características de la población, de la oferta y del financiamiento del sector, por departamento. Además se relevó información sobre el financiamiento de los sistemas locales de salud, utilizando como fuentes la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, del Ministerio de Economía y Producción de la Nación, el que informa sobre la ejecución presupuestaria provincial en general, y sobre el gasto provincial en salud en particular. Este conjunto de datos permitió una caracterización - tanto absoluta como relativa- de las provincias en el contexto del territorio nacional.

2- Mapeo de actores: entrevistas en profundidad

La información relevada en la anterior etapa posibilitó la identificación de los actores claves, insumo necesario para iniciar la segunda etapa metodológica: el mapeo de actores de los sistemas de salud locales.

Para ello, se contactaron a los principales referentes del sector salud de las provincias seleccionadas, incluyendo autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia, la Obra Social Provincial, la Unidad de Gestión Local del PAMI, las Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, las Agrupaciones Sanatorias, los Círculos y Colegios Médicos y otras agrupaciones de profesionales. El Cuadro 1 muestra la lista de instituciones entrevistadas para cada provincia.

CUADRO 1 - INSTITUCIONES ENTREVISTADAS

Córdoba

Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba
Admin Provincial del Seguro de Salud (APROSS), Obra Social Provincial
PAMI, Unidad de Gestión Local, Córdoba
Asociación de Clínicas
Cooperativa Médica COISA
Cámara Provincial de Prestadores de Salud (CAPPSSA)

Salta

Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta
Instituto Provincial de Salud (IPS), Obra Social Provincial
PAMI; Unidad de Gestión Local, Salta
Asociación de Clínicas del Interior
Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta
Círculo Médico de Salta Capital

Tucumán

Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán - SIPROSA
Subsidio Salud, Obra Social Provincial
PAMI, Unidad de Gestión Local, Tucumán
Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán (ACYST)
Agrupación Sanatorial del Tucumán
Sanatorios y Clínicas Asociadas de Tucumán (SYCAT)
Colegio Médico de Tucumán
Círculo Médico del Sur

Nacional

PAMI, Nivel Central

Se diseñó un cuestionario para orientar las entrevistas en profundidad con los actores seleccionados. El instrumento releva la percepción de los actores sobre características generales del mercado de salud local, focalizando en los objetivos y estrategias de los principales protagonistas (financiadores, prestadores y entidades intermedias); la estructura actual del sistema y la existencia de cambios a lo largo del tiempo en lo que respecta al marco normativo y legal, contratos y mecanismos de pagos a proveedores de servicios; y finalmente, el impacto de estos cambios en la organización interna y en el financiamiento de las entidades financiadoras y proveedoras.

3- ENCUESTAS A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La tercera etapa metodológica consistió en la aplicación de encuestas de campo a prestadores del sector público y privado de la salud.

Para ello se seleccionó una muestra de departamentos por provincia, sobre la base de criterios preestablecidos (cantidad de población, indicadores de necesidades insatisfechas y de oferta privada y pública de establecimientos de salud polivalentes con internación). A partir de estos parámetros se identificaron el departamento de mayor población y mayor oferta (en todos los casos, la capital provincial), luego un departamento que se encontrara en un rango intermedio, y por último uno de perfil rural con menor población y oferta institucional, abordando escenarios que presentan diferentes realidades sanitarias al interior de cada provincia. De este modo, si bien la selección no sugiere establecer una muestra representativa de la realidad de cada jurisdicción, procura identificar escenarios paradigmáticos que reflejen variedad dentro del contexto provincial.

En este marco, en Córdoba se seleccionaron los departamentos de Ciudad de Córdoba, Calamuchita y Tercero Arriba; en Salta la muestra incluyó a San Martín, Anta y Salta Capital; y en Tucumán, se incorporó a

San Miguel de Tucumán, Río Chico, Chicligasta y Alberdi. En el Cuadro 2 se exponen los indicadores que guiaron la selección para los departamentos escogidos.

CUADRO 2 - CRITERIOS DE SELECCIÓN DE DEPARTAMENTOS ENCUESTADOS

PROVINCIA DE CÓRDOBA: CÓRDOBA CAPITAL, TERCERO ARRIBA, Y CALAMUCHITA

Departamento	Población (*)	% Población rural (*)	Total establec. con internación (**)	Establec. públicos con internación (**)	Establec. privados con internación (**)
Córdoba	1.284.582	1	94	17	77
Tercero Arriba	107.460	6	35	8	27
Calamuchita	45.418	14	16	3	13

(*) Censo 2001.

(**) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000.

PROVINCIA DE SALTA: SALTA CAPITAL, SAN MARTÍN Y ANTA

Departamento	Población (*)	% Población rural (*)	Total establec. con internación (**)	Establec. públicos con internación (**)	Establec. privados con internación (**)
Salta	472.971	1	30	6	24
San Martín	139.204	19	9	6	3
Anta	49.841	37	6	4	2

(*) Censo 2001.

(**) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000

(***) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000; y datos primarios relevados en terreno

PROVINCIA DE TUCUMÁN: SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, RÍO CHICO Y ALBERDI

Departamento	Población (*)	% Población rural (*)	Total establec. con internación (**)	Establec. públicos con internación (**)	Establec. privados con internación (**)
S.M.de Tucumán	527.607	0.1	22	5	17
Chicligasta	75.133	27.6	5	2	3
Río Chico	52.925	27.0	5	3	2
Juan B. Alberdi	28.206	38.8	2	1	1

(*)Censo 2001.

(**)Indicadores Básicos Tucumán 2006.

(***)Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000; y datos primarios relevados en terreno.

Luego, dentro de cada departamento se definió una muestra de prestadores de servicios de salud públicos y privados a ser encuestados. Como criterio de inclusión, los establecimientos debían ser polivalentes y con internación. El listado se construyó con el aporte de los actores entrevistados, junto a la consulta de bases de datos de asociaciones de establecimientos y la tradicional Guía de Establecimientos del Ministerio de Salud de la Nación.

Se confeccionó un cuestionario estructurado orientado a completar la información recogida en la primera etapa metodológica, a fin de proporcionar los insumos necesarios para el testeo de las hipótesis de investigación. En este sentido, el instrumento de recolección recogió información sobre datos generales de la institución, indicadores básicos de producción, percepción del entrevistado sobre las características del mercado y la competencia, relación con financiadores (incluyendo características de los contratos y mecanismos de pago), y organización interna de los prestadores. Adicionalmente, el cuestionario destinado a prestadores públicos incluyó una sección dedicada a conocer el mecanismo de toma de decisiones de la institución.

El Cuadro 3 muestra, para cada departamento seleccionado, el porcentaje de establecimientos encuestados.

CUADRO -3 ESTABLECIMIENTOS ENCUESTADOS
PROVINCIA DE CÓRDOBA

Tipo de Dependencia	Departamentos						
	Capital			Calamuchita			Nº total Estable (1)
	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)	
Públicos	17	4	23,53%	3	1	33,33%	8
Privados	77	12	15,58%	13	2	15,38%	27

Fuente: (1) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000

(2) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

PROVINCIA DE SALTA

Tipo de Dependencia	Departamentos								
	Capital			San Martín			Anta		
	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)
Públicos	7 (3)	3	43%	5	1	20%	4	2	50%
Privados	13 (4)	12	92%	4	2	50%	2	1	50%

Fuente: (1) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000

(2) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

(3) Ministerio de Salud de la provincia de Salta - www.saludsalta.gov.ar

(4) Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la Provincia de Salta (2006)

PROVINCIA DE TUCUMÁN

Tipo de Dependencia	Departamentos											
	San M. de Tucumán			Alberdi			Chicligasta			Río Chico		
	Nº total Establec. (1y2)	Nº Establec. Encuest. (3)	% (3)	Nº total Establec. (1y2)	Nº Establec. Encuest. (3)	% (3)	Nº total Establec. (1y2)	Nº Establec. Encuest. (3)	% (3)	Nº total Establec. (1y2)	Nº Establec. Encuest. (3)	% (3)
Públicos	5	4	80%	1	1	100%	2	1	50%	3	1	33,33%
Privados	17	13	76,47%	1	1	100%	3	1	33,33%	2	1	50%

Fuente: (*) Se incluyen establecimientos con internación que sean polivalentes, pediátricos o maternidades.

(1) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000.

(2) Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán - www.msptucuman.gov.ar

(3) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007).

En la provincia de Córdoba se encuestó a 5 establecimientos públicos de jurisdicción provincial y a 17 establecimientos privados. En la Ciudad de Córdoba se entrevistó al 23,5% de establecimientos públicos y al 15,58% de los privados. Por su parte, en Calamuchita se visitó al 33,33% de los establecimientos públicos y al 15,38% de los privados. Por último, no se entrevistaron establecimientos públicos en Tercero Arriba mientras que se accedió al 11,11% de los privados.

En Salta se realizaron 21 entrevistas, alcanzando al 57,69% de los establecimientos privados de la provincia, mientras que se realizó lo propio con el 12% de los establecimientos públicos. En la Ciudad de Salta se cubrió al 43% de los establecimientos públicos y al 92 % de los privados. En el interior de la provincia, en San Martín se relevó información del 20% de los establecimientos públicos y el 50% de los privados, mientras que en Anta se cubrió 50% de la oferta pública y privada.

Por último, en Tucumán se realizaron 23 entrevistas a establecimientos polivalentes con internación, cubriendo al 40% de la oferta total de la provincia: el 59% de la oferta privada y el 23% de la pública. Con respecto a los departamentos seleccionados, se encuestó al 80% de los establecimientos públicos y al 76.47% de los privados de San Miguel de

Tucumán, en Alberdi se relevó el 100% de la oferta, en Chicligasta el 50% de los establecimientos públicos y el 33.33% de los privados y, finalmente, en Río Chico el 50 % de los establecimientos privados y el 33.33% de la oferta pública.

4- Principios y análisis

El principio teórico que orienta las principales preguntas de investigación del presente estudio plantea que los instrumentos desarrollados por cada actor del sistema de salud para transferir o absorber riesgos financieros son producto de las interrelaciones que se establecen en el mercado de servicios de salud, los cuales cuentan con condiciones básicas de oferta (infraestructura, tecnología, información disponible, acceso geográfico, marco legal, condiciones de salubridad) y de demanda (patrones epidemiológicos y de consumo de servicios de salud, habilidad y capacidad de pago) que definen la conducta de proveedores, pagadores y pacientes.

Así, el estudio abordó aspectos como las condiciones socio-económico-sanitarias locales, el marco institucional, la historia de los actores más relevantes del sector, y las conductas adquiridas como respuesta a la estructura en los sistemas locales de salud de Córdoba, Salta y Tucumán.

En este marco, los principales ejes de investigación giraron en torno a: (i) la composición y concentración de la oferta de prestacional, el grado de competencia y los mecanismos de diferenciación entre ellos, así como las estrategias desarrolladas para con sus principales (clientes y financiadores); (ii) las características de las relaciones desarrolladas entre financiadores y prestadores, y las particularidades que inciden en el poder de negociación entre los mismos; (iii) los contratos y mecanismos de pago que surgen de la negociación; y finalmente (iv) las particularidades del sistema público.

La investigación presentada en las próximas páginas se centra en los estudios de estrategias instrumentadas por financiadores (seguros sociales, ministerios provinciales, etc.) y oferentes públicos y privados.

Estas estrategias responden a los planes de acción diseñados por cada uno de ellos, a partir de los objetivos explícitos e implícitos perseguidos, como también de la información disponible sobre los objetivos y estrategias de los otros actores, y las conjeturas construidas sobre la información no disponible relacionada con las motivaciones del resto de los participantes. En este escenario de información imperfecta, los planes ejecutados por cada actor involucran conocimientos aprendidos en períodos anteriores, y percepciones sobre aquello que les es desconocido. La metodología de trabajo utilizada en este proyecto se apoya en las respuestas de los prestadores de servicios sobre elementos que les son conocidos y otros que no lo son, y sobre los cuales los respondientes ofrecen su percepción (de competencia, de factores relevantes para la selección de prestadores por parte de financiadores y pacientes, etc.). Ello permite observar el fenómeno bajo análisis desde esa perspectiva, que es la disponible por nuestros entrevistados al momento de tomar decisiones.

Respecto del análisis de la información relevada, la última etapa metodológica consistió en el armado de una base de datos por departamento, provincia y general de las tres jurisdicciones. De su procesamiento se pudieron dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, y testear las hipótesis que motivaron el presente estudio. Para ello se utilizaron paquetes informáticos estadísticos (Stata y SPSS) y tablas dinámicas de Excel.

CAPITULO 3:

Actores, contratos y mecanismos de pago

El caso del Sistema de Salud de Córdoba

DANIEL MACEIRA Y ANA MARÍA REYNOSO

1- Introducción

El presente capítulo estudia la estructura de prestación de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de complejidad de la Provincia de Córdoba. Para ello se propone un enfoque desde la economía de la salud que permita identificar la estructura de mercado, las estrategias de los actores participantes y el desempeño del sistema de salud de la Provincia. Asimismo, concentra su mirada en la determinación de quiénes son los actores con el mayor poder de negociación a partir del análisis de sus incentivos e interrelaciones. El objetivo principal del mismo es inferir cuáles son los hechos y las expectativas que se encuentran detrás del proceso de toma de decisiones de los agentes. Se parte de la hipótesis recogida de la literatura económica que los mismos, si bien toman decisiones individuales, interactúan estratégicamente, definiendo una conducta que determinará, en última instancia, los resultados y desempeños que los mismos evidencian en el sistema de salud y aseguramiento

Colaboraron: Mariana Rodríguez, Cristina Segal, Mariela Strusberg y Manuel Calderón.

social. Esta interacción estratégica influye en el modo de transferir y absorber riesgos sanitarios y financieros y en la eficiencia y equidad del conjunto.

Las hipótesis de trabajo que guían esta investigación son:

- El poder de mercado es ejercido por el financiador de mayor peso en términos de aseguramiento relativo.
- Los prestadores tienen una posición favorable para la redistribución de riesgos, puesto que pueden diversificar su financiamiento entre distintos financiadores, aprovechando un conjunto de contratos diferenciados.
- La capacidad de diversificar riesgo por parte de los prestadores con la diversidad de financiadores con quienes contrata que con la posibilidad de agruparse en asociaciones de establecimientos.
- El mercado de salud se comporta como un mercado de competencia monopolística donde los jugadores toman estrategias variadas para diferenciar su producto.
- El proceso de descentralización en la Provincia de Córdoba muestra limitaciones en la autogestión hospitalaria, minimizando su impacto.

En la siguiente sección se presentan los recursos metodológicos que se utilizaron para realizar el estudio. La sección 3, por su parte, presenta las condiciones básicas del sistema de salud cordobés, las principales características socio sanitarias de la provincia y su ubicación relativa en el contexto del sector salud de la nación. La cuarta sección explora la estructura del sector salud en la provincia, estudiando las características de sus actores, los vínculos que tienen entre sí, los aspectos sobresalientes del flujo de financiamiento del sector y las características de la función de producción de servicios. En la sección 5 se investiga el comportamiento de los actores en el mercado. Como punto de partida se determina la

elección de prestadores por parte de los financiadores. Luego, se estudian las estrategias que persiguen estos dos grupos de actores en el proceso de negociación de contratos, determinando el actor que tiene el mayor poder de negociación y los incentivos de los agentes en términos de manejo de riesgo. Por último, se estudian las estrategias del sector público en su carácter de prestador de servicios. Finalmente, la sección 6 resume las principales conclusiones alcanzadas.

2- Metodología

La metodología del presente trabajo transitó por cuatro etapas:

La primera consistió en la revisión de literatura y recolección de datos generales sobre el sistema de salud de la provincia de Córdoba. Ello persiguió dos objetivos.

El primero relacionado con alcanzar una comprensión general del sistema de salud cordobés. Para ello se consultaron las bases de datos disponibles en el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, que proporcionaron información sobre las características de la demanda, de la oferta y del financiamiento del sector salud en la provincia, por departamento. Además se recurrió a la consulta de bibliografía sobre el sector salud en la provincia de Córdoba y temas relacionados con la economía de la salud en general. Esta batería de datos cuantitativos y cualitativos, permitió una caracterización –tanto absoluta como relativa- de la provincia en el contexto del territorio nacional.

El segundo objetivo de esta etapa fue el de identificar a los actores claves del sistema. Para ello también se recurrió a la literatura pertinente y a la consulta en las páginas web de los organismos oficiales involucrados. De esta manera se conocieron los integrantes del sector público, de la seguridad social y del sector privado, como así también, los organismos públicos encargados de la asignación de fondos a los financiadores, que sirvió de insumo para el diseño del mapa de actores que se presenta más adelante.

Por último, se consultaron las bases de datos de las Asociaciones de Clínicas y Sanatorios de la provincia y de los Círculos Médicos locales, para identificar los establecimientos polivalentes de los distintos niveles de complejidad en cada departamento.

Establecidas así los participantes del sistema, la segunda etapa metodológica consistió en la preparación de las encuestas de campo.

El primer paso radicó en la selección de tres departamentos representativos de la provincia para ser luego visitados por el encuestador. Esta elección tomó como primer criterio la cantidad de habitantes del departamento. En principio se descartaron aquellos con una población muy escasa, inferior a los 10.000 habitantes. Las localidades restantes se agruparon en tres conjuntos de acuerdo a su escala poblacional (“baja”, “media” o “alta”). En cada grupo se seleccionaron los departamentos con una oferta de servicios de salud relativamente significativa, teniendo en cuenta para ello la cantidad de camas, médicos e instituciones públicas y privadas con internación polivalentes. Luego, se tuvieron en cuenta las posibles estacionalidades que podrían presentar los sitios, como turismo, afluencia de inundaciones y otros desastres naturales, etc. En vista a estos criterios quedaron seleccionados, tres departamentos en la provincia: la Ciudad de Córdoba, Calamuchita y Tercero Arriba.

El segundo paso consistió en la selección de los actores claves a visitar en cada uno de estos departamentos, conforme a la información previamente recogida en la etapa metodológica anterior. De esta manera se contactó a funcionarios del Ministerio de Salud Provincial, de la Obra Social Provincial –APROSS–, de la Unidad de Gestión Local Córdoba del PAMI y a miembros de diversas agrupaciones de profesionales.

El último paso fue el diseño del cuestionario para entrevistar a estos actores. El mismo tuvo la estructura de una conversación guiada sobre diversos tópicos relacionados con percepción de los roles desempeñados

en el sistema de salud de la provincia; sus estrategias; su percepción sobre la situación de salud y sus conjeturas y conocimientos sobre los objetivos y estrategias de otros actores.¹

Este primer conjunto de reuniones con actores del sistema de salud de Córdoba tuvo como resultado el acceso a información más específica sobre el funcionamiento de la salud provincial. Así se tuvo acceso a la variedad de mecanismos de pago imperantes en el mercado y se recolectó una serie de hipótesis acerca del poder de mercado e importancia relativa de las instituciones prestadoras. Asimismo, y gracias a la descripción del sistema realizada por los informantes clave, se pudo confeccionar un listado actualizado de las instituciones polivalentes de cada departamento seleccionado. La tercera etapa metodológica consistió en la realización de encuestas de campo a prestadores del sector público y privado de la salud.

En el sector privado, se eligieron establecimientos polivalentes que atendieran media y alta complejidad provincial. En el caso de los hospitales públicos, la muestra elegida consistió en establecimientos polivalentes de distinta jurisdicción (provincial y municipal) y complejidad.

Seguido de ello se confeccionó el cuestionario cuyos dos objetivos principales fueron, por una parte, completar la información recogida en la primera etapa metodológica y, por otra, proporcionar los insumos necesarios para el testeo de las hipótesis de investigación que fueron planteadas en la introducción del presente trabajo. El cuestionario estuvo estructurado en módulos, para recoger información sobre datos generales de la institución, datos de producción, características percibidas por el entrevistado sobre el mercado y la competencia, características de los contratos, relación con financiadores y mecanismos de pago. Adicionalmente, el cuestionario para prestadores públicos incluyó una sección destinada a conocer el mecanismo de toma de decisiones de la institución.

¹ Los criterios de selección de departamentos, como los instrumentos cualitativos y cuestionarios elaborados son comunes a los tres estudios provinciales de esta investigación.

La Tabla 1 muestra, para cada departamento seleccionado, el porcentaje de establecimientos encuestados.

TABLA 1- MUNICIPIOS ENCUESTADOS

Tipo de Dependencia	Departamentos								
	Capital			Tercero Arriba			Calamuchita		
	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)	Nº total de Establec. (1)	Nº Establec. Encuest. (2)	% (2)
Públicos	17	4	23,53%	8	0	0,00%	3	1	33,33%
Privados	77	12	15,58%	27	3	11,11%	13	2	15,38%

Fuente: (1) Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud 2000

(2) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

La última etapa metodológica consistió en el armado de una base de datos y su procesamiento a fin de responder a las preguntas de investigación y testear las hipótesis.

La Tabla 2 muestra los promedios y la dispersión de las variables de oferta relevadas en las encuestas, establecimientos públicos, privados y para el total de encuestados.

TABLA 2 - ESTRUCTURA DE OFERTA DE CADA ESTABLECIMIENTO

Variable Estadístico	Establec. Públicos			Establec. Privados			Total		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Mtrs²		100000	2000	3299,60	15000	274	12051,63	100000	274
Nº de camas	166,36	1000	16	65,59	200	9	122,44	1000	9
Nº de consultas promedio mensuales		102000	110	7386,67	25000	160		102000	110
Nº de egresos promedio mensuales	865,56	5800	35	298,78	850	20	582,17	5800	20
Promedio días cama	5,01	15	1	3,75	6	2	4,32	15	1

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

A partir de la información recogida para esta investigación, los establecimientos privados son, en promedio, de menor escala que los públicos, presentando los primeros un promedio de 3299,6 metros cuadrados, en tanto los públicos ofrecen una superficie marcadamente superior. Los establecimientos privados, además, presentan una mayor dispersión en este indicador, siendo el establecimiento de mayor superficie 54 veces mayor a aquel de menor superficie relativa, al tiempo que esta relación entre las instituciones públicas es de 1 a 50 veces.

El número de camas promedio de los oferentes públicos más que duplica al promedio de los privados, con valores extremos y brechas entre ambos marcadamente superiores. Las variables de producción promedio, tanto para el número de consultas como el de egresos en los establecimientos públicos superan a los privados, siendo la dispersión mayor en el grupo de los públicos.

Finalmente, el promedio de días cama por tipo de establecimiento es sensiblemente superior en el sector público probablemente vinculado con el sesgo epidemiológico de la población objetivo de cada grupo.

3- Características socioeconómicas y sanitarias de Córdoba

La provincia de Córdoba ha sido una de las pocas que ha acompañado los cambios transitados por el sistema de salud del país, instrumentando un mecanismo de descentralización del sector, que requirió una basta modificación en sus mecanismos de pago, contratación y monitoreo, como también en su proceso de toma de decisiones al interior del sector.

Dada su estructura descentralizada en el sector salud, y su posición relativa respecto a otras jurisdicciones, los indicadores de desempeño que la provincia muestra se explican, en gran medida, a partir de sus *condiciones básicas*, es decir, su situación socioeconómica, las características de sus necesidades de población y la oferta prestacional y de la composición del gasto en salud, en relación al resto de las provincias. Estos indicadores ubican

a la Provincia de Córdoba dentro de las cinco provincias más desarrolladas del territorio nacional.

Esta sección se destina a la descripción de las características básicas de la provincia y su comparación con el resto de las jurisdicciones. Esto conforma el punto de partida para el análisis del sistema de salud cordobés en tanto sienta las bases para la comprensión de su estrategia sanitaria en el marco de un país con condiciones básicas muy heterogéneas y un entramado sistema de salud fragmentado.

3-1- Indicadores Socioeconómicos

Córdoba cuenta con una población de aproximadamente 3,1 millones de habitantes, reuniendo al 9% de los argentinos y constituyéndose en la segunda provincia con mayor población del país, luego de Buenos Aires. Su Producto Bruto Geográfico (PBG) alcanza los 19,2 millones de pesos al momento de realizar este estudio y la ubica en el cuarto lugar del país, debajo de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe. Adicionalmente, también ocupa el cuarto lugar en relación al indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas, siendo unas de las provincias con menor porcentaje de hogares en estas condiciones, después de Ciudad de Buenos Aires, La Pampa y Santa Cruz².

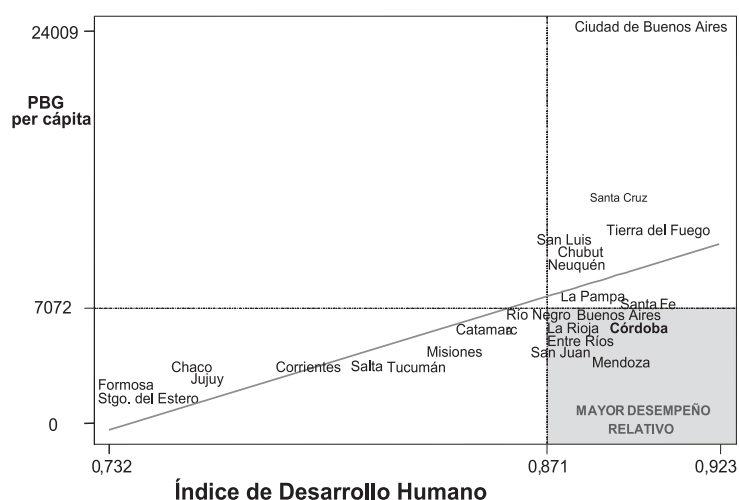
Si bien Córdoba se ubica por debajo de la media nacional en cuanto a su PBG per cápita, exhibe indicadores como el NBI y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que difieren significativamente del promedio argentino implicando una estructura social progresiva. Estos dos resultados combinados conducen a la conclusión de que los recursos con que cuenta la provincia se utilizan relativamente con mayor eficiencia, puesto que logran un mejor desarrollo social con menores fondos.

En este sentido, la posición socioeconómica relativa de la provincia, en el contexto argentino, se recoge en la siguiente figura donde se muestra, en

² INDEC 2001

el eje vertical, el PBG per cápita y se resalta su valor medio y en el horizontal, se hace lo propio con el indicador de IDH (Maceira y Rodríguez, 2008).

FIGURA 3 - RELACIÓN PBG PER CÁPITA E ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, POR PROVINCIA. AÑO 2001



Fuente: Maceira y Rodríguez, 2008.

3-2- Sistema de salud: indicadores de Necesidad y Oferta y su relación con el gasto público en salud

El análisis de las variables de necesidad y oferta relacionadas con los servicios de salud en la provincia de Córdoba, conduce a la formulación de la hipótesis de que el mejor desempeño relativo de la provincia, en términos socioeconómicos, no se debe tanto a una relación estrecha entre los recursos y las necesidades del sector, sino, más bien, al desarrollo e implementación de estrategias preventivas (Maceira y Rodríguez, 2008). Ello es así en tanto presenta una asignación de recursos financieros, equipamiento e infraestructura que la colocan entre los primeros tres lugares respecto al resto de la nación. El Cuadro 4 recoge las variables consideradas para todas las provincias.

CUADRO 4 - INDICADORES DE FINANCIAMIENTO, DEMANDA Y OFERTA

JURISDICCIÓN	Indicadores de Necesidades					Indicadores de Oferta		
	Gasto promedio en Salud (91-04), en millones de \$ constantes (2004=1)	Población 2001	% Población con NBI 2001	Perfil epidemiológico	Tasa de Mortalidad Infantil, civil nacidos vivos 2006	Nº de médicos 2001	Establecimientos Asistenciales 2000	Nº de camas 2000
	(1)	(2)	(2)	(3)	(4)	(4)	(4)	(4)
Total País	38.592.150	17.70	13.3			121.076	17.845	153.065
Cdad. de Bs.As.	1384,47	3.018.102	7,8	2	8,0	30.696	1.666	21.944
Buenos Aires	1607,84	14.654.379	15,8	2	13,0	36.931	4.896	51.517
Catamarca	72,29	365.323	21,5	3	11,9	669	380	1.470
Cordoba	152,16	3.254.279	33,0	2	11,9	13.532	1.763	17.718
Corrientes	121,68	981	15,5	3	18,2	2.215	387	3.525
Chaco	402,02	1.024.934	13,0	4	19,9	1.732	519	3.537
Chubut	109,68	445.458	28,5	1	11,7	959	248	2.148
Entre Ríos	212,37	1.217.212	17,6	2	13,2	2.383	604	6.751
Formosa	101,94	517.506	33,6	3	22,9	719	271	1.680
Jujuy	114,01	652.577	28,8	3	16,1	1.145	394	2.823
La Pampa	97,63	321.653	10,3	2	11,4	695	206	1.179
La Rioja	87,75	320.602	20,4	3	15,0	775	281	1.260
Mendoza	218,47	1.675.309	15,4	1	11,3	4.478	676	4.142
Misiones	187,57	1.029.645	27,1	3	14,6	1.446	617	3.125
Neuquén	196,19	521.439	17,0	1	9,9	1.308	248	1.660
Rio Negro	126,43	587.430	17,9	1	9,4	1.432	315	1.930
Salta	196,14	1.161.484	31,6	3	14,3	2.159	598	3.805
San Juan	138,31	666.446	17,4	3	16,7	1.551	301	1.742
San Luis	83,50	409.280	15,6	3	16,0	929	236	1.218
Santa Cruz	100,00	213.845	10,4	1	11,0	493	105	1.041
Santa Fe	326,25	3.177.557	14,8	2	12,4	9.469	1.869	11.011
Sgo. del Estero	124,66	839.767	31,3	3	11,7	1.267	526	3.033
Tierra del Fuego	67,64	115.286	14,1	1	6,7	336	37	286
Tucumán	164,49	1.421.824	23,9	3	16,2	3.757	702	4.520
Índice de correlación con el gasto provincial en salud		0,82	-0,34	-0,06	-0,18	0,95	0,84	0,89

Fuentes: (1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias
(2) Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC
(3) Macaria 2005
(4) Indicadores Básicos Argentina 2007, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - OPS

Fuente: Elaboración Propia

Córdoba presenta uno de los mejores indicadores de Mortalidad Infantil, variable que posiciona a la provincia en el décimo lugar (11,9 c/mil nacidos vivos), luego de provincias como Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe, Neuquén y Santa Cruz. Asimismo, el índice de perfil epidemiológico construido por Maceira (2005), recoge las diferentes combinaciones de dos indicadores de nivel de desarrollo sanitario, y su comparación con el promedio nacional. Tales indicadores son los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por infecciones y por tumores. Como puede observarse en el Cuadro 4, Córdoba pertenece al grupo 2, correspondiente a un nivel por encima de la media de AVPP por tumores, pero por debajo de la misma para el caso de AVPP por infecciones. De ello se infiere que, tal como se corrobora en la sección precedente, Córdoba es una provincia con un desarrollo socioeconómico por encima del promedio nacional, con relativamente menor peso muertes por causas infecciosas.

Por el lado de la oferta formal, tanto el Número de Médicos, de Establecimientos Asistenciales y de Camas, indican que Córdoba es la tercera provincia con mejores indicadores de recursos del país.

Se observa a nivel nacional agregado y se expone en la última fila del Cuadro 4 es que la estrategia pública de destino de recursos para el sector salud responde más a las características de la oferta que a las necesidades de los beneficiarios del sistema. Sin embargo, si se considera la evolución de la participación provincial en el financiamiento del sector, los resultados son alentadores en la provincia bajo análisis. El gasto provincial en salud de Córdoba representó, en 2004, el 9,20% del gasto total provincial y exhibió una variación positiva del 5,50% respecto de la misma partida en 1991. En ambos períodos, el gasto provincial en salud per cápita resultó ser inferior a la media nacional³.

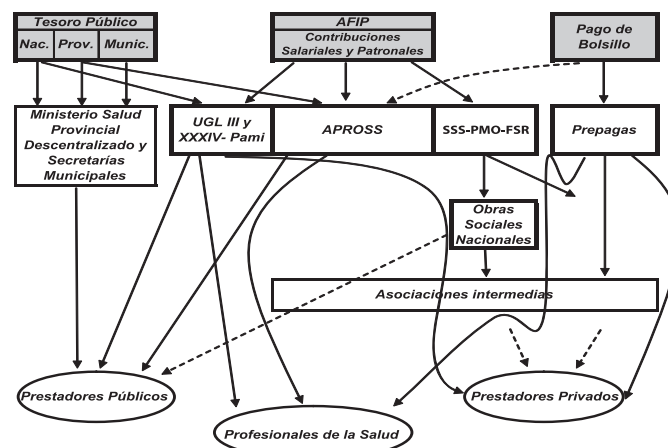
³ Estos valores no incluyen aquellas erogaciones en salud realizadas con presupuestos descentralizados municipales, lo que en alguna medida subestima el nivel total provincial de inversión en salud.

4- Sistema de salud de la provincia: estructura del mercado y principales actores

El sistema de salud cordobés está integrado por un complejo núcleo de actores, cada uno de los cuales desempeña diferentes roles y persigue diferentes intereses. La presente sección analizará la relación entre los distintos integrantes del sistema y explicitará sus características principales, con el objeto de presentar una fotografía de la estructura de mercado del sistema de salud cordobés.

Desde la perspectiva de las dimensiones verticales y horizontales (Maceira, 2001), el sistema de salud cordobés se estructura como ilustra la Figura 5. Por un lado, una lectura desde arriba hacia abajo en la figura identifica cuatro niveles en la dimensión vertical, la cual clasifica a los actores según su rol en el sistema de salud. Estos niveles están comprendidos, por las fuentes de los fondos destinados a salud (los cuadrados sombreados en gris), en la primera fila, los mecanismos organizadores de fondos de aseguramiento y gerenciadore, en la segunda y tercera filas, y los prestadores y profesionales de la salud de los sectores público y privado, en la última fila.

FIGURA 5 - ACTORES DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA: DIMENSIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Las principales fuentes de fondos del sistema se aprecian en la primera fila del cuadro. Los mismos surgen del tesoro público correspondiente a las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), de los aportes salariales y patronales gerenciados por la Administración Federal de Ingresos Públicos y del gasto privado de las familias e individuos. Como se ve en la figura, estos fondos son asignados a los financiadores de maneras muy diversas, reflejando lo que ocurre en el modelo nacional (Maceira, 2001).

El Sector Público Descentralizado recibe fondos a partir de los recursos del Tesoro Nacional y, por su calidad descentralizada, de los Tesoros Provincial y Municipal. Estos recursos son recaudados como rentas generales y se asignan presupuestariamente cada año.

Asimismo, el tesoro nacional forma parte del flujo de fondos de la Seguridad Social a través de la asignación de recursos al Nivel Central del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – INSSJP-PAMI-, cuya Gerencia Económico-Financiera y Dirección Ejecutiva determinan la distribución al interior de cada Unidad de Gestión Local en el país. Por otro lado, el PAMI regional recibe fondos de la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos), por el aporte de los trabajadores activos al seguro de salud de los jubilados. AFIP es, asimismo, quien recauda y transfiere fondos mediante la orientación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) para el gerenciamiento de las Obras Sociales Nacionales (OSN). Simultáneamente, los aportes salariales de los empleados públicos de la provincia junto con las contribuciones salariales de estado provincial como empleador, financian la Obra Social Provincial (APROSS, Administradora Provincial del Seguro de Salud). Como última fuente de fondos se encuentra el gasto privado realizado a través de gasto de bolsillo, que se destina a financiar las Prepagas y la afiliación voluntaria al APROSS.

Complementando este análisis, los siguientes eslabones verticales en la figura 5 muestran el vínculo entre los tres subsectores del estrato de financiadores del sistema (Sector Público Descentralizado, Seguridad

Social y Sector Privado) y los prestadores. En tanto la segunda línea de actores muestra los fondos de aseguramiento en el caso cordobés, la tercera fila la integran los encargados de distribuir los fondos aguas abajo y de realizar o regular el gasto en salud, a través de la contratación de prestadores o de asociaciones de prestadores. Esta relación entre fondos y prestadores se entabla a partir de la celebración de contratos, que incluyen normas para la compra de insumos, la determinación de los mecanismos de pago al establecimiento y a profesionales y a otros empleados de la salud, las disposiciones sobre cobro de copagos a pacientes, entre otros ítems. Una característica de tales contratos es el tipo de intermediación existente, esto es, si la misma es directa con los prestadores o si se realiza a través de alguna asociación de establecimientos, colegios médicos e instituciones intermedias. Así, el flujo de fondos del APROSS y las obras sociales nacionales, con los prestadores pasa por una etapa intermedia de negociación con Asociaciones de Clínicas y Sanatorios para la gestión de recursos.

El Ministerio de Salud de la Provincia (MINSa) está organizado a través del Ministro y dos secretarías que dependen de él. La Secretaría de Administración, Regulación y Fiscalización Sanitaria y la Secretaría de Salud.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios, el sector público, según información de la Secretaría de Salud del MINSa, cuenta con 37 hospitales de jurisdicción provincial y 100 de jurisdicción municipal de los que, a su vez, dependen 1000 centros de atención primaria.

Por su parte, la Obra Social Provincial cuenta desde 2006, con una variedad de servicios (desde primer nivel de atención médica hasta transplantes de órganos, pasando por salud mental, radioterapia y oncología, entre otros) que han pasado a ser gerenciados directamente por APROSS, al tiempo que el segundo y tercer nivel de atención son ofrecidos a través de Unidades de Gestión de Prestacionales de Salud (UGPS).

El Sector Público Descentralizado y el APROSS representan en el año 2005 621 millones de pesos, de los cuales el 62% correspondió al concepto “Atención Pública de la salud”, mientras que el restante 38% correspondió al gasto en atención de la Obra Social Provincial, APROSS (Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica, 2008).

Asimismo, y desde el año 2006 el PAMI ha implementado el Nuevo Modelo Prestacional en la Provincia de Córdoba, basado en una reforma en el esquema de pago y de modalidad de contratación y pago a los prestadores.

En términos de cobertura, y de acuerdo a los testimonios recogidos de los informantes encuestados, la Obra Social Provincial –APROSS- cuenta con aproximadamente 474.000 afiliados, de los cuales 28.327 son voluntarios, en tanto PAMI asegura a más de 300.000 cordobeses. Si a ello se suman los beneficiarios pertenecientes a Obras Sociales Nacionales y prepagas (1.124.000, de acuerdo a la información provista por la Superintendencia de Servicios de Salud)⁴, los seguros sociales formales alcanzan al 64% de la población de la Provincia. De este modo, la cobertura pública teórica sería inferior al 38% del padrón provincial, porcentaje inferior al del último dato censal, que se establece en torno del 48,1%.

Surge entonces un complejo entramado entre financiadores y prestadores, donde no hay un tipo de prestador (público o privado) que se asocie a algún intermediario en particular. Así, el Ministerio de Salud nacional, provincial o municipal financia a los hospitales públicos de la jurisdicción correspondiente, los cuales a su vez son contratados por los tres actores de la Seguridad Social. De esta manera, un mismo establecimiento público es opción de atención de una porción de la población cubierta, al tiempo que brinda cuidado a la población sin afiliación. Ello, sumado a las fuertes dificultades que enfrentan los hospitales públicos para hacer

⁴ Dentro de este grupo, 23 Obras Sociales representan el 70% del total, donde OSECAC con 12%, Peones Rurales con 10% y Construcción con 6,5%, liderando la cobertura del sub-sector.

efectivo el recupero de costos por servicios brindados a pacientes que contribuyen a otro subsistema, señala la existencia de subsidio cruzado en el financiamiento desde el subsector público hacia la seguridad social.

Las instituciones privadas, por su parte, son contratadas por empresas de medicina prepaga, por Obras Sociales Nacionales y los fondos públicos del seguro social (APROSS Y PAMI). Ello genera potencialmente situaciones de dependencia contractual (integración vertical en control), como posibilidades de arbitraje de pacientes (debido a las diferentes modalidades de pago y transferencia e riesgo de los múltiples financiadores existentes. Ello, como veremos más adelante, se determina mediante el poder relativo de mercado de los actores.

En esta dirección, la siguiente Tabla muestra el valor promedio y la dispersión del porcentaje que representa cada financiador en el financiamiento total de las instituciones encuestadas.

TABLA 6 - PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS EN EL FINANCIAMIENTO TOTAL DE LA INSTITUCIÓN, POR TIPO DE FINANCIADOR

Financiadores	Capital			Tercero Arriba			Calamuchita		
	Media	Min	Max	Media	Min	Max	Media	Min	Max
PAMI	37,78	5	100	33,33	10	50	35	30	40
Obra Social provincial	17,50	15	40	16,67	10	25	25	20	30
Obras Sociales nacionales	35,50	5	75	31,67	10	60	10	10	10
Prepagas	11,30	5	30	11,67	10	15	15	15	15
Profe	2,14	5	10	0	0	0	0	0	0
Estado provincial	0,29	2	2	0	0	0	0	0	0
Gasto de bolsillo	11,43	15	30	6,67	10	10	15	15	15
ART	2,50	15	15	0	0	0	0	0	0
Otros intermediarios	1,25	15	15	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

De las instituciones entrevistadas durante esta investigación, el 61% (11 establecimientos) cuenta con contrato simultáneamente con PAMI y APROSS y en 5 de esos casos, estos dos seguros representan más del 60% del financiamiento de la institución. En dos casos, el PAMI constituye más del 50% del financiamiento y APROSS menos del 20%, mientras que se registra sólo tres en los que la presencia de APROSS en el financiamiento de la institución supera a la del PAMI. Sólo una institución posee contrato con PAMI pero no con APROSS y en otras dos se verifica la situación opuesta.

Considerando que bajo el concepto de *Obras Sociales Nacionales y Prepagas* se agrupa una variedad numerosa de distintos financiadores, las encuestas de campo ratifican lo testimoniado por los informantes claves acerca de la importancia de la Seguridad Social Pública en la estructura de financiamiento de las instituciones prestadoras de la provincia. Se verifica que el tamaño de mercado, medido en términos del número de oferentes de cada departamento, interactúa con el nivel de dependencia relativa de prestadores por financiador. En tanto PAMI tiene una participación relativamente homogénea entre áreas, cercana al 35%, APROSS presenta una variabilidad algo superior en la dirección opuesta (mayor incidencia promedio en jurisdicciones más pequeñas), y con un promedio de influencia significativamente más bajo (35,36% de PAMI, 19,72% de APROSS). Las Obras Sociales en su conjunto muestran una conducta similar al PAMI (mayor incidencia relativa en Córdoba Capital) y una incidencia intermedia de 25,72 %. Finalmente, las prepagas con un promedio de 12,66% para las tres jurisdicciones, cuenta con niveles de incidencia similares entre ellas. En todos los casos, Córdoba Capital presenta dispersiones más profundas a su interior ante cualquier modo de aseguramiento. Para las cuatro fuentes de financiamiento mencionadas, la brecha de participación Interjurisdicción es mayor en la capital provincial, con gran heterogeneidad en sus arreglos contractuales.

El análisis de actores del sistema de salud de la provincia se completa con la estructura prestacional y sus instituciones intermedias. Entre ellos, un rasgo distintivo es que las mismas están agrupadas en tres agrupaciones: CAPPSSA (Cámara Provincial de Prestadores de Servicios de Salud), ACLYSA

(Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba) y CAESCOR (Cámara de Empresas de Salud de Córdoba).

Los motivos que llevaron a sus conformaciones y adherencia son variados. En todo caso, se presume que la razón ulterior de estas organizaciones el facilitar la negociación de contratos, brindando un espacio de acuerdo común, al tiempo que aumenta la capacidad de negociación ante financiadores de mayor poder de mercado.

La siguiente tabla establece la relación entre estas asociaciones y los financiadores del sistema. La misma organiza por Asociación el porcentaje promedio, mínimo y máximo de dependencia financiera con respecto a los cuatro principales grupos aseguradores del sistema. La información recibida sugiere alineamientos entre grupos. En base a la información provista por las instituciones de salud entrevistadas, PAMI muestra cierto sesgo vinculado con las instituciones afiliadas a ACLYSA, con un promedio de incidencia en financiamiento de 56,67% (contra 20% y 25,71% en CAESCOR y CAPPSSA), las Obras Sociales Nacionales se concentran, aunque con menos intensidad relativa, en CAPPSSA (43,57%, versus 22,10% y 10% de CAESCOR y ACLYSA). Por su parte, la OSP duplica su incidencia en CAESCOR (27,5%) ante las otras dos agrupaciones, con porcentajes similares y cercanos al 13,5%. En todos los casos, las mayor incidencia relativa del asegurador se acompaña de amplia variabilidad dentro de cada grupo, relativizando cualquier hipótesis vinculada a “acuerdo de-a-pares” (seguro - asociación intermedia) con exclusividad.

TABLA 7 - MEDIDAS DESCRIPTIVAS DEL PORCENTAJE EN EL FINANCIAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS, POR RED DE PRESTADORES.-

Red de prestadores	Estadístico	Pami	OSP	OSN	Prepagas
ACLYSA	Media	56,67	13,3333	10	10
	Mínimo	20	0	0	0
	Máximo	100	15	25	20
CAESCOR	Media	20	27,5	22,5	17,5
	Mínimo	0	15	15	5
	Máximo	40	40	30	30
CAPPSSA	Media	25,71	13,57	43,57	8,29
	Mínimo	0	0	5	0
	Máximo	60	35	75	25
NO AGRUPADAS	Media	28,4	21	22	15
	Mínimo	10	10	10	0
	Máximo	40	30	60	20

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

5- Comportamiento de los actores

Una vez caracterizada la estructura del sistema de salud cordobés, se propone avanzar en el estudio del proceso de toma de decisiones de los actores identificados. La sección se dividirá en tres partes. En la primera se investigará la interrelación estratégica entre financiadores y prestadores del sector privado a partir del análisis de los términos de los contratos que los vinculan entre sí, buscando identificar poderes relativos de negociación. Posteriormente se estudiará la interdependencia estratégica entre los oferentes del sector privado, y el tipo de competencia que caracteriza a este particular mercado. Por último, se aborda el comportamiento del sector público, y particularmente de su proceso de descentralización.

5-1- Mecanismos de contratación y pago

El objetivo de esta sección es identificar los mecanismos de retroalimentación existentes entre la estructura del sistema prestador de servicios, el poder de negociación de las partes (financiadores,

asociaciones, prestadores) y su correlato con las estructuras de contrato y modos de pago en el sistema de salud de Córdoba.

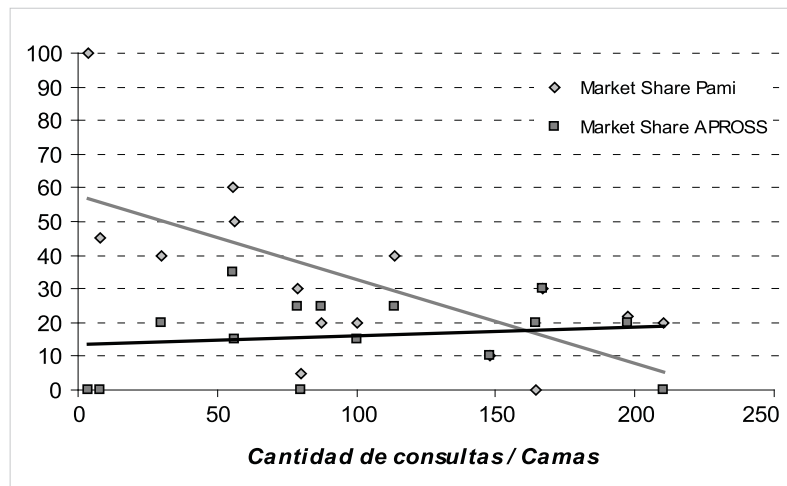
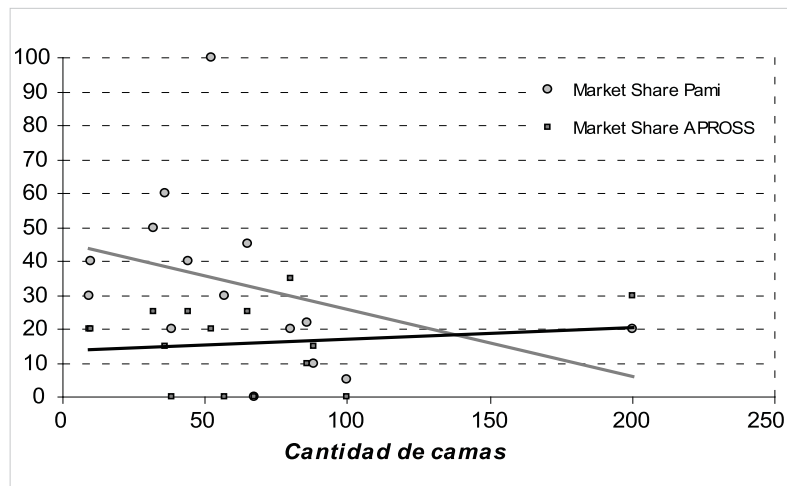
Como punto de partida, se analiza la relación planteada entre los dos principales financiadores del sistema (PAMI y APROSS) y sus prestadores. La siguiente Figura ilustra el criterio de selección de clínicas seguido por cada uno de ellos. La misma contiene dos gráficos: el primero muestra la relación entre el porcentaje del financiamiento de clínicas y sanatorios vinculado con cada financiador (tasa de dependencia financiera) el número de camas de cada una de ellas. El segundo muestra la misma relación pero utilizando en este caso como medida de escala del prestador la cantidad de consultas por cama.

Para el total de establecimientos entrevistados se confirma que el PAMI tiene mayor presencia relativa que APROSS. Del análisis del primer gráfico surge que PAMI se concentra y tiene mayor presencia en establecimientos de características de oferta medias y bajas, al tiempo que APROSS se impone sobre PAMI sólo en un caso extremo de un establecimiento con 200 camas. Aún así, el porcentaje de sus fondos en el financiamiento de estas instituciones no supera el 30%.

Por otro lado, la relación entre el porcentaje en el financiamiento de la institución y el número de camas para el caso de PAMI presenta una tendencia negativa, lo que sugiere que PAMI privilegia los contratos que le proveen la mayor capacidad de negociación. En contraposición, la Obra Social de la Provincia evidencia una relación levemente positiva entre las variables en cuestión, lo que indica que su estrategia se apoya en la reducción de los costos de transacción, estando relativamente más presente en instituciones de mayor escala.

El segundo gráfico confirma los argumentos presentados para ambos financiadores, con mayor presencia de PAMI en clínicas de menor producción media, en tanto APROSS distribuye sus contrataciones más homogéneamente con cierto sesgo de privilegio a oferentes de mayor escala de servicios.

FIGURA 8 - CRITERIO DE SELECCIÓN DE PRESTADORES - PAMI Y APROSS
MARKET SHARE SOBRE CANTIDAD DE CAMAS Y DE CONSULTAS POR CAMA



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

La siguiente tabla muestra la modalidad de negociación de estos contratos, en términos porcentuales, para cada financiador.

**TABLA 9 – MECANISMO DE NEGOCIACIÓN DE CONTRATOS
POR FINANCIADOR, EN %**

Mecanismo de negociación de contratos	Fondos de aseguramiento		
	PAMI	OSP	Otro
Directa con el financiador	60%	23%	38%
Concurso de prestadores			
Vía Asociación de establecimientos	40%	77%	54%
Vía Asociación de profesionales			
Vía otro intermediario			8%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Los datos arrojados en esta tabla por los representantes de la oferta confirman lo expresado por los funcionarios de las instituciones. Para el caso de PAMI, el mecanismo de negociación mayoritario es el de acuerdo directo entre las partes, sin participación de instituciones intermedias, convalidando la transformación del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados hacia un modelo de contratación directa con los prestadores. Por otro lado, el mayor peso relativo de las modalidades de contratación *Vía otro intermediario*, mayoritariamente, y, *Vía Asociación de Establecimientos*, seguidamente, es evidencia práctica del modelo de APROSS, basado en contratación a través de redes de profesionales y establecimientos. Normalmente, cuanto menor sea el grado de agrupamiento de los prestadores, mayor poder tendrán los financiadores al momento de diseñar los contratos e imponer reglas de juego. De esta manera, la modalidad “directa” denota un mayor poder de mercado a favor de los financiadores, mientras que las modalidades que implican algún tipo de asociación de prestadores tienden a reforzar la posición de éstos en la negociación. De los datos obtenidos en el campo se sigue que PAMI apuesta a concentrar mayor fuerza negociadora en los convenios firmados vis a vis el planteo de APROSS, brindándole potencialmente poder de negociación con prestadores.

Otra manera de estudiar las diferencias en poder de negociación entre establecimientos y financiadores es considerando los mecanismos de pago. Los esquemas capitados o de monto fijo, por ejemplo, implican una transferencia de riesgo desde el financiador hacia el prestador, que debe usualmente internalizar la fluctuación de costos no sistematizados. Como contrapartida, y dependiendo de los montos abonados, se generan incentivos. En el otro extremo, los esquemas de pago por prestación implican una absorción de riesgo de mecanismos de aseguramiento e incentivos a la sobreprestación.

La Tabla 10 muestra, para cada financiador, el porcentaje de importancia de cada mecanismo de pago, de acuerdo a la información provista por las instituciones encuestadas. La suma de los porcentajes de incidencia de cada modo no suma 100%, debido a la presencia de pagos mixtos.

**TABLA 10 – MECANISMO DE PAGO
POR FINANCIADOR, EN %**

<i>Mecanismo de pago</i>	<i>PAMI</i>	<i>APROSS</i>	<i>Otro</i>
<i>Cápita</i>	86,67%	28,57%	5,88%
<i>Módulo</i>		21,43%	47,06%
<i>Prestación</i>	6,67%	64,29%	52,94%
<i>Monto Fijo</i>	6,67%	14,29%	11,76%

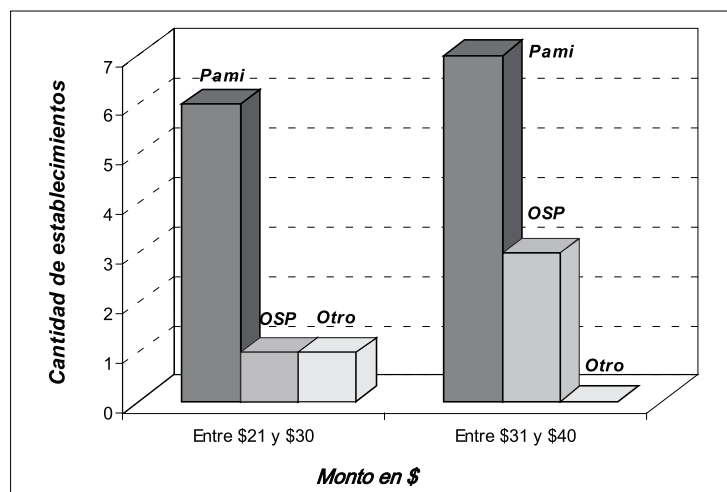
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Los datos sugieren que PAMI es la institución con mayor capacidad para transferir el riesgo aguas abajo, con un 86% de los establecimientos con quien mantienen contratos con una modalidad capitada y sumándose 7% de vinculado a presupuesto fijo. Por su parte, tanto APROSS como las Obras Sociales Nacionales siguientes en importancia cuentan con más del 50% de las instituciones bajo el mecanismo de pago por prestación, evidenciando la tendencia opuesta, hacia la absorción de riesgo. Particularmente APROSS constituye un caso intermedio, puesto que 6

de 14 instituciones (algo más del 40%) se encuentran bajo el modelo de cápita o monto fijo.

Complementariamente, el análisis sobre la capacidad de transferir el riesgo bajo esquemas capitados requiere de un debate adicional sobre el valor de tal cápita, a fin de identificar si el riesgo financiero amenaza la oferta efectiva del servicio (implicando una transferencia de riesgo hacia el paciente), o sólo se constituye en una herramienta de control de costos bajo un escenario de imperfecto monitoreo.

FIGURA 11 - MONTO DE LAS CÁPITAS
FRECUENCIAS ABSOLUTAS POR RANGO DE VALORES



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

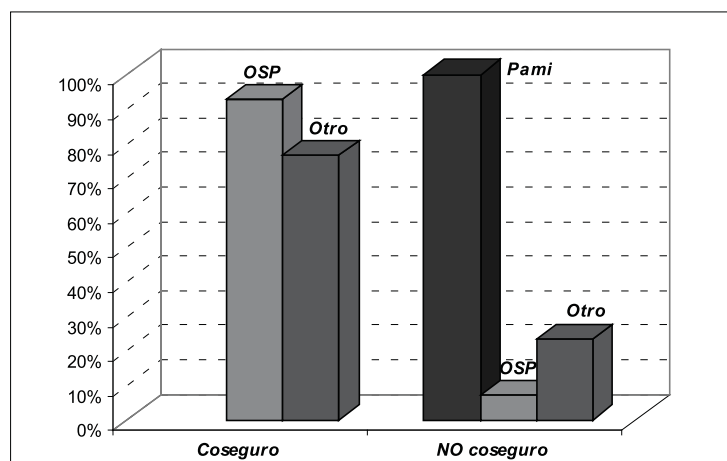
La transferencia de riesgo no se da únicamente entre prestadores y financiadores, involucrando asimismo a los usuarios de los servicios. Tal derivación de riesgos hacia el paciente toma dos modalidades principales. La primera es la caída de la calidad y/o oportunidad de la atención (el prestador “traslada” el riesgo transmitido por el seguro). La segunda es el incremento del gasto de bolsillo de los hogares. Este último elemento

interactúa con la potencial presencia de riesgo moral que mediante copagos disminuye el incentivo a aprovechar indiscriminadamente tales servicios por parte del paciente, pero potencialmente permite la inducción de demanda por parte del sistema prestador.

La Figura 12 muestra, para cada financiador, el porcentaje de instituciones que requieren el pago de coseguros por parte de sus afiliados. Como puede notarse, la mayoría de las instituciones que contratan con APROSS (casi el 93% de las encuestadas), que cuenta mayoritariamente con contratos por prestación, cobran un coseguro al afiliado, análogamente a las Obras Sociales Nacionales cuentan con un alto porcentaje de instituciones que cobran coseguros. En el extremo opuesto se encuentra el PAMI, cuya totalidad de contratos no incluye coseguros. En línea con lo aquí argumentado, ello podría deberse a que los sistemas de pago capitado tienden naturalmente a la sub-prestación (minimización del esfuerzo no verificable), por lo que el mecanismo de coseguros resulta vano para la solución del problema de incentivos.

Un mecanismo adicional con que cuentan los financiadores para explotar su poder de mercado o, por el contrario, contrarrestar la absorción de riesgo es la aplicación de débitos. Existen dos modalidades: bilateral y unilateral. Bajo la primera el acuerdo de pago de una rendición de servicios se sujeta a auditorías compartidas para determinar su validez. En contraposición, si el débito es unilateral, el financiador abona sólo el monto facturado que cree correspondiente. Como se desprende, la aplicación unilateral es un indicio de mayor poder de negociación. Para el caso de PAMI, el 100% de los contratos incluyen aplicación unilateral de débitos, lo que reafirma su poder de negociación frente a los prestadores con las que mantiene contratos. APROSS, por su parte, cuenta con casi un 86% de contratos con débitos bilaterales, situación que refuerza la hipótesis de mayor riesgo compartido entre la Obra Social Provincial y sus prestadores. Este argumento refiere en la literatura económica a “desarrollo de prestadores”, en este caso de servicios de salud.

**FIGURA 12 – EXISTENCIA DE COSEGUROS
POR FINANCIADOR, EN % DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS
PRESTADORES ENTREVISTADOS**



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Hasta aquí las situaciones en las que la transferencia de riesgo entre financiadores, prestadores y usuarios de servicios de salud se desprender de la capacidad relativa para imponer cláusulas más convenientes.

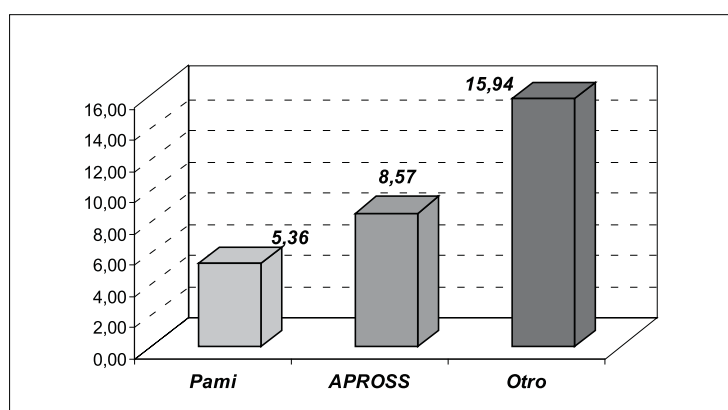
Sin embargo, existen circunstancias en las que la transferencia de riesgo desde los financiadores hacia los prestadores no está ligada con la capacidad de los primeros de imponer reglas que les sean oportunas, sino con las fluctuaciones a que se ven sujetos como respuesta a los factores exógenos.

Una de estas situaciones ocurre cuando los mecanismos de aseguramiento sufren shocks de solvencia que impiden honrar sus contratos o lo fuerzan a hacerlo fuera de tiempo. Esta situación es riesgosa para los prestadores que ven sus propios balances expuestos a los vaivenes del desarrollo de sus financiadores. Por esto, a este tipo de riesgo se lo llama *riesgo de contraparte*, y consiste en una externalidad negativa que imponen los financiadores a sus oferentes de servicios.

En estas circunstancias, la transferencia de riesgo no es un comportamiento deliberado y estratégico, sino que se trata de una situación en que las dos partes están obligadas a compartir el riesgo que enfrenta una de ellas.

Este tipo de riesgo ha probado ser relevante en la provincia de Córdoba en los años de crisis económica, en que la mora y cesación de pagos de los financiadores, junto con la Ley de Emergencia Nacional, redundaron en la quiebra de muchos establecimientos. En efecto, 72% de los encuestados declararon que se cerraron instituciones en su zona de influencia en los últimos 5 años y que ello se debió a la cesación de pagos devenida por la crisis económica de principio de década. Desde entonces, sin embargo, la situación mostró un claro recupero. La Figura 13 muestra los días de mora promedio por financiador para los establecimientos encuestados con que tienen contrato.

**FIGURA 13 – PROMEDIO DE DÍAS DE MORA
POR FINANCIADOR**



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Los mismos se han calculado como la diferencia entre los plazos efectivos de pago y los estipulados en los convenios. Como puede observarse, y para

la muestra de establecimiento entrevistada, ningún financiador supera los 16 días de retraso en pagos. Más aún, en una mayoría de casos para los que la mora es nula: 11 de 14 establecimientos que contratan con PAMI, 9 de 14 de APROSS y 9 de 16 de Otro seguro social o privado.

La Tabla 14 resume las principales características de los contratos analizados agrupando a los establecimientos a partir de las asociaciones de clínicas de pertenencia. Algunas conclusiones al respecto son:

- No se verifican diferencias significativas en lo que respecta a mecanismos de negociación y pago entre los establecimientos agrupados entre sí, y entre éstos y los no agrupados. En general, los sanatorios y clínicas privadas muestran que no logran imponer las cláusulas de pago y negociación. Ellas cambian según el financiador, con independencia de su categoría e institución de pertenencia.
- El PAMI exhibe contratos con cláusulas más estandarizadas entre sus prestadores cuando éstos pertenecen a la red CAPSSA y ACLYSA. En el caso de CAPSSA, todos sus prestadores tienen negociación directa y pago capitado, al tiempo que en el de ACLYSA todos sus prestadores recurren a la negociación directa y sólo uno al pago no capitado.
- Los días de mora promedio de PAMI son mayores para las instituciones pertenecientes a la red de CAESCOR que para las restantes, mostrando ausencia de mora para las instituciones de CAPPSSA. APROSS, por otro lado, muestra un mayor incumplimiento con las instituciones de la red ACLYSA, con 30 días de mora promedio y un límite inferior de 5 días promedio, para las instituciones de CAESCOR, y ningún día de mora para los establecimientos no agrupados.

TABLA 14 – CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS CONTRATOS DE CADA AGRUPACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS
POR FINANCIADOR, EN CANTIDAD DE INSTITUCIONES SOBRE EL TOTAL DE RESPUESTAS FAVORABLES

	ACLYSA				CAESCOR				CAPPSSA				No agrupadas			
	Pami	APROSS	Otro		Pami	APROSS	Otro		Pami	APROSS	Otro		Pami	APROSS	Otro	
Mecanismo de Negociación de los contratos	Directa con el financiador	2/2	0/2	1/2	0/1	1/3	3/3	6/6	0/4	5/7	2/5	0/5	3/5			
	Via asociación de establecimientos	0/2	1/2	0/2	0/1	1/3	0/3	0/6	0/4	0/7	2/5	2/5	1/5			
	Via otro intermediario	0/2	1/2	1/2	1/1	1/3	0/3	0/6	4/4	2/7	1/5	3/5	1/5			
Mecanismo de pago	Cápita	2/3	0/2	0/2	0/1	1/2	1/3	6/6	0/4	0/4	0/7	0/7	5/5	0/3	0/5	
	Módulo	0/3	0/2	1/2	0/1	1/2	2/3	0/6	0/4	4/7	0/5	0/3	0/5			
	Prestación	1/3	2/2	1/2	0/1	1/2	0/6	0/6	1/4	1/7	2/7	0/5	3/3	3/5		
	Monto Fijo	0/3	0/2	0/2	1/1	0/2	0/3	0/6	0/4	1/4	0/7	0/7	0/5	0/3	2/5	
Plazo de pago establecido en el contrato	Media	37,5	45	37,5	30	55	45	35	63,75	64,29	42	60	66			
	Mínimo	30	45	30	30	45	30	30	45,00	30,00	30	60	60			
	Máximo	45	45	45	30	60	60	45	90,00	90,00	60	60	90			
Días de mora promedio	7,5	30	37,5	30	5	0	0	0	11,25	25,71	6	0	0			

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Por último se analizará el mecanismo interno de pago, aguas abajo en cada establecimiento, particularmente a médicos clínicos y especialistas.

Las Tablas 15 a 18 muestran para el total de instituciones encuestadas, el peso porcentual de honorarios pagados directamente por la clínica, por el prestador y por instituciones intermediarias, por fondo de aseguramiento y por mecanismos de pago. El análisis se presenta separadamente para médicos clínicos y para especialistas.

TABLA 15 – RESPONSABLE DEL PAGO DE HONORARIOS A MÉDICOS CLÍNICOS
POR FINANCIADOR, EN %

	<i>PAMI</i>	<i>OSP</i>	<i>Otro</i>
Intermediario	13,33%	23,08%	
Establecimiento	26,67%	15,38%	100,00%
Financiador	60,00%	53,85%	
Otro		7,69%	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

TABLA 16 – MECANISMO DE PAGO ENTRE EL ESTABLECIMIENTO Y LOS
MÉDICOS CLÍNICOS
POR FINANCIADOR, EN %

	<i>PAMI</i>	<i>OSP</i>	<i>Otro</i>
Módulo	16,67%	16,67%	
Prestación	66,67%	66,67%	86,67%
Salario fijo	16,67%	16,67%	13,33%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Los datos exhibidos en las dos tablas corroboran el avance del Nuevo Modelo Prestacional (NMP) de contratación directa del primer nivel de atención del PAMI en la provincia de Córdoba, puesto que la mayoría de los

contratos de PAMI tienen pago directo a los médicos clínicos (60% de los establecimientos encuestados). El APROSS, por su parte, también muestra una presencia mayoritaria como pagador directo a médicos clínicos en sus contratos, mientras que lo usual entre las Obras Sociales Nacionales es el pago a cargo del establecimiento. Para aquellas instituciones que son responsables del pago a los médicos clínicos, el contrato modal es el de pago por prestación, lo que sitúa a los médicos en una situación favorable respecto al criterio de absorción de riesgo.

**TABLA 17 – RESPONSABLE DEL PAGO DE HONORARIOS A ESPECIALISTAS
POR FINANCIADOR, EN %**

	PAMI	OSP	Otro
Intermediario		7,14%	
Establecimiento	93,33%	64,29%	94,12%
Financiador	6,67%	21,43%	5,88%
Otro		7,14%	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

**TABLA 18 – MECANISMO DE PAGO ENTRE EL ESTABLECIMIENTO Y LOS
ESPECIALISTAS
POR FINANCIADOR, EN %**

	PAMI	OSP	Otro
Módulo	14,29%	7,69%	6,25%
Prestación	64,29%	61,54%	75,00%
Mixto	7,14%	15,38%	6,25%
Salario fijo	14,29%	15,38%	12,50%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

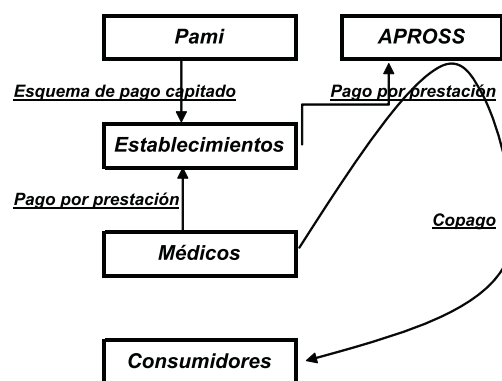
Esta situación se reproduce para el caso de los médicos especialistas que, bajo los tres tipos de financiadores, obtienen mayoritariamente contratos por prestación, tal como muestra la tabla 18. Sin embargo, existe un punto de desencuentro con el caso anterior: para los médicos

especialistas predomina el pago a cargo de los establecimientos. En el caso del PAMI, nuevamente estos datos corroboran el avance el NMP, en tanto no existe ningún contrato que contemple el pago a través de un intermediario.

La Figura 19 esquematiza, a modo de conclusión, los resultados encontrados en esta sección, mostrando el flujo de transferencia de riesgo entre financiadores, establecimientos, profesionales de la salud y pacientes. Las flechas indican la dirección y el motivo en que se transfiere el riesgo.

FIGURA 19 – ESQUEMA DE TRANSFERENCIA DE RIESGO

SECTOR PRIVADO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de contratos capitados del PAMI, muestra una estrategia de transferencia de riesgo aguas abajo. Por su parte, los establecimientos que reciben este riesgo, encuentran en el mercado la oportunidad de acceder a un tipo opuesto de contrato, el de pago por prestación, que les permite diversificar su cartera redireccionándolo hacia otro financiador. En otras palabras, dado que el PAMI ejecuta la estrategia de pagar por cápitas, los establecimientos responden diversificando su financiamiento a través de contratos por prestación con otras instituciones. Este muestra ser la

situación para más del 60% de los encuestados que son prestadores de ambos seguros. Por su parte, la estrategia del APROSS es la de establecer modos de riesgo compartido, incluyendo el cobro de copagos.

Este análisis muestra que el PAMI es un actor clave con gran poder de negociación, aunque acotando su espacio de contratación de prestadores, puesto que logra imponer contratos que le son más beneficiosos. El APROSS, por su parte, no hace ejercicio del poder de negociación estableciendo un sistema intermedio de pago y riesgo absorbido. Los prestadores, a su vez, formando una “cartera diversificada” de contratos que les permite contar con abundante financiamiento al tiempo que adquieren un manejo adecuado del riesgo. Es precisamente en esta habilidad para gobernar los riesgos a que se enfrenta en el mercado donde reside el poder de los prestadores y no en su capacidad para alinearse en asociaciones de establecimientos.

5-2- Estrategias de mercado

En su carácter de oferentes en el sistema de salud, los prestadores privados son competidores en un juego de estrategias donde participan tanto los mecanismos de fijación de precios, como la determinación de variables no precio que se vinculan con la calidad percibida de sus servicios. En esta sección se analiza el comportamiento estratégico de estos actores, evaluando la hipótesis de trabajo que asevera que el sector salud cordobés se conforma en un mercado de competencia monopolística.

Una primera aproximación al análisis del comportamiento estratégico de los actores consiste en explorar sus creencias acerca de la estructura de tal mercado, esto es, sus percepciones acerca del lugar que sus competidores y ellos mismos ocupan. La Tabla 20 resume esta información y presenta un indicador de escala que permite cotejar los resultados obtenidos en las encuestas de campo con las predicciones que arroja la teoría económica.

TABLA 20 – PERCEPCIÓN SOBRE ESTRUCTURA DE MERCADO Y COMPETENCIA

	N° Camas			N° de competidores			Market Share institución encuestada (%)			Market Share institución líder (%)		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Total establecimientos encuestados	64,31	200	9	5,20	15	1	24,73	100	1	37,00	100	5
Córdoba	76,91	200	36	7,00	15	3	8,10	40	1	25,91	70	5
Tercero Arriba	54,67	88	32	1,67	2	1	46,67	70	30	60,00	70	50
Calamuchita	9,50	10	9	1,50	2	1	75,00	100	50	75,00	100	50

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

El número promedio de camas aumenta conforme crece la escala poblacional entre departamentos, registrándose el mayor promedio en la Ciudad de Córdoba (77 camas) y el menor en Calamuchita (entre 9 y 10 camas por establecimiento). Junto con este resultado, la dispersión en el número de camas al interior del departamento es mayor cuanto mayor es la población de esa jurisdicción. Mientras que en Córdoba Capital el establecimiento encuestado con más camas supera en más de cinco veces el indicador para el establecimiento que presenta el valor mínimo, en Tercero Arriba tal relación es de tres veces y en Calamuchita, es aproximadamente 1 a 1. En suma, el indicador de escala y su dispersión aumentan con el tamaño del mercado, incrementando asimismo la probabilidad de diferenciación de servicios.

La siguiente columna muestra la percepción promedio de los encuestados acerca de la cantidad de instituciones que compiten con ellos. A simple vista surge que en aquellos departamentos donde la población es mayor, el mercado es más competitivo. Teniendo en cuenta la totalidad de los establecimientos, el mínimo número de competidores percibido corresponde a los departamentos menos poblados.

Cuanto mayor es la escala poblacional y mayor el número de competidores, la expectativa promedio sobre la posición de la propia institución es menos optimista: siendo, en promedio para la Ciudad

de Córdoba del 8,10% del mercado, en Tercero Arriba de del 45% y en Calamuchita del 75%. Por otro lado, la dispersión en las creencias se acrecienta cuando menor es la participación percibida en el mercado. En Córdoba, la institución que cree tener una mayor presencia en el mercado representa 40 puntos más que la que cree tener la menor percepción, mientras que en Tercero Arriba y Calamuchita esta relación se ubica en torno del doble.

Por último, la Tabla muestra que la propia posición en el mercado se relaciona inversamente con la distancia hacia la posición de la institución considerada líder. En efecto, la participación promedio percibida de la institución líder en la Ciudad de Córdoba representa el triple de la percepción propia. Siendo en Tercero Arriba 1,3 veces y en Calamuchita, las instituciones encuestadas creen en promedio no diferenciarse del líder.

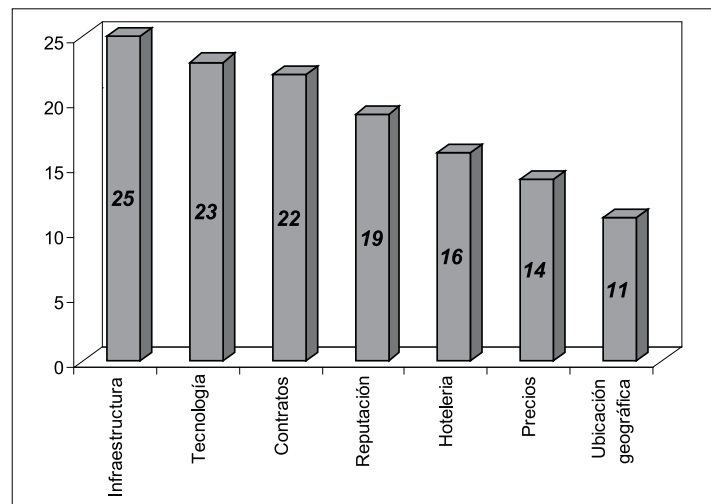
De este modo, el sistema prestador cordobés se enfrenta a un modelo de competencia imperfecta, con un número significativo de clínicas y sanatorios ofreciendo servicios bajo un esquema de segmentación de fondos.

Dada esta evidencia, cabe indagar sobre los motivos de diferenciación de producto, es decir, acerca de las características de los servicios de salud ofrecidos que cada competidor trata de destacar con el fin ser preferidos por financiadores y/o usuarios.

En esta dirección, la Tabla 21 muestra los motivos por los cuales los sanatorios entrevistados declararon competir medidos con porcentaje de respuestas afirmativas para cada caso.

La primera conclusión es que la competencia es primordialmente “no-precio” y “no-espacial” (o geográfica). Esto avala la hipótesis de diferenciación vertical de producto (basada en criterios de calidad real o percibida), puesto que la interacción estratégica se vincula con las características del producto o servicio ofrecido.

FIGURA 21 – MECANISMOS DE DIFERENCIACIÓN VERTICAL DE PRODUCTO



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

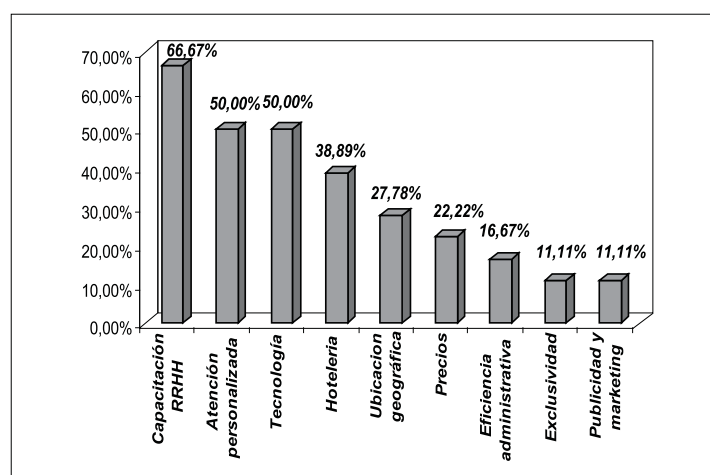
La Infraestructura Edilicia y la Tecnología son los criterios señalados como los más importantes a la hora de competir. De ello se deduce que los mecanismos primordiales de diferenciación de producto se basan en la capacidad instalada, lo que una cierta idea de costo-efectividad social.

Los siguientes dos criterios se asocian con cualidades del producto que refuerzan la confianza de los usuarios. El primero de ellos corresponde al mecanismo de segmentación del mercado (contratos), que en la cartilla de elección de los consumidores permite la presencia de la clínica o sanatorio. El segundo, es la reputación, un indicador de la calidad percibida por parte de los demandantes.

De esta manera, los prestadores intentan construir submercados y desarrollan estrategias para atraer pacientes y financiadores. De las encuestas de campo surge que los prestadores no consideran a estos dos grupos coincidentes en términos de presencias. Las Figuras 22 y 23

presentan el orden de prioridades de pacientes y fondos financiadores, respectivamente, desde la percepción de los prestadores de servicios entrevistados en la provincia. Para cada motivo de diferenciación, se identifica el porcentaje de establecimiento que consideró esa opción, a partir de los cuales se identifica un orden conjunto de importancia de cada tópico.

FIGURA 22 – ESTRATEGIAS PARA ATRAER PACIENTES

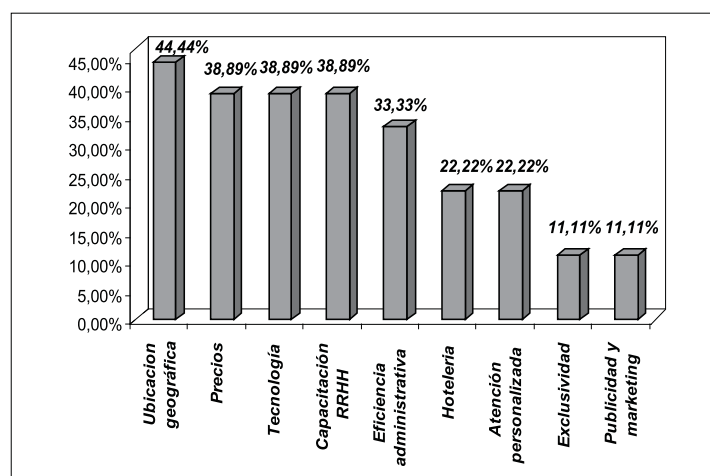


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

De lo declarado por los encuestados, surge que las principales características percibidas que valoran los consumidores de servicios de salud son los Recursos Humanos Capacitados, la Atención Personalizada, la Tecnología y la Hotelería. Estos criterios evidencian cuestiones vinculadas con medidas objetivas de calidad y calidez en el trato por parte de los profesionales y no profesionales de la salud, así como con el confort brindado por los establecimientos. Por el contrario, las estrategias de exclusividad, eficiencia administrativa y precio no son relevantes para los pacientes.

En contraposición, la búsqueda de financiamiento incentiva el desarrollo de otro tipo de estrategias, más vinculadas a los costos y a la eficiencia en el manejo de recursos, tal como se observa en la Tabla 22.

FIGURA 23 – ESTRATEGIAS PARA ATRAER FINANCIADORES



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

En efecto, las estrategias mayoritariamente elegidas para captar financiadores son la ubicación geográfica y los precios, indicando que los financiadores priorizan los contratos de aquellos establecimientos que prestan servicios en zonas de concentración poblacional y cuyos precios son bajos. Pero al mismo tiempo, se deduce de los datos que los financiadores son atraídos por indicadores de manejo eficiente de los recursos, esto es, buenos indicadores de tecnología y capacitación del recurso humano y bajos “costos de gobernabilidad”, conseguidos a través de la eficiencia administrativa (pago en tiempo, orden en las cuentas, etc.)

En suma, los prestadores desarrollan ciertos planes de acción con el fin de ganar consumidores y financiadores. Mientras intentan influir sobre la calidad percibida por parte de los consumidores a la hora de captarlos, se

concentran en criterios de diferenciación precio y espacio y de eficiencia en los costos para atraer financiadores.

5-3- Gestión hospitalaria pública

La provincia de Córdoba, dentro del contexto descentralizado en el financiamiento del sistema de salud argentino, se constituye en una de las provincias de mayor regionalización del gasto a nivel de departamentos y municipios. De acuerdo con la información disponible en el Ministerio de Economía de la Nación, Córdoba localiza en sus entidades políticas subnacionales una proporción significativamente del gasto público en salud. Asimismo, el Fondo de Financiamiento a la Descentralización (Fofindes) constituye una fuente de recursos para el sector público municipal en el área. Dentro de este marco, el análisis de los mecanismos de decisión hospitalaria merece especial atención en la medida en que la autogestión de prestadores públicos es una potencial herramienta de gestión para la equidad en un modelo sanitario donde los subsidios cruzados no deseados entre subsectores son un hecho corriente.

Esta sección analizará aspectos relevantes del comportamiento del sector público en su rol de proveedor de servicios de salud. El objetivo principal es testear la hipótesis de descentralización en la provincia de Córdoba, a partir de investigar el grado de desarrollo de la autogestión hospitalaria. A través del análisis del mecanismo de toma de decisiones y manejo de la facturación de los hospitales, se procura comprender el alcance de este instrumento en la Provincia de Córdoba.

Para esta sección se ha realizado una encuesta de campo y entrevistas a prestadores clave del sector prestador público. La base de datos resultante comprende una muestra de 16 hospitales de jurisdicción provincial pertenecientes a los tres departamentos seleccionados. Siendo 37 la totalidad de hospitales provinciales, la instrumentación analizada a continuación muestra un alcance del 45% del sistema hospitalario, aunque excluye información proveniente de instituciones de jurisdicción municipal.

5-3-1- Toma de decisiones

La primera característica identificada para abordar la profundidad del proceso de autogestión hospitalaria corresponde al mecanismo de toma de decisiones y, en particular, al agente del sistema sobre el que recaen las mismas. En la siguiente tabla, y sobre la base de 16 entrevistas, se identifican las responsabilidades del sistema en términos de definición de presupuesto, contratación de personal y compras de insumos.

TABLA 24 – RESPONSABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES

	<i>Presupuesto</i>	<i>Contratación de personal</i>	<i>Compras</i>
Ministerio Salud Provincial	16/16	15/16	9/16
Director del Hospital	2/16	1/16	13/16
Acuerdo de partes	-	3/16	-

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Se muestra que el presupuesto del hospital es decidido por las autoridades del Ministerio de Salud Provincial para todos los encuestados y en sólo dos casos la decisión es compartida con el director de la institución. Por su parte, el 94% de los encuestados declaró que la contratación de su personal también se encuentra a cargo del MINSA, mientras sólo en un caso esta decisión recae en las autoridades del hospital⁵. Esto sugiere que las estrategias de recursos humanos y presupuestarias no son directamente instrumentadas por el hospital, lo que limita y desafía el modelo de autogestión hospitalaria.

Con respecto a las compras de insumos, en 13 casos (81% de la población encuestada) la decisión recae en manos del director del hospital.

⁵ Técnicamente, la contratación de personal recae administrativamente en la Dirección General de Personal de la Provincia.

Sin embargo, 9 de 16 encuestados respondieron que algunas acciones en este rubro asimismo renacen bajo el control del MINSA, evidenciando que en 6 de esos 9 casos, la decisión es compartida.

5-3-2- Fuente del financiamiento y recupero de costos

Un segundo aspecto a analizar es en qué medida los hospitales se solventan financieramente con fondos propios provenientes de una estructura pública integrada, o dependen de los financiadores (obras sociales y prepagas) del sistema a quienes brindan servicios.

La Tabla presentada a continuación muestra el porcentaje en el financiamiento total de la institución que representan los aportes de los distintos financiadores del sistema de salud.

TABLA 25 – FUENTE DEL FINANCIAMIENTO DE HOSPITALES PROVINCIALES
PORCENTAJE DEL FINANCIAMIENTO TOTAL DE LA INSTITUCIÓN - ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	<i>Media</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Estado Provincial</i>	91	80	100
<i>Profe</i>	2	0	10
<i>Pami</i>	1,67	0,5	2,5
<i>APROSS</i>	1,54	0,2	5
<i>OSN sin convenio</i>	1,52	0,1	2,5
<i>OSN con convenio</i>	0,52	0,1	2,5
<i>Plan Nacer</i>	0,40	0	2
<i>Prepagas con convenio</i>	0	0	0
<i>Prepagas sin convenio</i>	0	0	0
<i>Estado Municipal</i>	0	0	0
<i>Gasto de Bolsillo</i>	0	0	0
<i>ARTs</i>	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Como puede apreciarse, el 91% del presupuesto del hospital proviene del Estado Provincial. El examen de la dispersión de este indicador, evidencia

que esta dependencia financiera es la regla prevalente: el establecimiento que menor porcentaje de su presupuesto recibe desde las arcas públicas, representa un 80%.

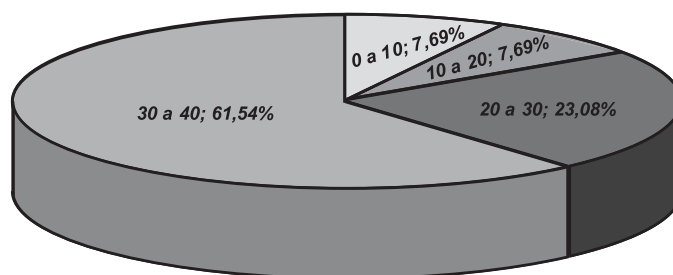
En importancia le sigue la Seguridad Social que representa algo más del 5% del financiamiento promedio de los establecimientos públicos distribuidos entre el PAMI (1,67%), APROSS (1,54%) y obras sociales nacionales, con y sin convenio previo firmado con el establecimiento (2,04%). Simultáneamente, existen dos fondos nacionales (Profe y Plan Nacer) que reúnen, en conjunto, el 2,4% del financiamiento promedio del presupuesto de los hospitales. Finalmente, los fondos privados (prepagas, pago de bolsillo y ARTs) son insignificantes en el presupuesto de los prestadores públicos.

Este último resultado desafía la capacidad del sistema sanitario de avanzar en un modelo de cobertura universal. La Figura 26 muestra que de los 13 encuestados que contestaron la pregunta, 8 (esto es, el 61,54% de los que respondieron y el 50% del total de encuestados) declararon que a su establecimiento asiste entre un 30 y un 40% de pacientes que ya cuentan con una cobertura formal, porcentaje claramente superior al incorporar como fuente de financiamiento institucional.⁶

De este modo, y si bien el Estado ha desarrollado mecanismos institucionales para proveer los recursos a los hospitales (principalmente a través de su rol protagonista como rector de las decisiones de compra y contratación de personal) existen instancias en las que estas decisiones no puede integrarse con la gestión del hospital, generando desincentivos a la descentralización en las instituciones públicas de prestación. En efecto, los establecimientos no evidencian capacidad técnica o interés por reducir los márgenes de subsidios o fondos sociales, tal como queda en evidencia a partir de la observación de las Figuras 27 y 28.

⁶ Complementariamente, el 23% de los que contestaron (18,75% del total) declaró que el porcentaje de pacientes de su hospital con cobertura oscila entre 20 y 30%.

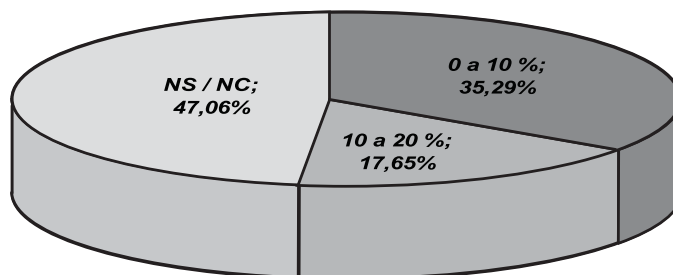
FIGURA 26 – PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL Y QUE TIENE COBERTURA



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

La primera de ellas muestra que aproximadamente 35% de los encuestados declaró que sobre el presupuesto total del establecimiento que dirige le factura hasta el 10% a la población con cobertura.

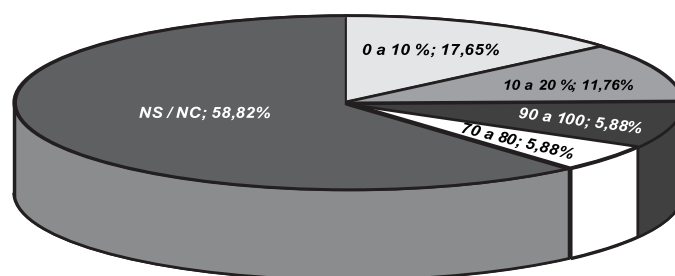
FIGURA 27 – PORCENTAJE DE LO FACTURADO A LA POBLACIÓN CON COBERTURA, SOBRE EL PRESUPUESTO TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO - POR RANGO PORCENTUAL DE FACTURACIÓN, FRECUENCIA RELATIVA DE ESTABLECIMIENTOS-



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Por su parte, el 17,65% de los encuestados respondió que la facturación a población con cobertura alcanza entre el 10 y el 20% del presupuesto total del hospital. Es decir que en ningún caso lo facturado supera el 20% del presupuesto, a pesar de que, como se dijo, la mayoría de los hospitales reciben hasta un 40% de población cubierta. Sin embargo, sólo una proporción menor de tal facturación resultó ser efectivamente cobrada por el hospital.

FIGURA 28 – PORCENTAJE DE LO EFECTIVAMENTE COBRADO SOBRE LO FACTURADO
- POR RANGO PORCENTUAL DE FACTURACIÓN, FRECUENCIA RELATIVA DE ESTABLECIMIENTOS-



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007)

Sólo una de las instituciones entrevistadas declaró que lo recuperado efectivamente es cercano al 100% de lo facturado, en tanto una aseguró que tal porcentaje se ubica entre 70% y 80%. El resto de las instituciones sólo alcanza a cobrar hasta el 20% de lo facturado, registrándose tres hospitales donde este porcentaje no supera el 10%.

Estos valores coinciden con el promedio de 5% de los prepuestos hospitalarios que provienen de frentes vinculados a fondos de aseguramiento social o privado.

6- Conclusiones

El presente capítulo plantea el estudio de la estructura del sistema de salud de la provincia de Córdoba, los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan, y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo. Con este objetivo se indagó sobre las características de la estructura del mercado privado de salud de la provincia (numero de competidores y concentración de la oferta); el grado de competencia y diferenciación de producto entre los proveedores, y sus estrategias para captar a sus principales (financiadores y pacientes); las características de los contratos y los mecanismos de pago, el peso relativo de los actores en las negociaciones para establecerlos y finalmente los modos de transferencia y absorción de riesgo entre aseguradores y prestadores. Respecto del sector público, los interrogantes se plantearon en torno al nivel de descentralización en la toma de decisiones y la capacidad del sector ante los incentivos monetarios desplegados por los fondos de aseguramiento social.

Los resultados presentan a Córdoba como un caso de estructura de mercado de competencia monopolística, con relativamente pocos competidores, alta presencia de instituciones líderes y donde la diferenciación vertical de producto se constituye en una estrategia elegida por los jugadores.

En este contexto en que cada oferente pretende formar un pequeño monopolio de su producto diferenciado, la infraestructura es el primer criterio para definir la competencia, seguido por tecnología, ambos indicadores de calidad percibida o real tanto de pacientes como de financiadores.

Los resultados muestran que, de acuerdo a la opinión de los mismos prestadores, los pacientes seleccionan su sanatorio a partir de indicadores de calidad y confort, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten gran valoración. Para el grupo de financiadores, en cambio, se señalaron argumentos vinculados con el “acceso” y el manejo eficiente

de recursos (ubicación geográfica, precios, tecnología, capacitación de recursos humanos, eficiencia administrativa, etc.), acordes a un contexto marcado por la competencia entre prestadores para acceder a contratos con instituciones aseguradoras.

Caracterizada la estructura de mercado percibida por los prestadores del sistema de salud cordobés, se avanzó en la distribución del financiamiento, los contratos y los mecanismos de pago, para identificar el poder de mercado y capacidad negociadora de cada actor participante.

La información recogida muestra que el PAMI, en primer lugar, y la Obra social provincial –APROSS-, en segundo, son los principales financiadores del sector prestacional privado. Asimismo, los datos sugieren que el PAMI concentra su estrategia en atraer prestadores de condiciones de oferta bajas y medias, indicando que tal financiador prioriza el tener el poder de negociación.

Asimismo, al indagar sobre los mecanismos de contratación y de pago, se registran diferencias entre los principales aseguradores. Mientras PAMI opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado; APROSS opta por contratos intermediados y cuyo modo de pago predominante es el pago por prestación. Ello sugiere un esquema de transferencia de riesgo que opera desde el PAMI hacia los prestadores, desde ellos hacia APROSS y desde APROSS hacia los consumidores. Esto es, dado que PAMI ejecuta la estrategia de pagar por cápitas, los establecimientos responden diversificando su financiamiento a través de la celebración de contratos con APROSS, que les ofrece mayoritariamente un esquema por prestación. Como hemos visto, éste es el caso para más del 60% de los encuestados que son prestadores de ambos seguros. Por su parte, la estrategia del APROSS ante el comportamiento de los establecimientos en el mercado es transferir parte del riesgo hacia los pacientes a través del cobro de copagos.

El sector público, por su parte, presenta una estructura y una dinámica de funcionamiento particular, donde los actores responden a incentivos

diferentes. En este caso se evaluó la descentralización en la toma de decisiones y la capacidad de autogestión hospitalaria y los resultados evidencian importantes desafíos pendientes al respecto, en la medida que la definición del presupuesto, las compras, la subcontratación de bienes y servicios y la contratación de personal de planta permanente de los Hospitales se encuentra mayoritariamente centralizada en el Ministerio provincial.

CAPITULO 4:

Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del Sistema de Salud de Salta

DANIEL MACEIRA Y CINTIA CEJAS

1- Introducción

Las estructuras de la demanda y de la oferta de servicios de salud actúan como condicionantes fundamentales del esquema de negociación y posterior implementación de una estructura de pagos afectando el desempeño del sector, medido en términos de sub o sobreprestación de servicios, calidad de atención, sesgo preventivo, etc.

A su vez, la estrategia de cada actor depende en última instancia de la estructura del mercado de servicios caracterizada por el número y distribución de pacientes y oferentes, el grado de diferenciación de estos últimos, la presencia o no de barreras a la entrada, etc.

Desde esta mirada, el objetivo del presente capítulo es analizar la asociación existente entre la estructura del mercado proveedor de servicios de salud, los mecanismos de pagos a proveedores por parte del sistema de

Colaboraron: Cristina Segal, Manuel Calderón y Mariela Strusberg.

aseguramiento social, y la respuesta en términos de organización interna y transferencia de riesgo en la provincia de Salta.

En las **secciones dos, tres y cuatro** del capítulo se hace referencia al contexto en el que se desarrolla el sistema. Para ello se realiza una breve descripción socioeconómica y sanitaria de la provincia, así como una aproximación de la estructura del sistema sanitario en Argentina, las particularidades que adquiere en la provincia de Salta, y una referencia a los antecedentes de los principales actores que contribuyen a configurar el escenario actual.

A continuación se discuten los principales resultados del estudio de campo. En esta dirección, la **quinta sección** presenta las preguntas de investigación y se describe brevemente la metodología utilizada. La **sección seis** analiza el comportamiento de los financiadores y prestadores privados de servicios de salud. Ello se llevó a cabo mediante el relevamiento de información sobre nivel y motivo de competencia entre los prestadores, estrategias para atraer pacientes y financiadores, distribución y fuentes de financiamiento. La **sección siete** analiza los mecanismos de negociación de contratos y de pago.

Finalmente el documento analiza el subsector público en la **octava sección** y sus diferencias de objetivos y acciones con el subsector privado, haciendo referencia a la organización del sistema, los diversos tipos de gestión de los hospitales, sus competencias y sus fuentes de financiamiento.

Por último, las conclusiones se presentan en la novena sección resumiendo las respuestas a las preguntas de investigación.

2- Características socioeconómicas y sanitarias de Salta

La provincia de Salta está caracterizada por una significativa concentración de la población en pocos departamentos: la Capital provincial, San Martín y Orán albergan el 67% de la población en tanto quince de los veintitrés

departamentos cuentan con poblaciones rurales superiores al 25 % del total.

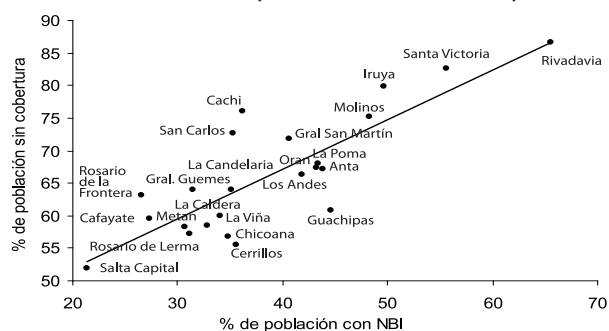
TABLA 1- INDICADORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS (POR DEPARTAMENTO)

Partido	Población en 2001	Porcentaje de la población provincial	Porcentaje de población con NBI	Porcentaje de población sin cobertura	Porcentaje de población rural
Anta	49,841	4,6	43,9	67,1	36,6
Cachi	7,280	0,7	36,2	75,9	69,9
Cafayate	11,785	1,1	27,4	59,5	9,1
Cerrillos	26,320	2,4	35,6	55,5	37,8
Chicoana	18,248	1,7	34,9	56,8	35,7
General Guemes (Salta)	42,255	3,9	31,4	64,1	10,8
General José de San Martín	139,204	12,9	40,7	71,8	18,6
Guachipas	3,211	0,3	44,7	60,8	100,0
Iruya	6,368	0,6	49,7	79,9	100,0
La Caldera	5,711	0,5	32,8	58,4	47,8
La Candelaria	5,286	0,5	35,1	63,9	55,9
La Poma	1,735	0,2	43,4	68,0	100,0
La Viña	7,152	0,7	34,1	59,9	52,9
Los Andes	5,630	0,5	41,9	66,3	24,1
Metán	39,006	3,6	30,6	58,2	16,4
Molinos	5,565	0,5	48,4	75,2	100,0
Orán	124,029	11,5	43,2	67,3	10,7
Rivadavia	27,370	2,5	65,5	86,7	86,6
Rosario de la Frontera	28,013	2,6	26,6	63,0	20,7
Rosario de Lerma	33,741	3,1	31,2	57,2	25,5
Salta Capital	472,971	43,8	21,3	51,9	0,8
San Carlos	7,208	0,7	35,3	72,6	100,0
Santa Victoria	11,122	1,0	55,7	82,6	100,0
Total Provincia	1,079,051	100,0			

Fuente: Censo Nacional 2001

Por estos motivos, una parte significativa de la población no cuenta con acceso a servicios básicos tales como agua de red o cloacas en sus hogares. Tales son los casos de los departamentos de Rivadavia, Santa Victoria, Molinos, San Carlos o Iruya.

GRÁFICO 1 - SALTA. RELACIÓN ENTRE NBI Y AUSENCIA DE COBERTURA SANITARIA (POR DEPARTAMENTO)

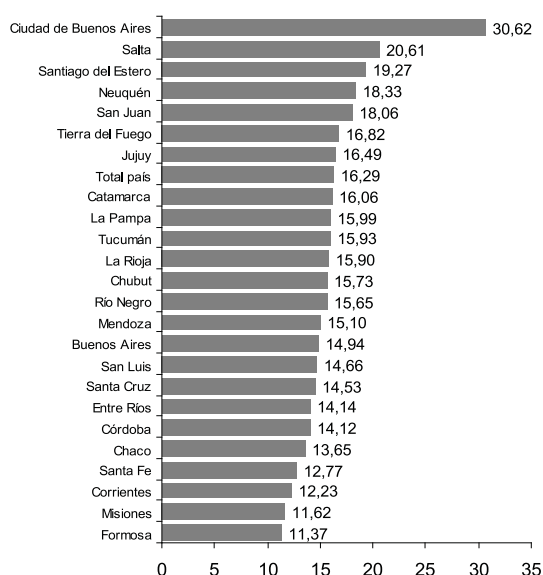


Fuente: Censo Nacional 2001

Paralelamente, se registra una relación positiva tanto entre el porcentaje de hogares con NBI y la proporción de su población que vive en el campo, como entre NBI y ausencia de cobertura sanitaria. De este modo, la población en situación de mayor vulnerabilidad social en la provincia se encuentra ubicada en zonas rurales de baja densidad y cobertura en salud.

A partir de la información sobre gasto provincial por finalidad, publicados por la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, se observa que la provincia de Salta es la segunda jurisdicción del país en términos de la proporción del gasto destinada a salud. El mismo representa un 20,61%, sólo superado por la Ciudad de Buenos Aires que destina a salud un 30,62%. En términos del gasto en salud por habitante, Salta se encuentra cercana del promedio nacional con \$191,3 por habitante en 2001, lejos de los \$671 de Santa Cruz (la de mayor gasto per cápita en salud) pero un 85% superior a los \$103 de Corrientes (la de menor gasto per capita en el área).

**GRÁFICO 2 - GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL.
COMPARACIÓN PROVINCIAL (PROMEDIO 1993-2004, EN PORCENTAJES)**



Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

En resumen, Salta es una provincia caracterizada por la heterogeneidad geográfica, dado que existen importantes diferencias entre la región metropolitana y las regiones rurales. Esta diferencia se aprecia tanto en nivel de infraestructura y acceso a los servicios públicos como también en relación a la performance de los indicadores de vulnerabilidad social.

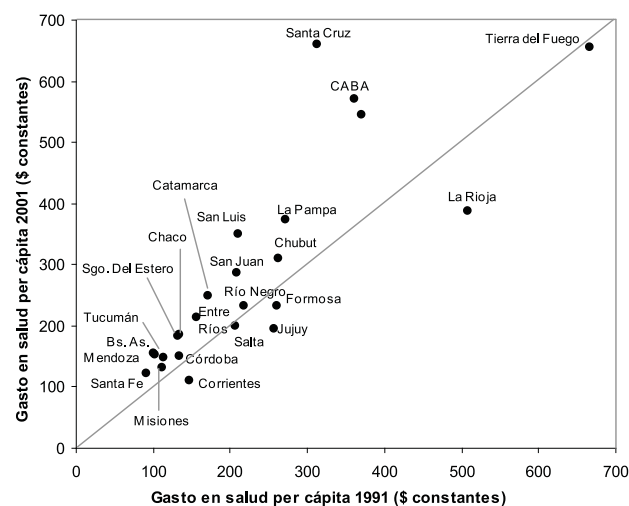
TABLA 2 - ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS (POR DEPARTAMENTO)

Departamento	Hogares	Servicio					
		Desagüe a Red (cloaca)			Agua de Red		
		Sí	No	% que no tiene	Sí	No	% que no tiene
Total	240.918	156.156	84.762	35,18	225.057	15.861	6,58
Anta	10.677	3.297	7.380	69,12	9.208	1.469	13,76
Cachi	1.531	452	1.079	70,48	1.226	305	19,92
Cafayate	2.534	2.113	421	16,61	2.396	138	5,45
Capital	109.185	92.670	16.515	15,13	108.504	681	0,62
Cerrillos	5.496	2.393	3.103	56,46	5.057	439	7,99
Chicoana	3.851	974	2.877	74,71	3.491	360	9,35
General Güemes	9.593	4.480	5.113	53,30	9.215	378	3,94
General José de San Martín	30.681	15.808	14.873	48,48	29.340	1.341	4,37
Guachipas	798	-	798	100,00	575	223	27,94
Iruya	1.371	252	1.119	81,62	882	489	35,67
La Caldera	1.322	-	1.322	100,00	1.110	212	16,04
La Candelaria	1.242	-	1.242	100,00	944	298	23,99
La Poma	345	-	345	100,00	249	96	27,83
La Viña	1.623	-	1.623	100,00	1.450	173	10,66
Los Andes	1.237	589	648	52,38	1.027	210	16,98
Metán	8.729	6.595	2.134	24,45	8.066	663	7,60
Molinos	1.042	93	949	91,07	630	412	39,54
Orán	26.009	17.772	8.237	31,67	24.058	1.951	7,50
Rivadavia	5.642	-	5.642	100,00	2.853	2.789	49,43
Rosario de la Frontera	6.793	4.596	2.197	32,34	6.117	676	9,95
Rosario de Lerma	7.334	3.136	4.198	57,24	6.556	778	10,61
San Carlos	1.454	700	754	51,86	1.012	442	30,40
Santa Victoria	2.429	236	2.193	90,28	1.091	1.338	55,08

Fuente: Censo Nacional 2001

En relación a los instrumentos de política sanitaria, el gobierno salteño se encuentra entre los que más recursos destinan a salud de su presupuesto, aunque en términos de gasto por habitante se ubica en una posición intermedia en la comparación con el resto de las provincias. A pesar de ello, no ha habido un aumento del gasto per cápita en salud medido en pesos constantes entre 1991 y 2001.

**GRÁFICO 3 - POSICIONAMIENTO RELATIVO DE LAS
PROVINCIAS EN CUANTO A GASTO EN SALUD POR HABITANTE,
AÑOS 1991 Y 2001 (EN PESOS CONSTANTES)**

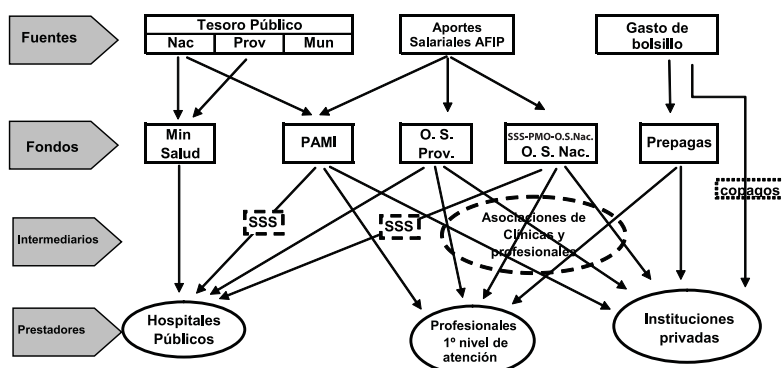


Fuente: Ministerio de Economía y Producción de la Nación

3- Estructura del Sistema de salud de Salta y sus principales actores

La cobertura de servicios de salud en la Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de las obras sociales y el sector privado, con una fuerte interrelación tanto a nivel de la provisión de servicios como en términos de financiamiento. Considerando la complejidad de las relaciones, se propone distinguir entre fuentes de financiamiento, financiadores y prestadores de servicios de salud. (Maceira, 2006).

GRÁFICO 4 - ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO, ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE SALUD. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud provincial se pueden agrupar en tres grandes bloques, en paralelo con el modelo nacional. En el sector público se financian con aportes del Tesoro Provincial, compuesto por ingresos tributarios, y transferencias nacionales, directas o en especies, asignando sus recursos al Ministerio de Salud.

El sector de la seguridad social se financia con los aportes salariales y las contribuciones patronales asociadas al trabajo autónomo y en relación de dependencia de empleados públicos (dirigidas a la obra social provincial) o públicas nacionales y privados (obras sociales nacionales).

Finalmente el gasto de bolsillo está compuesto por los aportes directos de los pacientes a los servicios de salud, prepagas, copagos y medicamentos.

El PAMI, por su parte se financia con aportes de los trabajadores autónomos en actividad; la contribución de los pasivos, que varía entre un 3% y 6%, según superen o no el haber mínimo; y los aportes del tesoro nacional que determina la Ley de Presupuesto Nacional anualmente.

El subsector público de Salta, a través de su red de centros asistenciales, brinda cobertura teórica al 60.4% de la población, 651.995 personas que no poseen cobertura de obras sociales ni prepagas¹. De acuerdo con la guía de establecimientos actualizada mediante entrevistas efectuadas para esta investigación, el sector público cuenta con 50 establecimientos con internación y 467 centros de atención primaria. La provincia de Salta ha sido históricamente una pionera en reformas de su sistema de salud, desde el modelo de atención primaria desarrollado durante las últimas décadas hasta el lanzamiento de Seguros Provinciales de Salud con gestión departamental y modelos de autogerenciamiento hospitalario, administración mixta y tercerización.

Uno de los principales financiadores del sistema de salud de Salta, es la obra social provincial denominada Instituto Provincial de Salud de Salta (IPS), definido por la ley 7127 del 2001 como una entidad autárquica con personería jurídica dotada de individualidad administrativa, económica y financiera. Actualmente brinda cobertura a 201.836 personas, el 18.7 % de la población². La afiliación es obligatoria para todos los empleados de la administración pública provincial y municipal; los jubilados y pensionados del sistema de previsión social de la Provincia, y el personal temporario y contratado que cumpla funciones en organismos provinciales y municipales. También puede captar afiliados adherentes voluntarios.

El IPS concentra sus actividades en la administración de los servicios de salud que brinda a sus afiliados, a través de prestadores contratados y/o sus servicios propios de farmacia y óptica.

En esta dirección, mantiene relación contractual con establecimientos asistenciales públicos y privados, tanto de capital como del interior de la provincia. De esta manera brinda servicios médicos en todas las especialidades, sin cobro de arancel diferenciado.

¹ INDEC, 2001

² Fuente: Instituto Provincial de Salud. Población beneficiaria al 31/05/2004.

Los afiliados cuentan con una cobertura financiera del 80 % del valor de las consultas y prácticas, en tanto el otro 20% se encuentra a cargo del afiliado (coseguro). En algunos casos, la Asociación de trabajadores de la Sanidad -ATSA- y Unión del Personal Civil de la Nación –UPCN- actúan como reaseguros, cubriendo dicho coseguro mediante una cuota fija de sus afiliados. En cuanto a los medicamentos registrados en el vademécum de la institución, éstos están cubiertos en un 40% por la obra social y el otro 60% a cargo del afiliado.

PAMI, la institución de aseguramiento social más importante del país, brinda servicios a 3.200.000 argentinos mediante sus 36 “Unidades de Gestión Local”. A la jurisdicción de Salta le corresponde la número XII, contando con 59.402 afiliados³, un 5.5% del total de la población provincial y un 17.09% de los que cuentan con algún tipo de cobertura de obra social nacional⁴.

Finalmente, las obras sociales sindicales, reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud con competencia nacional, brindan cobertura a 288.228 afiliados en la provincia de Salta. La obra social de Personal Rural y Estibadores, en primer lugar, así como la del personal de la Construcción y de Empleados de Comercio y Actividades Civiles, en segundo término, son las que mayor cantidad de afiliados agrupan cubriendo entre ambas el 40% del total del rubro. Asimismo, 7 obras sociales nacionales cubren el 60% del total de los beneficiarios de su grupo. La Tabla 3 enumera las obras sociales con más presencia en la provincia y el Gráfico 5 compara el peso relativo de cada uno de los financiadores de acuerdo al número de afiliados.

³ Superintendencia de Servicios de Salud. 2006-200.

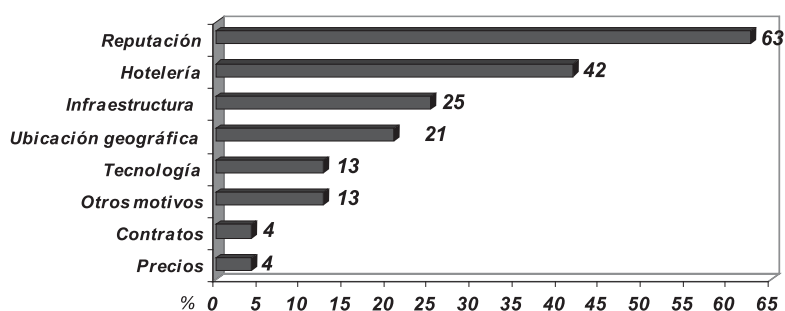
⁴ Superintendencia de Servicios de Salud. Afiliados a Obras Sociales Nacionales. 2006-2007

**TABLA 3 - AFILIADOS A OBRAS SOCIALES NACIONALES EN LA PROVINCIA DE
SALTA (2006-2007)**

Obra Social	Afiliados	% del total
Os Pers. Rural y Estibadores de la República Argentina	86.234	29,92
Os del Personal de la Construcción	30.053	10,43
Os Empleados de Comercio y Actividades Civiles	22.262	7,72
Os del Personal del Azúcar Ingenio San Martín	10.445	3,62
Os de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas	9.929	3,44
Os Pers. Hotelero Gastronómico. Union Trabaj. Gast. Rep.Arg.	9.030	3,13
Os del Personal de la Actividad del Turf	6.708	2,33
Os para la Actividad Docente	6.177	2,14
Os del Personal de la Sanidad Argentina	5.576	1,93
Os del Personal de la Industria del Tabaco	5.433	1,88
Os del Personal de Instalaciones Sanitarias	5.128	1,78
Os Superv. Industria Metal Mecánica de la Rep. Arg.	4.972	1,73
Os Conductores Camioneros y Pers. Transp. Aut. De Carga	4.947	1,72
Os del Petróleo y Gas Privados	4.916	1,71
Os Unión Personal Civil de la Nación	4.695	1,63
Os Conductores de Transp.Colectivo de Pasajeros	3.706	1,29
Otras OS	68.017	23,60
Total Afiliados a OS Nacionales en la provincia	288.228	100,00

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Gráfico 5 - Distribución del aseguramiento en Salta



*Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de superintendencia de servicios de salud y del
Instituto Provincial de Salud*

Por último, la provincia de Salta cuenta con 225 establecimientos privados, entre clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico que incluyen aproximadamente 80 laboratorios⁵. Los prestadores en su mayoría, se agrupan en entidades intermedias que permiten establecer contratos y negociar precios ante financiadores o pagos de deudas de una manera más efectiva. Las principales entidades en las zonas seleccionadas para este estudio son:

- Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la Provincia de Salta (ACLISASA) que agrupa a la Clínica San Rafael, Maternidad Privada Salta S.A., Sanatorio San Roque S.A., Clínica del Niño S.R.L, Sanatorio Modelo S.A., Clínica Cruz Azul S.A., Clínica del Neurodiagnóstico, Clínica Luis Güemes, Clínica San Antonio (Tartagal), Clínica Privada Sagrado Corazón (Orán)
- Cámara de Empresas Médicas formada por el Hospital Privado Santa Clara de Asís, Sanatorio El Parque y Sanatorio El Carmen.
- Asociación de Clínicas del Interior integrada por la Clínica Divina Misericordia, Clínica San Antonio, Clínica Mayo, Clínica Lourdes, Clínica San Lucas, Centro de Especialidades Médicas, Clínica Alem, Clínica Itatí, Clínica Huachana, Clínica Metán y Clínica 9 de Julio.
- Cámara del Norte compuesta por la Clínica San Antonio (Tartagal), Clínica Privada Sagrado Corazón (Orán), entre otras. Conformada para brindar servicios a la Obra Social provincial
- Consorcio de Prestadores Privados de Salud de Salta (COPRESA), creado a principios de 2007 y conformado por la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la Provincia de Salta, la Cámara de Empresas Médicas de Salta y el Círculo Médico de Salta. Su función es la negociación conjunta del convenio integral con el Instituto Provincial de Salud de Salta-IPS, y gradualmente los convenios con las Obras Sociales nacionales.

⁵ *Guía de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud. 2000*

Paralelamente, existen al momento de realizar esta investigación, tres instituciones que no se encuentran asociadas y son el Centro Asistencial de Salud -CENESA, Hospital Privado Tres Cerritos y Clínica La Merced.

Finalmente, existen círculos de profesionales de la salud entre los cuales se destaca el Círculo Médico de la ciudad de Salta que agrupa a unos 1.200 médicos de la ciudad capital.

4- Antecedentes de los principales actores

El objetivo de este apartado es hacer una breve revisión de los principales acontecimientos que contribuyeron a la conformación del escenario actual del sistema de salud en Salta y de los mercados vinculados a la prestación de servicios de salud financiados por los mecanismos de aseguramiento en la provincia. Para ello es preciso remontarse a fines de los '90, período de crisis económico, social e institucional que generó una disminución de la oferta privada de servicios y en el cual el PAMI y el IPS, los principales financiadores del subsector privado de la salud, se constituyeron en actores claves.

Hacia 1995 la ciudad de Salta contaba con 20 establecimientos de salud privados con internación y 1144 camas (1026 generales y 118 de terapia intensiva y unidad coronaria). Para 2006, la cantidad de establecimientos se redujo a 13 y las camas a 820 (707 generales, 113 de terapia intensiva y unidad coronaria). En estos años, el número de establecimientos privados se redujo un 35% y el de camas un 28.32% ⁶.

No sólo se registró una disminución real de la oferta privada, sino también en relación a la población que en dicho período se multiplicó. En 1995, la provincia de Salta contaba con una población estimada de 855.851 ⁷ habitantes de las cuales en la ciudad capital residían 377.015. ⁸

⁶ Encuesta permanente de recursos sanitarios de la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la Provincia de Salta. 2006.

⁷ Serie Análisis Demográfico N°7. INDEC/CELADE. 1996.

⁸ Serie Análisis Demográfico N°8. INDEC.

En 2006, el total provincial había ascendido a 1.181.886⁹ y la ciudad de Salta a 522.375¹⁰.

TABLA 4 - VARIACIÓN DE POBLACIÓN Y OFERTA DE SERVICIOS PRIVADOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE SALTA. 1995-2006

	1995	2006
Población	377.015	522.375
Establecimientos	20	13
Camas	1144	820
Hab. por cama	329.6	637

Fuente: Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la Pcia de Salta. 2006.

De este modo, y de acuerdo con la información provista por la Asociación de Clínicas y Sanatorios, en el año 2000, PAMI convoca a Concurso Público y Abierto para la atención de sus beneficiarios. La Asociación de Clínicas se presenta resultando ganadora, adjudicándosele 30.000 capitas para cubrir la zona de Salta Capital, Orán y Rosario de la Frontera. El resto de la población de PAMI fue asignada directamente al IPS. El convenio con PAMI tuvo su inicio de ejecución a partir de julio de 2000 para cubrir los 3 niveles de atención. La Asociación subcapitó a las clínicas de acuerdo a la cantidad de afiliados, reteniendo el 3% para gastos de gerenciamiento y para la cobertura de prestaciones extraordinarias no incluidas en el paquete convenido.

Sin embargo, la crisis socioeconómica impactó en los costos hospitalarios, rezagando el valor de la cápita y retrasando los pagos. Los hospitales públicos vieron incrementada su demanda (caída del empleo formal y reducción de la cobertura de obras sociales), aumentando los costos de medicamentos e insumos. Frente a esta situación los prestadores de PAMI y otros financiadores siguieron varios caminos, subsidiando al sistema brindando prestaciones sin recibir pagos en tiempo y forma, subprestando, o rescindiendo los contratos.

⁹ Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Salta – INDEC Proyección.

¹⁰ Dirección General de Estadísticas de la Provincia de Salta – INDEC Proyección.

La Asociación de Clínicas y Sanatorios en Septiembre de 2005, optó por la tercera alternativa, aunque siguieron prestando servicios hasta febrero de 2006 a la espera de otros prestadores de reemplazo.

Intervenido el PAMI se decretó la consolidación de la deuda que mantenía con sus prestadores (de octubre de 2001 a Abril de 2002) y la Asociación de Clínicas inició una demanda judicial para su cobro. A fines del año 2004 el PAMI implementa su “Nuevo Modelo Prestacional”, a partir del cual se suspende el gerenciamiento indirecto a fin de contratar los servicios para sus beneficiarios a través de sus Unidades de Gestión, con contratos directos con los prestadores.

La historia de la Obra Social provincial y sus prestadores no difiere de la del PAMI. Antes de la crisis de 2002, el IPS abonaba los servicios contratados mediante pagos por prestación. La crisis económica condujo al endeudamiento con los prestadores. En el 2000, las clínicas y sanatorios debieron suspender las prestaciones al IPS debido al atraso en los pagos.

El conflicto afectó especialmente a los afiliados de la capital provincial a quienes el IPS pagaba por prestación, a diferencia del interior donde se trabajaba bajo un sistema capitado. Hacia 2001, la Asociación de Clínicas del Interior llegó a un acuerdo sobre la cápita del IPS.

Mediante la ley 7185 de 2002 el IPS quedó intervenido por el gobierno provincial. Entre las causas que llevaron a su intervención se destaca el desequilibrio entre ingresos y egresos en los ejercicios 2000 y 2001. De acuerdo al texto de la ley que regula la intervención, dicho desajuste estuvo motivado tanto por una notoria disminución en los ingresos del IPS, como también por un incremento en sus gastos de servicios médicos.

Intervenido el IPS, se modificó la modalidad de contratación y pago. Se firmaron convenios por prestación pero con techo financiero móvil, sujeto a contingencias preestablecidas por inflación y aumento de salarios. Eso significaba la firma de convenios con asociaciones intermedias (Asociación de Clínicas, Cámara de Empresas Médicas de Salta y Círculo Médico) y pago

de acuerdo a lo facturado hasta un techo presupuestario que redujera la potencial sobreprestación y la exposición financiera del asegurador. Este sistema se mantiene en la actualidad y un exceso de ese límite es absorbido por los prestadores a través del débito solidario.

Otro actor relevante es el Círculo Médico de Salta, cuyo principal financiador es el IPS al momento de realizar este estudio. Antes del 2000, el Círculo mantenía un contrato con PAMI mediante el cual se le proveía del servicio de médicos de cabecera. A partir del posterior contrato gerenciado por la ACLISASA, el Círculo pasó a proveer solamente los servicios médicos del interior de la provincia no poseen contrato alguno con PAMI.

5- Preguntas de investigación

El objetivo de este estudio es analizar la asociación existente entre la estructura del mercado proveedor de servicios de salud, los mecanismos de pagos a proveedores por parte del sistema de aseguramiento social, y la respuesta en términos de organización interna y transferencia de riesgo en el sistema de salud de la provincia de Salta. A partir de ello, las preguntas de investigación que serán desarrolladas en el presente capítulo son las siguientes:

- 1- Bajo el argumento de que los mercados más desarrollados en términos de escala poblacional generan un escenario de mayor nivel de competencia y la consecuente pérdida de poder relativo de sus prestadores, las preguntas que se desprenden de esta primera hipótesis son:

¿Qué características posee la estructura del subsistema privado de servicios de salud en los departamentos seleccionados de la provincia de Salta?; ¿Cuál es la percepción de los prestadores de servicios de salud entrevistados acerca del lugar que ocupa el líder en el mercado?; ¿Cómo se posicionan ellos mismos en el mercado?; ¿Disminuye la participación del líder a medida

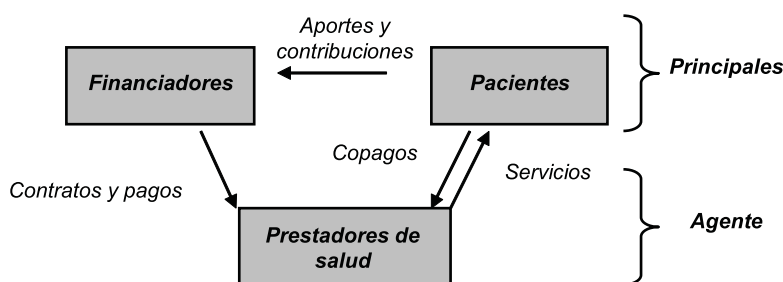
que aumenta la cantidad de competidores?; ¿Cuál es el nivel de competencia percibida por los prestadores?

- 2- En la medida en que aumenta el tamaño del mercado y existen parámetros de competencia diferenciados distintos a los precios, las preguntas que surgen son: ¿Cuáles son los mecanismos que determinan la competencia en el sector salud de Salta?; ¿Qué lugar ocupan los precios y los contratos como mecanismos de competencia vis a vis variables de calidad de servicios percibida?
- 3- Los prestadores definen sus estrategias con respecto a sus dos principales, los financiadores y pacientes, de acuerdo a lo que perciben como importante para ellos. Como lo expresa el Gráfico 6, el prestador celebra un contrato con el financiador y presta servicios al paciente. A su vez, el paciente contrata al financiador a través del sistema de aseguramiento que a su vez contrata a prestadores. Este conjunto de relaciones pone de manifiesto la existencia de un agente (el prestador) y dos principales (el financiador y los pacientes). El problema surge cuando la divergencia entre los intereses de ambos principales se profundiza, lo cual implica el desarrollo de estrategias más complejas por parte del prestador y un alineamiento relativo con los objetivos de alguna de las partes.

En este sentido, las preguntas que surgen son: ¿Cómo percibe el agente las diferencias entre sus dos principales?; ¿Cuáles son las estrategias desarrolladas por los prestadores para atraer pacientes y cuáles para atraer financiadores?; ¿Se diferencian entre sí?; ¿Qué implicancias tiene su diferenciación o no diferenciación?

- 4- Considerando la existencia de diversos financiadores con peso relativo en Salta, las cuestiones a responder son: ¿Existe homogeneidad de cobertura entre las jurisdicciones?; ¿Quién define las características del contrato?

GRÁFICO 6 - RELACIÓN ENTRE PRINCIPALES
Y AGENTES EN EL SECTOR SALUD



Fuente: Elaboración Propia

- 5- A fin de evitar la situación de asimetría entre los prestadores y sus financiadores, los primeros se agrupan. En esta dirección las preguntas son: ¿Qué capacidad de negociación tienen las Asociaciones frente a los financiadores?; ¿Cuales son los incentivos para asociarse? y a partir de ello, ¿existe transferencia de riesgo de los financiadores a los prestadores?
- 6- Finalmente, y desde la perspectiva de política pública ¿Cuales son las características de este subsistema de provisión de servicios de salud que lo diferencia del subsector privado?

El análisis del caso de Salta consta de dos etapas metodológicas. La primera de carácter cualitativo consistió en un mapeo de actores con el objetivo de comprender la dinámica del sector salud en sus ámbitos público y privado. Para ello, se identificaron los principales referentes del sector de la provincia: financiadores del sistema y Asociaciones intermedias de profesionales y establecimientos. Entre ellos se contactó a autoridades del Ministerio de Salud de la provincia, de la Obra Social provincial –Instituto Provincial de Salud-, de la Unidad de Gestión Local de Salta del PAMI, de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta (ACLISASA), de la Asociación de Clínicas del Interior y del Circulo Médico de Salta.

Se diseñó un cuestionario para orientar las entrevistas en profundidad con los actores clave seleccionados. El instrumento relevó la percepción de los actores sobre características generales del mercado de salud local, focalizando en los objetivos y estrategias de los principales actores (financiadores, prestadores y entidades intermedias); la estructura actual y la existencia de cambios a lo largo del tiempo en lo que respecta al marco normativo y legal, contratos y mecanismos de pagos a los proveedores de servicios; y finalmente, el impacto de estos cambios en la organización interna y en el financiamiento de las entidades financiadoras y proveedoras.

La segunda etapa metodológica incluyó en la selección de los departamentos que conformaron la muestra para la aplicación de las encuestas a prestadores públicos y privados. Debido a la imposibilidad de cubrir toda la provincia, se seleccionaron tres departamentos en base a criterios predefinidos (cantidad de población y, oferta privada y pública de establecimientos de salud polivalentes con internación). Sobre la base de esto criterios, los departamentos seleccionados de la provincia de Salta fueron San Martín, Anta y Capital. Finalmente, dentro de cada departamento se definió una muestra de los establecimientos a encuestar.



Para ello, se diseñó un cuestionario que relevó la percepción de los prestadores sobre las características generales del mercado de salud local, focalizando en sus objetivos y estrategias. Se indagó asimismo sobre la estructura actual y la existencia de cambios a lo largo del tiempo en el marco normativo y legal, contratos y mecanismos de pagos a los proveedores de servicios.

Se realizaron 21 entrevistas aplicando cuestionarios diferenciados a prestadores públicos y privados polivalentes y con internación de los departamentos de Salta Capital, San Martín y Anta. Del total de los establecimientos privados de la provincia de Salta se encuestó al 57,69%, mientras que se realizó lo propio con el 12% de los establecimientos públicos.

Considerando los departamentos seleccionados, se encuestó al 43% de los establecimientos públicos y al 92 % de los establecimientos privados polivalentes y con internación de la ciudad de Salta. Asimismo, se relevó información del 20% de los establecimientos públicos y el 50% de los privados del departamento de San Martín y del 50 % de los establecimientos públicos y privados del Departamento de Anta.

TABLA 5 - CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS INSTITUCIONES ENCUESTADAS

Variable Estadístico	Establec. Públicos			Establec. Privados			Total		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Mtrs ²	9666,67	14000	5000	2384,40	4500	1000	4065,00	14000	1000
Nº de camas	162,43	400	40	53,53	110	20	88,00	400	20
Nº de consultas promedio mensuales (1)	18738,57	80000	1739	1406,82	3000	300	8147,00	80000	300
Nº de egresos promedio mensuales	1835,00	5800	197	224,25	450	16	761,00	5800	16
Promedio días cama	4,70	7,5	3,4	3,58	10	2	3,92	10	2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).(1) Para los públicos: no incluye las consultas por guardia.

Nota: Las medias fueron calculada sobre la base de las respuestas positivas y no sobre el total de casos.

De acuerdo con lo relevado en la muestra de oferentes, el promedio de superficie cubierta de las instituciones públicas supera en 4 veces a la de los privados, siendo la dispersión entre éstos últimos (4.5) más amplia que la de los primeros (2.8).

Respecto a la cantidad de camas, el sector público también supera en casi 3 veces al privado, aunque la mayor dispersión se registra entre los establecimientos públicos con una diferencia de 10 veces entre extremos.

En términos de consultas y como muestra la Tabla 5, la relación es de casi 13 a 1 entre los establecimientos públicos y los privados, sin embargo en términos de egresos de internación la relación alcanza 8.1.

En cuanto al promedio de días cama, el sector público supera al privado en 1.12 días, aunque la dispersión al interior del sector privado es mucho mayor: las clínicas que superan el promedio de días cama son aquellas que cuentan con convenios con PAMI, lo que requiere más días de internación promedio.

6- Comportamiento de los actores en el mercado

Con el objetivo de analizar la conducta de mercado de los proveedores de servicios de salud y su estrategia frente a la competencia y ante los financiadores, se relevaron indicadores que reflejan la percepción de los proveedores privados de servicios sobre la morfología del mercado en el que actúan, dado que a partir de dichas percepciones se desarrollan sus planes de acción.

A partir de la información recogida mediante encuestas a los prestadores privados de servicios de salud, en la Tabla 6, se reporta la percepción de la competencia y de participación relativa en la cobertura de servicios por parte de cada una de ellas.

TABLA 6 - ESTRUCTURA PERCIBIDA DEL MERCADO

	Nº de proveedores que considera competidores			Posición en el mercado de la institución líder (%)			Posición en el mercado de la institución encuestada (%)		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Total	4,64	13	0	50,00	100	20	35,00	100	16
Salta	5,55	13	2	37,50	50	20	32,50	50	16
San Martín	2,00	2	2	67,50	75	60	52,50	75	30
Anta	0,00	0	0	100,00	100	100	100,00	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Se observa un número relativamente moderado de competidores promedio de 4,64. El departamento de Salta es aquel con mayor número de competidores percibidos, según los actores relevados (5,55), mientras que en San Martín es de 2 y en Anta no se registró competencia, ya que los 2 proveedores de servicios de esa área declaran que no compiten entre sí, habiendo logrado una suerte de acuerdo para la recepción de la demanda.

Respecto a la percepción de la posición que ocupa el líder, en términos de ingresos monetarios, se advierte la presencia de liderazgos marcados (alcanzando la proporción de ingresos del líder en promedio el 50%). En Salta, ese porcentaje es del 37,50%, lo cual demuestra la presencia de varios liderazgos que compiten entre sí mediante estrategias alternativas de diferenciación. En San Martín, alcanza el 67,50% verificando la presencia de un líder y en Anta al no generarse una competencia, ambas instituciones se posicionan como actores independientes.

Respecto a cómo se perciben a sí mismas las instituciones encuestadas y qué porcentaje de los ingresos se atribuyen, nuevamente Salta capital muestra un mayor tamaño de mercado, donde la competencia es mayor al resto de la provincia, y la concentración y la porción del mercado que ocupa cada uno es menor.

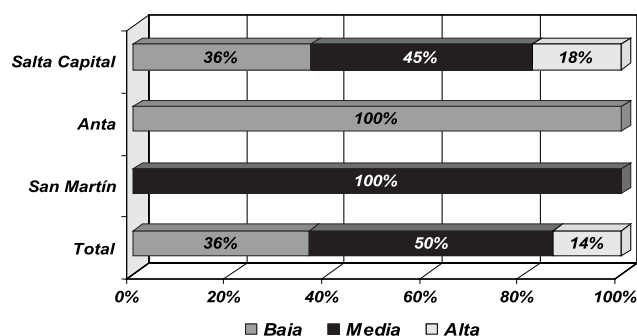
Del departamento de Anta, el promedio del mercado que manifestó poseer la institución encuestada es levemente menor respecto al que ocupa el líder. Esto podría alentar la creencia de una gran diferenciación de servicios, y por lo tanto mayor poder relativo, para definir condiciones de contratación y oferta.

El Gráfico 4 confirma la percepción del nivel de competencia de las instituciones encuestadas. Mientras que en Salta un 18% considera que el nivel de competencia es alto, seguramente marcado por las instituciones líderes, un 45% considera que es medio y un 36% que es bajo. En San Martín, el nivel de competencia percibido y en Anta no se percibe competencia. De este modo se confirma una de las hipótesis de trabajo que sostiene una relación directa entre tamaño de mercado, medido en

términos de población con mayor competencia (número de prestadores y participación de cada uno), y los incentivos a diferenciarse.

Por su parte, el Gráfico 5 indica cuáles son los motivos de competencia percibidos por los encuestados (expresados como porcentaje del total de entrevistados que se eligieron para cada opción como relevante). Reputación (63%), hotelería e infraestructura (42%) son los más reconocidos, mientras que los precios (4%) y los contratos (4%) no son considerados relevantes como fuentes de competencia. Esto puede atribuirse a que la definición de precios y contratos una vez negociados, dejan de ser una variable de diferenciación entre instituciones. De forma contraria, si el aseguramiento de la demanda disminuyera y los pacientes pagaran de su bolsillo, la variable “precio” de los servicios debería determinar la elección entre prestadores.

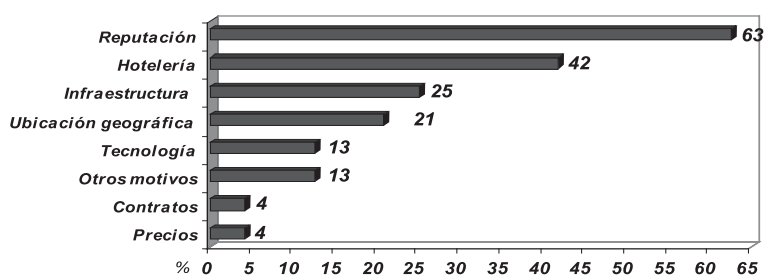
GRÁFICO 4 - NIVEL DE COMPETENCIA



Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

De acuerdo con la opinión expresada por las instituciones de salud entrevistadas, las estrategias para atraer pacientes difieren con respecto a las estrategias para atraer financiadores.

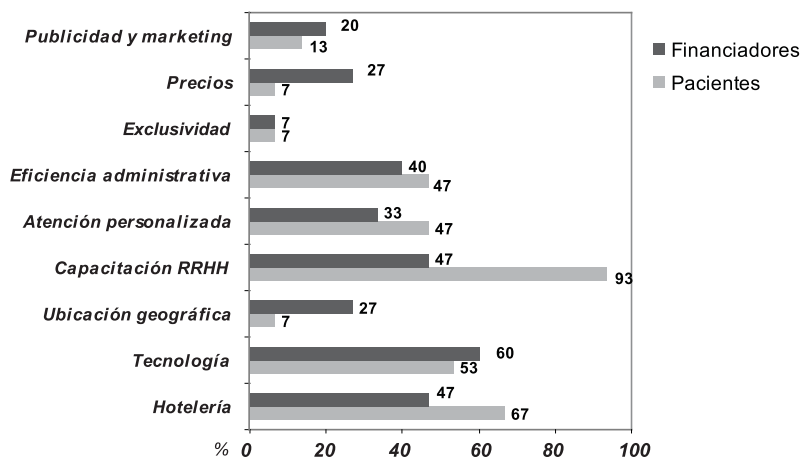
GRÁFICO 5 - MOTIVOS DE COMPETENCIA



Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

El Gráfico 6 muestra el porcentaje de respuestas afirmativas, la percepción de los motivos que condicionan la elección de las clínicas por parte de los pacientes y los mecanismos de aseguramiento.

GRÁFICO 6 - ESTRATEGIAS PARA ATRAER PACIENTES Y FINANCIADORES



Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Para el primer caso, la capacitación de los recursos humanos (93%), la hotelería (67%) y la incorporación de tecnología (53%) son las estrategias más consideradas al momento de atraer a los pacientes a la institución. Es interesante resaltar la baja incidencia que le atribuyen a la publicidad y el marketing para atraer pacientes (13%). Esto podría significar que tales acciones no son relevantes para diferenciarse de los demás competidores. Asimismo el criterio de exclusividad del financiador tampoco se destaca como un valor para capturar mayor demanda, lo cual es razonable en mercados segmentados como los analizados.

Por su parte, la tecnología (60%), la capacitación de los recursos humanos (47%) y la hotelería (47%) fueron los motivos mas valorados al momento de identificar la causa de elección de los financiadores. Esta valoración sugiere que los prestadores priorizan la capacidad instalada necesaria para atender la demanda como fuente de contratos.

La Tabla 7 muestra para los tres departamentos seleccionados, el peso relativo de cada sistema de aseguramiento/pago en el ingreso total de las instituciones, el promedio departamental y total, con sus valores mínimos y máximos. Mientras que en Salta capital y en Anta, el principal financiador es la Obra Social provincial, con una participación promedio del 34,18% y 30% respectivamente en el presupuesto de los prestadores, en San Martín ocupa este lugar el PAMI, con una participación promedio del 50%.

De los prestadores entrevistados, 6 manifestaron recibir aportes de PAMI, de los cuales 3 pertenecen al interior de la provincia. Si bien la participación de esta institución en el presupuesto de las entidades de la capital provincial es relativamente bajo, al analizar los valores máximos se destaca la existencia de al menos un prestador cuyo presupuesto depende en un 85% de su aporte. En San Martín, los 2 clínicas entrevistados también dependen de los aportes del PAMI aunque en proporciones muy diferentes: 80% y 20% respectivamente.

TABLA 7 - PARTICIPACIÓN RELATIVA (EN %) DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN EL FINANCIAMIENTO INSTITUCIONAL

Financiadores	Salta (11 casos)			San Martín (2 casos)			Anta (1 caso)			Total		
	Media	Máx	Min	Media	Máx	Min	Media	Máx	Min	Media	Máx	Min
PAMI (6)	11,82	85	0	50	80	20	25	25	25	18,21	85	0
Obra Social Pcial (14)	34,18	75	5	25	40	10	30	30	30	32,57	75	5
Obras Sociales Nac (13)	30,73	55	0	20	30	10	25	25	25	28,79	55	0
Prepagas (10)	17,82	55	0	2,5	5	0	0	0	0	14,36	55	0
Profe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado provincial (1)	0,45	5	0	0	0	0	0	0	0	0,36	5	0
Particulares (6)	3,91	23	0	2,5	5	0	20	20	20	4,86	23	0
Art's	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Nota: Acompaña a cada fuente de financiamiento, y entre paréntesis, el número de instituciones con fondos provenientes de cada una de ellas.

Del total entrevistado, 14 reciben aportes del IPS, convirtiéndose en el fondo de aseguramiento de mayor participación promedio en el presupuesto de los prestadores. En Salta capital el máximo aporte es del 75%, mientras que el mínimo es el 5%. En San Martín y Anta, la participación es menor.

En la misma dirección, las Obras Sociales nacionales proveen financiamiento a 13 de los 15 establecimientos privados considerados, y se ubican en segundo lugar en cuanto a su participación en el financiamiento del sistema. En ningún caso superan al 55% del financiamiento de las instituciones. Por su parte, las prepagas brindan financiamiento a 10 de las 15 instituciones y adquieren mayor presencia en la capital con un 17,82% de participación en el financiamiento.

Finalmente, la contratación del sector privado por parte del Estado provincial no es significativa y el aporte de los particulares es marginal.

Al analizar el financiamiento de los establecimientos entrevistados de acuerdo a la pertenencia a algún tipo de asociación, se verifica que la Asociación de Clínicas del Interior es la que concentra la mayor cantidad de prestadores que alcanzaron acuerdos con PAMI, mientras que, un solo prestador de la ACLISASA y uno de la Cámara de Empresas Médicas

brindan servicios a esa institución al momento de realizarse este estudio. La Tabla 8 presenta por agrupación intermedia y para el total, las fuentes de fondos sanatoriales.

TABLA 8 - PARTICIPACIÓN RELATIVA (EN %) DE LOS FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN EL FINANCIAMIENTO DE PRESTADORES AGRUPADOS POR ASOCIACIÓN

Financiadores	ACLISASA (5)				Asociación de Clínicas del Interior (4)				Cámara de empresas médicas (3)				Ninguna (3)			
	Nº casos	Media	Máx	Mín	Nº casos	Media	Máx	Mín	Nº casos	Media	Máx	Mín	Nº casos	Media	Máx	Mín
PAMI (6)	1	85	85	85	4	39	80	20	1	15	15	15				
Obra Social Pcial (14)	4	34	50	5	4	28	40	10	3	40	75	20	3	30	34	25
Obras Sociales Nacionales (13)	4	34	55	5	4	24	30	10	2	37,5	55	20	3	33	50	15
Prepagas (10)	3	7,6	10	5	1	5	5	5	3	28	55	5	3	29	33	25
Estado provincial (1)	1	5	5	5												
Particulares (8)	1	5	5	5	3	12	5	20	1	5	5	5	1	23	23	23

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Los datos relevados sugieren que PAMI cuenta con un menor peso relativo que la Obra Social provincial. Asimismo las Obras Sociales nacionales destacan su relevancia en el financiamiento a los prestadores privados.

Por su parte, la Obra Social provincial, las Obras Sociales nacionales y las prepagas financian a prestadores de todas las asociaciones, incluso a aquellos prestadores no asociados.

A pesar de que el nivel de cobertura formal en la provincia es relativamente bajo (cerca del 40%), esta situación podría estar dada por la diversificación de la actividad productiva y la presencia de Obras Sociales por rama de actividad. Un elemento que avala esta hipótesis es el aumento significativo del gasto de las Obras Sociales durante el período 1993-2004. De acuerdo con datos de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, el Gasto en atención pública pasó del 74,8% del total de gasto en salud en 1993 al 56,7% en 2002, mientras que el Gasto en atención a través de Obras Sociales aumentó desde el 25,2% al 43,3%. Al cierre del trabajo de investigación, la provincia de Salta eroga en salud más que el promedio nacional en atención a través de Obras Sociales, y menos que el promedio del país en atención pública.

7- Contratos

De acuerdo con los establecimientos entrevistados y como se desprende de la Tabla 9, PAMI brinda asistencia a través de seis establecimientos: tres en la ciudad de Salta, dos en el departamento de San Martín y uno en el de Anta. Sin embargo, cuatro de ellos mencionaron que a partir que el PAMI dejó de ser gerenciado a través de instituciones intermedias, no poseen contratos sino actas acuerdo o cartas de intención que se renuevan cada 30 días. En el momento de administrar este cuestionario, dos clínicas se encontraban en el proceso de negociación de contratos por 2 a 3 años. No obstante, tres son negociados directamente entre el prestador y el financiador y otros tres se canalizan vía Asociación de establecimientos.

TABLA 9 - MECANISMOS DE NEGOCIACIÓN DE LOS CONTRATOS

Mecanismo de negociación de contratos	Fondos de aseguramiento		
	PAMI	OSP	Otro
Directa con el financiador	60%	23%	38%
Concurso de prestadores			
Vía Asociación de establecimientos	40%	77%	54%
Vía Asociación de profesionales			
Vía otro intermediario			8%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Respecto a IPS, la mayoría de sus contratos son negociados mediante Asociaciones de establecimientos. De acuerdo con los datos relevados, en la ciudad de Salta ocho establecimientos lo hacen vía Asociación de Clínicas, tres actúan directamente con el financiador y tres, a pesar de estar dentro de la Cámara de Empresas Médicas de Salta, celebran contratos directos. En San Martín dos prestadores, mantienen contrato con el IPS y de la Asociación de Clínicas del Interior, uno negocia los contratos vía asociación y otro lo hace directamente.

Los convenios con la Obra Social provincial se firman de acuerdo a una tasa uso¹¹. Para ello, la provincia se encuentra dividida en tres zonas con las cuales el IPS firma convenios por Asociación: Salta capital y zona de los Valles, la Cámara del Sur (Metan, Rosario de la Frontera) y la Cámara del Norte.

Respecto al mecanismo de negociación de las Obras Sociales sindicales, éste se asemeja al del IPS. En total, un 62% de los contratos se realizan a través de alguna Asociación intermedia. En la ciudad de Salta se canaliza mayoritariamente vía Asociación de Clínicas, mientras que en el interior se divide entre la Asociación de Clínicas del Interior, contratación directa o mediante otros intermediarios. Las obras sociales más relevantes, según las clínicas entrevistadas fueron: Osde (4), Osprera (4), Osecac (2), Ospecom (2), Ospe (1).

Considerando esta información se puede concluir que las asociaciones de clínicas, a pesar de su atomización, se constituyen en actores relevantes para la negociación de contratos.

Si bien el “Nuevo Modelo Prestacional” de PAMI supone la contratación directa de prestadores, un 40% de ellos mantiene vinculación a través de un intermediario. Esta situación es posible a partir de una cláusula dentro del nuevo modelo prestacional en la que se establece la posibilidad de conformar redes para la atención. En este sentido, los prestadores del interior conforman una red a través de la Asociación de Clínicas del Interior, quien administra las cápitales, la distribuye entre los prestadores y deriva pacientes a los prestadores de la capital provincial cuando las prestaciones requeridas no son cubiertas por la oferta local.

Respecto al plazo de vigencia de los contratos, en su mayoría, son renovados automáticamente incluyendo los cambios de precios mediante un acta modificatoria del convenio. Sólo con Osde se registraron contratos

¹¹ Se firma por un año y se evalúa si supera o no el techo presupuestario acordado a partir del cual se ajusta el monto para el año siguiente.

con plazos establecidos entre seis meses y un año, y entre uno y dos años.

TABLA 10 - MECANISMOS DE PAGO

Mecanismo de pago	PAMI	OSP	Otro
Cápita	100%	7%	17%
Módulo		7%	7%
Prestación		93%	77%
Monto Fijo			7%
Otro: cartera fija			

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

En todos los casos el PAMI paga a sus prestadores por cápita, lo cual implica una mayor transferencia de riesgo relativo hacia los prestadores. Sin embargo, se incorporan en los convenios una serie de estímulos complementarios. La tasa de incentivo es el más importante, que consiste en el pago adicional al prestador que supera un porcentaje de atención determinado del padrón asignado. En el caso del médico de cabecera, si se supera la atención del 70% del padrón asignado, recibe como base un adicional a la cápita de 15 pesos por paciente atendido, superando el umbral establecido. Existen estímulos similares en el caso de la internación y de las emergencias. Según las autoridades entrevistadas, este es un mecanismo de ajuste a la subprestación que suelen generar los mecanismos de pago puramente capitados. Sin embargo, se registraron inconvenientes en el cobro de los mismos.

De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas de campo, la cápita de PAMI incluye en el 40% de los casos baja complejidad, en el 100% media complejidad y sólo en el 20% alta complejidad, registrado en una clínica del interior provincial. El 40 % de los que declararon trabajar con PAMI al momento de realizarse el trabajo de campo, reciben una cápita de entre \$11 y \$ 20, mientras que el 60% restante declara precios de entre \$21 y \$30. Asimismo, existen extracápitales que requieren de autorización previa.

La modalidad de pago del IPS es por prestación con techo. En abril de 2002 se declaró la emergencia sanitaria en el IPS a través del decreto provincial 560/02 y se modificó la modalidad de contratación y pago. Se firmaron convenios por los cuales se mantuvo el pago por prestación pero con techo financiero, que continúa en vigencia. Un exceso de facturación por sobre ese límite es absorbido por los prestadores.

En relación a las Obras Sociales sindicales y prepagas, en su mayoría el pago es por prestación. Sin embargo, en dos instituciones se registró pago por cápita. Los financiadores en estos casos son Osprera y Osecac. Asimismo se registró un caso de pago por módulo, uno de pago por monto fijo y otro por cartera fija.

Considerando que PAMI, replicando la estructura de contratación dada por una normativa nacional, contrata directamente en un 60% de los casos, en un escenario donde la oferta se aglutina en tres asociaciones y un grupo no asociado, la pregunta que surge es con que tipo de instituciones el PAMI celebra acuerdos.

El Gráfico 7 muestra que, PAMI contrata clínicas más pequeñas, medidas en términos de camas, las cuales probablemente cuenten con menor capacidad de negociación absorbiendo los riesgos financieros de un sistema capitado.

El abono de coseguros por parte de los afiliados no es permitido por PAMI, en tanto que el IPS cobra el 20% del valor de la prestación, luego descontado por la Obra Social al sanatorio sobre el total de la facturación. Respecto a las Obras Sociales sindicales, casi la mitad de los sanatorios entrevistados afirmó que se cobran coseguros.

El 75 % de las clínicas entrevistadas que trabajan con PAMI expresaron que se aplican débitos unilateralmente, sin consultar con el prestador. Si bien esta situación supone mayor poder de negociación del lado del financiador, en el caso del PAMI, se trata de una atribución dada por una

normativa nacional.

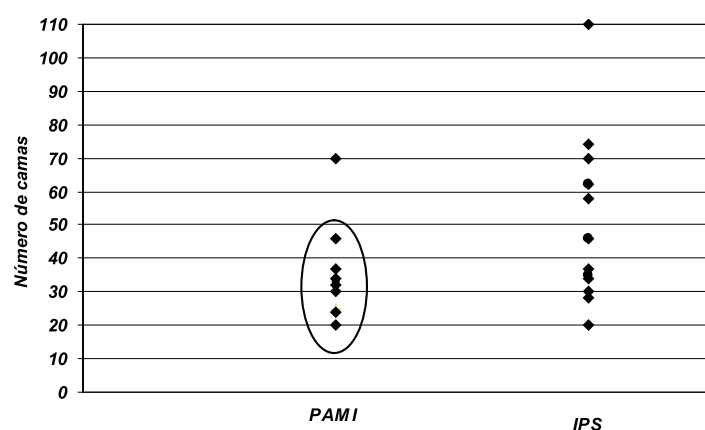


GRÁFICO 7 - DISTRIBUCIÓN DEL PAMI Y EL IPS SEGÚN TAMAÑO DE SUS PRESTADORES

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Dicha normativa prevé asimismo que los débitos y multas serán soportados por el prestador que los generó exclusivamente, no pudiendo la red aplicar un criterio de solidaridad. Con tal prohibición, se limita la aplicación de los llamados débitos por índice –de práctica en importantes redes de prestadores-, mediante los cuales se prorratea en función del monto original facturado, la aplicación de los débitos al interior del grupo de prestadores.

En cambio, tanto en el IPS así como en las Obras Sociales sindicales la modalidad de aplicación de débitos se encuentra distribuida entre quienes manifestaron una aplicación consensuada bilateralmente, previas Auditoria Compartidas, (mayor poder de negociación de los prestadores) y unilateralmente (mayor poder de negociación del financiador).

A fin de establecer el criterio aplicado por el IPS, se propuso analizar los potenciales determinantes de la conducta diferencial. Dado que los débitos unilaterales suponen mas amplio poder de negociación del financiador,

resulta probable que a mayor porcentaje en la participación en el presupuesto de una institución, el financiador aplique débitos unilateralmente.

Asimismo, la ubicación del prestador, es decir, su pertenencia a contextos más competitivos o urbanos podría favorecer un mayor poder de negociación del financiador y por ende capacidad de aplicación unilateral de débitos. Contrariamente, los prestadores ubicados en el interior o en contextos más rurales, donde la competencia es menor y la capacidad de elegir prestadores por parte del financiadores también menor, los débitos contarían con mayor probabilidad de gestionarse bilateralmente.

Del mismo modo, el poder de negociación de los prestadores debería ser mayor al estar bajo la órbita de algún tipo de asociación. Asimismo, el tamaño del prestador, medido por la dotación de camas también suele presentarse como un indicador de poder de negociación y por ende del tipo de débito aplicado.

Establecidos estos criterios se intentó analizar el caso de la OSP mediante la aplicación de un índice simple de correlación entre estas variables para los prestadores encuestados en el estudio.

	<i>Tipo de débito</i>	<i>% IPS</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Asociación</i>	<i>Camas</i>
Tipo de debito	1,000				
% IPS	-0,048	1,000			
Ubicación	0,344	0,025	1,000		
Asociación	0,251	0,070	-0,389	1,000	
Camas	0,076	0,540	0,625	0,102	1,000

TABLA 11 - CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE DÉBITOS

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

De acuerdo con la Tabla 11, los resultados de la correlación arrojan que el tipo de débito no se vincula con el nivel de dependencia financiera del prestador con respecto al IPS y al tamaño del prestador (medido en

camas), y lo hace débilmente con la ubicación geográfica y la asociación a la que pertenece.

No obstante, se percibe una relación significativa entre el porcentaje del financiamiento del IPS y el número de camas. Es decir, resulta probable que el IPS contrate prestadores de mayor tamaño, contrariamente con lo que sucede con el PAMI.

Respecto a los mecanismos de pago, tanto a los médicos generales como a especialistas, es por prestación en todos los casos, como surge de la lectura de la Tabla 12.

Pago a médicos generales	PAMI	OSP	Otro
Intermediario		50%	22%
Establecimiento	80%		42%
Financiador		29%	14%
Otro: mixto	20%	21%	22%

TABLA 12 - PAGO DE HONORARIOS A MÉDICOS GENERALES

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Sin embargo, existen diferencias significativas en cuanto quién realiza los pagos. Para el caso del PAMI, en el 80% de los casos el pago a profesionales se canalizan a través del establecimiento prestador y sólo en un caso se registró un sistema mixto: para el primer nivel de atención paga el círculo médico, y en el segundo paga el establecimiento. Respecto a la Obra Social provincial, en el 50% de casos la distribución de retribuciones la realizan las Entidades Intermedias (asociación de clínicas o círculo médico), en el 29 % paga el propio financiador y un 21 % se realiza en forma mixta.

Finalmente, en relación a los médicos que prestan servicios a beneficiarios de Obras Sociales Sindicales, en el 42% de los casos la información recogida revela que abona el establecimiento, en el 22% algún intermediario, en el 14% el financiador y en otro 22% se establece un mecanismo mixto. Esta variedad de mecanismos refieren al diferencial de

poder relativo de cada institución intermedia (institucional y profesional) en función del organismo pagador y de la localización del servicio.

TABLA 13 - PAGO DE HONORARIOS A MÉDICOS ESPECIALISTAS

Médicos especialistas	PAMI	OSP	Otro
Intermediario		58%	28%
Establecimiento	80%		42%
Financiador		21%	15%
Otro	20%	21%	15%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

El pago a los médicos especialistas se distribuye de forma similar a los generales. Sin embargo se presenta una diferencia respecto a la Obra Social provincial, con quien el Círculo Médico se constituye en el principal pagador, contando con dos padrones de profesionales diferenciados por antigüedad.

8- Subsector Público

El subsector público posee una dinámica con características diferentes al privado vinculado no sólo a su objetivo social sino a las particularidades y restricciones vinculadas a su gestión. Su estructura no se encuentra determinada por el nivel de concentración de las instituciones prestadoras, ni por la competencia en la atracción de pacientes, siendo la negociación de contratos y fijación de precios con los financiadores temáticas de segundo orden.

Su principal y casi exclusivo financiador es el Estado provincial, que asigna anualmente un presupuesto destinado a brindar servicios a quienes acuden en búsqueda de atención y mayoritariamente no poseen cobertura formal. Ello se realiza por medio de su red de prestadores (hospitales, centros de salud, postas sanitarias, etc.). El Estado nacional participa de este proceso mediante la descentralización de recursos (monetarios o

en especie) canalizados a través de programas tales como el Plan Nacer, Remediar, entre otros. Finalmente, las Obras Sociales y el PAMI, en considerable menor medida, participan del financiamiento de los hospitales públicos configurando un esquema de autogestión que varía de acuerdo al porcentaje de facturación y cobro efectivo a dichas instituciones.

Para el análisis de esta sección se entrevistaron seis hospitales públicos con características diferentes marcadas por su grado de descentralización en la recaudación de recursos:

El Hospital Castellanos (Gral. Quemes-Anta), Hospital El Milagro (Ciudad de Salta) y Hospital San Roque (Embarcación-Anta) y el Nuevo Hospital de Tartagal (Tartagal-San Martín), de gestión fundamentalmente centralizada; el Hospital San Bernardo (Ciudad de Salta) de gestión descentralizada; Hospital Ntra. Sra. del Rosario (Cafayate) de gestión conjunta con una organización no gubernamental y el Hospital El Nuevo Milagro de gestión privada al momento de realizar este estudio, localizado en la capital provincial.

Se aplicó un cuestionario orientado fundamentalmente a evaluar la distribución del financiamiento, la capacidad de toma de decisiones relacionadas fundamentalmente, con la participación de los directivos en la formulación del presupuesto, la contratación de personal, el establecimiento de mecanismos de incentivos al personal, y la compra de insumos.

8-1- Estructura del subsector público

La Constitución de la provincia de Salta, en su preámbulo, menciona expresamente el derecho a la vida, y en particular a la salud. Destacando la intangibilidad de la integridad física y moral de la persona.

Mediante el art. 41, la salud es reconocida como un bien social. Si bien conforma un derecho inherente a la vida, presenta un doble rol que otorga

a la persona el deber de preservarlo. Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades.

El Estado debe elaborar el Plan de Salud Provincial con la participación de los sectores socialmente interesados, contemplando las distintas etapas de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, introduciendo el art. 42 el concepto de “justicia social” y “utilización racional de los recursos” como pilares de la acción estatal. El derecho a la salud también es mencionado entre los derechos que se reconocen al trabajador.

En el artículo 31 se profundiza sobre la relación de consumo, estableciendo no solamente que los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud y seguridad, sino que además el Estado deberá defender activamente la competencia, evitando toda forma de “distorsión de los mercados, el control de los monopolios naturales y legales, la calidad y eficiencia de los servicios públicos y la constitución de asociaciones de consumidores y usuarios...”. En particular, estipula que la publicidad deberá evitar inducir a conductas adictivas o perjudiciales o promover la automedicación y establece sanciones contra los mensajes que distorsionen la voluntad de compra del consumidor mediante técnicas que la ley determine como inadecuadas.

En relación a la vía idónea para solicitar la efectivización de las garantías constitucionalmente reconocidas, como es el derecho a la salud, el art. 87 reconoce la acción de amparo, que procede frente a cualquier decisión, acto u omisión arbitrarios o ilegales de la autoridad, excepto la judicial, o de particulares, restrictivos o negatorios de las garantías y derechos subjetivos explícitos o implícitos. En particular, existe un importantísimo reconocimiento: la propia Carta Magna establece que la no prestación injustificada por parte del Estado de los servicios educativos, de salud y de otros esenciales –es decir la sola no prestación, también llamada falta de servicio público- da lugar a esta acción.

Además de la Constitución provincial, existen una serie de normativas que dan forma al sistema de salud y operacionalizan estos derechos, como ser la Resolución Ministerial 370 de 1985, que organiza el sistema público de provisión de servicios de salud, definiendo los niveles de atención, regionalización y descentralización de las áreas operativas.

Por su parte, la ley 6841, promulgada en 1996, que convirtió en ley al Decreto 68/95, consagró los principios sobre el Plan de Salud Provincial que según sus previsiones, las prestaciones establecidas en el marco normativo serán consideradas mínimas, deberán asegurar la plena, eficaz y eficiente utilización de los servicios y capacidad instalada, y estarán basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud y en el derecho del habitante a la libre elección del profesional, con las limitaciones propias del manejo eficiente de los recursos.

Asimismo, esta ley establece la reestructuración de los hospitales públicos incorporando la figura del “Hospital de Autogestión”. Las principales atribuciones que poseen estas instituciones son:

- Realizar convenios con entidades de la seguridad social provinciales y nacionales y, muy especialmente, con las obras sociales de jurisdicción nacional.
- Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales públicos o privados.
- Cobrar los servicios que brinden a través de los mecanismos del seguro de salud a cargo del Instituto Provincial de Salud o a las personas con capacidad de pago o a terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidente, medicina laboral, convenios celebrados por el Gobernador con los gobiernos de las provincias vecinas o de los países limítrofes, en el marco del artículo 124 de la Constitución nacional, a los fines de la contribución de dichos gobiernos, para la financiación de las prestaciones destinadas a satisfacer las necesidades de los

oriundos de unas y otros, mientras no se radiquen en la provincia de conformidad con el ordenamiento, y otros similares.

- Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y privados de la provincia, de la región del Noroeste argentino o de la Nación, debidamente habilitadas.

Más allá de su capacidad recaudatoria, los hospitales de autogestión continúan recibiendo los ingresos presupuestarios que le asigna la pertinente ley para el habitual funcionamiento del mismo.

La Superintendencia de Servicios de Salud, de competencia nacional, es quien fiscaliza el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, procediendo a realizar el débito automático. Si correspondiere y acorde a la normativa, la Superintendencia opera un sistema de débito automático por medio del cual la AFIP descuenta directamente de la recaudación de la Obra Social involucrada el importe de la deuda conformada con el Hospital.

Finalmente, la ley 6841 también da origen a la implementación de un sistema de Seguro de Salud que financie las prestaciones contempladas en el marco normativo, las que estarán a cargo de prestadores privados y prestadores públicos. Dicho Seguro se encuentra en funcionamiento en algunas áreas y está orientado a brindar cobertura sanitaria a la población sin cobertura de obra social y sin capacidad de pago. Mediante el pago de una cápita por habitante sin cobertura formal, el Estado garantiza la atención en todo el territorio de la provincia incluyendo derivaciones ante eventualidades.

Al momento de realizarse el estudio el sistema se encuentra organizado cuatro regiones sanitarias que a su vez contienen redes de atención:

- (i) Norte:** red de atención Orán y de red de atención Tartagal
- (ii) Sur:** red de atención Gral. Quiroga y red de atención Metán

(iii) Centro: red de atención Noroeste y red de atención Sureste

(iv) Oeste: red de atención Cachi, red de atención Cafayate y red de atención Valle de Lerma y Puna

Las redes de atención están conformadas por establecimientos sanitarios de niveles de atención y complejidad creciente. Se formaron bajo el supuesto de que mejoran el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención sanitaria, optimizan la utilización de recursos y generan eficiencia en la prestación de servicios de salud. Además facilitan la articulación de las unidades prestadoras, la utilización adecuada de la oferta, la racionalizan los costos y optimizan de la infraestructura.

Las redes tienen una población definida y a su vez están conformadas por áreas operativas. Esto implica que, en general, el paciente ingresa al sistema de salud a través del centro de atención primaria y puede ser derivado a otro centro u hospital de mayor complejidad.

Cada red de atención está conformada por un hospital de referencia y otros establecimientos de distintos niveles de complejidad. En total, Salta cuenta con 50 hospitales públicos (35 de nivel 2, 8 de nivel 3 y 7 de nivel 4) y 467 centros de salud y puestos sanitarios articulados en distintos niveles de atención:

- El primer nivel de atención está formado por puestos fijos (no cuentan con personal sanitario permanente); puestos sanitarios (con atención de enfermería permanente) y centros de salud (con o sin internación y ofrecen atención médica y de enfermería diaria y de otros profesionales de la salud en forma permanente o programada. Pueden tener atención odontológica diaria y otros servicios como laboratorio, radiología etc.)
- El segundo nivel de atención está constituido por servicios de salud con atención ambulatoria y de internación brindados por médicos generalistas. Se dispone de odontología y servicios de diagnóstico y tratamiento como bioquímica, radiología y en algunos casos tienen guardias activas o pasivas y atención especializada en forma periódica.

- Conforman el tercer nivel de atención los establecimientos de salud con atención ambulatoria y de internación, con especialidades básicas, además de odontología, bioquímica, radiología, farmacia, hemoterapia, anestesiología, quirófanos con resolución de especialidades traumatológicas y quirúrgicas de bajo y mediano riesgo.
- Finalmente, cuarto nivel de atención está representado por hospitales de alta complejidad que permiten resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población. Son establecimientos de referencia en las regiones sanitarias y, algunas ocasiones lo son de la jurisdicción provincial o región.

8-2- Distribución del financiamiento

De acuerdo a la información relevada mediante las entrevistas y encuestas a prestadores y como se mencionó al inicio, el financiador más destacado del sistema público es el propio Estado provincial. De acuerdo al grado de descentralización en la toma de decisiones y al nivel de autogestión aumenta la participación de los seguros (PAMI, obro sociales sindicales) y particulares en el financiamiento institucional.

A continuación se presenta la Tabla 14 que caracteriza tres modelos de gestión donde se pone de manifiesto diferenciales de gerenciamiento de los hospitales salteños.

Si bien el hospital cogestionado por una organización no gubernamental obtiene casi el 50% de su financiamiento del Estado provincial, el otro 50 % se distribuye entre el PAMI, Plan Nacer (Estado nacional) y en menor medida las obras sociales nacionales.

En el hospital descentralizado, el Estado provincial es claramente el mayor aportante, participando en un 90% en el presupuesto y en menor medida los demás financiadores.

Se observa que el hospital de gestión centralizada, es el Estado provincial el principal financiador.

La participación de las Obras Sociales nacionales y el PAMI es significativamente reducida. A esto se debe agregar que, en general, los hospitales públicos no celebran convenios con las primeras y Superintendencia de Servicios de Salud actúa como intermediario en el cobro. En este sentido, no existe posibilidad de negociar precios ni mejores condiciones para la prestación de servicios.

TABLA 14 - DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO POR TIPO DE GESTIÓN

<i>Tipo de hospital</i>	<i>PAMI</i>	<i>Estado Pcial</i>	<i>OSN/IPS</i>	<i>Particulares</i>	<i>Profe</i>	<i>Plan Nacer</i>
Cogestionado con ONG	27%	49%	4%	2%		18%
Descentralizado	1%	88%	10%		1%	0%
Centralizado		95%	1,50%			3,50%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

Aunque en promedio un 25% de los pacientes que atienden los hospitales públicos posee algún tipo de cobertura, los montos de la autogestión no impactan significativamente en los presupuestos hospitalarios. Se factura en promedio sólo un 8% del presupuesto total y se cobra un 5%.

Adicionalmente, el 20% de lo efectivamente cobrado es transferido al nivel central y el resto permanece en los hospitales, pudiéndose aplicar estos recursos a la compra de insumos, contratación de personal, etc.

8-3- Participación en la toma de decisiones

De acuerdo con los datos relevados la mayor parte de las decisiones se toman a nivel provincial desde el Ministerio de Salud. El nivel municipal no participa en la toma de decisiones del sistema sanitario.

De las instituciones entrevistadas sólo dos afirmaron tener la capacidad de proponer el presupuesto hospitalario, lo cual ratifica la centralización del Estado provincial. Asimismo, la atribución de contratar recursos humanos de planta también es responsabilidad del Ministerio de Salud provincial. La modalidad de pago más frecuente es el salario. Los profesionales de la salud y demás personal reciben una remuneración en función de la cantidad de horas contratadas. En general, el salario no guarda relación con el número de consultas y la cantidad de pacientes. Tampoco generan incentivos directos a prestar particular atención a la calidad del servicio provisto o a la satisfacción del paciente.

No obstante, los hospitales de autogestión tienen capacidad de contratar personal con los fondos de autogestión o del Plan Nacer en la mitad de los casos. En el caso del hospital Nuestra Señora del Rosario, que cogestiona los fondos públicos (Seguro Provincial de Salud) con una organización no gubernamental, se requiere acordar las contrataciones y compras en las que se utilicen dichos fondos.

El Nuevo Hospital El Milagro, de gestión privada al momento de realizar este estudio y el hospital San Bernardo, de gestión descentralizada son los únicos que establecen mecanismos de incentivos a su personal con los fondos de la autogestión.¹²

En estos casos el Ministerio aún efectúa las compras de insumos de alta complejidad o inversiones en infraestructura. En el resto de las operaciones de abastecimiento se recurre a licitaciones a nivel hospitalario, conformándose comités de compras.

La Tabla 15 y 16 resumen las atribuciones y responsabilidades en la gestión hospitalaria para tres indicadores claves (definición del presupuesto, contratación de personal y compras) por tipo de decisor y por características de la institución prestadora.

¹² Se realizan convenios de gestión para cada servicio donde se establecen objetivos de producción y calidad. Se hace seguimiento de objetivos mensuales y a partir de ellos se registran los desvíos de producción y calidad. Si los desvíos están dentro de los $\pm 5\%$ se otorga un pago complementario.

TABLA 15 - RESPONSABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES POR TIPO DE DECISOR

<i>Decisor</i>	<i>Presupuesto</i>	<i>RRHH</i>	<i>Compras</i>
<i>Ministerio (provincial)</i>	3/6	6/6	5/6
<i>Secretaria (municipal)</i>	0/6	0/6	0/6
<i>Director</i>	0/6	3/6	4/6
<i>Director con Ministerio</i>	2/6	1/6	1/6
<i>Director con ONG</i>	0/6	1/6	1/6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

TABLA 16 - RESPONSABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES POR TIPO DE PRESTADOR

<i>Tipo de institución</i>	<i>Presupuesto</i>	<i>RRHH</i>	<i>Compras</i>	<i>Subcontrataciones</i>
<i>Cogestionado con ONG</i>	si	si	si	si
<i>Descentralizado</i>	si	si	si	si
<i>Centralizado</i>	no	no	si	no

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

9- Conclusiones

El objetivo del presente capítulo consistió en analizar el sistema de salud de la provincia de Salta, los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan, y sus resultados en términos de transferencia y absorción de riesgos. Para ello se indagó sobre las características de la estructura del mercado privado de salud de la provincia (número de competidores y concentración de la oferta); el grado de competencia y diferenciación de producto entre los proveedores, y sus estrategias para captar a sus principales (financiadores y pacientes); las características de los contratos y los mecanismos de pago, el peso relativo de los actores en las negociaciones para establecerlos, y los modos de transferencia y absorción de riesgo entre aseguradores y prestadores.

Respecto del sector público, el análisis se orientó en torno al nivel de descentralización en la toma de decisiones y la capacidad del sector ante los incentivos monetarios desplegados por los fondos de aseguramiento social.

A partir de los interrogantes planteados y de los resultados obtenidos por el estudio se puede concluir que:

La estructura del mercado privado de la provincia de Salta presenta marcadas diferencias entre la capital y el interior. Se comprueba el supuesto de que los mercados más desarrollados en términos de escala poblacional generan un escenario de mayor nivel de competencia entre prestadores y la consecuente pérdida de poder relativo del principal competidor.

Asimismo, bajo condiciones de mayor competencia se desarrollan mayores incentivos a diferenciarse mediante estrategias diferentes a los precios. Reputación, hotelería e infraestructura son los principales motivos de competencia entre los prestadores privados.

Por otra parte se registró cierta divergencia de intereses entre los principales (pacientes y financiadores) y por ende estrategias diferenciadas desarrolladas por los agentes (prestadores). La capacitación de los recursos humanos (93%), la hotelería (67%) y la incorporación de tecnología (53%) son las estrategias más consideradas por las entidades encuestadas al momento de atraer a los pacientes. La tecnología (60%), la capacitación de los recursos humanos (47%) y la hotelería (47%) fueron los motivos mas valorados al momento de identificar la causa de elección de los financiadores.

Caracterizada la estructura de mercado percibida por los prestadores del sistema de salud salteño, se avanzó en la distribución del financiamiento, los contratos y los mecanismos de pago, para identificar el poder de mercado y capacidad negociadora de cada actor participante.

La información recogida muestra que la Obra Social provincial, las Obras Sociales nacionales y el PAMI respectivamente, son los principales financiadores del sector prestacional privado. No obstante, se registran

marcadas diferencias entre la capital y el interior donde el PAMI tiene mayor participación. Además, se comprobó que PAMI contrata clínicas más pequeñas, medidas en términos de camas, a las cuales le puede transferir el riesgo mediante un mecanismo de pago capitado.

Contrariamente, la Obra Social provincial, con mayor presencia en los centros urbanos contrata prestadores de mayor envergadura en donde el riesgo es compartido entre el financiador y el prestador mediante pagos por prestación con techo financiero.

Finalmente, en relación al financiamiento del subsistema privado la presencia de las Obras Sociales nacionales aportan aproximadamente cerca del 40% de los recursos al subsistema privado.

Excepto para la definición de contratos con PAMI, las asociaciones de clínicas tanto de capital como del interior se constituyen en actores relevantes para la negociación de contratos.

Por su parte, el subsector público posee una dinámica con características diferentes al privado vinculado no sólo a su objetivo social sino a las particularidades y restricciones vinculadas a su gestión. Su estructura no se encuentra determinada por el nivel de concentración de las instituciones prestadoras. El financiador más destacado del sistema público es el propio Estado provincial. No obstante, el caso salteño presenta cierta variedad de sistemas de gestión que se extienden desde hospitales altamente centralizados en el Ministerio de Salud provincial, hasta otros con participación de organizaciones no gubernamentales.

En este sentido, el grado de descentralización en la toma de decisiones varía a medida que se registra un mayor nivel de autogestión, medido en términos de participación de otros financiadores distintos del Estado provincial.

CAPITULO 5:

Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del Sistema de Salud de Tucumán

DANIEL MACEIRA Y SOFÍA OLAVIAGA

1- Introducción

Un sistema de salud persigue asignar recursos de manera eficiente, a fin de brindar servicios de calidad y asegurar el acceso equitativo al cuidado de la salud de su población. Sin embargo, el grado de alcance de cada uno de ellos dependerá en gran medida de la estructura del sistema, las características de su modelo prestacional y asegurador, y de los mecanismos de contratación y pago seleccionados por los diversos actores del sistema.

La estructura de un sistema de salud está compuesta por una red vertical de actores, donde se identifican a los financiadores, que actúan como demandantes de bienes y servicios (obra sociales nacionales y provinciales, prepagas, el Estado, etc.), los prestadores que los ofrecen (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos particulares, etc.) y los pacientes y usuarios, que los consumen. Las características y conductas de cada grupo (cantidad y tamaño de los actores, su distribución, el grado

Colaboraron: Cristina Segal, Manuel Calderón y Mariela Strusberg.

de diferenciación de servicios y percepción de calidad de sus usuarios, entre otras), condicionan la arena de negociación de contratos, que involucra el establecimiento de mecanismos de pagos entre actores.

A su vez, cada mecanismo de pago promueve un conjunto de incentivos con impacto en la cantidad y calidad de servicios médicos, la transferencia de riesgo entre actores y la eficiencia en la utilización de los recursos.

En este marco, el presente estudio se propone analizar la particular estructura del mercado de salud de la provincia de Tucumán (los actores), los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan (la negociación de ellos) y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo.

Para ello, en la **segunda sección** se describe brevemente el contexto socio-sanitario de la provincia, contextualizando el escenario macro donde se desarrolla el sistema de salud tucumano. La **tercera sección** presenta la estructura del sistema sanitario provincial y los actores involucrados (financiadores y proveedores). Luego, la **cuarta sección** sintetiza los principales antecedentes y cambios protagonizados por estos actores durante los últimos años, completando así la caracterización del escenario donde se instala el análisis.

A partir de allí, las **secciones quinta y sexta** presentan las principales preguntas de investigación y describen la metodología utilizada para el trabajo de campo. La **séptima sección** aborda el comportamiento de los financiadores y prestadores privados de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, mediante el análisis de la estructura del mercado proveedor, la competencia y estrategias desplegadas como también la composición del financiamiento, y la negociación de contratos y mecanismos de pago. Esta sección considera asimismo la dinámica del sector público prestador, analizando indicadores asociados tanto a la descentralización en la toma de decisiones -subcontratación de servicios asistenciales- como a la gestión las compras, la contratación de personal y la administración de los fondos provenientes del recupero de costos a la seguridad social. Finalmente la última sección presenta las conclusiones del estudio.

2- Características socioeconómicas y sanitarias de Tucumán

Tucumán se encuentra ubicada en la región noroeste y es la provincia más pequeña del país, con una superficie de 22.524 km². Según proyecciones para el 2005, sobre la base del censo 2001, la provincia cuenta con 1.421.713 habitantes, siendo la jurisdicción más densamente poblada del país (59,4 hab/km²).

TABLA 1 - POBLACIÓN Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Departamento	Población 2005 estimada (*)	% de la población provincial (*)	Densidad poblacional (**)	% Población rural (**)	% NBI (**)	% Población sin cobertura formal de salud (**)
San Miguel De Tucumán	560,018	39,39	5862,3	0,1	17,5	41,84
Cruz Alta	172.591	12,14	129,3	24,5	30,0	49,75
Tafi Viejo	117.337	8,25	89,3	14,2	21,9	47,86
Chicligasta	79.217	5,57	59,3	27,6	27,8	56,77
Yerba Buena	70.647	4,97	398,2	3,3	14,8	35,91
Lules	61.576	4,33	106,0	21,7	28,2	52,22
Monteros	61.188	4,30	50,0	29,9	24,3	52,80
Río Chico	55.469	3,90	90,5	27,0	28,8	62,55
Leales	53.773	3,78	25,2	69,2	31,0	48,83
Burruyacu	34.338	2,42	9,1	92,9	37,7	51,00
Famailla	32.447	2,28	72,5	32,9	31,7	52,94
Simoca	30.082	2,12	23,7	75,5	37,8	69,86
Juan Bautista Alberdi	29.595	2,08	38,6	38,8	26,9	59,57
La Cocha	18.622	1,31	19,3	68,1	35,8	63,47
Trancas	16.586	1,17	5,4	62,6	35,1	58,51
Tafi Del Valle	14.723	1,04	5,1	76,2	30,3	57,31
Graneros	13.504	0,95	7,8	79,7	42,4	68,11
Total provincia	1.421.713	100,00	59,4	20,5	23,9	48,22

(*)Indicadores Básicos Tucumán 2006. Proyección de Población del Departamento de Demografía de la Dirección de Estadísticas de la Provincia de Tucumán, sobre el censo 2001.

(**)INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

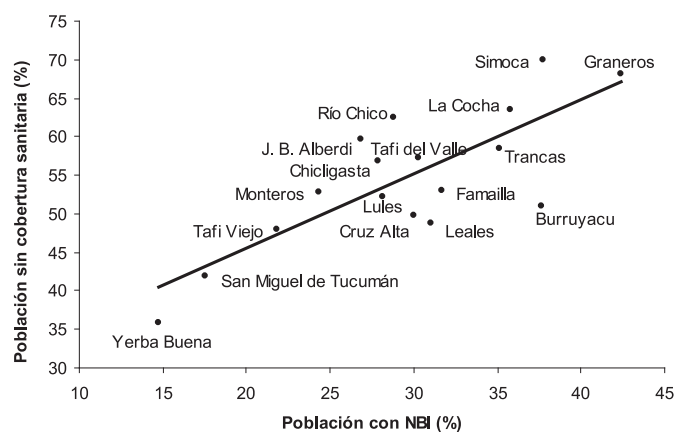
Los departamentos sombreados son aquellos que integran la muestra donde se realizaron las encuestas de campo.

De acuerdo a la información expuesta en la Tabla 1, se produce una fuerte concentración de población en la Capital (39.39%), y en los departamentos que la rodean: Cruz Alta (12.14%), Tafi Viejo (8.25%) y Yerba Buena (4.97%). De Este modo, el Gran San Miguel concentra más de la mitad de la población de la provincia.

La población urbana representa 79,5% del total provincial, siendo este valor inferior a la media nacional. De esta manera, la población rural representa una quinta parte del total provincial, de la cual el 84% vive dispersa en localidades de menos de 2000 habitantes.

Respecto de los indicadores de vulnerabilidad socio-sanitaria de la provincia, el 48,22% de la población no cuenta con cobertura formal de salud (obra social o prepaga) y el 23,9% presenta NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas). El Gráfico 2 muestra que los departamentos del norte y sur son los que presentan mayores necesidades, existiendo una correlación positiva por departamento entre niveles de NBI y población sin cobertura sanitaria: Graneros, Simoca y La Cocha son los departamentos con menor cobertura formal de salud y altos niveles de NBI; mientras que Yerba Buena, San Miguel de Tucumán y Tafi Viejo son los de mayor cobertura y menor NBI relativo.

GRÁFICO 2 - POBLACIÓN CON NBI Y COBERTURA FORMAL DE SALUD



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

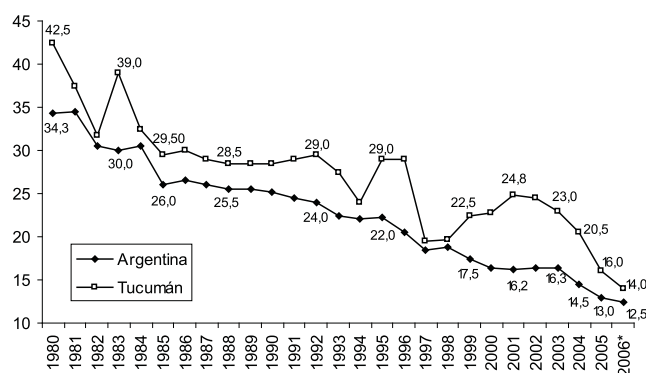
Uno de los principales indicadores de progreso sanitario básico es la tasa de mortalidad infantil. El Gráfico 3 expone la tasa de mortalidad infantil entre 1980 y 2006 para la provincia, mostrando como la misma disminuyó

del 40 por mil hasta el 12.5 por mil, siguiendo la misma tendencia que el comportamiento a nivel nacional. Sin embargo, Tucumán presenta entre 1999 y 2001 un marcado alejamiento respecto al promedio del país. Es recién a partir de 2004 y 2005 que la provincia retoma un camino convergente, disminuyendo así su brecha social.

Entre 1991 y 1994 el gasto en salud de la provincia de Tucumán (medido en pesos constantes de 2004 según datos publicados por el Ministerio de Economía y Producción de la Nación), se incrementó significativamente, pasando de representar del 10,5% al 11,4% de todo el gasto de la provincia. Sin embargo, a partir de 1995 inicia un proceso de disminución tanto en términos absolutos como relativos, tendencia que continuó hasta 2005 (último año con datos disponibles al momento de este estudio) y que marca un mínimo de sólo 8,1% de participación del gasto en salud en el total de gasto provincial.

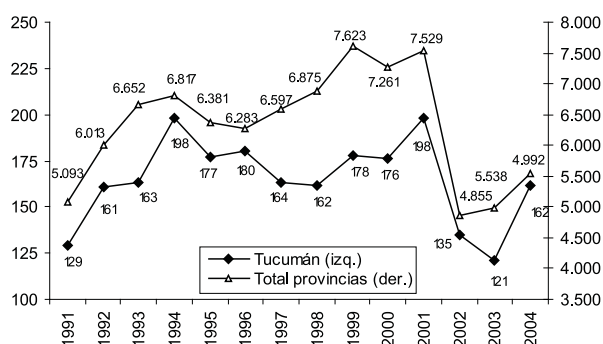
Al observar la serie de gasto provincial en salud en el Grafico 4, también se aprecia que sigue la tendencia nacional, con una marcada caída durante la crisis del 2002. Sin embargo, no se evidencia una relación clara entre gasto y resultados de salud.

GRAFICO 3 - TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, 1980-2006



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Tucumán (2006)

**GRAFICO 4 - EVOLUCIÓN DEL GASTO PROVINCIAL EN SALUD
(EN MILLONES DE \$ CONSTANTES DE 2004)**



Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

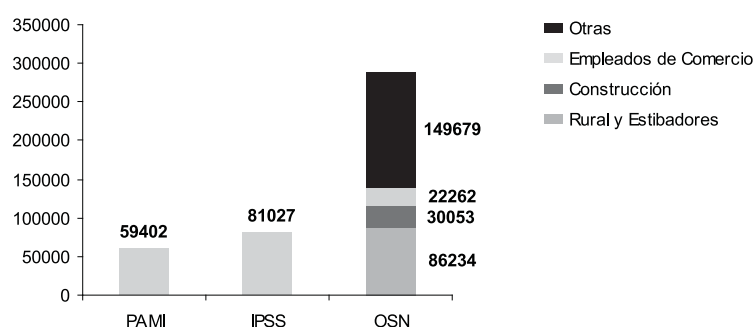
3- Estructura del sistema de salud de la provincia de Tucumán y sus principales actores

La cobertura de servicios de salud en la Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de las obras sociales y el sector privado, con una fuerte interrelación tanto a nivel de la provisión de servicios como en términos de financiamiento (Maceira y Poblete, 2003). Para el año 2005¹ a nivel nacional, el 11.38% de la población contaba con cobertura de salud a partir de contribuciones voluntarias a alguna de las empresas de medicina prepaga existentes. Por su parte, el sector de obras sociales (considerando como tal a aquellos servicios financiados por el sector público nacional/provincial/municipal y por las instituciones de seguridad social con fondos de aportes patronales y salariales) cubría el 39.30% de la población total. El sector público descentralizado, que en la práctica brinda atención a aquellos grupos de menores ingresos y sin cobertura formal, alcanza para el mismo año un 42.70% de la población. Por último, el 6.61% de la población presenta un mecanismo de doble afiliación (obra social y prepaga) (Maceira, 2008).

¹ Fuente: Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Salud, Ministerio de Salud de la Nación (2005).

El caso de la provincia de Tucumán, expuesto en el Grafico 5, presenta algunas particularidades respecto a la participación de cada subsector. Según datos del Ministerio de Salud de Tucumán y de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, para el año 2007 las obras sociales nacionales cubren al 27% de la población, el Subsidio Salud (obra social provincial) al 22%, la medicina prepaga al 9%, el PAMI/INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) al 8%, y el sector público cubriría a un 34% de la población de la provincia (SIPROSA (Sistema Provincial de Salud) y Plan Nacer²).

Grafico 5 - Cobertura sanitaria de la provincia de Tucumán (2007)



Fuente: SIPROSA, sobre la base de datos del Plan Nacer Tucumán y la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (Yedlin 2007).

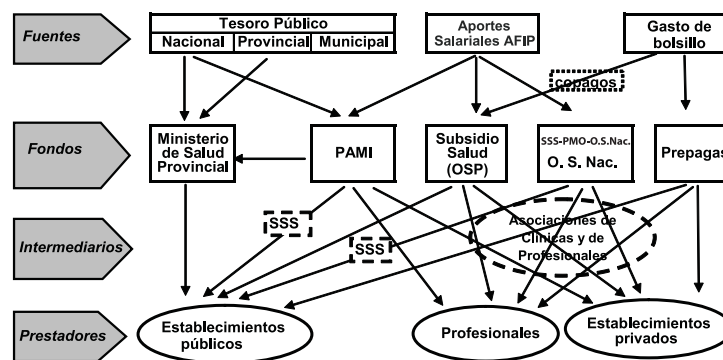
La Figura 6 sintetiza la relación entre financiamiento, modos de aseguramiento y atención de cada subsistema en la provincia.

Allí se observa una intrincada red de provisión de servicios, principalmente financiada por mecanismos de aseguramiento social. Al igual que en resto del país, existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras y la esfera prestadora de servicios, fuertemente privada. A la vez, cuenta con una amplia red de subcontratación de servicios, fundamentalmente

² El Plan Nacer es un Programa Nacional de cobertura materno-infantil con financiamiento del Banco Mundial.

debido a la escasa infraestructura propia de hospitales por parte de la seguridad social, así también como de instituciones intermediarias.

FIGURA 6 - ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO, ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE SALUD. PROVINCIA DE TUCUMÁN.



Nota: SSS – Superintendencia de Servicios de Salud

Si bien en términos generales, la estructura de financiamiento es similar en todas las provincias del país, los actores locales (principalmente financiadores, asociaciones intermedias y prestadoras de servicios) desarrollan relaciones complejas, propias de cada jurisdicción, condicionadas por su historia, el contexto y las características del mercado local. A continuación se presenta quienes estructuran el sistema de salud tucumano.

3-1- SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD (SIPROSA)

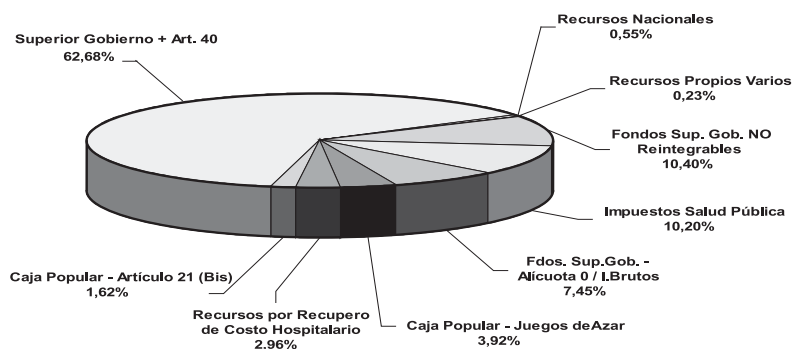
La Constitución Nacional reconoce al Estado Nacional como garante último del derecho a la salud de los ciudadanos argentinos. Sin embargo en su artículo 121, establece que la organización de los sistemas de salud a nivel provincial se encuentra entre los poderes no delegados a la Nación.

Por su parte, la Constitución de la Provincia de Tucumán reconoce en su artículo 125 el derecho a la salud³, y establece que la Provincia fijará la política sanitaria, reservando para sí la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración de salud.

Para garantizarlo, el Estado provincial crea en 1984 el Sistema de Salud Provincial (SIPROSA) a través de la ley 5652, luego reformado a través de la Ley 7466 del año 2004. Allí se establece que la provincia se convierte en *“responsable y garante económico de la organización, planificación y dirección de un sistema igualitario, de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud física y mental de la población y de cualquier otra prestación o servicio de salud en relación con el medio ambiente.”*

El gobierno del SIPROSA, está a cargo del Ministro de Salud Pública de la Provincia, quien ejerce las funciones de Presidente del organismo. Su financiamiento se realiza mediante fondos públicos provinciales y nacionales, provenientes de impuestos. El Grafico 7 expone la composición del financiamiento para el año 2006.

GRAFICO 7 - FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SIPROSA (2006)



Fuente: SIPROSA (Yedlin 2007)

³ La Constitución de la Provincia de Tucumán prevé que el Estado provincial procurará las medidas y recursos legítimos, eficaces y eficientes en el más alto grado posible, “al mantenimiento, restauración y promoción de la salud física y espiritual de todos, respetando su dignidad y los derechos de ella provenientes, protegiendo la vida, en la esfera de sus atribuciones, desde la concepción misma.” (art. 125).

A diferencia de lo que sucede en el sector de la seguridad social y de prepagas, el sector público cuenta con efectores propios, por lo que la provisión de servicios a su cargo descansa en hospitales públicos y centros de atención primaria de salud (CAPS).

La provincia de Tucumán posee una extensa red de servicios públicos, de más de 300 establecimientos de salud: 33 establecimientos con internación y 269 sin internación (Ministerio de Salud Pública de Tucumán, 2006). Existen seis hospitales de referencia (cinco ubicados en la capital provincial, y uno regional ubicado en la localidad de Concepción, Departamento de Chicligasta), dos hospitales psiquiátricos; y los restantes establecimientos constituidos por hospitales de menor complejidad (25) y centros de atención primaria de la salud (CAPS) (269), se organizan en cuatro áreas programáticas: centro, este, oeste y sur. A su vez, las áreas programáticas se dividen en áreas operativas a la que se asocia una población de referencia, a partir de un criterio de accesibilidad.



La organización de la red de servicios públicos no concuerda necesariamente con la división política de la provincia, lo que genera fallas de coordinación con los gobiernos locales y dificulta la comparación estadística. Por este motivo, actualmente el Ministerio de Salud está reorganizando las áreas para vincular responsabilidad de los servicios y gobiernos locales, comunas y municipios (Yedlin, 2007)

La Tabla 8 expone la distribución de establecimientos y la población asignada para cada área programática y operativa. Todos los departamentos de la provincia, a excepción de Yerba Buena y Tafí Viejo, cercanos a la Capital, tienen al menos un hospital en su territorio.

TABLA 8 - NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y POBLACIÓN ASIGNADA DE LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS Y OPERATIVAS, TUCUMÁN (2005)

A.Progra mática	Area Operativa	Hosp	CAPS	Población	A.Progra mática	Area Operativa	Hosp.	CAPS	Pobl.
CENTRO	Noreste	0	9	135.768	OESTE	Alta Montaña	0	6	1.564
	Noroeste	0	14	129.895		El Cadillal	0	6	5.874
	Sudeste	0	17	123.323		Famaillá	1	2	33.169
	Sudoeste	0	17	182.993		Lules	1	5	32.040
	V. Mariano Moreno	0	8	59.816		San Pablo	1	3	11.127
	Yerba Buena	0	11	71.229		Tafí Viejo	0	4	8.933
	Total A. P. Centro	0	76	703.024		Tafí del Valle	1	9	57.959
ESTE	Banda del río Salí	0	9	113.267	OESTE	Trancas	1	8	14.208
	Burrucacú	1	4	8.442		V. Calchaquies	1	5	5.631
	El Bracho	1	6	10.546		Total A. P. Oeste	6	48	170.506
	El Timbó	1	4	7.186	SUR	Aguilares	2	8	45.069
	Estación Aráoz	1	4	7.214		Concepción	2	13	95.604
	Garmendia	1	2	5.945		Graneros	0	3	5.594
	La Florida	0	5	25.475		J. B. Alberdi	1	8	31.804
	La Ramada	0	7	13.354		La Cocha	1	6	18.473
	Leales	1	21	22.000		Lamadrid	1	5	7.605
	Los Ralos	1	3	13.449		Monteros	2	9	48.776
	Ranchillos	1	3	16.534		Santa Ana	1	4	13.120
	Bella Vista	1	3	22.549		Simoca	1	7	26.224
	Total A. P. Este	9	76	292.962		Total A. P. Sur	11	63	292.269

Fuente: SIPROSA

Los hospitales de referencia, ubicados en la Capital de la provincia, atienden a la población del área centro como así también las derivaciones de patologías de mayor complejidad de las restantes áreas programáticas. Por ese motivo reúnen dos tercios de las camas provinciales.

Por último, la población objetivo de los hospitales públicos la constituyen aquellas personas sin cobertura formal de salud. Sin embargo, en la práctica estos centros también brindan asistencia a personas que aportan a alguna institución de la seguridad social o sistema prepago. Para recuperar el costo de esta prestación se cuenta con un sistema de facturación a la institución privada. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) controla el pago de estos servicios por parte de las obras sociales sindicales y el PAMI. Aunque se avanzó en la reducción de las brechas entre la provisión, facturación y

cobro efectivo de las prestaciones, la provincia evidencia, de acuerdo a los testimonios recibidos, una gran proporción de subsidios cruzados con la seguridad social. Esto se debe a fallas en la identificación de los pacientes con cobertura que se atiende en el hospital, como así también a errores en facturación y problemas en el cobro, que varían entre los diferentes organismos aseguradores.

3-2- Seguridad Social

En la provincia de Tucumán, al igual que en el resto del país, la cobertura formal de la seguridad social se canaliza a partir de tres tipos de instituciones:

(1) Alrededor de 300 **obras sociales nacionales**, que se dividen en dos grupos. En el mayoritario están aquellas organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por sindicatos de trabajadores, bajo el ordenamiento jurídico de la Ley 23.660 como agentes del seguro nacional de salud. Si bien tienen autonomía, son supervisadas y controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS).

Un segundo grupo minoritario de obras sociales queda excluido de la categoría de agentes del seguro nacional de salud, y tienen un régimen propio que se encuentra fuera de la regulación de la SSS. Entre ellas se encuentran las obras sociales de las fuerzas armadas y de las fuerzas de seguridad, las de los poderes legislativo y judicial, y las universitarias.

(2) Una **obra social provincial**, a la que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia. Estas instituciones son reguladas por instancias provinciales y quedan fuera del control de la SSS.

(3) El **PAMI/INSSJP**, concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados. Al igual que las obras sociales nacionales, esta institución tiene una administración autónoma pero como agente del seguro nacional de salud, se encuentra bajo la órbita de regulación de la SSS.

Las **obras sociales sindicales** en la provincia de Tucumán alcanzan aproximadamente 370.000⁴ afiliados. Su financiamiento⁵ proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador. Asimismo, el trabajador realizara una aporte extra de 1.5% por cada beneficiario a cargo del afiliado titular. Del total de ingresos por obra social, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) retiene un 0,9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, cuya función es promover la equidad en la distribución de recursos entre entidades. El mismo se utiliza para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), y los gastos generados por prestaciones a afiliados de la obra social en hospitales públicos de gestión descentralizada.

TABLA 9 - COBERTURA DE OBRAS SOCIALES NACIONALES EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN (2006-2007)

<i>Obras Sociales Nacionales (OS)</i>	<i>Nº Afiliados</i>	<i>%</i>
OS Personal Rural y Estibadores de la República Argentina	77.332	20,74
OS Empleados de Comercio y Actividades Civiles	33.469	8,98
OS del Personal de la Construcción	25.515	6,84
OS del Personal de Prensa de Tucumán	24.626	6,61
OS del Personal de la Actividad Azucarera Tucumana	17.996	4,83
OS Supervisores de Industria Metal. y Mecánica de la Rep. Arg.	14.998	4,02
OS del Personal de Distribuidoras Cinematográficas	13.954	3,74
OS de Patrones de Cabotaje de Ríos y Puertos	11.935	3,20
OS para la Actividad Docente	11.500	3,08
OS de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas	10.510	2,82
OS de Conduc. de Camiones y Pers. de Trans.de Aut.de Carga	9.398	2,52
OS del Personal de la Industria Azucarera	8.165	2,19
OS del Personal Hotelero Gastro. Unión de Trabaj. Gastro. de la Rep. Arg.	8.159	2,19
OS de Docentes Particulares	7.325	1,96
OS del Personal de la Industria de la Alimentación	7.223	1,94
Otras OS	90.724	24,33
Total	372.829	100,00

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (2007)

⁴ Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2007).

⁵ Establecido en el artículo 16 de la Ley N°23.660, que regula la existencia de las Obras Sociales. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Para el año 2007 cuatro instituciones reúnen el 43.17% del total de afiliados a obras sociales nacionales en Tucumán: la OS del personal rural y estibadores (77.332 afiliados, un 20.74% del total de afiliados a OS nacionales), seguida por la de empleados de comercio y actividades civiles (33.469 y 8.98% respectivamente), y la del personal de la construcción (25.515 y 6.84% respectivamente) y la OS del personal de prensa de Tucumán (24.626 y 6.61%).

Los niveles de cobertura las obras sociales provinciales varían entre provincias. En promedio, la mayoría de las obras sociales provinciales cubre entre el 11 y el 30% de la población total de su jurisdicción (Maceira y Poblete, 2003). En el caso de Tucumán, la obra social provincial denominada **Subsidio Salud** cubre un 22% de la población de la provincia.

La cobertura del Subsidio Salud es un beneficio establecido por el artículo 118 de la Ley 6446/93, y se rige por el Decreto Reglamentario 4143/21 de la Ley 5597/84. La afiliación es obligatoria para los empleados de los tres poderes de la administración pública provincial y sus jubilados y pensionados, y el personal temporario y contratado que cumpla funciones en organismos provinciales y municipales. También puede captar afiliados voluntarios de las agrupaciones y/u organizaciones de carácter civil, estatal, gremial, etc.

La obra social comenzó a funcionar en 1971, bajo la administración del Instituto de Previsión y Seguridad Social de la Provincia (IPSS), como una función secundaria del organismo. Actualmente esta es la principal función del Instituto, que se encuentra intervenido, dependiendo directamente del gobierno provincial.

Los ingresos del Subsidio Salud se nutren de un aporte porcentual del 9% del salario de los trabajadores estatales, compuesto por un 4,5% realizado por el Estado provincial y el municipal, y otro 4,5% que se retiene al empleado.

A esto se suma el ingreso por plan complementario⁶, que representa un descuento mensual de 11 pesos y los importes por coseguros, ambos a cargo de los afiliados⁷.

El **PAMI**, por su parte, es la institución de aseguramiento social más importante del país. Cuenta con una administración centralizada a nivel nacional, y gestiona sus servicios a través de Unidades de Gestión Locales (UGL).

Para el año 2007, la UGL I, correspondiente a la provincia de Tucumán, cuenta con 91.125 beneficiarios (el 8% de la población). La mayor parte de esta población tiene 65 años o más, un 5% son niños, un 7% son mujeres en edad fértil, y un tercio corresponde a personas adultas (entre 15 y 64 años de edad). Más de dos terceras partes de los afiliados son titulares, de los cuales la mitad son jubilados, el 47% son pensionados y la minoría restante se encuentra en otra situación⁸.

Su financiamiento⁹ proviene de varias fuentes: (1) los aportes de los trabajadores autónomos en actividad, que equivalen al 5% del monto que corresponda a su categoría; (2) los aportes del personal en actividad que consiste en un 5% del salario (los trabajadores contribuyen con un 3% y el empleador con un 2%); (3) la contribución de los pasivos que varía entre un 3% y 6%, según superen o no el haber mínimo; y (4) los aportes del tesoro nacional que determina la Ley de Presupuesto Nacional anualmente. La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) recauda los aportes enunciados en los puntos (1) y (2) y el ANSeS deduce los aportes de los haberes jubilatorios.

⁶ Desde el 1 de noviembre de 2004 se implementó un plan complementario con el fin de sustentar una cobertura más amplia de prácticas de alto costo y baja frecuencia. Se incluyó a todos los afiliados y se les dio la opción de renunciar al plan en un lapso de dos meses. Actualmente cubre a casi todo el padrón, habiendo renunciado sólo 900 personas (Fuente: Subsidio Salud).

⁷ Se establece como máximo el 20% del valor de la prestación, a excepción de las consultas, donde podrá ser de hasta 30%, y de los medicamentos y otros beneficios, donde la obra social está facultada para fijar los coseguros en base a estudios de costos (Fuente: Subsidio Salud)

⁸ Fuente: SIPROSA

⁹ Establecido en el artículo 8 de la Ley 19.032, que regula la existencia de las Obras Sociales. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Salvo excepciones, las **instituciones de la seguridad social** no cuentan con prestadores propios, por lo que utilizan al sector privado y/o al sector público para la provisión de servicios de salud a sus afiliados. Para ello contratan a profesionales de la salud o establecimientos, directamente o a través de instituciones intermedias que los agrupan.

3-3- Sector privado: prepagas y asociaciones intermedias

En las últimas tres décadas, el sector privado contó con un importante desarrollo como asegurador y especialmente, como proveedor de servicios de las obras sociales. En el área de aseguramiento, en Tucumán las **prepagas y mutuales** alcanzan aproximadamente a 126.000 afiliados (9% del total de la provincia, similar a la participación nacional). Al igual que en gran parte del país, existen dos tipos de aseguradoras privadas: aquellos que no cubren el 100% del PMO, brindando un servicio complemento de otras coberturas, y otro grupo de cobertura alternativa a la seguridad social.¹⁰

En lo que respecta al **sector privado como prestador de servicios**, Tucumán posee una amplia capacidad de resolución, abarcando los tres niveles de complejidad. Cuenta con un importante desarrollo en la capital provincial y en menor medida en algunas ciudades hacia el sur de la provincia, como Concepción, Aguilares, Monteros, Alberdi y Famaillá. En general se concentran en asociaciones profesionales y de establecimientos, definiendo redes en virtud de los convenios con la seguridad social.

La provincia cuenta con 27 establecimientos privados (clínicas y sanatorios polivalentes con internación)¹¹. La Tabla 10 muestra su distribución al

¹⁰ El sector de las empresas prepagas carece de una regulación específica que ordene su actividad y hasta el presente está regido por las disposiciones del Código de Comercio. Sin embargo, su control queda bajo la competencia de las autoridades de cada provincia y de la ciudad de Buenos Aires en sus respectivos ámbitos.

¹¹ Fuente: elaboración propia sobre la base de la Guía de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud. 2000, y la actualización con información del relevamiento de campo y el mapeo de actores realizado.

interior de la provincia, evidenciando una amplia concentración en la capital provincial que reúne el 63% de los establecimientos. Asimismo, se observa que más de la mitad de los departamentos carece de oferta privada, por lo que la presencia de los hospitales públicos se vuelve indispensable.

TABLA 10 – DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN, PROVINCIA DE TUCUMÁN (2007)

<i>Jurisdicción</i>	<i>Establecimientos con internación</i>	<i>%</i>
Total provincial	27	100
Capital	17	63
Chicligasta	3	11
Río Chico	2	7
Monteros	2	7
Tafí Viejo	1	4
J. B. Alberdi	1	4
Famaillá	1	4

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Guía de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud. 2000, y encuestas de campo y mapeo de actores.

Los departamentos de Yerba Buena, Trancas, Tafí del Valle, Simoca, Lules, Leales, La Cocha, Graneros, Cruz Alta y Burruyacú carecen de establecimientos privados con internación.

Los departamentos sombreados son aquellos que integran la muestra donde se realizaron las encuestas de campo.

Los prestadores, en su mayoría, se agrupan en tres asociaciones de establecimientos que permiten, entre otras acciones, negociar corporativamente contratos ante financiadores de una manera más efectiva. Entre ellas, la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán (ACyST) es la organización mayoritaria: reúne el 55% de los establecimientos, y maneja la mayor parte de los convenios. Luego, se encuentran la Agrupación Sanatorial del Tucumán, que agrupa un 15% de los establecimientos y Sanatorios y Clínicas Asociadas del

Tucumán (SYCAT)¹², que reúne principalmente a establecimientos ubicados en el sur de la provincia (18%). Por último, unas pocas instituciones no están asociadas a ninguna de las entidades intermedias mencionadas, y gestionan sus contratos en forma directa.

Por su parte, los médicos se agrupan en dos asociaciones profesionales de acuerdo a la zona donde ejercen sus afiliados: el norte de la provincia pertenece el Colegio Médico de Tucumán¹³, en tanto el resto se asocia al Círculo Médico del Sur¹⁴.

Otros profesionales no médicos también se agrupan en asociaciones profesionales como el Círculo Odontológico Tucumano, el Colegio de Bioquímicos de Tucumán, el Colegio de Fonoaudiólogos de Tucumán, la Asociación de Anestesiología de Tucumán, entre otras.

4- Antecedentes de los principales actores del sistema

Para completar la caracterización del sistema de salud tucumano, este apartado recoge los principales cambios y modificaciones que dieron forma al escenario actual, sobre la base de entrevistas en profundidad realizadas a referentes del sistema de salud de la provincia.

¹² Esta última se fundó en el año 1985 y agrupa a varias clínicas y sanatorios del interior de la provincia. Estos establecimientos, al igual que la mayoría ubicados en el interior, son pequeños (no superan las 30 camas) y cuentan con servicios de primer y segundo nivel de complejidad. Los casos de mayor complejidad son derivados a la capital, a establecimientos con los que se desarrolla algún tipo de red.

¹³ Se fundó en el año 1932 y actualmente agrupa a los médicos de los departamentos ubicados en el norte de la provincia hasta Famaillá. Cuenta con aproximadamente 2200 afiliados, de los cuales 1900 se encuentran en actividad, involucrando aproximadamente el 50% de los profesionales de Tucumán.

¹⁴ El Círculo Médico del Sur era una filial del Colegio de Médicos de Tucumán, y en el año 1990 se independizó, agrupando a los médicos residentes en los departamentos del sur de la provincia, incluyendo Famaillá, Simoca, Alberdi, Monteros, Chicligasta, Río Chico, Aguilares, Graneros y La Cocha. Las problemáticas tratadas, los costos enfrentados por los profesionales y los recursos a los que se tiene acceso son significativamente diferentes entre ambas zonas, de acuerdo a los relatos recibidos. Ello impulsó la generación de una estructura alternativa que representara sus intereses ante los financiadores

En lo que respecta a la oferta de prestadores de servicios de salud, la crisis institucional del año 2001 provocó el cierre de algunas instituciones privadas, la mayoría ubicados en el interior. Sin embargo, y a diferencia

de lo ocurrido en otras provincias, en estos años también se identifica la apertura de nuevos sanatorios.

Los mayores cambios se produjeron en el financiamiento del sistema, en un contexto marcado por la aplicación de un nuevo modelo prestacional en PAMI; una obra social provincial intervenida, iniciando un proceso de reconstrucción; y un sector público en crecimiento.

A principios del año 2005, a través de la resolución 284/05, el PAMI comenzó a implementar un proceso de cambio que se impulsó desde el nivel central del organismo y fue aplicado gradualmente en todas las jurisdicciones del país. Consistió en el pasaje de un modelo de administración de las prestaciones intermediado por gerenciadoras locales, a otro donde se reasumía el control de la gestión y la contratación directa a prestadores. En el caso de Tucumán, el cambio se concretó a partir de junio de 2006.

Previo a esta modificación, el sistema de PAMI involucraba la transferencia de los recursos de las diferentes jurisdicciones a gerenciadoras o redes locales que gestionaban, bajo esquemas de contratación y mecanismos de pago variados, las capitas de la provincia. La bondad de este sistema se vio cuestionada optándose por llevar a término el modelo en todas las jurisdicciones.

En el caso de Tucumán, algunos de los actores entrevistados coinciden en que el cambio mejoró la situación financiera de los establecimientos proveedores de servicios. Mientras que otros consideran que este proceso es riesgoso para el beneficiario, en la medida que PAMI requiere, mediante contratos individuales, asumir la responsabilidad de articular una red con los prestadores contratados.

Concretamente, en la provincia de Tucumán funcionó desde el año 1995 un convenio con tres sociedades de prestadores que se distribuían

el territorio en tres redes prestacionales. A partir de 1999 y hasta mayo de 2006, el esquema se modificó a una gran red provincial organizada y administrada por una Unidad Transitoria de Empresas (UTE), cuyo directorio estaba integrado por tres de los más importantes sanatorios de Tucumán. El PAMI central transfería a la UTE los recursos de la capita correspondiente a Tucumán, y luego está los distribuía al interior de la red, en función de una serie de pautas que fueron variando en el tiempo.

Para llevar adelante el cambio, autoridades del PAMI mencionan que se contó con apoyo del gobierno provincial, y la administración central y local del PAMI. Asimismo, señalan el apoyo de algunos prestadores que se encontraban entonces por fuera del modelo gerenciado. En un principio, la UTE junto a la red de establecimientos quedaron como prestadores de PAMI, y comenzaron a sumarse otros sanatorios por fuera de la red, a través de contratos directos. De acuerdo a autoridades del PAMI, la diferencia existente entre la remuneración recibida por los sanatorios contratados directamente y los que no, comenzó a generar conflictos que llevaron a un corte de servicios de los establecimientos pertenecientes a la red de la UTE.

Por su parte, según manifestaron integrantes de la UTE, la relación entre los prestadores y el PAMI se fue deteriorando, en la medida que los recursos distribuidos no aumentaban proporcionalmente a los costos que terminaban absorbiendo los establecimientos (por ejemplo, convalidar el pacto salarial que en 2005 impulsó un aumento del 21% en los salarios de los médicos). Ello generó un conflicto, principalmente con los establecimientos de mayor capacidad y resolución, que no aceptaron realizar discriminación asistencial en función de la calidad del financiador y tampoco utilizar los fondos de otros financiadores para equilibrar la situación al interior de la institución.

En mayo de 2006 el conflicto desembocó en la disolución del convenio entre PAMI y la UTE, y se impuso el nuevo sistema de contratación directa. Actualmente, varios prestadores que integraron la red prestacional de la UTE tienen un contrato directo con PAMI, en tanto otros dejaron de ser prestadores de esta institución.

En lo que respecta a los profesionales médicos, hasta el año 2006 el Colegio Medico de Tucumán no tenía contrato con PAMI. A partir del mencionado cambio en el modelo prestacional, el PAMI realiza un convenio con la Asociación de Médicos de Cabecera y otro con el Colegio Medico, centrado en médicos especialistas.

Ello significó un cambio sustantivo en el financiamiento del Colegio Medico, en tanto la UTE no tenía convenio con el Colegio y contrataba a los médicos directamente, en forma individual.

Por su parte, aunque el Circulo Medico del Sur presentó una serie de ofertas respecto a los médicos de cabecera y las especialidades, no se lograron acuerdos con la UGL local y actualmente no son prestadores de PAMI.

En el caso del **Subsidio Salud**, la intervención de la gestión provincial incorpora cambios a partir de 2003, ante los problemas institucionales de financiamiento, con retrasos en los pagos a prestadores públicos y privados. Para fines de 2004, referentes del sector privado manifiestan que la obra social provincial logró ordenarse administrativamente, cumpliendo con las fechas y montos de pago establecidos en los contratos. Sin embargo, autoridades del sector público manifiestan aún grandes dificultades para recibir el cobro de la deuda que mantiene el organismo con los hospitales provinciales.

Durante muchos años el Subsidio Salud tuvo contrataciones de tipo exclusivas a través de asociaciones intermediarias. Según expresan las autoridades entrevistadas, en los últimos años se abrió lentamente la posibilidad de contrataciones directas a establecimientos, aunque sigue primando la modalidad de contratación vía asociaciones. Asimismo, en algunas especialidades han comenzado a utilizar nuevos mecanismos de pago, como la capita o la combinación de modulo y pago por prestación.

En lo que respecta a la relación con las asociaciones de profesionales, hasta el año 2005 Subsidio Salud contaba con un convenio con el **Colegio Médico de Tucumán**, por el que recibía un monto fijo mensual de la

obra social y lo administraba, pagando a los profesionales asociados por acto médico y una asignación para prácticas ambulatorias de diferentes especialidades. Cuando los fondos no lograban cubrir la totalidad de las prestaciones realizadas, se aplicaban débitos en forma proporcional a los diferentes sectores de profesionales afiliados. Este mecanismo originó descontento entre los profesionales, especialmente en los meses de mayor demanda de atención. Según señalaron autoridades del Colegio Médico, frente a esta situación, sumado a retrasos en los pagos y aranceles, los profesionales iniciaron un mecanismo de copago abonado por el afiliado, transfiriendo el riesgo financiero recibido hacia los pacientes.

En el año 2003, con la intervención de la obra social provincial se firma un nuevo convenio que incluyó saldar la deuda que se mantenía con el Colegio Médico, incrementar un 30% el arancel por consulta, y eliminar el arancel plus cobrado por los profesionales. Aunque mantenía la modalidad de pago fijo con techo prestacional, el convenio modificó la fecha de pago, fijándola a quince días de asentada la facturación. En una primera instancia, ello permitió ordenar el financiamiento de las prestaciones brindadas por los profesionales del Colegio Médico a los afiliados del Subsidio. Sin embargo, la eliminación del copago habría promovido el incremento de la demanda de servicios y nuevamente, el monto fijo mensual resultó insuficiente para cubrir la atención.

En este contexto, en octubre del 2005 algunos profesionales asociados al Colegio Médico comenzaron a cobrar nuevamente el arancel plus, y el Subsidio Salud denunció ante la justicia el incumplimiento del convenio firmado. Este conflicto dio lugar a una nueva instancia de negociación y la firma de un nuevo convenio que modificó el mecanismo de pago, aumentó en un 50% el arancel por prestación y eliminó el arancel plus¹⁵.

¹⁵ Este nuevo convenio al igual que el anterior, tiene un vacío normativo respecto a algunas prácticas no moduladas/nomencladas de segundo nivel de prestación. Subsidio Salud tiene moduladas las prestaciones más frecuentes de segundo nivel (parto, cesárea, cirugía de vías biliares, de apéndice y de hernia, entre otras), pero existen otras prácticas no moduladas (cirugías tumorales, de garganta, nariz y oído, operación de amígdalas y de adenoides, entre otras) que no se incluyeron en el convenio firmado, en las que se continúa cobrando un arancel plus al afiliado.

Si bien el Subsidio Salud abrió la contratación directa a médicos, el Colegio Médico reúne a la gran mayoría de los profesionales que trabajan en el ámbito privado, lo que le atribuye significativo poder para establecer condiciones en los convenios.

Por su parte, la relación con el **Círculo Médico del Sur** muestra un desarrollo similar, siguiendo los pasos del Colegio Médico de Tucumán. A través de una ardua negociación, se pasó de un sistema de pago por monto fijo a uno por prestación.

Finalmente, el **Sector Público**, de acuerdo a la gran mayoría de los encuestados, presenta una renovada relación con el sector de la seguridad social y el privado, al momento de realizado este estudio. Ha comenzado a contratar al sector privado en aquellas áreas donde enfrenta escasez de servicios estatales. Asimismo, el SIPROSA celebró un convenio con el PAMI para brindar prestaciones a los afiliados de esta última en zonas del interior donde el sector público es único prestador. Desde enero de 2006, PAMI abona a la autoridad provincial una capita que incluye parte del primer y del segundo nivel de complejidad.

5- Preguntas de investigación

A diferencia de lo que sucede en gran parte de las provincias del país, Tucumán es una jurisdicción relativamente pequeña en términos de extensión geográfica, donde la mayor cantidad y complejidad de servicios de salud se concentra en la capital provincial, y donde pocos departamentos del interior son autosuficientes.

En este contexto, Tucumán se presentaría como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia. La cercanía geográfica reduce el tiempo de acceso al centro de derivación, generando un aumento de concentración en la capital y dispersando el concepto de competencia al interior de la jurisdicción.

En este marco, las preguntas de investigación que se intentarán testear en las próximas secciones son:

1. ¿Se respeta en Tucumán el concepto de competencia regional o existe un planteo de distrito único con derivación a la capital provincial? Si ello fuera así, ¿Qué características posee la estructura del mercado privado de la salud de la provincia? y ¿Cuál es el nivel de competencia percibida por los prestadores?
2. ¿Cuáles son los factores que determinan la competencia entre establecimientos en la provincia? ¿Qué lugar ocupan los contratos, el precio y los mecanismos no-precio de competencia y diferenciación?
3. Como se plantea desde una perspectiva teórica, el prestador de servicios de salud es un agente que define sus estrategias respecto a sus dos principales, los financiadores y los pacientes, cuyas preferencias no siempre son coincidentes. En esta dirección, ¿Qué estrategias priorizan los establecimientos para atraerlos? ¿Existen marcadas diferencias entre ellas desde la perspectiva del oferente de servicios? En caso de existir diferencias, ¿Cuáles son sus implicancias?
4. El diseño y posterior implementación de los contratos de salud se encuentra en función del poder de negociación de las partes, y de la función objetivo que presenten los actores (Maceira, 1998), una vez caracterizada la estructura del mercado. A partir de ello, el presente trabajo propone identificar el peso relativo de los actores en las negociaciones. Para ello se hace necesario conocer cuáles los principales financiadores de los proveedores de servicios de salud privados, y cuál es el peso relativo de cada uno de estos aseguradores en el financiamiento de los establecimientos.
5. En este contexto, ¿Cuáles son los criterios de selección de los financiadores al momento de identificar interlocutores en el área prestacional? El presente trabajo plantea y analiza dos posibilidades. La primera es que la selección se basa en el tamaño de los establecimientos, mientras

que la segunda, estaría asociada a la negociación corporativa que brinda una o varias asociaciones de clínicas y profesionales.

La respuesta a esta pregunta permitirá identificar la relación entre mecanismos de pago entre financiadores y establecimientos, estableciendo modos de transferencia y absorción de riesgo y su homogeneidad entre aseguradores y prestadores.

6. Finalmente, el trabajo se plantea conocer el grado de descentralización de la toma de decisiones en el sector público, y la capacidad del sector ante los incentivos monetarios desplegados por los fondos de aseguramiento social.

6- Metodología

El presente trabajo se apoya en **tres etapas** metodológicas. La primera de ellas, consistió en la recolección de información básica cualitativa y cuantitativa sobre indicadores socio-económico-sanitarios y de servicios de salud de la provincia de Tucumán, con el objetivo de avanzar en un diagnóstico general del sistema de salud local. Para ello se consultaron datos provenientes del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán, de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, y del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), que proporcionaron información sobre las características de la demanda, de la oferta y del financiamiento del sector, por departamento. Esta información permitió una **caracterización de la provincia** en el contexto del territorio nacional.

Asimismo, permitió identificar a los actores claves del sistema, insumo para la segunda etapa: **el mapeo de actores** que conforman el sistema de salud de la provincia de Tucumán. En ella se entrevistó a los principales referentes del sector de la provincia: financiadores del sistema y asociaciones intermedias de profesionales y establecimientos. Entre ellos se contactó a autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia, de

la Obra Social Provincial –Subsidio Salud-, de la Unidad de Gestión Local I de PAMI Tucumán, de la Asociación de Clínicas y Sanatorios del Tucumán (ACyST), de la Agrupación Sanatorial del Tucumán, de Sanatorios y Clínicas Agrupados del Tucumán (SYCAT), del Circulo Médico del Sur y del Colegio Médico del Tucumán.

Esta etapa se apoyó en un cuestionario diseñado a orientar las entrevistas en profundidad, que releva la percepción de los interlocutores sobre características generales del mercado de salud local, focalizando en los objetivos y estrategias de los principales actores (financiadores, prestadores y entidades intermedias); la estructura actual y la existencia de cambios en lo que respecta al marco normativo y legal, contratos y mecanismos de pagos a los proveedores de servicios; y finalmente, el impacto de estos cambios en la organización interna y en el financiamiento de las entidades financiadoras y proveedoras.



Finalmente, la tercera etapa metodológica consistió en la aplicación de **encuestas de campo a prestadores del sector público y privado de la salud**. Para ello se eligieron cuatro departamentos sobre la base de criterios predefinidos (cantidad de población y, oferta privada y pública de establecimientos de salud polivalentes con internación). Se seleccionó el departamento más poblado y con mayor oferta, luego dos intermedios y por último uno de perfil rural con menor población y oferta institucional, abordando escenarios que presentan diferentes realidades sanitarias. En este marco, los departamentos seleccionados de la Provincia de Tucumán fueron San Miguel de Tucumán, Río Chico, Chicligasta y Alberdi. Finalmente, dentro de cada departamento se definió una muestra de los establecimientos.

El cuestionario¹⁶ diseñado se aplicó a una muestra de establecimientos públicos y privados polivalentes que atendieran media y alta complejidad de los departamentos seleccionados. Se realizaron 23 entrevistas a establecimientos, cubriendo al 40% de la oferta total de la provincia, el 59% de la oferta privada y el 23% de la pública.

Dentro de los departamentos seleccionados, se encuestó al 80% de los establecimientos públicos y al 76.47% de los privados de San Miguel de Tucumán, en tanto en Alberdi se relevó el 100% de la oferta, en Chicligasta el 50% de los establecimientos públicos y el 33.33% de los privados y, finalmente, en Río Chico se incluyó el 50% de los establecimientos privados y el 33.33% de la oferta pública.

La Tabla 11 presenta información comparada sobre indicadores de capacidad y de producción de los establecimientos públicos y privados encuestados.

El promedio de superficie cubierta de los establecimientos públicos supera en 2.7 veces a la de los privados. A su vez, la dispersión al interior de ambos grupos de establecimientos es amplia, alcanzando una distancia entre los extremos de hasta seis veces para los privados y de hasta diez veces para los públicos.

El número de camas por establecimiento presenta una situación similar, donde el sector público supera al sector privado, en esta ocasión en tres veces. Nuevamente la dispersión registrada entre los extremos de los establecimientos públicos alcanza las diez veces, mientras que los privados registran diferencias de hasta 4.6.

¹⁶ Se confeccionó un cuestionario estructurado en módulos, orientado a recoger información sobre datos generales de la institución, datos de producción, características del mercado y la competencia, relación con financiadores (incluyendo características de los contratos y mecanismos de pago), y organización interna de los prestadores. Adicionalmente, el cuestionario destinado a prestadores públicos incluyó una sección dedicada a conocer el mecanismo de toma de decisiones de la institución.

TABLA 11 - CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES ENCUESTADAS

Características	Establecimientos Públicos			Establecimientos Privados		
Variable Estadístico	Media	Máx	Min	Media	Máx	Min
Mtrs ²	7857,00	15000	1500	2818,50	6000	1000
Nº de camas	184,29	300	42	60,69	108	23
Nº de consultas promedio mensuales en consultorios externos	9125,50	16438	3000	3666,44	7000	400
Nº de consultas promedio mensuales en guardia	3827	5480	3000			
Nº de egresos promedio mensuales	648,67	1586	108	378,13	950	70
Promedio días cama	6,46	4,10	11,7	3,00	5	1,51

Fuente: Elaboración propia sobre la base de encuestas de campo (2007).

En ambos indicadores se observó una amplia diferencia entre el sector público y privado, y a la vez una gran dispersión al interior de cada uno de ellos. Esto último obedece, en parte, a las diferencias entre los establecimientos del interior de la provincia y aquellos ubicados en la ciudad capital, donde se concentra la mayor parte de la oferta y demanda de servicios de salud.

Respecto de los indicadores de producción, las consultas promedio mensuales registran una relación de 2.4 a 1 entre los establecimientos públicos y los privados, sin embargo en términos de egresos de internación la brecha es menor (1.7 a 1). Ello se ve reforzado al comparar el promedio de días cama para cada sector, donde los establecimientos públicos encuestados duplican a los del sector privado.

7- Comportamiento estratégico y morfología del sistema de salud

7-1- Prestación de servicios de salud

7-1-1- Estructura de mercado, competencia percibida y estrategias desarrolladas

Desde una perspectiva de análisis económico un mercado de competencia perfecta se vincula con un número relativamente alto de oferentes y demandantes de un bien o servicio, relativamente homogéneo o no diferenciado entre oferentes; y que la información disponible por cada participante del mercado sea similar para la toma de decisiones (de producción y/o de consumo).

Los sistemas de salud fallan en al menos dos de estos tres principios: por construcción, los oferentes de servicios (profesionales e instituciones de salud) cuentan con más información que sus pacientes. Ello abre la posibilidad de inducir demanda y genera asimismo percepciones diferentes sobre el mismo tipo de servicio o bien. Así, incluso en casos donde el número de oferentes sea significativo, la percepción de calidad diferenciada entre ellos genera procesos de lealtad que segmentan el mercado prestador desde la mirada del usuario. Ello hace necesario la intervención estatal regulando, financiando y/o prestando servicios.

En el caso tucumano, como en todo el país y gran parte de América Latina, la presencia de múltiples formas de aseguramiento provoca un efecto adicional: dos prestadores geográficamente cercanos no necesariamente son competidores porque, más allá de los servicios y la calidad con que los brindan, atienden a poblaciones con distintos seguros. Más aún, dos instituciones prestadoras de servicios de salud con los mismos financiadores (seguros sociales o privados), pueden comprometerse o especializarse en cierto subgrupo de ellos. Esto implica que, mas allá de la ubicación, el mix de productos y la “cartera de financiadores”, la identificación de competidores no sólo se extienda más allá del precio cobrado por el servicio (involucrando variables de

calidad), sino que la estrategia prestacional depende de la percepción de competencia de cada institución o profesional (Maceira y Poblete, 2003)

De esta manera, diferentes mecanismos de aseguramiento social tienen distintos prestadores y, por ello, instituciones cercanas geográficamente no necesariamente compiten entre ellas. Asimismo, instituciones públicas y privadas generalmente tampoco compiten dentro de una misma jurisdicción, debido a que la su población objetivo difiere. Así, las diferentes dimensiones de la competencia posibilitan que al interior de una provincia existan distintos mercados, no solamente abiertos por fuentes de financiamiento sino también por distancias geográficas.

En este marco, la provincia de Tucumán presenta una estructura de mercado particular respecto de otras provincias. Es una jurisdicción relativamente pequeña en términos de extensión geográfica, donde la mayor cantidad y complejidad de servicios de salud se concentra en la capital provincial, San Miguel de Tucumán. La ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia, la cercanía geográfica reduce el tiempo de acceso al centro de derivación, generando un aumento de concentración en la capital y dispersando el concepto de competencia al interior de la provincia.

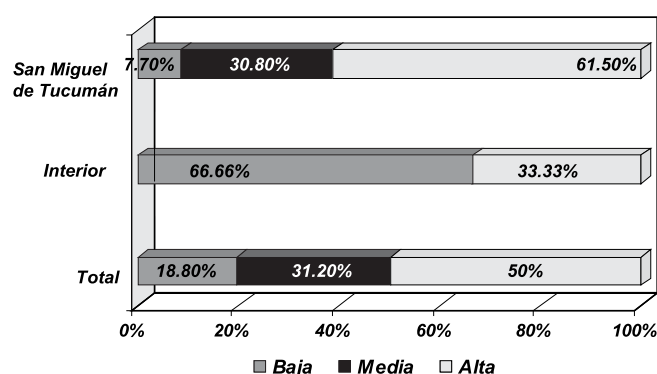
Para comprobar esta hipótesis, y establecer la conducta de mercado de los proveedores de servicios de salud, su estrategia frente a la competencia y ante los financiadores, se han recogido algunos indicadores acerca de la percepción de los proveedores sobre la morfología del mercado en que actúan, debido a que a partir de dichas percepciones es que desarrollan sus planes de acción.

A partir de la información que surge de encuestas a los prestadores privados de servicios de salud realizadas para este estudio, el Grafico 12 presenta el nivel de competencia percibido en San Miguel de Tucumán y en las jurisdicciones del interior (Río Chico, Chicligasta y Alberdi), conjunta y separadamente. Allí se observa que para el distrito capital la percepción

mayoritaria (61.50%) considera que en esa jurisdicción la competencia es alta, mientras que el interior registra la situación inversa. En este segundo caso, no existe percepción de alta competencia y el 66.66% de los entrevistados la considera baja. El porcentaje de competencia intermedia percibido es similar en ambos grupos, promediando un 31.2%.

Estos resultados se sostienen en el planteo expuesto anteriormente, donde San Miguel de Tucumán concentra gran parte de los servicios de salud de la provincia, mientras que el interior expone un desarrollo limitado de prestadores y complejidad y por ende, de competidores.

GRAFICO 12 – PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE COMPETENCIA ENTRE ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

Complementariamente, la Tabla 13 expone la percepción sobre la cantidad promedio de competidores y la participación relativa en el mercado, en términos de ingresos de los participantes del sector, por parte de los establecimientos encuestados.

**TABLA 13 - ESTRUCTURA DE MERCADO PERCIBIDA POR LOS
ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD**

Jurisdicción	Nº de casos	Nº de proveedores que considera competidores				Posición en el mercado de la institución líder (%) (1)				Posición en el mercado de la institución encuestada (%)			
		Mediana	Media	Max	Min	Mediana	Media	Max	Min	Mediana	Media	Max	Min
Total	16	5	5.25	12	1	39	38.31	60	12	25	30.25	60	2
San Miguel	13	5	5.85	12	2	35	33.31	60	12	19	23.38	60	2
Interior (2)	3	1	2.67	6	1	60	60	60	60	60	60	60	60

Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

(1) Percepción sobre la participación porcentual del establecimiento en el total del ingreso del mercado

(2) Interior: reúne la información de los tres departamentos del interior encuestados (Alberdi, Chicligasta y Río Chico)

Los establecimientos ubicados en San Miguel señalan un considerable número de competidores, observado tanto en el promedio (5.25) como en la mediana (5), convalidando el alto nivel de competencia percibido entre clínicas y sanatorios. Por el contrario, en los departamentos del interior se percibe un número de participantes menor, reforzando el planteo de dispersión de competencia.

En este contexto, la segunda columna muestra que la posición en el mercado de la institución líder es inversa al número de competidores percibido: a medida que aumenta la cantidad de competidores el promedio del mercado que corresponde al líder se reduce. Así, la institución líder en el interior (60%) concentra cerca del doble del mercado que su par en San Miguel de Tucumán (33.31%). Las instituciones que prestan servicios en el interior perciben que la situación es más concentrada y monopólica, mientras que en la Capital se produce el signo inverso.

Ello se refuerza al observar la percepción del propio poder de mercado, registrada en la última columna de la tabla, donde los establecimientos del distrito capital en promedio perciben un poder de mercado relativo menor al del líder (23.38%), mientras que en el interior las instituciones encuestadas se perciben como líderes en sus respectivos sistemas locales.

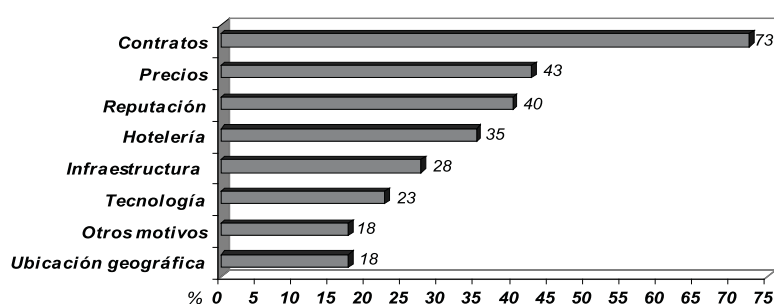
Lo primero permite concluir que se trata de un mercado de mayor tamaño, de gran competencia y donde la porción del mercado que reúne cada uno es menor, incluso para los líderes; mientras que lo segundo evidencia la dispersión de la competencia, donde existe una oferta de servicios reducida. Así, la posición del líder en el interior es la propia, llegando a concentrar aproximadamente el 60% de la demanda de su región, y la proporción restante del mercado es captada por instituciones fuera de las fronteras del departamento y, en algunos casos, compitiendo con el sector público.

Caracterizada la estructura de la oferta, el siguiente interrogante de investigación plantea los factores que determinan la competencia y, en consecuencia, las estrategias desarrolladas por los establecimientos. En esta dirección, el Gráfico 16 reporta que para la mayoría de los oferentes la definición de mercado se encuentra asociada fundamentalmente por la firma de contratos con los financiadores, alcanzando al 70% de los encuestados. Ello refleja la importancia que reviste la contratación dentro de la estrategia empresarial, en un contexto marcado por una estructura de segmentación en el aseguramiento.

En un segundo grupo aparecen los elementos tradicionales de competencia, reflejados en motivos como los precios, la reputación y la hotelería, estos últimos vinculados a modos de identificación de calidad real o percibida (modos de competencia no-precio). Por su parte, la ubicación geográfica aparece poco relevante para la competencia, lo que adquiere sentido en un contexto de distrito único.

De este modo, la percepción de competencia se vincula con especificidad de servicios al interior de un subsistema (fijado por el financiador). También se observa que, si bien el motivo precio aparece segundo en importancia, los mecanismos de diferenciación no-precio, como aquellos asociados a la calidad percibida (reputación y hotelería) y la calidad real (infraestructura y tecnología), son considerados relevantes en un segundo y tercer término, respectivamente, en el modo de elección del prestador.

**GRÁFICO 14 - MOTIVOS DE COMPETENCIA PERCIBIDOS POR LOS POR
LOS ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD
(EN % DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS SOBRE EL TOTAL DE ENCUESTADOS)**



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

Los Gráficos 15 y 16 exponen las estrategias priorizadas por los establecimientos de San Miguel de Tucumán y del interior de la provincia para atraer pacientes y financiadores.

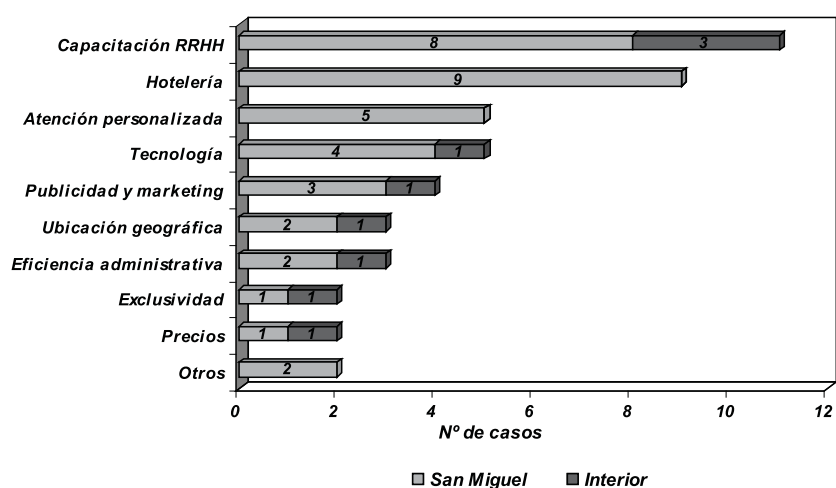
En la Capital se priorizan la hotelería (69%), la capacitación de los recursos humanos (62%) y la atención personalizada (39%). Estas estrategias se vinculan a indicadores de calidad percibida desde la mirada del paciente y nuevamente, la ubicación geográfica no reviste relevancia.

Por su parte, el 100% de los establecimientos encuestados del interior priorizan la capacitación de los recursos humanos como principal estrategia para atraer pacientes. De acuerdo a lo expuesto por los actores encuestados, ello se debe mayormente a que la concentración de oferta de servicios en la ciudad capital atrae a gran parte de los profesionales. Por ello, se forma complejo para los oferentes institucionales del interior identificar incentivos para atraerlos y mantenerlos, en un contexto de oferta reducida y demanda inestable.

Respecto de las estrategias priorizadas para atraer financiadores, el Gráfico 16 muestra que el 62% de los establecimientos ubicados en San

Miguel consideran a los precios como mecanismo prioritario, con una estructura de mercado integrada y altamente competitiva. Por el contrario, para los departamentos del interior, con oferta escasa y dispersa, los precios no se contemplan como estrategia prioritaria. Para este grupo de prestadores, la ubicación geográfica (33%) y la exclusividad (33%) adquieren alguna relevancia, aunque las fuentes de captura de financiamiento más señaladas fueron la tecnología (100%) y la eficiencia administrativa (67%), que también fueron priorizadas por un 54% de los prestadores ubicados en la capital.

GRAFICO 15 - ESTRATEGIAS PRIORIZADAS POR LOS PACIENTES, DESDE LA PERSPECTIVA PRESTACIONAL
(NÚMERO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS SOBRE EL TOTAL DE ENCUESTADOS)

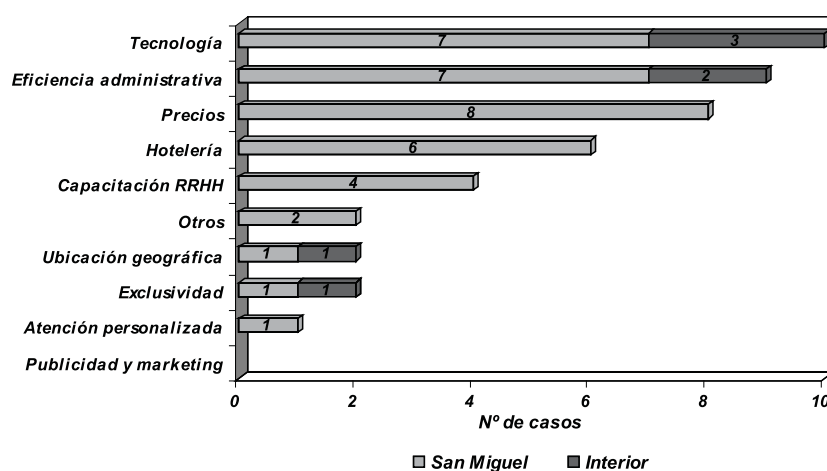


Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

La lectura de esta información permite responder aquellas preguntas de investigación vinculadas con las estrategias utilizadas por el sistema prestacional para atraer pacientes y financiadores. En el primero de los casos, las acciones se encuentran asociadas con mecanismos de calidad percibida, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no

revisten gran valoración. Ello se atribuye a que los pacientes descansan en el “tercer pagador”, quien es el que establece (directamente o mediante intermediarios) los montos a abonar. La información disponible sugiere asimismo que la distancia geográfica no representa una barrera de acceso determinante de la demanda, reforzando el argumento de distrito único en el caso tucumano. Contrariamente, para el grupo de financiadores se identifica la importancia de argumentos vinculados con la “función de producción” de servicios de salud (tecnología, eficiencia administrativa, etc.), acordes a un contexto marcado por la competencia entre prestadores para acceder a contratos con instituciones aseguradoras.

GRAFICO 16 - ESTRATEGIAS PRIORIZADAS POR LOS FINANCIADORES, DESDE LA
PERSPECTIVA PRESTACIONAL
(NÚMERO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS SOBRE EL TOTAL DE ENCUESTADOS)



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

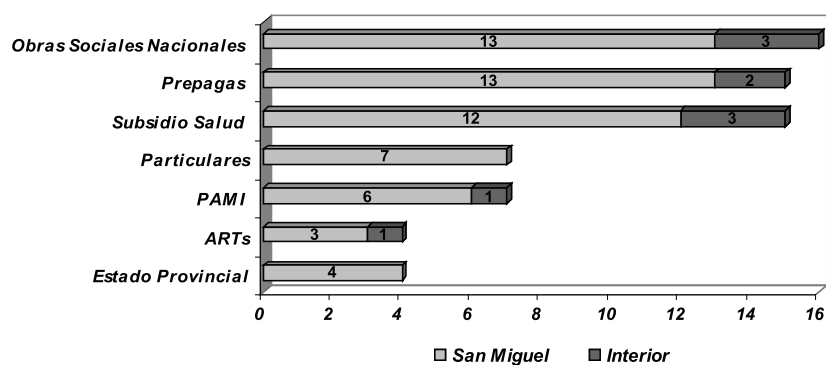
7-1-2- Estructura de financiamiento, contratos y mecanismos de pago

A partir del análisis del mercado y competencia percibida por los prestadores del sistema de salud tucumano, se propone en esta sección

vincular esta estructura con los contratos firmados entre aseguradores y establecimientos privados. Ello permitirá relacionar poder de mercado y capacidad de negociadora de cada actor participante con los modos de absorber o transferir riesgo financiero en la cadena vertical de servicios de salud.

El Grafico 17 muestra para San Miguel de Tucumán y los tres departamentos seleccionados del interior de la provincia, la distribución de contratos entre los establecimientos encuestados y las instituciones aseguradoras. Complementariamente, la Tabla 18 muestra, el peso relativo de cada sistema de aseguramiento en el financiamiento total de las instituciones, el número de instituciones financiada por cada modo de seguro y/o pago y su importancia porcentual en el total del financiamiento institucional, medido en el promedio de prestadores, su mínimo y su máximo.

GRAFICO 17 – FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE PRESTADORES PRIVADOS EN TUCUMÁN



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

TABLA 18 – DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO POR DEPARTAMENTO

Instituciones de financiamiento	San Miguel Nº casos: 13				Interior Nº casos: 3			
	Nºcasos	Media	Máxima	Minima	Nºcasos	Media	Máxima	Minima
Estado Provincial	4	2.69	15	0				
Subsidio Salud	12	31.69	80	0	3	40	50	30
PAMI	6	17.31	55	0	1	20	60	0
Obras Sociales Nacionales	13	23.54	40	5	3	31.67	45	10
Prepagas	13	13.85	33	2	2	6.67	10	0
Arts	3	4.69	40	0	1	1.67	5	0
Particulares	7	7	30	0				

Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

En primer lugar se observa que debido a la segmentación de los mecanismos de financiamiento, no todos los establecimientos cuentan con aportes del total de las instituciones aseguradoras. En el caso de San Miguel de Tucumán, de los trece establecimientos encuestados, el Estado Provincial mantiene contrato sólo con cuatro, el Subsidio Salud con doce, el PAMI con seis, y las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ARTs) con tres. Solo siete instituciones cuentan con aportes de particulares (pago de bolsillo) y todos reciben financiamiento de alguna prepaga u obra social nacional.

Por su parte, los establecimientos encuestados del interior presentan un financiamiento más concentrado: no mantienen en ningún caso relaciones contractuales con el Estado Provincial, ni cuentan con el ingreso de particulares. Asimismo, solo un establecimiento mantiene vínculos con PAMI y con alguna ART, dos prestan servicios a prepagas y las tres cuentan con financiamiento del Subsidio Salud y de alguna obra social nacional.

En segundo lugar se observa que, tanto en el distrito capital como en los departamentos del interior, la obra social provincial se presenta como el principal financiador, con una participación promedio en el presupuesto de los prestadores del 31,69% y 40% respectivamente. Luego se ubica el conjunto las obras sociales nacionales, con una participación promedio del 23.54% en San Miguel de Tucumán y, una peso mayor en el interior alcanzando un promedio del 31.67% de los ingresos. En tercer lugar se

encuentra el PAMI, con un 17.31% en la capital y un 20% en el interior. Por ultimo, San Miguel registra una participación relativamente mayor de prepagas y ARTs en el financiamiento institucional.

La distribución del financiamiento muestra el nivel de dependencia o, contrariamente, de diversificación de los financiadores. La información recogida sugiere mayor independencia en la Capital que en los establecimientos ubicados en el interior de la provincia. Ello se evidencia tanto en la ausencia de algunos financiadores en el interior, como también en la presencia de porcentajes mayores de financiamiento en algunas instituciones de aseguramiento. Desde la perspectiva del prestador, los establecimientos de San Miguel cuentan con una mayor diversificación del riesgo y mayores posibilidades de negociación.

Asimismo, la tabla expone al interior de las instituciones aseguradoras, grandes diferencias en el peso relativo de financiamiento por establecimiento, a partir del tamaño de la brecha entre los valores máximo y mínimo. Ello plantea un nuevo interrogante, asociado con el mecanismo de priorización de las instituciones aseguradoras para establecer sus contratos. En este marco, existen algunas hipótesis que explicarían el comportamiento de los actores involucrados, y su poder relativo en la negociación.

TABLA 19 - DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO POR ASOCIACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Instituciones de financiamiento	ACYST Nº casos: 10					Agrupación Sanatorial Nº total casos: 4				
	Nº camas	Nº casos	Media	Máxima	Minima	Nº camas	Nº casos	Media	Máxima	Minima
Estado provincial	255	3	3	15	0	94	1	1.2	5	0
Obra Social Provincial	658	10	38.2	80	5	249	4	30	40	20
PAMI	150	3	13.5	55	0	131	2	15	30	0
Obras Sociales Nacionales	658	10	24.1	40	5	249	4	32.5	45	15
Prepagas	658	10	12.5	33	2	249	4	13.7	20	10
Arts	119	2	4.6	40	0	83	2	5	15	0
Particulares	228	4	4.1	20	0	168	2	5	15	0

Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

La primera hipótesis se vincula con el poder de negociación de las asociaciones intermedias, donde una mayor concentración de financiadores por asociación evidenciaría una mayor capacidad para fijar reglas de contratación.

En caso de existir una distribución de los contratos que no respete necesariamente los límites de las asociaciones, el criterio de selección identificado no estaría relacionado con el poder de negociación corporativo de estas entidades. En ese contexto, se podría inferir la capacidad relativa de los establecimientos y su peso en la negociación de contratos. Utilizando el número de camas como indicador aproximado de “poder potencial de mercado” de los establecimientos, se pueden analizar diferentes alternativas estratégicas eventualmente desarrolladas por los financiadores.

En esta dirección, la Tabla 21 reagrupa las instituciones encuestadas, analizando el financiamiento de los establecimientos entrevistados de acuerdo a la pertenencia a algún tipo de asociación.

TABLA 21 – CONTRATOS Y MECANISMOS DE PAGO

Total de instituciones con contrato		PAMI	OSP	OSN	Prepaga
		7	15	9	3
Mecanismo de negociación de los contratos	Directa con el financiador	7		4	3
	Concurso de prestadores				
	Vía Asociación de establecimientos		15	2	
	Vía Asociación de profesionales				
	Vía otro intermediario			3	
Mecanismo de cobro de los prestadores al financiador	Cápita	7		3	
	Módulo			1	
	Prestación			1	2
	Monto Fijo			1	
	Mixto		10	3	1
	Mixto con techo prestacional		5		

Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

Allí se observa que la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán (ACYST) es la que concentra la mayor participación del Subsidio Salud (38.2%) en el financiamiento de sus instituciones, seguido por el conjunto de las obras sociales nacionales (24.1%). Asimismo, todos cuentan con

aportes de prepagas, promediando un 12.5%, en tanto PAMI y el Estado Provincial financian a tres de los diez establecimientos encuestados.

Respecto al financiamiento promedio de los establecimientos que integran la Agrupación Sanatorial del Tucumán, se observa que el Subsidio Salud es el principal financiador, alcanzando un 30% de los ingresos, porcentaje relativamente menor que el registrado por la ACYST. Ello se compensa, en parte, con una proporción de ingresos mayor proveniente de las obras sociales nacionales (32.5%). En este caso también se observa que el Estado Provincial y el PAMI seleccionan a algunos de estos establecimientos para proveer servicios a sus beneficiarios.

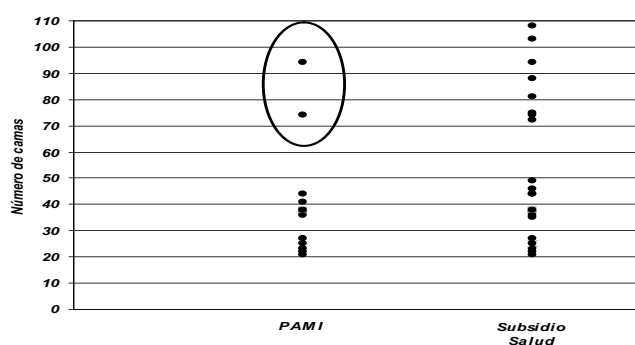
Por último, Sanatorios y Clínicas Asociadas del Tucumán (SYCAT), que agrupa a establecimientos de interior, cuenta con un financiamiento más concentrado, principalmente en dos financiadores, el PAMI (60%) y Subsidio Salud (30%), y aportes menores de obras sociales nacionales (10%).

Esta información sugiere diferencias en las estrategias y mecanismos de contratación entre financiadores. Así, se observa que casi la totalidad de los establecimientos cuentan con financiamiento del Subsidio Salud, donde las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante como representantes e intermediarios en la negociación de contratos colectivos. En este contexto la ACYST, que reúne al mayor número de establecimientos de Tucumán, evidencia su liderazgo en las negociaciones, con un mayor porcentaje relativo de financiamiento.

El PAMI en cambio, sólo mantiene contrato con algunos establecimientos, donde las asociaciones intermedias no parecieran definir el espacio de negociación. Esto plantea un interrogante adicional acerca de los criterios utilizados por el PAMI para establecer sus contratos, en el contexto de cambio del modelo prestacional mencionado previamente.

En esta dirección, el Grafico 20 expone los contratos de PAMI y Subsidio Salud para la totalidad de establecimientos privados, dimensionando su capacidad en el número de camas.

GRAFICO 20 - CONTRATOS DEL PAMI Y SUBSIDIO SALUD



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007) y Ministerio de Salud Pública de Tucumán (2005).

En este contexto, el análisis de los mecanismos de contratación y las estructuras de pago (Tabla 21) brindan información complementaria sobre el proceso de negociación entre los actores.

El Grafico muestra que el PAMI, como resultado del cambio iniciado en 2006, se concentró, salvo en dos casos, en establecimientos de capacidad mediana y pequeña, diferenciando su estrategia de aquella más diversificada de la obra social provincia.

TABLA 21 – CONTRATOS Y MECANISMOS DE PAGO

Total de instituciones con contrato		PAMI	OSP	OSN	Prepaga
		7	15	9	3
Mecanismo de negociación de los contratos	Directa con el financiador	7		4	3
	Concurso de prestadores				
	Vía Asociación de establecimientos		15	2	
	Vía Asociación de profesionales				
Mecanismo de cobro de los prestadores al financiador	Vía otro intermediario			3	
	Cápita	7		3	
	Módulo			1	
	Prestación			1	2
	Monto Fijo			1	
	Mixto		10	3	1
Mixto con techo prestacional			5		

Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

Se observa que el PAMI cuenta con contratos directos con siete establecimientos de los dieciséis encuestados. De acuerdo a lo expresado por autoridades de la institución, la única excepción es el caso de los especialistas, con quienes se realiza un contrato colegiado a través de las entidades que los agrupan. Respecto a los médicos del primer nivel, el contrato se realiza a través de la asociación de médicos de cabecera, pero el pago es directo al profesional médico.

El mecanismo de pago al establecimiento proveedor seleccionado por el PAMI es el sistema capitado, al que se suman una serie de estímulos financieros complementarios¹⁷.

El **Subsidio Salud** presenta una situación diferente a la de PAMI: mantiene contratos mediante asociaciones de establecimientos con quince de las dieciséis instituciones encuestadas, y su mecanismo de pago es heterogéneo.

Según lo expresado por autoridades de la obra social provincial, durante años se mantuvieron contrataciones exclusivas a través de intermediarios como, la ACYST o el Colegio Médico, y solo en los últimos años se abrió

la posibilidad de contrataciones directas a establecimientos. Sin embargo, y como lo evidencia el relevamiento presentado, sigue primando la modalidad de contratación intermediada.

Respecto a la modalidad de pago, las autoridades del Subsidio Salud encuestadas señalaron que si bien en el pasado se utilizaba únicamente el pago por acto médico, se logró al momento de este estudio un modelo de contratación mixto con una absorción compartida de riesgo.

¹⁷ La tasa de incentivo es el más importante de ellos, y consiste en el pago adicional al prestador que supera un porcentaje de atención determinado del padrón que tiene asignado. En el caso del médico de cabecera, si se supera la atención del 70% del padrón a cargo, recibe como base un adicional a la capita de 15 pesos por paciente atendido, superado el umbral establecido. Existen estímulos similares en el caso de la internación y de las emergencias. De acuerdo a las autoridades, este es un mecanismo de ajuste a la subprestación generada por los mecanismos de pago puramente capitados.

Actualmente utiliza la paga por prestación en el primer nivel de atención, y en el segundo nivel, generalmente el pago por prestación y el módulo. Sin embargo, desde el año 2002 existen algunas prestaciones del segundo nivel de atención que han comenzado a capitarse, incluyendo: oftalmología, urología y cirugía cardiovascular.

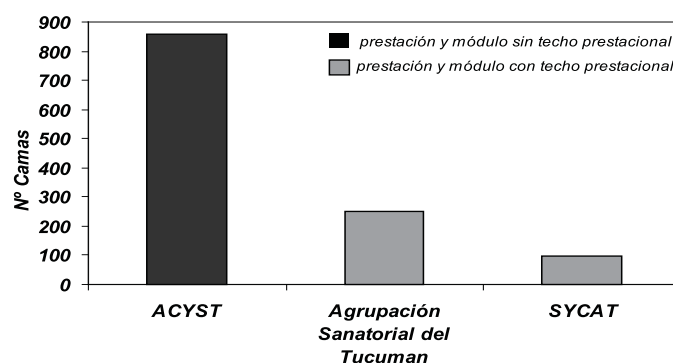
En este marco y como se verifica en la Tabla 21, mantiene dos tipos de contratos: mixto (módulo y pago por prestación) con y sin techo prestacional. El primero implica una mayor transferencia de riesgo a los establecimientos: tal es el caso de la Agrupación Sanatorial del Tucumán y la SYCAT; el segundo tipo de contrato, con mejores condiciones relativas para el prestador, lo mantiene únicamente con la ACYST.

Por último, las obras sociales nacionales presentan una gran volatilidad en los mecanismos de contratación y de pago, a diferencia de las prepagas que mantienen la contratación directa y una menor variación en las formas de pago.

En síntesis, la tabla expone por un lado la presencia de un asegurador (PAMI) que opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado. Esta estrategia no es reproducida por la Obra Social Provincial, que opta por contratos intermediados y cuyo modo de pago difiere dependiendo del tipo de establecimiento. Esto plantea un interrogante sobre que motiva la heterogeneidad en los criterios de retribución al interior del Subsidio Salud.

El Gráfico 22 presenta los contratos firmados por el Subsidio Salud con las tres asociaciones de establecimientos de la provincia de Tucumán, y la cantidad de camas totales de cada una como indicador de capacidad. Se observa que aquella entidad que reúne la mayor cantidad de camas es quien recibe el contrato sin techo prestacional, mientras que aquellas con menor capacidad operativa obtienen contratos con techo. Ello sugiere una asociación entre poder de mercado, complejidad, y riesgo compartido para la oferta privada en Tucumán.

GRAFICO 22 – CONTRATOS Y MECANISMOS DE PAGO DEL SUBSIDIO SALUD



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007) y Guía de Establecimientos (2000).

Más allá de los mecanismos de pago y el arancel abonado por el financiador, existen condiciones adicionales en los contratos de prestación de servicios de salud que reflejan elementos complementarios la transferencia y/o absorción de riesgo entre actores. Indagar sobre ellos, brinda información adicional sobre el poder relativo en la negociación de contratos.

En esta dirección, la Tabla 23 expone por financiador las respuestas de los establecimientos encuestados sobre los plazos de vigencia de los contratos, el mecanismo de debito por problemas de facturación y la existencia de copagos.

Se observa que mientras el PAMI no permite la existencia de copagos, el Subsidio Salud y algunas Obras Sociales Nacionales incorporan el copago definido por el financiador, como mecanismo complementario de captura de fondos, representando un modo de transferencia de riesgo hacia el beneficiario.

TABLA 23 – CONDICIONES ADICIONALES DEL CONTRATO

Condiciones adicionales del contrato		% de instituciones financiadoras			
		PAMI	OSP	OSN	Prepaga
Coseguro	Presencia de coseguro	0%	100%	44.40%	33.30%
	Coseguro definido por financiador		100%	100%	100%
Ajuste de debito por problemas en la facturación	Unilateral	71.43%	13.33%	33.30%	
	Bilateral	28.57%	86.67%	66.70%	100%
Vigencia del contrato	Hasta 6 meses				66.70%
	Entre 6 meses y 1 año				
	Entre 1 año y 2 años	100%			33.30%
	Renovación automática		100%	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007).

En caso de identificarse problemas en la facturación y la provisión de servicios, el PAMI lo resuelve unilateralmente¹⁸, mientras que el Subsidio Salud, parte de las Obras Sociales Nacionales y todas las prepagas mantienen una auditoría compartida con las asociaciones intermedias.

Por último, la parte inferior de la Tabla 23 informa que el PAMI establece un periodo de vigencia de dos años por contrato con sus prestadores, mientras que los restantes financiadores lo renuevan automáticamente.

La lectura de esta información refuerza algunas conclusiones a las que se arribaron anteriormente, donde el PAMI presenta un mayor poder relativo de negociación, limitando pagos complementarios, definiendo las reglas de debito y evaluando al prestador en un tiempo predeterminado contractualmente

¹⁸ PAMI retiene un 1.5% de la capita de sus establecimientos contratados para generar un fondo de riesgo, destinado a compensar los costos de pacientes que se atienden en hospitales públicos. Luego de seis meses, los establecimientos que brindaron cobertura a sus pacientes reciben el aporte correspondiente.

Por su parte, el Subsidio Salud presenta un nivel de negociación más colegiado. A través de copagos se reduce el riesgo que absorbe el establecimiento y permite la renovación automática del contrato.

7-2- Sector Público

El sector público presenta una estructura y una dinámica de funcionamiento particular y, por ello, requiere de un abordaje claramente diferente al del sector privado. Para este sector no es necesariamente relevante el número de competidores en el mercado, y sus estrategias para atraer pacientes y financiadores. Ello se debe a que, entre otros motivos, el sector público es al mismo tiempo financiador y proveedor, no existe competencia entre efectores por obtener financiamiento, y su estrategia de atención no se vincula directamente al ingreso monetario. Sin embargo, la falta de incentivos al personal disminuye su capacidad de respuesta, especialmente en un sistema sanitario donde el Estado prestador absorbe los mayores riesgos financieros y epidemiológicos.

Estas diferencias centrales entre subsectores generan dinámicas que responden a estructuras de incentivos diferentes. Por ello, y a fin de analizar el comportamiento de los actores del sector público se encuestaron a funcionarios de hospitales públicos utilizando un cuestionario que relevó indicadores orientados a evaluar la composición del financiamiento, el grado de descentralización en la toma de decisiones, y el mecanismo de incentivos para los recursos humanos.

De acuerdo a la información relevada, el presupuesto de los hospitales de Tucumán tiene al Estado Provincial como principal financiador, con aportes promedio del 92% del total de sus recursos. El 8% restante se compone de ingresos provenientes del Plan Nacer, el Profe y el recupero de costos por la prestación de servicios a beneficiarios de la seguridad social.

A partir de esta concentración en el financiamiento, el interrogante que surge se vincula con el grado de descentralización existente en la

toma de decisiones. En primer lugar, se indagó sobre la definición del presupuesto institucional. El mismo es planteado en la totalidad de los casos por el Ministerio de Salud de la Provincia, lo que fue reafirmado por las autoridades sanitarias entrevistadas.

La asignación del gasto en salud esta basado en presupuestos históricos, que en general responden a la cantidad de recursos humanos que cada institución tiene en la oferta prestacional existente (número de camas, horas de atención, etc.) y en los gastos de funcionamiento relacionado al tamaño de la estructura (Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán, 2007). Esta asignación de recursos es tradicionalmente inequitativa, en la medida que responde a la oferta y no a las necesidades de salud de la población.

En segundo lugar y avanzando en tal dirección, se evaluaron otros indicadores asociados a la descentralización como la toma de decisiones en la subcontratación de servicios asistenciales, en la gestión de compras, la contratación de personal y la administración de los fondos provenientes del recupero de costos a la seguridad social.

Las respuestas obtenidas sugieren en el primer caso algún grado de descentralización hospitalaria, donde las subcontrataciones son efectuadas desde el nivel ministerial como desde el hospital. Sin embargo, las compras presentan una situación más centralizada. Todos los encuestados mencionaron tener autonomía para realizar compras por montos menores, en tanto las compras de mayor escala siguen dependiendo dependen del Ministerio.

La contratación de personal, por su parte, sigue dependiendo de la autoridad ministerial, aunque existía, al momento de realizar este estudio, una incipiente descentralización. En este marco, los recursos humanos de un hospital pueden pertenecer a planta permanente o estar vinculados a través de un contrato de locación de servicios. En el primero de los casos, la contratación y designación de personal puede proponerla el efector, pero es el SIPROSA quien define el nombramiento y abona los haberes. En el segundo de los casos, la contratación la puede realizar el Hospital

y los recursos provienen de su presupuesto, principalmente del recupero de costos hospitalarios. En promedio, un 90% del personal hospitalario es de planta (donde tienen una injerencia limitada), y un 10% es contratado (donde cuentan con mayor autonomía).

En este marco, las autoridades sanitarias reconocen que en el mediano plazo deberán destinarse esfuerzos para generar incentivos mediante la participación en la toma de decisiones, a fin de lograr mayor eficiencia en la administración de los recursos.

Asimismo, se indagó sobre el mecanismo de pago e incentivos que reciben los recursos humanos de los hospitales públicos. La experiencia revela que el mecanismo de pago a los efectores genera poderosos incentivos que pueden afectar el modo en que los mismos brindan servicios de salud. En Tucumán, los trabajadores del equipo de salud reciben su remuneración en forma de salario, independiente de su producción, tanto personal como institucional. De acuerdo a lo expresado por autoridades encuestadas, este sistema reconoce la debilidad de generar pobres incentivos a la eficiencia, con tendencia a la subprestación, poca atención a la satisfacción del usuario y a la estructura de costos.

Previo al año 2003, los hospitales públicos cobraban un copago de un peso por paciente, llamado Bono Ayuda Comunitaria (BAC). El fondo proveniente de estos ingresos era utilizado discrecionalmente por los Hospitales para contratar personal fuera de planta. Una de las primeras medidas adoptadas por la nueva gestión consistió en eliminar el copago y limitar la contratación de los Hospitales.

Alternativamente, se habilitó a los hospitales, áreas programáticas y operativas, a proponer contratación de personal, aunque fuera finalmente aprobada por el Ministerio de Salud. A la fecha en que se realizó el trabajo de campo de este estudio, se suplantaron los contratos por la terciarización de servicios. Esta última modalidad representa un mayor riesgo para los recursos humanos, aunque brinda al hospital mayores posibilidades para incorporar personal más allá de la planta permanente.

Por último, y con la intención de controlar el subsidio cruzado originado por la atención a pacientes con cobertura, los efectores públicos desarrollaron mecanismos de recupero de costos. En el caso de Tucumán, tal modalidad es gestionada y cobrada por el hospital, aunque los recursos los centraliza el Ministerio de Salud. A pesar que el hospital puede solicitar el uso de tales fondos, aún existe una limitada autonomía para decidir el destino de los mismos. Finalmente y en la misma dirección, de las entrevistas de campo surge que sólo el Ministerio de Salud se encuentra facultado para realizar convenios con la seguridad social u otros financiadores. En enero de 2006 se efectivizó un convenio entre el SIPROSA y el PAMI, en el que el primero se compromete a brindar cobertura al afiliado PAMI en las áreas del interior de la provincia donde no existen prestadores privados. De acuerdo a las versiones recibidas, ello permitió explicitar una práctica usual que no se traducía en recursos para el prestador público.

8- Conclusiones

El presente capítulo plantea el estudio de la estructura del sistema de salud de la provincia de Tucumán, los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan, y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo. Con este objetivo se indagó sobre las características de la estructura del mercado privado de salud de la provincia (numero de competidores y concentración de la oferta); el grado de competencia y diferenciación de producto entre los proveedores, y sus estrategias para captar a sus principales (financiadores y pacientes); las características de los contratos y los mecanismos de pago, el peso relativo de los actores en las negociaciones para establecerlos y finalmente los modos de transferencia y absorción de riesgo entre aseguradores y prestadores. Respecto del sector público, los interrogantes se plantearon en torno al nivel de descentralización en la toma de decisiones y la capacidad del sector ante los incentivos monetarios desplegados por los fondos de aseguramiento social.

Los resultados presentan a Tucumán como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia, dispersando el concepto de competencia al interior de la jurisdicción.

En este contexto, caracterizado por un modelo segmentado y un alto número de competidores concentrados geográficamente, el acceso a contratos constituye el primer mecanismo para definir la competencia. A su vez, al interior de los contratos, el precio constituye uno de los principales modos de competencia, aunque existen incentivos a la selección de prestadores por mecanismos de diferenciación, a través de indicadores de calidad percibida o de calidad real tanto de pacientes como de financiadores.

Los resultados muestran que, de acuerdo a la opinión de los mismos prestadores, los pacientes seleccionan su sanatorio a partir de indicadores de calidad y confort, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten gran valoración. Para el grupo de financiadores, en cambio, se señalaron argumentos vinculados con la “función de producción” de servicios de salud (tecnología, eficiencia administrativa, etc.), acordes a un contexto marcado por la competencia entre prestadores para acceder a contratos con instituciones aseguradoras.

Caracterizada la estructura de mercado percibida por los prestadores del sistema de salud tucumano, se avanzó en la distribución del financiamiento, los contratos y los mecanismos de pago, para identificar el poder de mercado y capacidad negociadora de cada actor participante.

La información recogida muestra que la obra social provincial, luego el conjunto de las obras sociales nacionales y el PAMI, son los principales financiadores del sector prestacional privado. Asimismo, el caso tucumano evidencia mayor diversificación en el financiamiento de los establecimientos ubicados en la capital provincial que aquellos del interior de la provincia. Desde la perspectiva del prestador, los primeros cuentan con una mayor distribución del riesgo y por tanto mayores posibilidades de negociación.

Se identificó al interior de las instituciones aseguradoras, significativas diferencias en el peso relativo de financiamiento por establecimiento, asociado con el mecanismo de priorización de las instituciones aseguradoras y el peso relativo de los actores en la negociación de contratos.

Asimismo, los principales financiadores muestran diferencias en sus estrategias y mecanismos de contratación. Cerca de la totalidad de establecimientos cuentan con financiamiento del Subsidio Salud, donde las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante como representantes e intermediarios en la negociación de contratos colectivos. En este contexto la ACYST, que reúne al mayor número de establecimientos de Tucumán, evidencia su liderazgo en las negociaciones, con un mayor porcentaje relativo de financiamiento.

PAMI mantiene contrato con algunos establecimientos, donde las asociaciones intermedias no parecieran definir el espacio de negociación. En el marco de cambio de modelo prestacional iniciado en 2006, la institución se concentró en establecimientos de capacidad mediana y pequeña, diferenciando su estrategia de aquella más diversificada de la obra social provincial. De esta manera se plantea un relativamente alto poder de negociación del PAMI, fijando contratos directamente con los establecimientos, y eliminando la participación de asociaciones intermedias en el proceso. En el caso del Subsidio de Salud, ese poder relativo es comparable con el de la ACYST.

Al indagar sobre los mecanismos de contratación y de pago, nuevamente se registran diferencias entre los principales aseguradores. Mientras PAMI opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado; la el Subsidio Salud acude por contratos intermediados y cuyo modo de pago difiere dependiendo del tipo de establecimiento. La heterogeneidad en los criterios de retribución al interior del Subsidio Salud sugiere una asociación entre poder de mercado y riesgo compartido para la oferta privada en Tucumán.

El sector público, por su parte, presenta una estructura y una dinámica de funcionamiento particular, donde los actores responden a incentivos diferentes. En este caso se evaluó la descentralización en la toma de decisiones y la capacidad de autogestión hospitalaria y los resultados evidencian importantes desafíos pendientes al respecto, en la medida que la definición del presupuesto, las compras, la subcontratación de bienes y servicios y la contratación de personal de planta permanente de los Hospitales se encuentra mayoritariamente centralizada en el Ministerio provincial.

En este marco, las autoridades sanitarias reconocen que en el mediano plazo deberán destinarse esfuerzos para generar incentivos mediante la participación en la toma de decisiones, a fin de lograr mayor eficiencia en la administración de los recursos.

CAPITULO 6:

Discusión y Conclusiones

Los mecanismos de contratación y pago en salud refieren al modo en que el dinero es asignado desde una fuente de aseguramiento, privado o social, a fin de articular necesidades de la población con atención oportuna, mediante prestadores individuales (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) o institucionales (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, etc.). La configuración utilizada para la instrumentación de cada mecanismo de pago promueve un conjunto de incentivos con impacto en la cantidad y calidad de la utilización de los servicios médicos, la transferencia de riesgo entre actores y la eficiencia en la utilización de los recursos. Naturalmente, y en la medida que los objetivos perseguidos por los diferentes participantes del sector no son coincidentes, se generan espacios de negociación, dando como resultante la distribución de recursos en el área.

Es por ello que el diseño y posterior implementación de los contratos de salud se encontrará en función del poder de negociación de las partes. El contexto descentralizado en el financiamiento y atomizado en la prestación permite encontrar diferentes realidades provinciales, donde la

interacción entre fondos locales y financiadores nacionales por una parte, y prestadores agrupados en instituciones intermedias, por el otro, provee una variada estructura de incentivos y resultados en salud.

El presente trabajo procura abordar desde esta mirada la situación de tres provincias argentinas: Córdoba, Salta y Tucumán, observando el grado de concentración de las instituciones, el tamaño de población que cubren, y las estrategias de diferenciación de los productos que ofrecen. El análisis incorporó dos etapas metodológicas. La primera, de carácter cualitativo, consistió en un mapeo de actores con el objetivo de comprender la dinámica del sector salud en sus ámbitos público y privado de cada provincia. Para ello, se identificaron los principales referentes de cada sector: financiadores del sistema y asociaciones intermedias de profesionales y establecimientos. Esta tarea se acompañó de un estudio de la estructura actual y los cambios en los marcos normativos y legales. La segunda etapa metodológica consistió en la selección de departamentos que conformaron la muestra para la aplicación de las encuestas a prestadores públicos y privados. Dentro de cada departamento, a su vez, se definió una muestra de los establecimientos a encuestar.

El marco teórico que guió las hipótesis de investigación que dieron origen a los resultados del estudio, se apoyó en la teoría de interacción estratégica entre financiadores y prestadores, por un lado, y de mecanismos de pago e incentivos, por el otro.

Definiendo una relación entre financiadores (eje horizontal) y prestadores (eje vertical) el siguiente cuadro muestra un análisis simplificado de esta relación. En un extremo, la presencia de un único financiador y un sólo oferente ejemplifica una situación de monopolio bilateral. En la medida que se avanza en alguno de los ejes, se contemplan diferentes alternativas de estructura de mercado y tipo de mecanismo de pago esperado. El cuadro contempla el grado de concentración bajo cuatro escenarios extremos y dos tipos frecuentes de contratos, capitación (absorbe el riesgo el prestador) y pago por prestación (absorbe el riesgo el pagador).

Así, en un caso de demanda concentrada (aseguradora que cubra a la mayor parte de la población de una región), y oferta atomizada (elevado número de prestadores con similares porcentajes de población cubierta), el poder relativo de negociación del primero aumentará considerablemente la posibilidad de encontrar un contrato que favorezca la transferencia de riesgo, mediante un pago capitado. Por su parte, una demanda atomizada (un número amplio de fondos de aseguramiento) con una oferta concentrada (escasos prestadores, debido a aislamiento geográfico o a especificidad en los servicios ofrecidos), inclinará el poder de negociación hacia éstos últimos, traducándose en contratos que probablemente transfieran el riesgo a los financiadores. Los casos intermedios –de monopolio bilateral y de amplia competencia de fondos y prestadores– llevan a analizar diferentes escenarios de comportamiento estratégico. De todos modos, las estrategias de agrupamiento, a través de contratación conjunta de “pooles” de financiadores, o del accionar de asociaciones de instituciones desde la oferta, afecta el resultado del proceso.

		Demanda: <i>Financiadores</i>	
		Baja Concentración	Alta Concentración
Oferta: <i>Prestadores</i>	Baja Concentración	<i>Mixto</i>	<i>Pago capitado</i>
	Alta Concentración	<i>Pago por prestación</i>	<i>Mixto</i>

Asimismo, se espera que la concentración de prestadores y financiadores se encuentre en función de la escala poblacional y los ingresos, siendo

mayor en zonas más populosas y/o con mayores recursos, y menor en zonas de menor población y/o mayor pobreza.

Sin embargo, este planteo debe registrar algunas cuestiones que pueden distorsionar los escenarios expuestos, debido a dos argumentos principales (i) las prácticas de diferenciación de producto entre prestadores y (ii) la estrategia de negociación conjunta de oferentes.

En el primer caso, la diferenciación de producto establece que por motivos de percepción de calidad real o percibida, tanto de financiadores como de pacientes, un prestador puede identificar nichos dentro del sistema que modifiquen su situación de competencia, convirtiéndose en un monopolista, incluso en escenarios de gran número de prestadores. De esta manera, y como fuera mencionado, el mecanismo de pago estaría no solamente en función de características poblacionales (escala e ingreso), sino también sujeto a mecanismos de diferenciación (tecnología, hotelería, etc).

La alta concentración de los financiadores, por su parte, promueve incentivos a las instituciones prestadoras a organizarse, generando asociaciones intermedias o cámaras empresariales. En la medida en que las asociaciones de clínicas y sanatorios se constituyen en el mecanismo utilizado para negociar contratos, a pesar de contar con un escenario de baja concentración de prestadores, el mismo podría acercarse a uno de monopolio bilateral.

El trabajo entonces analiza las estrategias de financiadores y prestadores como respuesta a ciertos determinantes o condiciones socioeconómicas y sanitarias, a la estructura de la oferta de servicios y al esquema de aseguramiento social y privado. De allí se desprenden los resultados de la interacción entre agentes y grupos, mediante parámetros de competencia y diferenciación de producto (percepción de calidad) entre prestadores, y su grado de participación en instituciones intermedias. Estos aspectos, complementados con indicadores de dependencia financiera de los oferentes con respecto a los fondos de aseguramiento, definen la

capacidad de negociación de las partes, y los mecanismos de absorción o transferencia de riesgos dentro de la cadena vertical de prestación de servicios. En todo caso, la estrategia de los oferentes dependerá de los niveles de alineamiento entre sus principales (pacientes y aseguradores, desde la mirada de la teoría de la agencia), en el caso que los prestadores sean privados, y en la capacidad de toma de decisiones a nivel hospitalario (autogestión) para las instituciones públicas.

El segundo pilar teórico se vincula con la definición de estructura de contratos. La investigación focaliza el análisis de tres provincias con realidades distintas en términos de escala poblacional, nivel teórico de descentralización del sector público y desarrollo del sector privado de la salud. A su vez, dentro de cada provincia se seleccionaron departamentos a partir de indicadores de escala poblacional, NBI (próximo a riqueza) y estructura prestacional pública y privada.

Sin embargo, la selección de estos departamentos no necesariamente es estadísticamente representativa de la situación provincial. Las distintas realidades al interior de cada provincia explícitamente incorporadas al estudio, permiten capturar el concepto –probado en la comparación entre localidades seleccionadas- que a mayor escala poblacional y/o nivel de ingreso, mayor concentración y posibilidades de diferenciación de servicios de financiadores y proveedores, y viceversa. De todos modos, el estudio cuenta con la limitación que el peso de cada una de ellas no está ponderado, no existiendo necesariamente representatividad estadística expandible a nivel provincial.

Asimismo, los diferentes mecanismos de contratación, pago y transferencia de riesgos, tienen como resultante un menú de prestaciones que pueden evaluarse no sólo en términos de cantidad sino de calidad. Esto último no fue contemplado, en la medida que el objeto de estudio se centra en analizar procesos y no en valorar el desempeño de los actores involucrados. Esto sería posible en la medida que se incorpore la perspectiva complementaria del usuario, sólo indirectamente incluida en el abordaje de este estudio.

Los resultados del estudio muestran que de las tres provincias seleccionadas, Córdoba se encuentra al momento de realizar este estudio sensiblemente mejor posicionada en términos de indicadores sociosanitarios y de servicios de salud (tasa de mortalidad infantil, índice de desarrollo humano). En esta provincia, existe asimismo una mayor dotación de recursos humanos en el área, medido en términos de médicos per cápita, aunque existen similitudes en el indicador de camas oficiales cada 10.000 habitantes. Asimismo, Córdoba es la provincia que presenta el mayor nivel de gasto provincial en salud, seguida de Salta y Tucumán. Sin embargo, el gasto de esta última es el que ha crecido a mayor tasa en los últimos años.

En cuanto a la estructura del mercado, al igual que a nivel nacional, los dos grandes financiadores son el PAMI y las Obras Sociales Provinciales. Aún así, presentan matices respecto a la capacidad de cada uno de ellos de imponer condiciones de contratación que los favorezcan.

Particularmente en Tucumán la información expuesta evidencia un alto poder de negociación del PAMI quien, al igual que en las otras dos provincias, define los contratos directamente con los establecimientos, eliminando la participación de asociaciones intermedias en el proceso. De esta forma, se pudo registrar que algunas clínicas y sanatorios dejaron de formar parte de la red de PAMI, desplazando el financiamiento que tenían por esa vía hacia la Obra Social Provincial.

En Córdoba, PAMI tiene menor presencia relativa en el mercado que APROSS. Cuando se analiza la relación entre el porcentaje en el financiamiento de la institución y el número de camas, para el caso de PAMI presenta una tendencia negativa, lo que sugiere que PAMI privilegia los contratos que le proveen la mayor capacidad de negociación, con escala estructural y prestacional relativamente más reducida.

Por su parte, en Salta, los datos relevados demuestran que PAMI cuenta con menor peso relativo que el resto de los financiadores en comparación con las otras provincias, con un rol más preponderante por parte de las obras sociales nacionales.

En este sentido, la presencia de las Obras Sociales Nacionales, si bien es significativa en las tres jurisdicciones, su incidencia resulta más importante en Córdoba y Salta. A pesar de ello, la brecha en concentración al interior de este grupo es marcada entre las dos provincias. En tanto en Salta el setenta por ciento de la cobertura de seguridad social nacional se alcanza con cinco instituciones, ese porcentaje asciende a más de veinte en Córdoba.

La evidencia muestra que el PAMI ha logrado imponer su nuevo modelo de contratación en las tres provincias. El mismo consistente en la contratación directa con las Unidades de Gestión Locales y los prestadores de servicios mediante pagos capitados que incluyen una serie de estímulos diseñados para contrarrestar la subprestación esperada bajo dicha modalidad de pago. Sin embargo, la exclusión de las contrataciones a través de asociaciones de prestadores limitó la vinculación de este organismo con los efectores provinciales de mayor escala, principalmente en Tucumán y Salta.

El mecanismo de pago generalmente es función de la capacidad de negociación de los actores y en este sentido, el PAMI realiza pago capitados. En Salta, los datos sugieren que PAMI es la institución con mayor capacidad para transferir el riesgo aguas abajo, con un 86% de los establecimientos con quien mantienen contratos con una modalidad capitada y cerca del 7% de monto fijo.

De las encuestas surge claramente que en los distritos de mayor tamaño de cada jurisdicción, la percepción de competencia por parte de los prestadores es similar (en promedio los prestadores consideran que tienen 5 competidores). Mientras que en los distritos más pequeños, se percibe una situación monopólica/oligopólica por parte de los mismos.

Tucumán es la única provincia en la cual los precios se ubican entre los principales motivos de competencia por parte de los prestadores. Las características contractuales son consideradas de importancia para mejorar la competitividad en Tucumán y Córdoba. El resto de las características

que definen las estrategias de los prestadores son la infraestructura, la reputación y la hotelería.

Como en Salta y Córdoba la competencia es primordialmente “no precio” y “no espacial”, se avala la hipótesis de diferenciación de producto, puesto que la interacción estratégica entre jugadores se da modificando características propias del producto que ofrecen. En otras palabras, los competidores tratan de converger a la solución monopólica en pequeños nichos que crean para los servicios ofrecidos a través de la modificación de las características del producto, en vez de alterando su precio o captando demanda cautiva a través de la ubicación en los centros de aglomeración geográfica. Estas características evidencian que los mercados de la salud en estas provincias son de competencia monopolística, esto es, existe una gran cantidad de competidores a medida que aumenta el tamaño del mercado, pero cada uno busca ganar market share a través de la diferenciación del producto.

Por otra parte, se evidencian diferencias entre las estrategias utilizadas para atraer a los dos “principales” (pacientes y financiadores). En el caso de los pacientes, están asociadas con mecanismo de calidad percibida, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten gran valoración. Ello se atribuye a que los pacientes descansan en el “tercer pagador”, quien es el que establece de antemano (directamente o mediante intermediarios) los montos a abonar; como también a que la distancia geográfica no representa una barrera de acceso determinante de la demanda. Para el grupo de financiadores se priorizan estrategias orientadas a cuestiones relacionadas a la función de producción, como la tecnología. Mientras que en aquellos contextos marcados por la alta competencia entre prestadores para alcanzar contratos con las instituciones aseguradoras, los precios cumplen un rol fundamental.

Otra de las hipótesis de trabajo verificada es que los prestadores, tanto de Córdoba, Tucumán y Salta, mantienen una posición favorable para la redistribución de riesgos, puesto que pueden diversificar su financiamiento entre distintos financiadores, aprovechando un conjunto de contratos

diferenciados entre sí. Esa posibilidad se ve reducida en los distritos más pequeños, donde la tasa de dependencia de prestadores con respecto a fondos de aseguramiento es mayor.

No se verifican diferencias significativas en lo que respecta a mecanismos de negociación y pago entre los establecimientos agrupados entre sí, y entre éstos y los no agrupados. Esto es, en general, los establecimientos no imponen cláusulas, en tanto las estrategias observadas de pago y negociación cambian según el financiador.

Finalmente, el trabajo deja en evidencia la necesidad de profundizar el proceso de descentralización de la toma de decisiones en los hospitales en las tres jurisdicciones. Ello es así no sólo en Tucumán, de gestión concentrada, sino también en Córdoba, donde el nivel de desconcentración del gasto municipal es relativamente amplio para el contexto nacional, y de Salta, con experiencias diversas e innovadoras en administración privada y mixta de instituciones de propiedad provincial.

A diferencia de la estructura privada de oferta prestacional, donde en las tres provincias se verifican acuerdos entre clínicas de mayor o menor nivel de efectividad para la negociación conjunta, pocas iniciativas en esta dirección se observan entre los mecanismos de aseguramiento. Así, PAMI y la Obra Social Provincial, si bien se presentan como grandes financiadores de los sistemas provinciales en las tres jurisdicciones, no cuentan con estrategias comunes definidas y acordadas en términos de contratación, definición de estándares de calidad, etc.

Asimismo, no existen acuerdos sistemáticos entre las autoridades del Ministerio de Salud y las de las Obras Sociales Provinciales, a pesar que ambas son de naturaleza pública y cuentan con fondos de financiamiento originados y distribuidos por las mismas instituciones. Más aún, en ocasiones la falta de coordinación impide la liquidación de prestaciones, motivando subsidios cruzados no deseados entre ellas.

De este modo, y a pesar que el sistema financiador, desde la perspectiva del número de actores con capacidad de decisión en la definición de contratos y mecanismos de pago, es relativamente concentrado en el ámbito público (Ministerio de Salud, Obra Social Provincial y PAMI), su accionar conjunto no es verificable, obstaculizando la convergencia hacia seguros de salud provinciales.

Los resultados de los estudios realizados muestran que, por un lado, los ministerios de salud provinciales, que prestan servicios a través de instituciones públicas y tiene una lógica de funcionamiento propia, presentan una descentralización más formal que real. De los dos financiadores públicos restantes, uno está centralizado (PAMI) y tiene una política nacional que lo torna menos flexible para contemplar las particularidades de las estructuras de los mercados provinciales. Mientras tanto, la Obra Social local se presenta como un actor claramente idiosincrásico de la provincia, siendo más permeable a las demandas locales.

Esto no significa que PAMI, al igual que las obras sociales nacionales y prepagas, tengan una estrategia absolutamente independiente del mercado local, sino que su naturaleza plantea barreras a la negociación. La Obra Social Provincial se encontraría en el extremo opuesto. En este contexto, se observa que a pesar de la alta concentración de financiadores, la diferencia entre ellos limita los objetivos de la producción, atentando contra la construcción de seguros provinciales de salud.

En la medida en que PAMI logre interpretar las necesidades locales y coordine con la estructura de la obra social provincial y del ministerio de salud provincial, se podría converger a modelos más homogéneos que los actuales en términos de atención y de mecanismos de pago, generando incentivos a una mayor eficiencia en la asignación de recursos y una mayor equidad en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez B., Pellisé, L. y Lobo, F. *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington. Vol.8 n.1-2. July/Aug, 2000.
- Arce, Hugo, *El territorio de las decisiones sanitarias*. Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993.
- Arrow, K. *Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, Vol. 53, Nº 5 pp. 941 – 973, 1963.
- Bidart Campos, Germán J., *Manual de la Constitución Reformada*, T II, 1ª reimpresión, S.A. Editora, Buenos Aires, 1998.
- Buglioli M., Gianneo O., *Gustavo M. Modalidades de pago de la atención médica*. Revista Médica del Uruguay, 2002.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Working Paper presentado en el taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, Toronto, Canada, 17 de junio 2002.
- Chawla, M. et. al. *Paying the Physician: Review of Different Methods*. Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health. Boston, 1997.
- Chernichovsky, D; Bolotin, A. y De Leeuw, D. *A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing*. The European Journal of Health Economics, Vol. 4, Nº 3. pp. 158 – 175, 2003.
- Conrad, D.A., Maynard, C, Cheadle, A, et al. *Primary Care Physician Compensation Methods in Medical Groups*. Journal of the American Medical Association 279(11):853-8.
- Deci E., y Ryan R. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*.: Plenun Pr. New York, 1985.
- Fairbrother, G. et al. *The Impact of Physician Bonuses, Enhanced Fees, and Feedback on Childhood Immunization Coverage Rates*. American Journal of Public Health, 1998.
- Gauri, V. *Are Incentives Everything? Payment Mechanisms for Health Care Providers in Developing Countries*. Development Research Group. The World Bank. The World Bank Policy Research Working Paper No. 2624 2001.
- Gaynor, M., Rebitzer J. y Taylor L. *Physician Incentives in Health Maintenance*

Organizations. The Journal of Political Economy. 2004.

Gherzi, Carlos Alberto. *Contratos civiles y comerciales*, Ed. Astrea, Buenos Aires, 1990.

Hall, P. y Taylor, R. *Political Science and the Three New Institutionalisms*. Journal of Political Studies, XLIV, 936-957. 1996.

Holmstrom, B. y Milgrom P. *Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design*. Journal of Law, Economics and Organization 7:24-52.

Kralewski, J. Rich, E.C., Feldman, et al. *The Effects of Medical Group Practice and Physician Methods on the Costs of Care*. Health Services Research 35(3):591-614.

Langenbrunner, J. y Xingzhu L. *How to Pay? Understanding and Using Incentives*. The World Bank, 2004.

Llaya, Jorge. *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino*. Ministerios de Salud Provinciales: *El Caso de Salta*. Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, WP Nº4, Buenos Aires, Argentina, Agosto 2007.

Maceira, D. *Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud: La Experiencia Argentina*. CIPPEC, Buenos Aires, Enero 2008.

Maceira, D. *Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. en Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina, 2006.

Maceira, D. *Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las obras sociales provinciales en contexto*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, 2003.

Maceira, D. *Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries*. Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.

Maceira, D. y Poblete, C. *Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: Experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999*. Desarrollo Económico, vol.43, Nº171 octubre-diciembre 2003.

Milgrom, P. y Roberts, J. *Economics, Organization and Management* Englewood Cliffs, EUA. Prentice-Hall, 1992.

Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de Establecimientos de Salud*. Trabajo publicado en: www.deis.gov.ar, Buenos Aires, Argentina, 2000.

Ministerio de Salud de la Nación y OPS.

Indicadores Básicos Tucumán 2006. Trabajo publicado en: <http://www.msptucuman.gov.ar/informes.html>. Tucumán, Argentina, Abril 2007.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán, OPS y CIPPEC. *Diagnóstico de Situación: Sistema Provincial de Salud, Tucumán*. Tucumán, Argentina, Septiembre 2003.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. *Memoria Anual 2006*. Tucumán, Argentina, 2007.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. *Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016. Salud al Bicentenario*. Tucumán, Argentina, 2007.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. *Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007*. Tucumán, Argentina, Febrero 2004.

Mosset Iturraspe, Jorge y Lorenzetti, Ricardo L. *Contratos médicos.*, Ed. La Rocca, Buenos Aires, 1991.

Petersen, L. et al. *Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?* Annals of Internal Medicine. Agosto, 2006.

Prats J. y Zeckhauser R. *Principals and Agents*. Harvard Bussines School Press, Boston, 1992.

Prendergast, C. *The Provision of Incentives in Firms*. Journal of Economic Literature Nº 37 pp.7-63, 1999.

Robinson, J. *Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives*. The Milbank Quarterly, Vol. 79, Nº 2. pp. 149 – 177, 2001.

Scott A. *Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non pecuniary job characteristics*. Journal of Health Economics, 20:329 - 47. 2001

Shen Y. *Selection incentives in a performance-based contracting system*. Health Services Research, Vol. 38, No. 2. (April 2003), pp. 535-552.

Williamson, Oliver E.. *The Economic Institutions of Capitalism*, Yale University, The Free Press. London, 1987.

Wouters A. *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery*. Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.

SIEMPRO *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001*.

Yedlin, P. *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Tucumán*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, WP Nº3, Buenos Aires, Argentina, Agosto 2007.

Se terminó de imprimir en
Diciembre de 2011
de Melenzane S. A.