

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Tesis: "Empresas de Medicina Prepaga: las claves de la sustentabilidad".

Autor: Gustavo A. García

Directora: Dra. CP Alicia Corinfeld.

Buenos Aires, diciembre de 2004

## **EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA: LAS CLAVES DE LA SUSTENTABILIDAD.**

### INDICE

Sumario Ejecutivo.	3
Objetivo General.	4
Hipótesis General	4
Metodología.	4
Introducción. La crisis de los sistemas de medicina prepaga.	5
PRIMERA PARTE: El contexto del desarrollo de los sistemas de salud. La construcción histórica de los sistemas de salud. Salud pública y salud individual.	8
Herramientas conceptuales: Dimensiones, actores y funciones del sistema de salud. Morfología.	16
El contexto de decisión.	26
Las Empresas de Medicina Prepaga.	34
Situación actual.	39
Los caminos de las reformas.	44
SEGUNDA PARTE: Microeconomía de la Salud.	46
Particularidades del mercado de servicios sanitarios.	48
La función de la demanda de los servicios de salud.	55
La función de la oferta de los servicios de salud.	60
Métodos de pago e incentivos en la práctica médica.	62
Conclusiones.	64
TERCERA PARTE: Las claves de la sustentabilidad.	66
El marco paradigmático.	68
El entorno: Macroescenario y microescenario.	72
Las fuerzas competitivas.	87
Conclusión.	99
El enfoque estratégico.	100
Las claves de la gestión.	105
Consideraciones Finales.	112
Bibliografía.	113

## SUMARIO EJECUTIVO

Las Empresas de Medicina Prepaga representan en Argentina a los seguros privados de salud.

Creadas en sus inicios como sustitutos de la práctica liberal de la medicina, como un modo de garantizar el trabajo médico, han ido evolucionando en el tiempo hacia sistemas de atención integrales, hasta llegar a convertirse en uno de los actores principales del sistema de salud del país, junto con la seguridad social y el sistema estatal.

En este periodo, que abarca desde 1930 hasta la actualidad han respondido sucesivamente a distintas circunstancias. Así, desde los años cincuenta a los noventa, se han ido consolidando como un sector suplementario a los otros dos, brindando principalmente cobertura a la población más pudiente, que exigía una accesibilidad a los servicios más modernos, que estos no estaban en condiciones de ofrecer.

Cuando la coyuntura económica de la economía argentina (parte de la década del setenta y la década del noventa) lo permitió, las empresas hicieron de la incorporación de tecnologías basadas en aparatología de última generación y la especialización la clave de sus ventajas comparativas.

Asimismo, durante los últimos diez años del siglo que pasó, fueron propuestas como el modelo a seguir en torno a los seguros de salud, con la intención de sustituir al sistema de seguridad social y, en consecuencia, la legislación las puso en un pie de igualdad con este.

Así fue como han pasado de ser agentes privados del sistema de salud a uno de los responsables de la salud pública.

La crisis político económica de finales de 2001 que sufrió el país, impactó negativamente en el sector, tanto por el encarecimiento de los costos, por contar con la tecnología importada entre muchos de sus factores de producción, como por el empobrecimiento de la población adherida al sistema, que ya no pudo abonar sus primas.

Preparadas para ejercer un rol de intermediación entre médicos y pacientes, aún no han acertado a encontrar un nuevo modelo de servicios que resulte sustentable y permita al sector formar parte del sistema que atienda la salud de los argentinos.

*Palabras clave: Salud, sistemas de salud, gestión de seguros privados de salud en Argentina.*

### Objetivo General:

El trabajo se propone indagar acerca de las condiciones de sustentabilidad de las llamadas genéricamente Empresas de Medicina Prepaga en la Argentina.

La propuesta es hallar las trazas que contribuyan al gobierno de estas entidades y posibiliten la construcción de escenarios que permitan su proyección.

Se tratará de poner en cuestión supuestos y paradigmas que sustentan la actividad y de verificar su validez, como así también descubrir los patrones del cambio que definirán el futuro.

Para ello, será necesario un análisis que contemple dos ejes: un eje diacrónico que observe el desarrollo histórico de las EMP y un eje sincrónico que explore la actual estructura y dinámica del sistema de salud en el que están insertas.

Se enfocará el problema con eje en la administración del sistema, para lo cual será necesario tener en cuenta el ángulo del mercado de los servicios de salud, o si se quiere, la perspectiva industrial del campo de la salud; como también el contexto más amplio del sistema de salud en su totalidad, para llegar a delinear los sistemas de gestión administrativa que respondan a los objetivos de sustentabilidad.

### Hipótesis General:

La crisis actual de los sistemas de medicina prepaga se fundamenta no sólo en los cambios extrasectoriales que afectan a la economía en su conjunto sino también, en una proporción al menos equivalente, en el propio modelo de funcionamiento del sector, cuyas raíces se encuentran en los supuestos que fundamentan estos sistemas.

### Metodología:

Dada la abundante bibliografía existente sobre el tema, surgida en especial desde inicios de la década del noventa, se utilizará la investigación bibliográfica – incluyendo recientes trabajos de campo- como base para la elaboración del estudio.

Se estudiará la estructura y dinámica actual del sector en el ámbito metropolitano (Ciudad de Bs. As. y conurbano bonaerense); no obstante, para establecer bases de comparación, se tomarán en cuenta el desarrollo histórico del mismo en el país como también experiencias similares en otras partes del mundo.

## INTRODUCCIÓN: La crisis de los sistemas de medicina prepaga.

El sector de las EMP sufre en la actualidad la crisis más aguda desde su surgimiento.

Esto se manifiesta por un creciente aumento en los costos de la atención de la salud acompañado por una importante pérdida en los ingresos del sector, motivada por la caída de los ingresos de la población cliente fruto de la profunda recesión que ha sufrido en los últimos años la economía argentina.

Si bien los efectos de la crisis parecen mostrarse en la actualidad de una forma más evidente, los indicadores señalan que de ninguna manera las razones de esta situación son actuales sino que vienen gestándose desde hace mucho tiempo, digamos que al menos desde hace unos veinte años.

Lo antedicho permite suponer entonces que los problemas por los que atraviesa el sector no son sólo coyunturales sino que se trata de cuestiones estructurales que hacen a su propia conformación y desarrollo.

La crisis financiera es tal vez el síntoma más evidente de los problemas pero no por ello el único y tal vez ni siquiera el más grave de todos. Tratándose de las EMP, puede afirmarse que las dificultades financieras afectaron antes a otras instituciones del campo de la salud, como al sistema de obras sociales y al propio sistema público.

La presente situación, por cierto, muestra las dificultades por las que atraviesa el modelo de financiamiento de la salud, construido a lo largo del tiempo. Aunque resulta tanto urgente como necesaria su revisión, circunscribir las reformas sólo a este campo, significaría sólo resolver las cuestiones sintomáticas del problema, postergando las soluciones sistémicas que la magnitud de la crisis requiere.

En efecto, la administración de los sistemas de atención de la salud es una disciplina de una alta complejidad sistémica<sup>1</sup>, para el manejo de la cual es necesario comprender cómo influyen y se relacionan los distintos aspectos culturales, históricos, sociales, políticos y económicos que configuran el sistema de salud de una población.

Sin alcanzar esta comprensión, ha de resultar difícil encontrar soluciones más o menos duraderas, en cambio, se plantearán, como ha venido sucediendo al menos en la última década, medidas y reformas parciales que sólo resolverán algunos síntomas –si son bienintencionadas y correctas- o que serán simplemente decisiones tomadas para la conveniencia de algún sector.

Pueden observarse en la actualidad diversos problemas que interpretamos como manifestaciones de la mencionada complejidad sistémica, interrelacionados tanto

---

<sup>1</sup>. "... hay dos tipos de complejidad, una de ellas es la complejidad de los detalles, donde hay muchas variables. El segundo tipo es la complejidad dinámica, situaciones donde la causa y el efecto son sutiles, y donde los efectos de la intervención a través del tiempo no son obvios. (...) Cuando la misma acción tiene efectos drásticamente distintos a corto y a largo plazo, hay complejidad dinámica. Cuando una acción tiene un conjunto de consecuencias locales y otro conjunto de consecuencias distintas en otra parte del sistema, hay complejidad dinámica". Senge, Peter. La Quinta Disciplina. Pag 95. Granica. México 1998

en el tiempo como en el espacio, a los que es preciso integrar. Podemos enumerar algunos de ellos, sin pretensión de agotarlos, ni de establecer a priori ningún orden jerárquico:

- Aumento de costos inelásticos a los ciclos económicos
- Cambios en las regulaciones del sistema (por ej. PMO, y PMOE)
- Aumento de exigencias y litigiosidad en los clientes
- Falta de leyes que regulen la entrada, competencia y salida del sistema
- "Judicialización" de los alcances de la cobertura
- Sobreoferta de servicios médicos
- Incorporación acrítica de tecnología
- Desintegración vertical en la producción de servicios de salud
- Desintegración horizontal entre los subsistemas financiadores
- Transición epidemiológica hacia una creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles
- Profundización de fallas de mecanismos de mercado (selección adversa, riesgo moral, selección de riesgo), etc.

Todos estos problemas afectan a los diferentes responsables del financiamiento, organización y provisión de los servicios de salud; pero no de un modo equivalente.

La complejidad y extensión de las dificultades a tratar hacen que en el presente trabajo se haya decidido analizar más específicamente los sistemas de medicina prepaga, entendidos estos como un objeto particular de estudio. Sin embargo será necesario explorar diversas circunstancias extra sectoriales que influyen en el comportamiento de estos.

Se profundizará en las condiciones de sustentabilidad del sistema, objetivo final del estudio. Se ha elegido responder a una serie de interrogantes, considerados, a priori, como fundamentales:

1. ¿Puede el sistema de supuestos que dio origen y sustento al desarrollo a la actividad de las EMP resolver los problemas que en la actualidad plantea la administración de un sistema de salud?
2. ¿A qué tipo de necesidades de la población responden las EMP?
3. ¿De qué manera las EMP intervienen en la problemática planteada entre salud individual y salud colectiva?
4. ¿Qué relación hay entre las EMP y la salud pública?
5. ¿Por qué alguien se asocia a una EMP? ¿Qué espera recibir?
6. ¿Cuáles son los límites de la satisfacción de los ciudadanos?
7. ¿Cómo puede financiarse esta satisfacción?
8. ¿Qué situaciones afectan en la actualidad a los sistemas de salud y de qué modo influyen en la actividad?
9. ¿Hay un mercado en la salud? ¿Cuáles son sus características?
10. ¿De qué modo influyen los principios de la economía de mercado en la salud?
11. ¿Cuáles son las claves de la competitividad en el mercado de la salud?
12. ¿Qué estructura tiene el mercado de la salud en Argentina?
13. ¿Quiénes son los beneficiarios principales del dinero que se gasta en salud?

14. ¿Cómo deben organizarse los servicios cumpliendo los objetivos de satisfacción y eficiencia?
15. ¿Cuáles son las claves para conseguir gobernar exitosamente una EMP?

Para lograr un nivel de intelección de la problemática que permita operar sobre las variables que gobiernan la actividad es necesario primero introducir aspectos contextuales que explican la lógica del sistema.

Se ha decidido comenzar por realizar un análisis de la situación realizando un recorrido tanto descriptivo como conceptual que va desde la construcción del concepto mismo de salud hasta el surgimiento, desarrollo y tendencias futuras de los sistemas de organización de servicios de salud.

Una segunda parte tratará sobre los mecanismos de economía de mercado que participan de la dinámica de los servicios de salud y en una tercera se buscará establecer los principios administrativos fundamentales sobre los cuales asentar la gestión de los sistemas conocidos como Empresas de Medicina Prepaga.

## PRIMERA PARTE: EL CONTEXTO DE DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

### **La construcción histórica de los sistemas de salud.** **Salud Pública y Salud Individual.**

Acometer la tarea de describir o parametrizar lo que se denomina "situación actual" obliga a tener en cuenta que esto se trata de una construcción, vale decir, el desarrollo de un modelo que permita explicar aquellos hechos que interesa destacar.

Por ello, dados los limitados alcances de la información con que corrientemente se cuenta y las propias limitaciones que impone el intelecto humano; sólo por extensión puede hablarse de descripción de "situación actual", cuando en realidad de lo que se dispone es de modelos, que siempre son simplificaciones por propia definición, que ofrecen la posibilidad de comprender y, en consecuencia, operar sobre la realidad.

Desde esta comprensión, se elaborará un análisis de situación desde el prisma del objetivo general del estudio, dejando de lado aquello que no resulta relevante para el mismo.

Puede asumirse que las EMP constituyen un modo particular de un sistema de salud tomando por tal a la "organización creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable" (Lemus, 2001).

Se discutirá esta idea, pero si por un momento se tomara por válida, queda por responder, de qué modo particular se asumen las EMP como pertenecientes al sistema de salud de la sociedad.

Para poder responder es necesario tener en cuenta, en primer lugar, qué se entiende por salud, y más precisamente, qué entienden por salud los clientes, prestadores, y otros agentes que configuran el sistema de EMP. Resulta evidente que la divergencia respecto de la respuesta es una fuente de conflictos entre los distintos actores del sistema.

El documento conceptual y operacional "Salud Pública en las Américas" (OPS – 1999) sintetiza la evolución del concepto salud y de su derivado salud pública: "El temor a la muerte o las amenazas a la vida se encuentran en el origen mismo de las sociedades. (...) En un mundo sin conocimientos científicos, las enfermedades eran explicadas como castigos de los dioses y espíritus, por pecados individuales o colectivos y la salud como una gracia o recompensa por comportamientos virtuosos. La prevención se logra con la virtud, y la cura con la magia. Esa etapa mágica y mítica creó muchas creencias y valores relativos a la salud que perduraron, con algunas variaciones por milenios, siglos y generaciones, y que todavía en la actualidad son relevantes y a veces fundamentales. Una de sus herencias más significativas es la aceptación de la dualidad y la unión alma



(mente) y cuerpo, de influencia profunda en las sociedades humanas; también es significativa la noción de la relación entre la salud del individuo y de la comunidad social a la que pertenece.

La introducción de la agricultura estableció nuevas bases materiales y de organización social que revolucionaron la salud colectiva; la provisión más segura de alimentos y mejor protección contra la intemperie tuvieron, sin duda, un impacto espectacular en el estado de salud comparado a la época pre-agrícola. En la medida que el conocimiento sobre la naturaleza aumentaba, se incrementaban también las posibilidades de explicación racionales y de las intervenciones sanitarias "científicas".

La salud y la enfermedad van adquiriendo explicaciones naturales y aumentan las posibilidades de intervención específica. La medicina se constituyó campo de conocimiento y profesión. La prevención adquiere mayor especificidad por la asociación de la enfermedad con la impureza o la "suciedad", surge la higiene como primera manifestación organizada de protección de la salud. La importancia del ambiente en la salud y la enfermedad es reconocida, dando origen a la teoría miasmática de la enfermedad, complementada por la interpretación humoral del funcionamiento corporal. La salud individual y colectiva se fortalecen con cierta asimilación de la belleza, el arte y el desarrollo físico.

En los dos mil años siguientes, la prevalencia de valores que sostenían la conformidad y limitaban la creatividad restringió el desarrollo de la salud. El Renacimiento y el Mercantilismo que revolucionaron a la creación en las artes y "globalizaron" el mundo, alteraron el orden social y crearon las semillas de una nueva revolución cultural y, consecuentemente, científica y productiva para la humanidad. La reposición o fortalecimiento de valores como la razón y la libertad, captados por el iluminismo, el positivismo y, posteriormente, el utilitarismo y el liberalismo, rompieron muchas de las ataduras a la creación humana y llevaron a un nuevo orden social. El conocimiento se expandió y las sociedades agrarias se urbanizaron con la industrialización. El impacto sobre la salud fue impresionante y múltiple. Los efectos adversos de la miseria en los tugurios urbanos o en las minas, creados en la etapa inicial de la industrialización, fueron largamente compensados por los avances políticos relacionados y los progresos en el conocimiento. En efecto, los extremos del nuevo régimen productivo en lo social, fueron alicientes para el surgimiento del socialismo real, de la democracia social y de los estados de bienestar, y por ende, de las modificaciones en el capitalismo y en el perfeccionamiento de la democracia representativa y del estado de derecho. Condujeron también a la comprensión de las relaciones entre la salud y las condiciones de vida. Por otro lado, la expansión de las fuerzas productivas alimentó una revolución científica que todavía está en progreso.

El advenimiento de la microbiología reforzó los postulados de la higiene, sustituyó la teoría de los miasmas, estableció una relación causal directa entre enfermedad y agente (etiología) y a la par de los avances de las ciencias físicas, abrió camino para el control específico de las enfermedades transmisibles y el desarrollo de la medicina. Una nueva era empezó para la medicina y la salud pública. La conjunción de valores, aunque sólo parcialmente recuperados, del humanismo y la solidaridad, con la expansión del conocimiento y la organización institucional de lo público, ha empujado a la salud y a la salud pública a un proceso de cambio aún más acelerado y a éxitos espectaculares. Al final del siglo XIX y a co-

mienzos del siglo XX, el control de enfermedades endémicas fue perseguido bajo el estímulo de los intereses comerciales y del afán de las élites por protección, implicando un gran esfuerzo de saneamiento ambiental y de control de vectores sanitarios. La medicina adquirió bases científicas más sólidas y efectivas y la atención médica se expandió rápidamente, en gran medida por la valorización del trabajo, el poder de reivindicación de los trabajadores y el crecimiento de los regímenes de seguro social. Esa expansión aproximó la atención médica a la salud pública como organización de esa atención, y sus costos y complejidad crecientes le dieron una creciente dimensión colectiva. Sin embargo, las contradicciones e inequidades persistieron y hasta fueron ampliadas en el proceso. El estado creó y fortaleció sus organizaciones de salud que recibieron no obstante, atención muy diferenciada entre países y a lo largo del tiempo. *El progreso científico proveyó más y mejores instrumentos de intervención que se concentraron en la atención individual (Resaltado propio)*. Organizaciones internacionales se dedicaron a la salud en forma creciente, incluyendo, más recientemente, las instituciones financieras mundiales y regionales. La comprensión de la salud fue cada vez más integral y amplia, desbordando las fronteras de la atención médica y, aún del llamado sector salud. Aunque las prácticas institucionalizadas no reflejen adecuadamente ese saber, especialmente en el mundo no desarrollado, las condiciones están presentes para comparar dichas prácticas y los conceptos que ellas expresan con las nuevas realidades.

Esta visión sumaria de la salud y de la salud pública en la historia destaca algunas conclusiones fundamentales:

- *El carácter social e históricamente construido de la salud y de la salud pública.*
- *La naturaleza acumulativa y de cambio en la continuidad del proceso histórico.*
- *El progreso en salud se hace por la conjunción de valores socialmente incorporados (prácticas sociales), de la expansión del conocimiento y sus aplicaciones, y de la construcción de la infraestructura institucional pública que promueva el sinergismo entre ellas.”*

Por lo expuesto, puede sostenerse que resulta en principio equívoco, el carácter del concepto de salud cuando trata de objetivárselo a efectos de transformarlo en un bien sujeto, como otros, a transacciones del mercado.

En la segunda parte de este trabajo se abordará con mayor precisión la relación entre salud y mercado; pero antes deben destacarse los condicionamientos que aparecen al enfrentar el desafío de alcanzar la salud para una sociedad. Estos se encuentran, en buena medida, fuera del propio sistema de salud, y se fundamentan en los contextos políticos, económicos y sociales donde aquél se inserta.

El fenómeno de la globalización ha impulsado en las últimas décadas del siglo pasado un desarrollo tecnológico sin precedentes, gracias al cual se tiene la posibilidad de enfrentar con éxito enfermedades antes incurables o difíciles de soportar, expandiendo las fronteras del bienestar; no obstante, paradójicamente, tal desarrollo no ha traído una mejora proporcional en la salud de las poblaciones, las que, en algunos casos, han empeorado sus indicadores de calidad de vida. El acceso o no a tales tecnologías ha aumentado la brecha en la calidad de salud

que reciben pobres y ricos, de distintos países y aún dentro un mismo país, dados los altos costos de los servicios producidos por estas tecnologías.

A su vez, la explosión de información y propaganda ha influido sobre los hábitos de consumo asimilando los productos y servicios de salud al comportamiento requerido por los mercados, transformando a pacientes en consumidores de servicios cada vez más exigentes. La expresión de estas crecientes expectativas se manifiesta en el deseo de la gente de disponer de todos los servicios para todas las personas.

Como contrapartida, el Estado ha ido debilitando su poder para equilibrar las exigencias de usuarios y proveedores con los recursos disponibles.

Estas circunstancias son el reflejo en el campo de la salud de cambios políticos y económicos generales, impulsados por las políticas neoliberales aplicadas especialmente en países "emergentes" durante la década siguiente a la caída del Muro de Berlín, con consecuencias directas en la distribución del ingreso, que se ha concentrado en las capas más ricas de la población, produciendo un retroceso en la equidad social.

Estos hechos, demuestran el grado de determinación social de los procesos de salud – enfermedad.

Para cumplir con su misión las EMP necesitan comprender las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y su relación con la práctica médica.

Laurell (1976) aporta interesantes observaciones a este análisis:

- "Por una parte, la insuficiencia del paradigma científico de la medicina como modelo explicativo de la salud–enfermedad colectiva y, por otra, la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población.
- La pertenencia a una clase social determinada explica mucho mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en una población.
- El fracaso de la suposición de que las condiciones de salud colectiva mejorarían como resultado automático del crecimiento económico.
- El mejoramiento de la atención médica hospitalaria no implicó un avance sustancial en la salud de los grupos atendidos por ella.
- La distribución de los servicios de salud entre los distintos grupos y clases sociales indica que esta no depende de consideraciones técnicas o científicas, sino principalmente de consideraciones económicas, políticas e ideológicas."

La complejidad del abordaje de los problemas de salud requiere de la participación de disciplinas como la economía de la salud, la epidemiología, la sociología médica y otras ciencias sociales tanto como de la medicina. Sin embargo, a pesar

de esta evidencia, es la ciencia médica la que aún hegemoniza la producción y la organización de los servicios de salud sustentada tanto en la producción del conocimiento y la aplicación de prácticas específicas como en su contenido ideológico.

¿Por qué razón esto es así?

Para analizar esta cuestión planteemos la siguiente hipótesis:

Puede expresarse el concepto de salud en dos niveles: un nivel público o colectivo y un nivel individual; la relación entre ambos es a la vez complementaria y divergente.

Teniendo en cuenta, de acuerdo con lo desarrollado hasta aquí, que la idea de salud involucra a un concepto complejo, definamos de forma amplia a la salud como: *la ausencia de enfermedad o de malestar, percibidos tanto por un sujeto como por los demás.*

Por lo expresado más arriba, está suficientemente demostrado que los grandes avances en la salud de las poblaciones se han debido a acciones públicas, principalmente vehiculizadas a través de decisiones políticas (ambientales, económicas, etc.) fundamentadas en el conocimiento aportado por las ciencias sociales.

Sin embargo, los individuos no atribuyen a estas circunstancias las razones de su propia salud, tal vez porque muchas de las acciones que tienen impacto en la salud no pertenecen al ámbito sanitario (el progreso económico, la educación, el acceso a los servicios públicos como gas natural, rutas, agua potable, etc.), o quizás, porque aún siendo medidas sanitarias, estas son percibidas como bienes públicos, en el sentido económico del término, es decir, bienes que el individuo no ha de demandar (al menos en forma directa) porque los asume como dados y de los cuales goza gran parte de la población, recibidos aún más allá de su propia demanda.

Paradójicamente, estos bienes adquieren mayor valor para los individuos cuando están ausentes y sobre todo cuando esta ausencia produce manifestaciones a nivel de la salud individual.

Para decirlo de un modo un tanto directo: la salud individual se apoya en la salud pública, y en este sentido ambas son complementarias. Sin duda, será difícil alcanzar cierto grado de salud individual en poblaciones de pobre salud pública.

Ahora bien, cómo se caracteriza la salud en el nivel individual: la simpleza de la definición utilizada es suficiente para esta caracterización. No obstante, podemos marcar algunas diferencias entre el nivel público de la salud y el individual.

Una de ellas, es la percepción de los síntomas de la falta de salud, más evidentes y próximos en el nivel individual y mediatos y lejanos en el nivel público.

Una segunda diferencia, es el sentido de "apremio" derivado de la percepción de enfermedad o malestar. En efecto, cuando el síntoma se manifiesta a nivel de los individuos se torna más apremiante enfrentarlo, urge hacer algo de manera inmediata, aquí y ahora.

Esto podría explicar el desproporcionado desarrollo (con la correspondiente inversión de recursos) entre las tecnologías que apuntan a acciones reparadoras (curativas y/o de rehabilitación) frente a aquellas que apuntan a acciones de promoción y prevención.

En esta instancia, cuando la salud apremia, el individuo carente de conocimientos suficientes busca quien resuelva su problema; históricamente, quien ha ocupado especialmente esa posición es el médico.

Por razones históricas y culturales que explican el desarrollo de la medicina como arte, pero también como símbolo de determinado estatus social para las personas que la ejercen, *la medicina actúa como el definidor social de los procesos de salud-enfermedad y monopoliza el arte de curar*. En consecuencia, *la salud se traduce como consumo de asistencia médica individual basada en la excelencia técnico-científica*.

He aquí el primer dilema que se plantea respecto de la misión de las EMP: ¿son sistemas organizados para alcanzar los mejores resultados de salud para su población o su objetivo se basa en procurar la excelencia en la asistencia médica para cada uno de los individuos?

A primera vista, ambos objetivos no parecen ser excluyentes, sin embargo, muchas acciones tomadas en un sentido se producen en detrimento del otro. La salud no es un bien público sino privado, en el punto en el que, cuando se compete por los medios para alcanzarla, particularmente por la atención médica, el consumo de un individuo implica una reducción del consumo de otro.

En efecto, las EMP manejan recursos que siempre son escasos; y el costo de las intervenciones médicas es igual a su costo de oportunidad, entendido en su sentido económico (aunque no sólo en estos términos debe plantearse), es decir, el costo de todas aquellas intervenciones que dejan de realizarse.

En este punto, se amplían las divergencias entre decisiones en las que prevalece el sentido clínico en el caso individual y aquellas en las que prevalece el enfoque público.

La política sanitaria, (entendida como expresión del máximo bienestar social posible, incluyendo su eficiencia) y la práctica clínica (cuya expresión busca la mayor utilidad para el individuo) tienen perspectivas distintas, enfrentamientos y complementariedades; derivando, muchas veces, de los mismos datos implicaciones diferentes.

Tomemos el siguiente ejemplo<sup>2</sup> : "Para muchas e importantes condiciones médicas de admisión hospitalaria (obstrucción crónica al flujo aéreo, neumonía, gastroenteritis, ...) no están claras las ventajas comparativas del ingreso hospitalario con relación a otras alternativas (a diferencia de lo que ocurre en numerosas intervenciones quirúrgicas de efectividad claramente constatada). No debe sorprender, por tanto, la relación entre la tasa de hospitalizaciones por esas condiciones y la oferta de camas. Y la capacidad influye tanto en los pacientes menos

---

<sup>2</sup> Meneu, R., Ortún, V., Peiró, S. Medicina Basada en la Evidencia: Posibilidades y Limitaciones. Atención Primaria de la Salud: Nuevas Dimensiones. Pag 161-2. Ediciones Isalud. N° 3. Buenos Aires 2001.

graves como en los más graves. Paciente a paciente no se detectan diferencias en inadecuación y en cambio, área a área se obtienen resultados iguales con costes muy distintos.

Paciente enfermo, una cama disponible y la creencia social de que más es mejor, tienen un resultado claro: ingreso.”

En este sentido, el dilema planteado, toma cuerpo cuando una EMP tiene que definir su misión y en cada una de las decisiones cotidianas que involucran a sus asociados.

Aquí podemos observar, que este dilema es artificialmente simple. Ambas posiciones planteadas como extremas, admiten importantes variaciones de grado; de acuerdo con qué tipo de intervenciones estén en juego, qué individuos, qué concepción de la salud se entienda, etc. No obstante, pensamos que el problema principal queda en pie, ya que consigue sostener el interrogante fundamental que debe hacerse toda EMP al momento de definir sus objetivos.

La pregunta que toda EMP debe hacerse en algún momento, sea en el mismo momento de su constitución, sea cuando se le presenta la encrucijada en la cual está en juego su sustentabilidad, es:

¿Qué tipo de salud estamos en condiciones de ofrecer?

Por supuesto que no existe empresa alguna que no haya respondido esta pregunta. Deliberadamente o no, toda empresa desarrolla una estrategia, si entendemos por ella, en sentido amplio, los modos en que cada ente decide enfrentar los desafíos de su entorno. Sin embargo, hay importantes diferencias en la evolución y en los resultados alcanzados entre entidades que tienen claros sus objetivos, su sistema de supuestos y valores y en base a ellos encaminan sus acciones, y entre aquellas que se mueven paroxísticamente abrumadas por el corto plazo, buscando las soluciones de moda, o *tupacamerizadas* por las luchas de intereses.

Volviendo a nuestro problema, la realidad nos ha colocado en posición de tener que responder qué tipo de salud hemos de brindar: Ginés González García nos alcanza una oportuna metáfora mitológica<sup>3</sup> :

“... si resolvemos llamarla Panacea, será docta en el manejo de las técnicas y en el uso de las drogas, insaciable en sus pretensiones económicas y cada vez más hábil en producir vida artificialmente, prolongar existencias vegetativas y resucitar muertos por pocas horas. Si optamos por Higea, será dulce mensajera del orden natural, partidaria del vivir en armonía para conservar la salud y ferviente defensora de los cambios sociales, culturales, económicos y políticos para mejorar la salud individual y colectivamente.”

En alguna posición entre ambos extremos se debe establecer la misión de la empresa. En esta posición debe resultar clara la relación que ha de adoptarse frente a proveedores, clientes, competidores y accionistas, dentro el marco regulatorio que el Estado establezca.

---

<sup>3</sup> González García, Ginés. Tobar, Federico. Más Salud por el mismo Dinero. Isalud. Buenos Aires. 1999.

Más allá de cualquier simplificación que pueda aportar un modelo, es cuestión fundamental definir cuánto la empresa dedicará a producir salud y cuánto dedicará a atender la enfermedad, cuánto peso tendrá lo individual frente a lo colectivo y viceversa.

Profundizaremos en estos conceptos en la tercera parte del trabajo, cuando hemos de tratar específicamente el tema de la administración de un sistema de salud.

## Herramientas Conceptuales

Ahora, es necesario comprender el contexto en el cual se ha de decidir, para ello resulta útil introducir distintas herramientas conceptuales:

En primer lugar distinguimos tres *dimensiones* para analizar el sector salud (Tobar, 1995) –en orden histórico y lógico de aparición-:

- El *Estado de Salud* de la población, que es una dimensión de la calidad de vida; que puede ser medida por indicadores como las tasas de mortalidad, morbilidad, esperanza de vida al nacer, u otros indicadores epidemiológicos.

Es conveniente destacar, por tratarse de una realidad muchas veces soslayada, que el estado de salud de las personas depende sólo en una pequeña medida del sistema de atención médica. Los autores coinciden en señalar cuatro factores principales<sup>4</sup>:

En primer lugar, aparece el factor **biológico o la herencia**, que determina en cada individuo su predisposición a enfermar. Este condicionante afecta a toda la especie humana.

El segundo factor condicionante es el **medio ambiente**, los factores ambientales condicionan la salud de amplias franjas de población, aunque con variaciones más o menos amplias dados los múltiples entornos que presenta la vida en sociedad.

El tercer factor son los **hábitos o estilos de vida**, muy relacionados con los anteriores, incluyen aspectos como el tipo de alimentación, consumo de tabaco o drogas, práctica de deportes u otras actividades saludables, etc. Si bien no puede establecerse con precisión en qué medida se tratan de problemas colectivos o individuales, parece evidente que existe un alto grado de responsabilidad individual en el estado de salud de una persona.

En último lugar aparece el sistema sanitario (médicos, hospitales, etc.) cuya presencia o carencia permite morigerar los efectos de los otros factores, por cierto en una pequeña medida. De allí que el dinero invertido en atención médica reporte menos beneficios que el invertido en investigaciones que permitan actuar sobre los condicionantes biológicos, acciones que mejoren el medio ambiente o aquellas destinadas a cambiar los hábitos perjudiciales o a promover estilos de vida saludables.

A pesar de esta evidencia, se considera que, a nivel mundial, alrededor del 85% del gasto en salud es producido por los sistemas de atención médica.

- El *Sistema de Salud*, que puede ser definido como una respuesta social organizada para atender los problemas de salud. Este incluye, pero es

---

<sup>4</sup> González García, Ginés. Tobar, Federico. Más Salud por el mismo Dinero. Op. Cit. Pags. 46-47.



más amplio que, el sistema de atención médica y puede o no involucrar al Estado.

- La *Política de Salud*, que constituye un capítulo de las políticas sociales y puede ser definida como un esfuerzo sistemático para afrontar los problemas de salud; implica una definición de la salud como un problema público e involucra al Estado, aunque no en forma exclusiva, que asume un rol activo y explícito.

En segundo lugar identificamos tres tipos de *actores* dentro del sistema de salud:

- Usuarios
- Prestadores
- Intermediarios

Estos tres actores básicos asumen objetivos propios y reconocen, cada uno de ellos, formas diferentes, pudiendo actuar en forma individual o agrupados.

Entre ellos, a su vez, se dan flujos de recursos como contraprestación a flujos de servicios, que involucran distintas funciones presentes en todo sistema de salud.

El funcionamiento de cualquier sistema de salud se resume en unas pocas funciones, cuyo modo de articulación otorga características propias a cada sistema.

Así, la población asume el rol de usuario o beneficiario del sistema y a su vez aporta para su financiamiento. Desde el punto de vista público, le cabe a la población el ejercicio de la ciudadanía en tanto responsable por la elección de los principios que han de regir el sistema de salud y por la organización y control del mismo.

Los intermediarios pueden asumir diversas funciones: actuando en representación de los usuarios como agentes de compra de servicios (y organizando su distribución), financiando los mismos (aunque este financiamiento es siempre indirecto), o regulando las relaciones entre usuarios, proveedores y otros intermediarios. Esta última función es ejercida principalmente, aunque con importantes matices, por el Estado.

Los proveedores asumen principalmente la provisión de servicios de salud, sea actuando individualmente o agrupados, representados en los distintos eslabones de la cadena de provisión (elites profesionales, grupos de interés identificados con la industria de la tecnología médica y farmacéutica).

También ejercen una gran influencia, especialmente en los sistemas con menor participación del Estado, en la introducción de nuevas tecnologías. Esta función ha ido cobrando en las últimas décadas cada vez mayor importancia, dado su alto impacto tanto respecto de los aspectos económicos como en su influencia en la calidad de vida de los individuos, aumentando los problemas de equidad de los sistemas.

La combinación de estas funciones y actores que asumen alternativamente distintas posiciones hacen que la estructura y la dinámica de cualquier sistema de salud se torne la mayor parte de las veces extremadamente compleja.

A modo de análisis, definimos cuatro funciones, que pueden ser asumidas por los actores de acuerdo con cada sistema:

- 1) Provisión
- 2) Financiación
- 3) Organización
- 4) Regulación

### 1) La función de provisión

Los proveedores de los servicios asistenciales pueden clasificarse en Estatales<sup>5</sup> o Privados. A su vez, se distinguen en tres niveles:

- proveedores de 1º Nivel: Profesionales independientes (médicos generalistas o especialistas, psicólogos, kinesiólogos, etc).
- proveedores de 2º nivel: instituciones.
- proveedores de 3º nivel: proveedores de insumos y equipamiento. (clásicamente estos actores no están incluidos en la descripción de los sistemas de salud, hemos decidido su inclusión dada su importancia en la incorporación de tecnologías en los servicios).

### 2) La función de financiación:

Cuando no existen los intermediarios, las prestaciones son abonadas en forma directa por los usuarios a los proveedores; esta función se hace compleja en los modelos de contrato –que describimos con más detalle más adelante-, donde aparecen los intermediarios.

Desde el punto de vista del asegurador, podemos clasificar esta función en dos grupos, uno de ellos respecto de los ingresos de dinero al sistema y otro respecto de sus egresos.

En el primer caso, el aseguramiento se clasifica en:

- Voluntario: en el contrato de seguros de reembolso (postpagas) y Empresas de Medicina Prepaga.
- Obligatorio: el financiamiento se da a través de contribuciones sobre el salario e impuestos.

En ambos casos pueden complementarse los pagos con copagos o coseguros a abonar por el usuario en determinado tipo de prestaciones. (El caso más común de coseguro es el de la cobertura de medicamentos ambulatorios, en el que, en general, los sistemas cubren sólo una parte del precio de venta al público).

---

<sup>5</sup> En lo sucesivo utilizaremos este término para referirnos a aquellas instancias que dependen del Estado en sus diferentes niveles –Nacional, Provincial o Municipal-, en oposición al ámbito privado. El uso que corrientemente se da al término Público para referirse a lo estatal, no nos parece adecuado; ya que preferimos la oposición público-privado para referirnos a problemas de salud en los que se define como sujeto a la población o a los individuos. De este modo, aún siendo de gestión privada, un sistema de salud siempre atiende problemas públicos.

Respecto de los egresos, los sistemas utilizan distintos métodos de pago a los proveedores:

- Prestadores de 1º Nivel (profesionales independientes, en general):
  - Pago por cápita (integración de un monto fijo por individuo de una población previamente asignada)
    - Salario
    - Por acto o prestación
- Prestadores de 2º Nivel (instituciones, en general):
  - Por presupuesto (esta opción en general sólo se utiliza en el ámbito estatal)
  - Por cartera fija (se integra un monto general sobre un determinado número de individuos a atender, sin especificación de cada uno de ellos).
  - Por día (utilizado en internaciones, según área de complejidad)
  - Por caso (también llamados Módulos, que se forman como canastas de prestaciones o por patologías resueltas)
  - Por prestación.

### 3) La función de Organización:

Esta función es propia de los aseguradores, está referida a la **compra y contratación** de los servicios y a la **administración de la disponibilidad** de los mismos para los usuarios. Implica:

- Selección de proveedores: establecimiento de la oferta de proveedores en cantidad y calidad por nivel de complejidad.
- Selección del sistema de retribución a cada uno de ellos.
- Determinación de los flujos de derivaciones entre proveedores.
- Control del acceso de los usuarios a los servicios.
- Control del consumo de los usuarios.

### 4) La función de Regulación

Principalmente esta función la ejerce el Estado, aunque cada entidad implementa las normas y desarrolla las propias. Implica:

- Determinación de la canasta de prestaciones cubierta por el sistema.
- Normatización del acceso a la cobertura (desarrollo y/o implementación de protocolos y guías en procedimientos diagnósticos y terapéuticos)
- Evaluación de tecnologías.

En la interacción entre los objetivos sanitarios, los recursos disponibles, la organización de los servicios, y el comportamiento de usuarios y proveedores se definen los atributos diferenciadores de los sistemas de salud

Las relaciones entre actores y funciones han dado lugar a la configuración de distintas morfologías que han adoptado diversas formas institucionales, las que describimos a continuación:

### 1- Modelo voluntario de desembolso directo

El modelo más antiguo de atención lo constituye el del médico atendiendo en su consultorio particular, esta es la figura paradigmática del ejercicio liberal de la medicina. Sus orígenes son aún anteriores al surgimiento de la Medicina Científica. El financiamiento de los servicios respondía a un criterio ético según el cual las prestaciones no tenían un precio: cada paciente pagaba de acuerdo con sus posibilidades, de aquí surge la calificación de "honorario" el pago que el médico recibe de sus pacientes.

Este modelo tradicional en nuestro país lo representaba el médico de familia, atendiendo en su consultorio o en el domicilio de los pacientes (Fig. 1) y, en caso de ser necesario, en sanatorios con sistemas abiertos (esto es, con libre acceso de los profesionales, sin staff fijo), con financiamiento integral de parte de los individuos atendidos, si eran pudientes, o bien de la beneficencia.

Hasta mediados de 1940 este modelo predominó en el país, constituyendo más del 90 % de las prestaciones ambulatorias. En la actualidad, la proporción se ha invertido, más del 95 % de las prestaciones son financiadas por los distintos tipos de seguros de salud. Hoy son pocos los profesionales que no dependen de su inclusión en la cartilla de una obra social o empresa de medicina prepaga para obtener su flujo de trabajo.

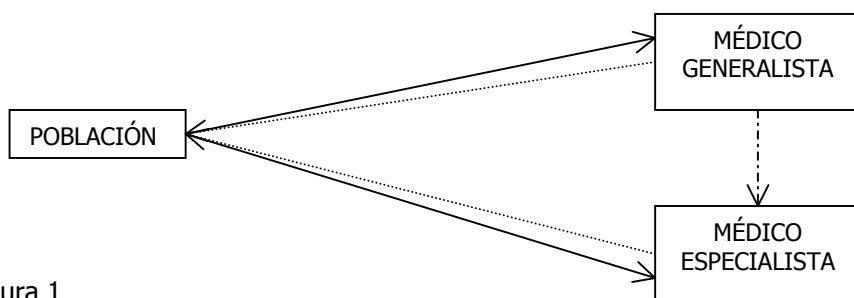


Figura 1

Donde:  
 Flujo de dinero. —————  
 Flujo de servicios. - - - - -  
 Derivación. - - - - -

### 2- Modelo voluntario de seguro con reembolso

Es el modelo de aseguramiento más cercano al tipo ideal de seguros. El usuario paga una prima al seguro, generalmente asociada a los riesgos cubiertos. A su vez, abona los servicios médicos a los prestadores, cuando estos son utilizados. Luego, el seguro reembolsa al usuario el importe de las prestaciones.

Las principales ventajas de este modelo radican en que permanece la relación médico-paciente sin intermediaciones y fomenta la competencia entre aseguradores.

La existencia de estos seguros se sustenta en la premisa de que la enfermedad (o aquellas enfermedades cubiertas por el seguro) tiene carácter de siniestro. Veremos que esta concepción no es privativa de este tipo de modelo sino de todos los modelos de aseguramiento. Esta es una de las razones que explican los principales inconvenientes que presenta, a saber:

En primera instancia, no hay una relación unívoca entre los servicios utilizados y la enfermedad, más bien, aquellos dependen en gran medida de la oferta disponible. En efecto, cuando los consumidores están protegidos por el seguro no tienen incentivo para contener la demanda de servicios. Aún si lo desearan, dado que los pacientes a menudo no poseen la suficiente información acerca de los medios disponibles para su atención, son los prestadores quienes definen los servicios a utilizar (relación de agencia) y estos, cuentan con incentivos para aumentar la demanda. En resumen, *quien vende decide y quien compra no paga*. Este efecto, es conocido como *abuso moral*, y es causa de la ineficiencia de este modelo.

Para corregir este defecto, los aseguradores impulsaron el cofinanciamiento de algunas prestaciones, sea en forma de coseguros (franquicias) o copagos, o limitando el monto de las indemnizaciones.

Otro inconveniente está ligado a la voluntariedad del seguro; ya que existe un mayor incentivo a asegurarse entre quienes perciben mayores probabilidades de enfermar, incluso, ante dificultades legales y fácticas de comprobar el estado de la salud de un individuo, se asegurarán personas con patologías difíciles de detectar. Este efecto es conocido como *selección adversa*.

Como contrapartida los seguros limitan los contratos a personas con menor riesgo de enfermar, dado que de allí surge la oportunidad de maximizar sus beneficios; esta *selección de riesgos* distorsiona el funcionamiento del sistema de salud, porque según este principio quedaría sin seguro la población con mayor tendencia a enfermar o vería incrementada sustancialmente sus primas.

Otra desventaja está ligada a las inequidades en el sistema, dado que el seguro estará ligado a la capacidad de pago de cada uno, más que a sus necesidades de atención.

No se encuentran ejemplos de este seguro en ningún país utilizados en forma exclusiva, si existen como complementos a otras coberturas públicas o privadas, o como sistemas de reaseguro.

### *3- Modelo obligatorio de seguro con reembolso.*

Consiste en el aseguramiento obligatorio, financiado a través de contribuciones proporcionales al ingreso, con subsidios para los ciudadanos de ingresos insuficientes.

Este modelo contrarresta algunos efectos del seguro voluntario, como los de selección adversa y los problemas de equidad.

La modalidad ha sido implementada en diversas formas: con libre elección del seguro, a través de agrupaciones por industrias, actividades o por localidad, etc.

Si no existen mecanismos reguladores de la oferta de prestadores y de precios, tiene los defectos del seguro voluntario, abuso moral de usuarios y prestadores, que elevan el costo de los servicios.

Actualmente, este tipo de modelo sólo se aplica en Filipinas, y en algunos países que lo utilizan como aseguramiento de riesgos laborales. Otros países (Francia, Bélgica) conservan esta modalidad para algunos servicios.

#### *4- Modelo de contrato voluntario.*

Consiste en el aseguramiento a través de una prima (fija o con coseguros y/o copagos) donde la contraprestación no se realiza con dinero sino en especie.

La mayor parte de las veces el consumidor recibe la prestación sin desembolso alguno.

En este caso aparece la intermediación a través del ente asegurador en la relación entre prestadores y pacientes. Esta relación está normatizada por el seguro que determina la modalidad de atención según pautas organizativas y regulatorias (descriptas más arriba) establecidas en el contrato.

Existen distintas versiones de acuerdo con quienes ejercen el control de la gestión del seguro:

- si lo hacen los **consumidores**, toman forma de cooperativas o mutuales,
- también los **médicos** han propuesto organizaciones como las asociaciones de práctica individual en Estados Unidos, las cooperativas médicas de Brasil o los prepagos médicos en Argentina.
- Una tercera versión son los seguros controlados por **organizaciones privadas**, independientes de consumidores y prestadores.

Este modelo corrige algunos defectos del modelo de reembolso, especialmente el abuso moral, ya que los aseguradores tienen los medios y los incentivos para negociar las formas de atención con los prestadores de acuerdo con pautas de calidad técnica y eficiencia económica.

Los principales perjuicios están ligados a la restricción de elección de los prestadores, también comparte con los seguros voluntarios los defectos simétricos de selección adversa y selección de riesgo; y por relacionar las primas con la capacidad de pago presenta dificultades de equidad y solidaridad en el sistema.

El esquema de contrato voluntario es ampliamente aplicado en el mundo, como modelo mayoritariamente impuesto, como en Estados Unidos, cuyos represen-

tantes más notorios son las HMOs (Health Maintenance Organizations), o bien como complementos de seguros obligatorios, estatales o privados.

Las HMOs son el paradigma del *managed care*, medicina gerenciada, devenida del modelo de contrato cuya gestión responde a organizaciones privadas. Como ha sido dicho, existen formas cooperativas del modelo en Brasil –médicos- y en Uruguay –consumidores-, entre otros países.

En nuestro país el modelo lo representan especialmente las empresas objeto de estudio de este trabajo: las Empresas de Medicina Prepaga.

#### *5- Modelo de contrato obligatorio.*

Este modelo es similar al anterior respecto del modelo de atención entre pacientes, intermediarios y prestadores. El financiamiento se realiza a través de contribuciones y aportes proporcionales sobre el salario, o bien a través de impuestos generales.

Existen distintas versiones respecto de los actores que ejercen la función de intermediación, pueden ser organismos públicos –gobiernos, locales o centrales- o privados, inclusive médicos de primer nivel.

Lo característico es que siempre se contrata con los prestadores, aunque estos puedan ser hospitales públicos. Es decir, se mantienen separadas las funciones de financiación y provisión.

En general, los prestadores mantienen la libertad de contratar con distintos aseguradores.

El modelo comparte muchas de las características del modelo de contrato voluntario, aunque lo usual es que no ofrezca la libertad de elección del asegurador. Por ser obligatorio, evita los efectos de selección adversa y selección de riesgo.

Variantes de este tipo son utilizadas en Alemania, Irlanda y los Países Bajos; en nuestro país, las obras sociales constituyen su versión más cercana.

En la actualidad, este modelo está adquiriendo mayores preferencias por parte de los países, porque a sus posibilidades de eficiencia agrega su capacidad de brindar cobertura universal y niveles deseados de equidad.

#### *5- Modelo voluntario integrado.*

Consiste en la provisión directa de los servicios de parte de los aseguradores. El modelo integra las funciones de financiamiento y provisión.

En este caso, el seguro financia la oferta de servicios a través del pago prospectivo a prestadores de primer nivel (por ej. a través de salarios) o de segundo nivel, llegando incluso a poseer instalaciones hospitalarias propias.

Este modelo preserva la libertad de elección del seguro a expensas de la libre elección del prestador. La integración vertical permite conseguir una mayor efi-

ciencia económica y ahorros administrativos, siempre que el foco de la administración esté puesto en el aseguramiento, ya que si, por el contrario, se privilegia la producción de servicios hospitalarios (como es el caso de hospitales escuela) la eficiencia es difícil de conseguir.

A su vez, la forma prospectiva de pago genera incentivos a la subproducción de servicios, que en alguna medida puede ser contrarrestada por la competencia entre aseguradores.

El modelo conoce su origen en algunos países europeos, pero en la actualidad ha declinado su utilización debido a la imposición de los seguros obligatorios. En Argentina, existe representado por los prepagos de distintas instituciones hospitalarias, cuyos ejemplos más notorios son los de los hospitales de comunidad.

### *7- Modelo obligatorio integrado.*

Es el modelo más utilizado en los sistemas estatales de salud. Su rasgo más característico es la financiación de la oferta, con pago prospectivo. El financiamiento se obtiene principalmente a través de impuestos generales. Algunas variantes introducen el pago a través de contribuciones y aportes en forma complementaria.

La red de prestadores depende de la oferta, organizada en el ámbito estatal; por ello, en general, no ofrece posibilidades de elección de asegurador ni de prestador.

En función de esta cautividad, se producen incentivos a la subprestación de servicios y a la ineficiencia. A menudo, los prestadores eficientes son "recompensados" con más trabajo. Dado que los recursos provienen de partidas presupuestarias, se generan incentivos para encarecer los costos unitarios, para no perder recursos en los años subsiguientes.

En resumen, esta síntesis nos permite reconocer los tipos ideales de organización de los sistemas de salud. Todos ellos admiten variantes, pero se distinguen por sus rasgos esenciales. En general no existen en estado puro en ningún país, sino más bien se dan combinaciones bajo el predominio de algún sistema.

El punto más importante a destacar es que todos los sistemas constituyen *seguros de enfermedad*, es decir, se ocupan de la población enferma y muestran una muy escasa tendencia hacia la producción de salud a través de acciones de promoción y prevención.

Por otra parte, el aseguramiento se basa en el supuesto de que la enfermedad tiene carácter siniestral. El conocimiento actualmente alcanzado permite, al menos, cuestionar este supuesto, ya que son conocidas las acciones sociales e individuales que pueden realizarse para evitar, prevenir, o controlar el desarrollo de enfermedades, trasladando, en consecuencia, algún grado de responsabilidad a los sujetos.



La taxonomía realizada muestra algunas características comunes a determinados modelos:

- los modelos voluntarios presentan como dificultad su falta de capacidad para resolver problemas de equidad y universalidad de cobertura, y promueven mecanismos de selección adversa y de riesgos.
- Los modelos de reembolso se muestran incapaces de contener el abuso moral de prestadores y usuarios, aunque preservan la libertad de elección y la relación directa entre prestadores y pacientes.
- Los modelos integrados tienden a la subprestación por tener clientelas cautivas, pero poseen, en algunos casos, capacidad de alcanzar objetivos de eficiencia.

Como ha sido dicho, en Argentina coexisten diversos modelos, otorgándole al sistema de salud un carácter ecléctico y desintegrado, lo que ha sumado más las desventajas de cada tipo más que sus ventajas, y provocado, en conjunto, insatisfacción social, a favor de ventajas sectoriales.

## El contexto de decisión

El desarrollo de los sistemas de salud nos muestra diferentes contextos que condicionaron y condicionan la toma de decisiones de cada entidad.

Observaremos este contexto desde dos ejes: un eje sincrónico, o actual, donde plantearemos las actuales condiciones de estructura y dinámica del sistema de salud que nos ocupa, y un eje diacrónico o histórico que sintetiza el desarrollo de nuestros sistemas de salud desde sus orígenes, del cual nos va a interesar, especialmente, su esquema paradigmático, cuya influencia se manifiesta en lo actual.

Comenzaremos por reseñar la historia de los sistemas de salud (recordemos que consideramos tales a la respuesta social organizada para la atención de los problemas de salud).

Esta historia, si bien presenta ciertos matices, es común al surgimiento de todos los sistemas de salud occidentales. La concurrencia de aspectos se debe a que se observa una correspondencia entre el desarrollo de los sistemas de salud y las etapas del desarrollo capitalista. De acuerdo con los alcances del trabajo, precisaremos estas circunstancias a la evolución de los sistemas en nuestro país.

La primera etapa del desarrollo capitalista en Argentina estaría ligada a la constitución de la burguesía agroexportadora. El modelo de Estado está caracterizado como *Estado Liberal*, dada su escasa participación en la formulación de políticas sociales.

En esta etapa la medicina se desarrolla en forma independiente al Estado. La salud era considerada como un bien privado; el Estado, no disponía de políticas públicas para la atención de la salud, a no ser las de cumplir las funciones de *Policia Médica*, preocupado no por la salud de la población sino por evitar la propagación de las enfermedades (externalidades negativas) hasta ese momento incurables.

Este modelo de salud se vincula a la atención pública en la que predominan dos vertientes: el aislacionismo y el higienismo (que reconoce sus orígenes ya en el imperio romano) ambas como forma de evitar la propagación de enfermedades; las primeras constituyendo espacios cerrados y ubicados en las afueras de la ciudad como los hospitales psiquiátricos, o los destinados a la atención de enfermedades infectocontagiosas, y las segundas ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles.

El objetivo de estas acciones se centra en mantener sana a la población en función de las necesidades de mano de obra y de servicios en el ejército. En nuestro país, dado el escaso desarrollo industrial el fundamento se encuentra principalmente en la protección de los ricos. Los servicios de atención médica eran prestados por Sociedades de Beneficencia, sin ser una responsabilidad del gobierno. "... A esta modalidad de la relación Estado-ciudadano los analistas la han denominado *ciudadanía invertida* porque la asistencia médica colectiva no constituía un derecho de los ciudadanos sino una "dádiva" otorgada a los excluidos, los no-ciudadanos. La denominación proviene de la política asistencialista desarrollada a

partir de las Poor Laws inglesas del siglo XVIII, por las cuales para tener acceso a la asistencia social las personas (pobres) perdían sus derechos civiles. Es decir, cuando se recibía ayuda social se perdía la condición de ciudadanía.”<sup>6</sup>

El surgimiento de nuevos desafíos sociales como la amenaza de las guerras, epidemias y grandes catástrofes, acompañadas del avance de los derechos civiles y del desarrollo industrial como también de la medicina promovió un progresivo compromiso del Estado en las cuestiones relacionadas a la salud. Por ejemplo, en nuestro país la necesidad de atención de los combatientes en la campaña al desierto genera la creación de los primeros hospitales públicos.

A pesar de que estas condiciones son relativamente homogéneas en los distintos países la evolución de los sistemas de salud y el compromiso de los estados ha sido diferente. A partir de esta etapa, pueden reconocerse a grandes rasgos y desde el punto de vista político, tres modelos, entendidos como tipos ideales: 1 – Liberal, 2 – Seguridad Social y 3 - Seguro Universal.

#### 1 – El Modelo Liberal:

Tal como había sido establecido tradicionalmente el modelo liberal concibe el cuidado de la salud como un problema privado. La intervención del Estado se sitúa principalmente en la regulación del mercado. Este modelo ha dado lugar a la generación de múltiples formas de seguros privados.

El representante más destacado de este modelo lo constituye el sistema de salud de Estados Unidos de América. No obstante, este país, debido a sucesivas crisis (la crisis económica de 1929, y las guerras mundial, de Corea y Vietnam, posteriormente) ha incorporado formas de asistencia social para los desprotegidos. En la actualidad, el Estado es responsable por el financiamiento de los programas Medicare (seguro de salud para ancianos) y Medicaid (seguro para carenciados). Estos programas, sobre todo Medicaid, se limitan a la atención indispensable, dado que los valores que orientan el sistema no promueven la salud como un derecho sino como una responsabilidad de los ciudadanos.

#### 2 – El Modelo de Seguridad Social:

También conocido como el modelo Bismarckiano, en honor al canciller prusiano, reconoce sus antecedentes en Europa. En efecto, Bismarck notó que la expansión de la asistencia médica constituía un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando en 1881 introduce el sistema de Seguro Social lo hace con el propósito de acortar la convalecencia de los trabajadores y disminuir el ausentismo laboral. La salud de la población, en especial la de los trabajadores, resulta determinante en este periodo del desarrollo económico signado por la competencia entre las potencias por el crecimiento industrial (y militar).

El Modelo de Seguridad Social se caracteriza por tener un esquema vinculado al trabajo; clásicamente se corresponde con formas seculares de asociación mutual

---

<sup>6</sup> Fleury Teixeira, Sonia. Estados sin ciudadanos: Seguridad Social y Salud en América Latina. Ed. Lugar. Buenos Aires. 1997.

y sindical, cuyos antecedentes pueden rastrearse en la Edad Media. Estos modos asociativos evolucionan hasta las organizaciones sindicales y profesionales más modernas.

Lo novedoso de este modelo es el pasaje del seguro individual propio del modelo liberal de sociedad hacia formas sociales o colectivas de protección de la salud. Tanto la financiación como la provisión de los servicios se realizaba a través de organizaciones sindicales, mutuales o profesionales.

Este tipo de seguro gremial, cuyo surgimiento es anterior a la intervención del Estado y de las formas de seguro privado, sufre distintas evoluciones hasta que el Estado interviene en distinta forma: principalmente en su regulación, estableciéndolo como obligatorio en algunos países; hasta la participación en parte del financiamiento.

Las formas organizativas evolucionan desde la asociación voluntaria de trabajadores de un mismo oficio, de una misma empresa, hasta formas más sofisticadas de asociación gremial o sindical; llegando a incorporar la participación del Estado en las funciones mencionadas y el cofinanciamiento por parte de los empleadores, siendo en este caso de tipo obligatorio.

El caso paradigmático lo representa Alemania, aunque también es adoptado en otros países de la Europa Continental. En nuestro país, las Obras Sociales son el exponente característico de este modelo.

A medida que fue expandiéndose el trabajo formal, esta forma de protección de la salud mostró una creciente capacidad de cobertura a la población. El auge de este modelo se observa especialmente en los países europeos mencionados en las décadas que transcurren entre 1930 y 1950, cuando el empleo formal alcanzó a superar el 90 % de la población económicamente activa.

### 3 - El Modelo de Seguro Universal:

Este modelo se desarrolla a partir de las tradiciones asistencialistas a las que se agregan particulares circunstancias históricas. En efecto, las guerras desatadas en Europa transformaron los esquemas de protección social. " Cuando una ciudad era bombardeada no existía forma de distinguir entre los heridos aquellos que contaban con protección social de aquellos que no la tenían. Esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social. Se formula entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos"<sup>7</sup>.

La etapa de crecimiento económico de la posguerra (periodo 1950-1970) favoreció el financiamiento de este modelo universal de cobertura, de modo que no resultó difícil a los países europeos satisfacer las exigencias sociales respecto de la protección de la salud.

El modelo involucra la adopción del *welfare state*, (*Estado de Bienestar*), cuya primer formulación aparece con el informe de Lord Beveridge (1942) en Inglate-

---

<sup>7</sup> Fleury Teixeira. Op cit.

rra; se caracteriza por tener financiamiento público (aunque en algunas prestaciones hay cofinanciamiento de los usuarios) con recursos provenientes de rentas generales y acceso universal a los servicios. La provisión de los mismos depende del mismo Estado, del que dependen los trabajadores profesionales y no profesionales. La organización y gestión del sistema también permanece en la órbita estatal, con matices en el grado de descentralización de sus distintas instancias políticas según los países.

Esta descripción estilizada de las diferentes formas en que se han organizado los sistemas de salud en occidente permite interpretar el contexto actual de la organización de los sistemas. No obstante, es preciso destacar la existencia de formas mixtas, combinación de los rasgos distintivos de cada modelo en los aspectos de financiación, organización, provisión, regulación y gestión de los servicios de salud.

En consecuencia, la forma en que se han establecido los sistemas de salud en diferentes países responde a los modos singulares de su desarrollo histórico y social.

En Argentina, la evolución es algo diferente a la de Europa. Hasta fines del siglo XIX el modelo había evolucionado según los principios del Estado Liberal, pero a partir del siglo XX el Estado incorpora en forma paulatina responsabilidades de tipo social. Este protagonismo crece durante y luego de la crisis económico-política de 1929, acompañando la ampliación de los derechos del ciudadano.

Durante la década del 40 se establece una tendencia en el campo de la salud, que mantiene su influencia hasta nuestros días: paralelamente se produce el nacimiento del Estado como responsable – garante<sup>8</sup> del derecho a la salud y el de las organizaciones sindicales (estatales y no estatales), antecedente inmediato del sistema de Obras Sociales.

De acuerdo con esta configuración, conviven dentro del sistema de salud, un subsistema representado por la organización estatal, cuyo financiamiento, provisión y gestión permanecen en la órbita del Estado, que brinda una cobertura universal y gratuita. Este modelo se aproxima –y se anticipa- al modelo europeo de Estado de Bienestar<sup>9</sup>.

Por otra parte, comienza a desarrollarse el subsistema de obras sociales, a través de la lógica de un seguro social, ligado a los grupos de trabajadores formales

---

<sup>8</sup> F. Tobar. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. 2001. El concepto citado pertenece a Belmartino, Susana; "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica". En Cuadernos Médico Sociales n° 55. 1991.

<sup>9</sup> El subsistema estatal alcanza su mayor desarrollo durante los periodos de las primera y segunda presidencias de J. D. Perón, en los que se destaca la labor de Ramón Carrillo, al frente del ministerio. Entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país, con más de 130.000 camas – lo que significaba 7.4 habitantes/cama -. En la década se triplicó la cantidad de enfermeras y se duplicó la de médicos. También se avanzó en el aspecto regulatorio, sancionando las leyes de Sanidad Pública (N° 13.012) y de Construcción, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud (N° 13.019), garantizando con ellas la financiación de los servicios públicos para el 65 % de la población, considerada no pudiente. Lograron controlarse enfermedades endémicas (en comienzos de los años 50 se consiguió erradicar el paludismo); los indicadores de salud alcanzaron en esta época niveles de los países desarrollados.

asalariados, agrupados por cada uno de los sindicatos. Si bien este es un modo comunitario y solidario de organización, esta solidaridad se limita al sujeto colectivo definido por el tipo de agrupación.

Dada la concepción de la salud de la época este sistema se construyó con bases conceptuales que privilegiaron la atención "hospitalocéntrica"<sup>10</sup>, rasgo que permanece vigente hasta la actualidad en la organización de los sistemas de salud en nuestro país.

También durante la década del 50 se consolida el sistema de obras sociales, con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados, marcando una importante diferencia con las condiciones vigentes en el Estado Liberal. El crecimiento económico acompañado por la formalización de los trabajadores brindó el sustento económico y organizativo necesarios para el fortalecimiento del sistema.

Por otra parte, el desarrollo de este sector se da en forma paralela al del sector público, impulsando la creación de numerosos hospitales privados – pertenecientes o no a las obras sociales-, lo que contribuyó a la fragmentación del sistema de salud y al sobredimensionamiento de la oferta de servicios; condiciones presentes en la actualidad.

Este rasgo de poca racionalidad, contribuirá en forma significativa en la evolución de la crisis posterior de los sistemas de salud.

Con el comienzo de la decadencia económica acaecido en los años 50 se inician los problemas en el sistema de atención de la salud. Las dificultades financieras comenzaron a impactar en el sostenimiento de un sistema con una infraestructura hospitalaria y burocrática de dimensiones propias de épocas de mayor riqueza.

Luego de la caída del gobierno peronista en 1955 se instala en el gobierno la corriente desarrollista. El crecimiento económico establecido como prioritario, con las concomitantes políticas de austeridad fiscal, reemplaza como eje de las políticas públicas al desarrollo de los derechos sociales, tan impulsados una década atrás.

Junto con las políticas implementadas a favor de la acumulación de capital y de reducción del déficit público comienzan a fracturarse los sistemas solidarios de atención de salud.

En el sector público se aplican "políticas de transferencia" que trasladan la administración de la red hospitalaria nacional a los estados provinciales. Estas medidas "...impactan diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación"<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> El neologismo describe la situación en que el sistema de salud se organiza alrededor de centros asistenciales, preparados para la asistencia de la enfermedad, especialmente en estadios avanzados, antes que en la producción de salud, con la consecuente mayor utilización de recursos. Otro rasgo característico, es la atención de la enfermedad en sus episodios agudos, con poca predisposición hacia el seguimiento de la evolución de los estados de salud de los pacientes, posteriores al tratamiento.

<sup>11</sup> Tobar, Federico. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. 2001.

El sistema de obras sociales comienza a mostrar signos de agotamiento financiero, originado tanto por el retroceso de la economía como por el crecimiento de la cuenta de gastos en servicios de salud generado por el desarrollo de la medicina y, en consecuencia, por una mayor demanda de servicios. Paralelamente, el sector no se encuentra preparado – por falta de instrumentos y de vocación- para realizar una gestión económicamente racional de los recursos. La falta de estas capacidades provoca el déficit, que en la actualidad parece crónico, de las cuentas de las obras sociales.

Como respuesta, se restringe la cobertura de servicios, no cubriendo determinadas prestaciones o incorporando copagos y coseguros.

En este escenario, la población de mayores ingresos se vuelca hacia formas incipientes de cobertura a través de seguros privados, que ofrecen el acceso a las nuevas tecnologías.

Se inicia, de este modo, un proceso de “descreme” del sector de obras sociales, es decir, los afiliados con mayores salarios optan por los servicios de las Empresas de Medicina Prepaga (tal es el nombre que recibieron en Argentina los seguros privados), desfinanciando aquél sistema y quebrando su lógica solidaria.

En los años siguientes, estas tendencias continúan profundizándose, a partir de la década del 60 y especialmente de la del 70 se observa el crecimiento del sector privado en el aseguramiento de la salud.

A pesar de los inconvenientes y de la falta de articulación entre el sistema estatal y el de obras sociales, en esta etapa se avanza en el sentido de articular el sistema bajo un principio de universalidad de la cobertura de la población.

En 1970 se sanciona la ley 18.610, que determina la obligatoriedad de la afiliación a las obras sociales para toda la población trabajadora; se unifican los aportes de trabajadores y las contribuciones de los empleadores, se expande la cobertura de las obras sociales y se crean nuevas. La ley no contempla qué proporción del monto de lo recaudado debe destinarse a la salud, ni qué prestaciones deben cubrirse; esto permitió en la práctica el discrecional manejo de los recursos a cada obra social – se utilizaron importantes sumas para el desarrollo de infraestructura turística, por ejemplo-, ocasionando una gran disparidad en el sistema.

En cuanto al sistema estatal, el deterioro de las finanzas del Estado durante la década del 70 genera dificultades para mantener la infraestructura hospitalaria instalada, lo que es aprovechado por el sector privado, que acrecienta su oferta de internación, a partir de la demanda de las obras sociales y de los seguros privados.

Durante el gobierno militar, a partir de las políticas de apertura económica y de la sobrevaluación de la moneda, aparecen fuertes incentivos para la incorporación de tecnología, que ingresa en forma masiva –superando ampliamente en algunos sectores la demanda- y muchas veces acrítica.

Las obras sociales comenzaron a ver seriamente comprometidas sus finanzas, tanto por el encarecimiento de las coberturas que trajo aparejado la incorporación de tecnología como por la merma de sus ingresos devenida del proceso de desindustrialización y pérdida de empleo que ocasionó la política económica.

En 1980, se sanciona la ley 22.269, para ordenar el funcionamiento de las obras sociales, pero nunca llegó a reglamentarse ni a implementarse. Como veremos, este destino le cupo a otras normativas, sancionadas sin el consenso necesario de la comunidad.

Con la recuperación de la democracia, renacen los intentos de ordenar el sistema de salud, con la intención de articular un modelo basado en el seguro social y bajo el principio de universalidad.

A principios de 1989, se sancionan las leyes 23.660, llamada ley de Obras Sociales, y 23.661, del Sistema Nacional de Seguro de Salud, que rigen en la actualidad y sirven como marco regulatorio para el sistema de obras sociales nacionales (OSN). Ambas fueron modificadas por gran cantidad de reglamentaciones y resoluciones; hasta la actualidad 225 normas para la ley 23.660 y 107 para la ley 23.661.

Durante los años 90, comienzan a darse una serie de reformas que, si bien en primera instancia parecen no responder a una estrategia global para el sector, desde la perspectiva actual muestran una clara tendencia hacia la configuración de modelos orientados al mercado, deslindando al Estado de la responsabilidad – al menos en el grado conocido décadas anteriores- por la salud de la población.

Ciertamente, no puede afirmarse que esto responda a la búsqueda de una solución integral para el sistema de salud.

La virtual quiebra del estado y la grave situación económica del país a comienzos de los 90, reclamaba urgentes medidas correctivas.

Acompañando a la ola neoliberal en la que ingresó el mundo luego de la caída del muro de Berlín y a las sugerencias anunciadas en el llamado Consenso de Washington, el estado se concentró en realizar las reformas financieras que permitieran la recuperación económica. Ideológicamente, el cambio propuesto fue más profundo, el fracaso del régimen comunista de la Unión Soviética arrastró consigo a la figura del estado. En un rápido movimiento pendular, de golpe se asumió que el estado era ineficaz para regular las relaciones sociales y que debía dejar su lugar al mercado en esa tarea.

El viraje político tuvo consecuencias radicales, se trató de “privatizar” lo público. No sólo se impulsó la privatización de la gestión de las empresas de servicios públicos, sino que se intentó la privatización de los bienes públicos, es decir, áreas como la educación, la investigación, la seguridad y la salud, pasaron de ser consideradas cuestiones públicas (cuyo principal responsable por las políticas directrices en estas áreas otrora correspondió al Estado) a ser consideradas cuestiones privadas, responsabilidad de cada individuo.

En la salud, esta tendencia se tradujo en dos líneas principales: respecto de los hospitales públicos, pilares del sistema estatal, se avanzó hacia la descentraliza-



ción con el objeto de conferirles autonomía en la gestión y sobre todo en la recaudación. En la práctica, esto significó la delegación de responsabilidades hacia los hospitales sin la consecuente transferencia de autoridad y herramientas que hicieran posible una gestión eficaz. En este sentido, estas medidas pueden entenderse como una simple deserción del estado de sus responsabilidades respecto de la salud pública.

El decreto 578/93, con antecedentes reconocidos en las provincias de Mendoza y Buenos Aires, estableció la creación del Hospital Público de Autogestión. Esta figura autoriza a los hospitales a facturar los servicios prestados a la población que cuenta con algún tipo de seguro. El espíritu de la norma apunta especialmente a diversificar las fuentes de financiamiento de los hospitales. Si bien ha sido declamado, no se ha avanzado con medidas concretas en la dirección de hacer más eficiente la administración del sistema estatal.

En el subsistema de obras sociales las medidas estuvieron orientadas principalmente hacia la búsqueda de la eficiencia como fin, privilegiando la competencia como medio para alcanzarla, aunque muchas de ellas también apuntaron a ordenar algunos aspectos como el plan de cobertura. En este sentido, si desde los años setenta a los noventa se intentó construir un sistema universal, desde el comienzo de los noventa las reformas se encaminaron hacia el modelo liberal de seguros privados.

Las medidas, en general, observaron tres frentes: la recaudación, la competencia y la fijación de pautas de cobertura.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> En 1991 se crea el SUSS (Sistema Único de Seguridad Social), con el objeto de centralizar la administración, recaudación y fiscalización de aportes de la seguridad social, dependiendo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se crea la ANSES (Agencia Nacional de Seguridad Social), para cumplir con las funciones antedichas y distribuir los recursos a las obras sociales.

Por el decreto 507/93 se transfieren las funciones de recaudación, entre otras, a la DGI. Entre este año y 1995, por distintas reglamentaciones, se bajan las alícuotas de contribuciones patronales, con la intención de conseguir competitividad en el mercado laboral. Estas medidas, contribuyeron a incrementar el déficit financiero de las obras sociales. Recién en el año 2002, se restablecieron las alícuotas, intentando revertir este proceso.

Acorde con las medidas tendientes a impulsar un mercado en el aseguramiento de la salud, se dictaron diversas normas para fomentar la competencia en el sector de obras sociales.

El decreto 9/1993 determina la desregulación para las de obras sociales nacionales (las consideradas tales en la ley 23.660), establece la libertad de elección de obra social para los beneficiarios, con excepción de las obras sociales del personal de dirección, quienes, sin embargo, podrán optar por cualquier obra social del sistema. Otras medidas de importancia emanadas del decreto son las que eliminan las restricciones a la libertad de contratación y de fijación de aranceles con los prestadores y las que obligan a las obras sociales a abonar las prestaciones que sus afiliados realicen en los establecimientos estatales.

El proceso de "descreme" catalizado por estas medidas, que se manifiesta en el movimiento de beneficiarios de mayores salarios que se concentraron en algunas obras sociales motivó el decreto 292/95, mediante el cual se corrigen las pautas de asignación del Fondo Solidario de Redistribución, asignando en forma automática una contribución mínima por beneficiario del sistema de obras sociales. También el decreto elimina la doble cobertura, de este modo los beneficiarios de un mismo grupo familiar tienen la posibilidad de unificar sus aportes en una misma obra social.

El decreto 1141/96 establece la posibilidad de cambio de obra social, y el decreto 84/97 normatiza la posibilidad de cambio a una vez por año. Luego (decreto 638/97) se determina la posibilidad de cambio para obras sociales de personal de dirección.

## Las Empresas de Medicina Prepaga

El sistema de atención de la salud en Argentina se completa con el sistema de seguros conocido como Empresas de Medicina Prepaga (EMP).

La forma en que los sistemas de EMP se articulan con los otros sistemas públicos –sistema estatal y sistema de obras sociales- no siempre ha sido homogénea, como veremos.

Si consideramos EMP a las organizaciones privadas de salud que articulan algún tipo de aseguramiento para una determinada población, los primeros antecedentes en el país de este tipo de entidad son las *mutuales o mutualidades*. Como ha sido dicho, el compromiso del Estado con la salud pública se produce más allá de la cuarta década del siglo XX, hasta entonces, la salud de los individuos era un problema privado. Las *mutuales* constituyeron el primer modo de organización colectiva solidaria para la atención de los problemas de salud.

Fueron los inmigrantes europeos llegados luego de 1880 al país quienes impulsaron estas formas colectivas de organización – aunque en ese momento ya existían los hospitales de comunidad, vg. el Hospital Británico y el Hospital Italiano en Buenos Aires -. En un principio, financiando (por medio de una cuota mensual) y administrando la demanda de atención médica y luego organizando la oferta de servicios. Posteriormente, estos servicios cerrados a las comunidades de origen, permitieron la entrada al resto de la población, transformándose en sistemas de seguro voluntario.

---

También en 1997 (decreto 206) se extiende el plazo para que las obras sociales adhieran al Programa de Reconversión de Obras Sociales<sup>12</sup>, con la condición de que acepten la libertad de afiliación.

En 2000, a través del decreto 446, se incluye a las Empresas de Medicina Prepaga, dentro de las posibilidades de elección, siempre que adhieran voluntariamente a este sistema. Finalmente, el decreto 377/01 suspende esta medida.

Respecto de la cobertura de los servicios, se intentan corregir los defectos crónicos a través de la formulación de un Programa Médico Obligatorio para las obras sociales (PMO), el decreto 246/96 implanta esta normativa, determinando las prestaciones a cubrir en forma más precisa que las normativas anteriores que obligaban a las obras sociales a brindar cobertura médica "básica".

Dada la ambigüedad de esta reglamentación, en 2000, a través del decreto 939, se explicita un nuevo PMO, detallando la canasta de prestaciones a cubrir; en esta oportunidad, además, se instituye la figura del Equipo Básico de Asistencia Médica Primaria (EBAMP, integrado por un Médico Referente –preferentemente especializado en Medicina Familiar-, un pediatra y un ginecólogo) con la intención de priorizar la atención primaria de la salud como estrategia; y se instruye a las obras sociales para que incorporen cada año a razón del 20 % de su población bajo esta modalidad de atención (lo que a la fecha no se ha cumplido). También se desarrollan guías de diagnóstico y tratamiento y algoritmos para el control y prevención de las patologías prevalentes (Control de la persona sana).

La cobertura propuesta por este PMO, no excluye ninguna enfermedad aunque establece la aplicación de principios como los de costo efectividad para promover la eficiencia en el uso de los recursos.

La crisis de finales de 2001, precipitó una racionalización de los alcances del PMO, que se concreta con la resolución 201, de abril de 2002, limitando y condicionando la cobertura de determinadas prestaciones. Esta versión, incluye el listado de principios activos farmacológicos de cobertura obligatoria y sus precios de referencia, de oportuna aparición, dado el aumento de precios de los medicamentos producido luego de la devaluación de la moneda argentina.

Es importante destacar que esta forma organizativa responde principalmente a modos de organización de la demanda, un rasgo que marca un paradigma opuesto al que sostiene a las Empresas de Medicina Prepaga que surgieron años después.

Otros grupos que a comienzos del siglo XX se organizaron para la atención de su salud fueron las *asociaciones profesionales*, que incluyen a las fuerzas armadas y de seguridad, cada una de ellas organizadas en torno a sus propios grupos de pertenencia. No consideraremos a estas entidades dentro del sector de los sistemas privados, dada la gran proporción de financiamiento estatal con el que cuentan.

La dinámica social y el crecimiento económico alcanzado durante los primeros treinta años del siglo XX impulsaron la aparición de una amplia clase media en la Argentina. Esta población, no satisfecha con los servicios brindados por el Estado hasta el momento, atendía principalmente sus problemas de salud en forma privada. El progreso de la medicina y el mayor costo de los nuevos servicios ligados principalmente al desarrollo técnico-científico, puso un límite a la capacidad individual de financiarlos.

“El Dr. Alejandro Schwartz encuentra en 1930 la posible solución para retener a esos pacientes y así poder seguir atendiendo en forma privada (...) Para ello reúne a un grupo de médicos de distintas especialidades y conforma la primera, pero informal empresa de medicina prepaga (...) cada médico seleccionado aporta sus propios pacientes y así se conforma una cartera de clientes unificada, la cual abona una mínima cuota.”<sup>13</sup>

Esta conformación es el inicio de las EMP en Argentina; aunque estas primeras formas han evolucionado, todas, aquellas y las de hoy, comparten un mismo paradigma: **son servicios organizados a partir del subsidio a la oferta.**

Un signo que sostiene esta afirmación, es el hecho de que las organizaciones de medicina prepaga están concentradas en torno a los grandes aglomerados urbanos, allí donde se concentra la oferta de servicios de salud.

Sobre esta lógica, se construyeron las primeras formas de comercialización, a través de promotores que ofrecían servicios médicos para aprovechar el tiempo ocioso de los profesionales.

Hacia 1955, se forma el Centro Médico Pueyrredón, dando incipiente forma a los “prepagos sanatoriales”, entidades con centros de atención propios.

En un principio, la organización de los servicios se inclinó hacia un modelo de seguro de reembolso, luego este modelo fue reemplazado progresivamente por los modelos de contratación y los modelos integrados.

En 1962 nace AMSA (Asistencia Médica Social Argentina), cuya principal característica es la cobertura médica brindada en especie, a través de un sistema descentralizado de prestadores, limitado a una nómina cerrada de profesionales y establecimientos (cartilla).

---

<sup>13</sup> Ahuad, Paganelli, Palmeyro. Medicina Prepaga. Historia y futuro. Pag. 14. Ediciones Isalud. Buenos Aires. 1999

El sistema de EMP crece paralelo al desarrollo de las obras sociales, entre 1961 y 1980 se crean sesenta entidades. En este periodo, dada la amplia proporción de población beneficiaria de las obras sociales, las EMP constituyeron una cobertura complementaria a aquellas, siendo muy común la situación de doble cobertura; inclusive, era común la situación de que un mismo grupo familiar poseyera tres coberturas si ambos cónyuges trabajaban: dos obras sociales (correspondientes al gremio de cada uno de ellos) y una EMP.

Las EMP basaron sus fortalezas en ofrecer a sus asociados mayor cobertura médico asistencial, incorporando especialmente las tecnologías más modernas, más y mejores centros de atención y mayor comodidad y confort que las obras sociales.

Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades. En este periodo, el desarrollo del sector se fundamenta principalmente en la caída del empleo formal y el comienzo de la crisis del sistema de seguridad social. En efecto, en contra de lo que algunos pueden suponer, las EMP no sólo brindan cobertura a la población de mayores ingresos, sino que lo hacen a muchos cuentapropistas y trabajadores informales.

Si desde los años sesenta a los noventa las EMP vivieron su etapa de nacimiento y desarrollo, a partir de esta última década, el negocio ingresó en su etapa de madurez. En efecto, las regulaciones, la competencia, el fuerte desarrollo de la medicina –caracterizado por la incorporación de tecnologías de alto costo–, el mayor poder de negociación de los usuarios reflejados en los contratos, entre otras circunstancias; mermaron las ganancias de las empresas.

Como hemos dicho, el sistema de medicina prepaga surge como complemento (o tal vez sería más correcto decir como suplemento) de los sistemas de seguridad social o estatales, en su mayor proporción; aunque también son la expresión contemporánea de la atención médica privada, en el sentido liberal del modelo de atención.

La actividad no ha contado, ni cuenta aún, con un marco jurídico propio que la regule; en un comienzo las organizaciones se constituyeron como sociedades de hecho, sin otras obligaciones que las fiscales. Luego, esta forma dio paso a las sociedades de derecho: aquellas que actúan en la órbita de la Inspección General de Justicia (las sociedades comerciales, las asociaciones civiles con o sin fines de lucro y las fundaciones) y las que lo hacen bajo el Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual –INACYM– (mutuales y cooperativas). En ese contexto, el marco normativo está conformado por la ley 19.550, “Ley de Sociedades”, el Código de Comercio y el INACYM.

Este marco ha propiciado el desarrollo del sector bajo las reglas fijadas por el mercado, sin relación con las normas vigentes para los otros subsectores.

Así es como se encuentran entidades muy diversas, dentro de un marco general, al cual hemos caracterizado como seguros voluntarios: Entidades que brindan cobertura integral, con prestadores propios o contratados, en instalaciones propias o no y otras que reducen la cobertura a determinadas prestaciones –como

las empresas de emergencias médicas domiciliarias- están incluidas dentro de las llamadas EMP.

La cobertura, a su vez, adopta algunas características de los seguros, como la exclusión de la cobertura de las patologías previas al contrato (preexistencias) y los tiempos de espera (carencias) para gozar de determinadas prestaciones.

Dada la lógica con la que el sector ha surgido y crecido, resulta razonable que se haya dado esta situación, dado que se han articulado respuestas para cada nicho de mercado.

En la actualidad, se reconocen idealmente los siguientes tipos de estructura: Empresas que funcionan como administradores financieros de los asegurados, privilegiando las funciones de compra de servicios; empresas que integran en forma vertical la cadena de suministro de los servicios, integrando la función de prestación y, más recientemente, entidades administradoras de obras sociales, o de redes de prestadores.

Es en el sistema de EMP, donde se dan en la forma más pura, dentro del sistema de salud, las características distintivas de un mercado. La competencia dentro del sector ha llevado a las EMP a desarrollar importantes sistemas de gestión y administración.

La calidad de estos servicios no sólo ha sido reconocida por los usuarios sino también por muchas obras sociales que han delegado la gestión de sus sistemas de atención en EMP.

A partir del segundo lustro de la década del noventa, comienzan a dictarse normas que promueven la integración del sistema de salud. A través de la ley 24.754 (diciembre de 1996) se establece que las EMP deberán cubrir las mismas prestaciones médico asistenciales que las obras sociales. Esta ley, de un solo artículo<sup>14</sup>, marca el punto de ruptura en lo que habían sido hasta el momento los contratos entre las EMP y sus socios.

En efecto, la ley interviene sobre contratos voluntarios celebrados privadamente, modificando la parte más sustancial de ellos: la cobertura, cuyas características comentamos más arriba. Podemos afirmar que luego de la promulgación de la ley, el subsistema privado pasa de tener un carácter suplementario en el sistema público de salud al de complementar a los subsistemas estatal y de obras sociales.

Más allá de las consecuencias que implican para las EMP las variaciones en las prestaciones a brindar, con costos no previstos que influyen en los precios de los contratos y por lo tanto en su mercado; se produce un cambio fundamental: su incorporación como agentes de salud pública.

---

<sup>14</sup> El artículo referido dice: "**ARTICULO 1º**- A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley , las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo , en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias " dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones.

En efecto, hasta la sanción de la ley, a pesar de existir ciertas formas de solidaridad<sup>15</sup>, las EMP se comprometían con cada individuo a otorgar la cobertura contratada, más allá de la cual quedaba el Estado como último garante.

La ley obliga a las EMP a cubrir en forma integral a sus asociados, no habiendo prácticamente ninguna exclusión. Con ello, transforma a estos agentes, si no en garantes últimos, sí en los responsables de hecho de la salud de sus socios.

Desde la proclamación de la ley 24.754, las EMP están alcanzadas por las normas que regularon a las obras sociales enunciadas *supra*, en lo referido a la cobertura médico-asistencial.

En enero de 2000, en contradicción con las normas que transforman de hecho a las EMP en agentes de salud pública, la actividad es gravada con el Impuesto al Valor Agregado (IVA). En general, las empresas trasladaron a las primas de los seguros el monto de este impuesto.

Respecto de su relación contractual con los clientes, ante la falta de regulación específica, la actividad está afectada por la Ley de Defensa del Consumidor (24.240), lo cual no satisface a las empresas del sector por no contemplar sus particularidades. Dado este vacío, en muchas ocasiones es el poder judicial, el que a través de fallos y recursos de amparo ha resuelto los conflictos planteados entre las empresas y los usuarios.

Con este marco, muchas EMP encontraron oportunidades de ampliar su cartera de clientes a través de convenios con las obras sociales para administrar las prestaciones, aprovechando los ingresos de la seguridad social. En este sentido, esta ha sido una faceta positiva de las leyes de "desregulación", que han permitido unificar los aportes de cada familia en un mismo asegurador, evitando las situaciones de doble cobertura.

---

<sup>15</sup> Solidaridad horizontal: trato igual para los iguales, es decir, los que pagan por el mismo seguro.

## **Situación actual**

Luego de esta reseña, podemos describir la situación organizativa en la que se encuentra el sistema de salud en Argentina, con la comprensión necesaria de su lógica de conformación.

Las principales críticas que recibe de parte de los analistas se refieren a su ineficacia, su ineficiencia y su inequidad. El desarrollo que hemos hecho, nos permite por lo menos relativizar estas apreciaciones.

Desde lo que hemos expuesto, si hemos de extraer alguna conclusión respecto de la organización de los sistemas de atención médica, es su carácter profundamente desarticulado, producto de sus propias características de desarrollo, donde la característica han sido las oscilantes políticas adoptadas, cuando no la lisa y llana falta de ellas.

Además, a las discordancias entre los subsistemas ya descriptas, se agrega el hecho de que todo el marco jurídico que hemos comentado regula la actividad en el orden nacional, no lo hace con las jurisdicciones provinciales, que mantienen su propia legislación, y brindan servicios acordes a sus perspectivas y posibilidades.

En sentido lógico, esta falta de articulación aparece como fuerte fundamento a las críticas, pero si el análisis se detiene allí, se contribuye muy poco a comprender el problema.

Entendemos que en la Argentina no existe un único sistema de salud, sino varios y, según hemos planteado, en muchos aspectos no se trata de sistemas de salud sino sólo de sistemas de atención médica. Esta heterogeneidad también se da en los aspectos demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos.

Tomando en cuenta esta perspectiva, es posible comparar los resultados obtenidos por cada uno de los sistemas y realizar un adecuado análisis para realizar las reformas necesarias para mejorar los resultados globales, si es que ello es lo que se desea.

En primer lugar, es necesario tener en cuenta los principios y valores que guían a cada sistema, sólo en función de ellos se podrán evaluar los parámetros de eficacia (como capacidad de alcanzar los resultados buscados), eficiencia (como la relación existente entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados) y equidad<sup>16</sup> (como principio de justicia en la distribución de lo producido).

Por ejemplo, no es razonable exigir a ningún sistema resultados sobre objetivos que no han sido perseguidos ni formulados. No ayuda a resolver ninguna cuestión afirmar que el gasto en salud del país es ineficiente (comparado con otros países) cuando se relaciona la mortalidad infantil con el porcentaje del PBI (Producto Bruto Interno) atribuido al gasto en salud, cuando gran parte de ese gasto

---

<sup>16</sup> Evitaremos, dado los alcances de esta obra, abordar en profundidad el problema de la equidad, dado lo complejo del concepto. No obstante, entendemos que su abordaje es de capital importancia para la definición de las políticas de salud, y dentro de un marco más amplio, para las políticas de desarrollo social.

es generado en prestaciones brindadas al sector privado; que no es responsable por administrar esos recursos para el objetivo de reducir la mortalidad infantil.

En la actualidad, el sistema de atención de la salud en Argentina, presenta una estructura mixta, a saber:

- **Sector estatal:** en teoría brinda cobertura a toda la población, aunque mayoritariamente los servicios son brindados a la población sin seguro (sin cobertura de Obras Sociales o Medicina Prepaga), esto involucra alrededor de 14.210.000 personas, el equivalente al 39% de la población.

La gestión del sistema estatal está fuertemente descentralizada en los niveles provinciales y municipales. Sólo algunos hospitales y programas permanecen bajo la rectoría del Ministerio nacional de Salud.

La provisión de los servicios se realiza exclusivamente a través de prestadores estatales. El modelo organizativo es el obligatorio integrado, con subsidio a la oferta.

El sector estatal gastó en 2000, 5.560 millones de pesos, el equivalente al 23% del gasto en salud.

- **Sector de la Seguridad Social:** está compuesto por las Obras Sociales Nacionales (OSN), por las Obras Sociales Provinciales (OSP) y por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) –PAMI-. En este sector están asegurados los trabajadores (activos y pasivos) formales; con financiamiento a través de aportes y contribuciones de empleados y empleadores.

En la actualidad existen 280 OSN, 24 OSP, y el PAMI.

En total, el sector asiste a 18.660.000 personas: 10.500.000 en las OSN, 5.100.000 en las OSP y 3.060.000 en el PAMI

La provisión de los servicios se realiza en general a través de prestadores privados bajo el modelo de contrato. Sin embargo, también la población es asistida por el sistema estatal. Históricamente, ha sido muy difícil para la administración estatal recuperar los montos gastados por los afiliados a las obras sociales, por lo que esta forma de atención ha constituido un subsidio cruzado a las obras sociales; en la actualidad, han mejorado los mecanismos de control y de gestión de cobranzas y los hospitales están en mejores condiciones de recuperar sus costos.

En 2000, el sector ha gastado 8.243 millones de pesos (3.861 millones las OSN, 2.112 millones las OSP y 2.270 el PAMI), el 34% del gasto en salud.

- **Sector Privado:** está compuesto por Empresas de Medicina Prepaga (EMP) y Mutuales. El sector atiende a 3.280.000 personas con contratos voluntarios –individuales o corporativos-. No se conoce exactamente cuántas entidades funcionan en la actualidad; alrededor de 70 están representadas en las tres cámaras (Ademp, Cimara y Acami).



La provisión de los servicios es privada, organizada a través del modelo de contrato voluntario y en algunos casos integrado.

En 2000, los seguros privados gastaron por 3.117 millones de pesos, lo que equivale al 13% del gasto.

Para resumir, observemos el siguiente cuadro:

	Sector Obras Sociales			Sector Estatal	Sector Privado
	Obras Sociales Nacionales	INSSJP (Pami)	Obras Sociales Provinciales		
Población cubierta	Empleados formales, inicialmente por rama de actividad, actualmente con posibilidad de elección	Pensionados y jubilados, con opción a permanecer en su OSN de origen	Empleados públicos provinciales (activos o pasivos), sin opción de cambio + afiliados	Población no cubierta por otros seguros.	Asociados voluntarios.
Nº de beneficiarios (con máx y min según provincia)	10.500.000 29 % (8% - 54%)	3.060.000 9 % (3% - 14%)	5.100.000 14% (7% - 51%)	14.210.000 39%	3.280.000 9 %
Nº de Entidades	280	1 delegación por provincia	24 (1 en cada provincia)		70 entidades nucleadas en 3 Cámaras + un nro estimado entre 140 y 300: el nro. De mutuales es incierto.
Financiamiento	Empleados 3%, Empleadores 6% + copagos	Empleados 3%, Empleadores 2% + beneficiarios 3% a 6% + aportes del tesoro nacional + copagos	Según provincia: empleados 3% a 5 %; Empleadores 4% a 6% + copagos	Fondos provinciales + fondos nacionales coparticipables + programas nacionales	Pago directo de los beneficiarios (con copagos y deducibles)
Gasto mensual promedio en 2000 (máx. y min. por provincia)	\$ 29 por beneficiario (\$ 13 - \$ 47)	\$ 52 por beneficiario (\$ 55 - \$ 81)	\$ 33 por beneficiario (\$ 15 - \$ 29)	\$ 22 por cápita*	\$ 68 por beneficiario
Gasto anual en 2000 (con porcentaje sobre el total del sector)	\$ 3.861 mill. (16%)	\$ 2.270 mill. (9%)	\$ 2.112 (9%)	\$ 5.560 mill. (23%); Min Nacional \$ 805 mill. (3%), Min Provinciales \$ 3.913 (16%) y Municipios \$ 842 mill. (3%)	\$ 3.117 mill. (13 %)
Cobertura teórica	Programa Médico Obligatorio (PMO) como mínimo	Mayor que el PMO	Indefinida	Indefinida	PMO, como mínimo
Provisión de servicios	Prestadores públicos y privados	Prestadores públicos y privados	Mix de prestadores públicos y privados	Hospitales estatales, nacionales, provinciales y municipales	Entidades propias + contratos privados + prestadores públicos
Regulación	Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	Bajo SSS, pero con baja efectividad	Regulación propia, sin control externo	Sin control externo	Sin control externo específico

Nota: el "gasto público por cápita" se estima como: el gasto nacional (incluyendo los niveles provincial y municipal) menos el gasto de la provisión de bienes públicos, dividido por la cantidad de población no asegurada.

Fuente: Banco Mundial, Report N° 26144-AR, "Argentina, The Health Sector in Argentina: current situation and options for improvement." Julio 2003. Con datos de: SSS, Ministerio de Salud. CEDI

(2002) para la cobertura de OSN, OSP y PAMI por provincia. Indec para el Censo Nacional de Población (2001), Tobar, F. Para gasto en salud por asegurador/subsector. PIA-Isalud, "Gasto en Salud en Argentina", Tobar, F. 2002.

La información mostrada da cuenta de la heterogeneidad entre los sistemas de salud de la Argentina, los fundamentos de estas diferencias no se encuentran en los distintos perfiles epidemiológicos de cada población; en cambio, sí se hallan relacionadas con la capacidad de pago de los usuarios, como hemos señalado en el desarrollo histórico precedente.

Otro rasgo saliente del sistema de salud argentino es el alto financiamiento por medio de desembolsos directos de parte de los usuarios. Las fuentes citadas atribuyen un 30% del gasto total en 2000, 7.273 millones de pesos, al "gasto de bolsillo", excluidos de este monto las primas de los seguros privados.

La crisis de finales de 2001, pone en evidencia varias cuestiones respecto del sistema de salud:

En primer lugar, confirma la relativa importancia de los sistemas de atención en el estado de salud de la población. En efecto, a pesar de que la caída en los ingresos de la población ha sido acentuada, con la consecuente pérdida de los sistemas de aseguramiento y merma en los gastos de bolsillo, esto no ha empeorado en forma proporcional los indicadores de salud de la población<sup>17</sup>. Sin embargo, el retroceso económico y el aumento de la pobreza puestos de manifiesto en las últimas dos décadas y agravado por la última crisis hacen que peligren los logros obtenidos en años anteriores en términos de salud pública.

En segundo lugar, observamos que la pérdida de los sistemas de aseguramiento afectó en mayor medida a la población pobre<sup>18</sup>, como vemos:

**Cambios en la cobertura entre octubre de 2001 y junio de 2002.**  
En puntos porcentuales

	No Pobre	Pobre
Sólo Obra Social Sindical	-0.9	-3.2
Sólo otras O. S. (incl. PAMI)	0.7	-0.3
Sólo Mutual, prepago, etc.	-0.6	-0.9
Doble cobertura	-2.3	-1.3
Sólo Hospital Público	3.0	5.7

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002.

En tercer lugar, se reflejan mayores barreras de acceso a los servicios de salud, más importantes para la población con ingresos menores:

<sup>17</sup> Situación de Salud en Argentina, 2003. Ministerio de Salud de la Nación. [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar), [www.direpi.vigia.org.ar](http://www.direpi.vigia.org.ar), [www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar).

<sup>18</sup> Se calculó la tasa de pobreza en base a ingresos utilizando las líneas de pobreza regionales oficiales del INDEC.

**Porcentaje de acceso a medicamentos, consultas y estudios**

Sobre el total de hogares que lo necesitaron	Quintil de Ingresos					Total
	1	2	3	4	5	
No pudieron comprar los medicamentos que necesitaron	61	45	37	30	20	38
No pudieron hacerse atender con el médico las veces que lo necesitaron	39	34	27	22	13	27
No pudieron hacerse todos los estudios que le indicaron	52	43	29	26	16	33

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002.

Según el estudio realizado por el Banco Mundial<sup>19</sup> el principal motivo de no acceso a los servicios de salud es la falta de dinero para comprar medicamentos o los copagos de las consultas médicas, seguido por la pérdida del aseguramiento y luego por dificultades propias de la gestión de los servicios (tiempos de espera, dificultades para conseguir turnos, etc.)

<sup>19</sup> Uribe, Juan Carlos; Schwab, Nicole. El sector salud argentino en medio de la crisis. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay –Documento de Trabajo N° 2/02.

## Los Caminos de las Reformas

A partir de los años noventa, los sistemas de salud han sido especialmente observados, por un interés inicial por su impacto en el gasto social. Tanto en países donde predomina el modelo liberal como en aquellos con sistemas de seguros públicos se iniciaron reformas en dirección a establecer modelos de gestión consecuentes con las demandas<sup>20</sup> de la sociedad.

Las reformas presentan algunas soluciones pragmáticas sobre los modelos vigentes: los países más liberales, cuyo paradigma es Estados Unidos, reforzaron en parte su sector estatal para atender a las poblaciones más desprotegidas; en Europa, donde predominan los seguros públicos y los sistemas de seguridad social se han ido incorporando medidas que fomentan la competencia de mercado.

Parece apreciarse una tendencia clara en la preferencia por sistemas de seguro en poblaciones con mayores ingresos, favoreciendo la competencia, mientras que resultan más efectivos los seguros universales, más concentrados, en los grupos menos favorecidos. Dada esta condición, los países han incorporado reformas que se adecuan a su particular realidad social.

A pesar de las diferencias existentes entre cada uno de los países, las reformas han apuntado a mejorar la gestión de los sistemas, en sus distintos planos<sup>21</sup>:

- la *macrogestión*, a través de la formulación de valores y principios que gobiernan los sistemas;
- la *mesogestión*, por medio la reorganización de la intermediación entre las funciones de financiamiento y provisión de servicios y,
- la *microgestión* conciliando la conducta de los prestadores de servicios con los recursos disponibles.

Como vemos, la diversidad de los problemas que afronta cada país requiere de soluciones particulares, de modo que las reformas no pueden estandarizarse.

Cuando más arriba analizamos el proceso de desarrollo del sistema de salud argentino observamos cómo este estuvo relacionado con los procesos políticos y económicos de cada época. Las reformas de la década pasada se inclinaron a lograr la eficiencia en el gasto a través de la introducción de medidas que favorecían la competencia. La crisis de finales de 2001 produjo un cuestionamiento de estos principios. Las medidas adoptadas luego se encaminaron a resolver las consecuencias más graves de la crisis, como la pérdida de cobertura derivada de la caída de los ingresos. Las acciones se encaminaron a atender a la población más desprotegida. (Por ej. la provisión de medicamentos en forma gratuita a la población carenciada -Programa Remediar-).

---

<sup>20</sup> Utilizamos este término en sentido amplio, es decir, como deseo expresado; no obstante, se produce muchas veces en los actores sociales el equívoco respecto del uso restringido en el sentido económico de demanda: al deseo deben agregarse la predisposición a adquirir el bien y la capacidad de hacerlo.

<sup>21</sup> La clasificación pertenece a Vicente Ortún Rubio. En: Ortún Rubio, V., Meneu, R. (ed.) Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Barcelona. Asociación de Economía de la Salud.1996

Aún queda pendiente el debate acerca del futuro del sistema de salud, que no debe alejarse del marco del desarrollo intersectorial del que forma parte.

En el campo específico, las lecciones aprendidas nos permiten presumir que deberán tomarse medidas a favor de la integración de los sectores, manteniendo sus principales características. Estimamos que se tenderá a la universalización del sistema, bajo el establecimiento de coberturas mínimas brindadas por el sector estatal, a la que se sumaría un seguro universal para la atención de enfermedades de alto costo y baja incidencia.

Un capítulo que genera controversia es el modelo de financiamiento de los seguros obligatorios. El carácter procíclico de la recaudación de las obras sociales provoca dudas acerca de la sustentabilidad del modelo de financiamiento ligado a aportes y contribuciones sobre el salario.

Es esperable que se mantenga regulada la canasta de prestaciones que los aseguradores deberán cubrir; esto contribuirá a la transparencia del mercado. La dificultad que entraña se debe a la diferencia de recursos disponibles para cada agente para poder cumplir con el menú de prestaciones. El Fondo Solidario de Redistribución con que cuentan las obras sociales fue creado con el propósito de compensar estos desfasajes, pero en la práctica el mecanismo no alcanzó los resultados esperados; la función del fondo parece estar más destinada, en el futuro, a cubrir prestaciones de alto costo.

Es muy probable que finalmente se regule específicamente la medicina prepaga, presumiblemente se legislará sobre el contenido de los contratos, la canasta de prestaciones y la solvencia financiera mínima requerida para funcionar. Dentro de este marco, es posible que se replanteen los límites de la cobertura, para evitar que el aumento de los costos de las entidades expulse a usuarios del sector, recargando las exigencias sobre el sector estatal.

En resumen, cabe esperar que el Estado asuma la responsabilidad por la rectoría del sistema de salud, como garante final, pero que deje a los otros subsectores la libertad para operar de acuerdo con ciertas exigencias. Algunos programas, como los de inmunizaciones, permanecerán en la órbita estatal, como la administración de los hospitales públicos –aunque se intentará profundizar los mecanismos de autogestión-.

Con estas características, el sistema de salud se orienta hacia una cobertura universal, asegurando un piso de equidad para toda la población, pero respetando las históricas diferencias entre las distintas categorías de usuarios y prestadores.

Las reformas que deben producirse necesitarán contar con el consenso de todos los actores y requerirán de una implementación gradual que interprete la complejidad sistémica del problema.

Los destinos de las reformas realizadas en el pasado cercano nos hacen vacilar al tratar de responder sobre el futuro.

## SEGUNDA PARTE: Microeconomía de la salud.

Con la intención de comprender el marco que condiciona la actividad de las EMP, en la primera parte examinamos la construcción del concepto de salud y la configuración de los sistemas de atención. Necesitamos completar esta intelección con el funcionamiento de la economía en el campo particular de la salud.

En esta sección profundizaremos en los mecanismos de producción, distribución y consumo de bienes y servicios relacionados con la salud y más específicamente, de bienes y servicios relacionados con la atención sanitaria.

¿Una economía de la salud?

La salud no es un bien en el sentido económico del término, es decir, una mercancía; sino un estado de un individuo, intransferible, caracterizado por su inestabilidad y condicionado por el devenir propio de la vida. Sin embargo, el estado de salud está asociado a la posibilidad de acceder al consumo ciertos bienes.

Por ello, como otras disciplinas sociales, la economía aporta sus conocimientos al campo de la salud, especialmente en lo relacionado al funcionamiento del mercado de servicios sanitarios. Pero, ¿sólo debe limitarse a ellos?

Hemos analizado cómo el desarrollo socioeconómico de las sociedades incide en forma directa sobre el estado de salud de la población; y observamos que estas condiciones externas a los sistemas de salud tienen mayor preponderancia en los procesos de salud-enfermedad que estos.

A pesar de esta evidencia, es habitual que tanto el imaginario social como la contabilidad del estado atribuyan a los servicios sanitarios el gasto destinado al cuidado de la salud, principalmente por tratarse de gastos directos.

Pero además de la injerencia que la economía puede tener en el aspecto positivo en el sector, también existe un interés normativo: la salud no es sólo consecuencia del desarrollo, también es una de las causas de él. No hay posibilidad de desarrollo en una sociedad no saludable.

En este punto parece haber un generalizado acuerdo. Sin embargo, aparecen las controversias cuando se debe decidir cuáles son los caminos para alcanzar la salud de la población; hasta dónde la salud es un derecho o una responsabilidad de los individuos.

Si se define que el desarrollo de una sociedad está relacionado con su capacidad de producir y consumir bienes y servicios, ¿Qué bienes <sup>22</sup> deberán producirse para alcanzar un grado razonable de salud?

Una buena alimentación, un medio ambiente limpio, condiciones urbanas como sistemas cloacales y de agua potable adecuados, una buena educación y em-

---

<sup>22</sup> Utilizaremos indistintamente el término bienes para referirnos a bienes y servicios en forma general.

pleos dignos complementados con un eficaz sistema de atención sanitaria dan por resultado un buen estado de salud de la población.

Todos aquellos bienes son provistos con una eficiencia razonable por el mercado, con sus mecanismos habituales de asignación, en algunos casos mediante alguna intervención del estado, y no ameritan una rama específica de la economía que explique su funcionamiento.

Pero, en el caso de los servicios sanitarios, las fallas que presentan los mecanismos de mercado promovieron la emergencia de una rama particular de la economía: la economía de la salud.

## **Particularidades del mercado de servicios sanitarios**

Para comprender las singularidades que presenta el mercado de servicios sanitarios deberemos examinar las características del funcionamiento normal de los mercados.

En primer lugar, digamos que la economía es la disciplina que se ocupa de cómo la sociedad asigna los recursos limitados de los que dispone. Para ello, deben responderse tres preguntas básicas: Qué se va a producir, cómo va a producirse y, quién recibirá lo producido.

En economías no dirigidas tales asignaciones las realiza el mercado, entendido como la institución donde compradores y vendedores realizan voluntariamente sus intercambios.

Los mecanismos de mercado, a través de la soberanía de los consumidores y la libertad de los productores para producir lo que desean, aseguran –en teoría- la forma más eficiente de utilizar los recursos, y el criterio de eficiencia se asimila al de mayor bienestar posible de la sociedad. Pero para que esto ocurra deben darse determinadas condiciones, a saber:

- las empresas participantes son pequeñas en relación al tamaño de la industria en la que participan, por lo tanto, ninguna posee la capacidad de controlar los precios,
- los productos que ofrecen no se distinguen de los de sus competidores,
- vendedores y compradores poseen una correcta información acerca de la calidad de los productos y de los precios disponibles,
- los precios de los productos son determinados por las fuerzas del mercado y prácticamente no son afectados por las decisiones de ninguna empresa en particular y,
- la entrada y la salida en el mercado son relativamente fáciles.

En estas condiciones, productores y consumidores manifiestan sus preferencias a través del precio, que refleja exactamente el costo de oportunidad<sup>23</sup> de cada bien.

Estas características definen a los mercados de competencia perfecta<sup>24</sup>. Salvo por algunos bienes (vg. *comodities*), estas condiciones no se cumplen en los mercados "reales", pero el modelo resulta útil para explicar el funcionamiento de la economía.

A pesar de algunas imperfecciones, los mecanismos de mercado resultan adecuados para determinar el intercambio de muchísimos productos, pero en algunas ocasiones no resulta así, en estos casos, los autores se refieren a estas circunstancias como *fallas de mercado*<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> El costo de oportunidad es aquello a lo que se renuncia cuando se elige por determinada opción.

<sup>24</sup> En este caso, "perfecta" no se refiere a una virtud, sino a competencia total o completa.

<sup>25</sup> Nuevamente, "fallas" no alude a una virtud sino a desviaciones respecto del modelo. La aclaración no nos parece menor, dada la cantidad de opiniones a favor de la intervención estatal en los mercados para corregir las "desviaciones" que el mercado produce.



Para nuestro análisis, hemos de abocarnos a las imperfecciones que presenta el mercado de la salud.

Los expertos coinciden en señalar nueve tipos de fallas en el mercado de prestaciones médicas, dos de ellas de tipo normativo y siete de tipo positivo:

1. Problemas de equidad.
2. Existencia de bienes tutelares.
  
3. Incertidumbre.
4. Productos diferenciados.
5. Información asimétrica.
6. Presencia de bienes públicos.
7. Externalidades.
8. Rendimientos crecientes.
9. Mercados incompletos.
10. Insuficiencia de la racionalidad individual.
11. Importantes barreras de entrada.

1. Suelen atribuirse problemas de *equidad* al modelo de funcionamiento de mercado, ya que el mercado es capaz de garantizar la eficiencia pero no la justicia en la distribución de los bienes. Ahora bien, la justicia distributiva no es un aspecto positivo de la economía sino normativo, y su alcance varía de una sociedad a otra.

No obstante, existe equivalencia entre eficiencia y bienestar (en sentido económico); siguiendo esta línea de pensamiento, la sociedad alcanzaría su máximo bienestar cuando no existe ninguna asignación de recursos que mejore la situación de una persona sin empeorar la de otra<sup>26</sup>.

Esta situación es corolario del desempeño de la economía en un mercado perfectamente competitivo. El interés por el estudio de estas particulares condiciones radica en la capacidad explicativa de la eficiencia económica y sus consecuencias.

Existen entre los economistas marcadas controversias en torno al debate sobre el equilibrio económico, que por razones de alcance de esta obra no hemos de tratar; sin embargo, en relación a las ideas de bienestar y eficiencia que comentaremos, conviene introducir algunos conceptos:

Continuando la idea de la optimalidad de Pareto, Kenneth Arrow (1981)<sup>27</sup> formula los siguientes teoremas:

Primer Teorema de Optimalidad: "si existe un equilibrio competitivo y si todos los bienes y servicios que entran como variables en las funciones de coste o de utilidad reciben, efectivamente, un precio en el mercado, este equilibrio es óptimo".

A pesar de este equilibrio, hay muchas situaciones en las que se desea cambiar la asignación de los recursos, por ejemplo si los beneficios para un número gran-

---

<sup>26</sup> Esta situación se conoce como Optimalidad de Pareto.

<sup>27</sup> Arrow, Kenneth. La incertidumbre y el análisis del bienestar en las prestaciones médicas. Información comercial española. Nº 574. Madrid. Junio 1981. Pags 47-48.

de de personas no alcanzan a ser neutralizados por los perjuicios sufridos por otras. De todos modos se alcanzaría un nuevo equilibrio competitivo que refleje la nueva situación. De esto se desprende que existen múltiples situaciones que pueden calificarse como óptimas en el sentido utilizado aquí.

Ahora bien, el equilibrio alcanzado depende en buena medida de la distribución inicial de la riqueza, es decir, de la distribución de la propiedad sobre activos materiales y talentos que el mercado remunera, en consecuencia, cualquier cambio en la distribución de la riqueza será correspondido con una nueva asignación de recursos que restablezca el equilibrio.

Por ejemplo, en el mercado de servicios médicos, cualquier transferencia de poder de compra de los sanos a los enfermos estimulará la demanda de servicios, lo que se traducirá, en el corto plazo, a un aumento en el precio de los servicios y a largo plazo en un aumento de la cantidad ofrecida.

Con estas consideraciones, Arrow formula el Segundo Teorema de Optimalidad: "si la producción no exhibe rendimientos crecientes y si se satisfacen ciertas condiciones de orden secundario, todo estado óptimo es un equilibrio competitivo correspondiente a una determinada distribución inicial de la riqueza."

En consecuencia, cualquier situación óptima que se desee, podrá alcanzarse mediante una política de redistribución.

Corrientemente, los gobiernos realizan esta redistribución a través de impuestos y subvenciones. Comprender los efectos de estos mecanismos nos permiten explicar el comportamiento de los mercados de servicios sanitarios descriptos, por ejemplo, en la primera parte.

En salud, la equidad en tanto justicia distributiva presenta tres dimensiones: equidad en cuanto al nivel de salud, equidad respecto de los tratamientos recibidos, es decir, igual tratamiento para igual enfermedad y equidad con respecto a la accesibilidad a los servicios.

2. La otra falla de tipo normativo que aparece en el campo de la salud es la presencia de *bienes tutelares o meritorios*: son aquellos bienes cuyo consumo es considerado deseable por la sociedad y son suministrados por el estado en cantidades superiores a los niveles elegidos por los individuos en el mercado.

3. Entre las fallas de tipo positivo, tal vez la más particular en salud y la que más nos interesa destacar, es la *incertidumbre*, referida a dos aspectos: en primer lugar, en una buena medida (aunque en las últimas décadas se ha reducido en forma considerable) la aparición de la enfermedad es azarosa. Debido a este factor aparecen las diversas formas de aseguramiento cuya taxonomía realizamos más arriba; como vimos, los tipos de respuesta a esta falla no están exentas de problemas de selección adversa, riesgo moral, selección de riesgos e inequidad.

También existe incertidumbre respecto de la efectividad de las intervenciones, que se extiende tanto a los diagnósticos como a los tratamientos, con las opciones entre un tratamiento u otro e inclusive la opción de no efectuar ninguno. La respuesta institucional a este tipo de incertidumbre ha sido la regulación de la

práctica médica, sea a través del estado o del mismo grupo de profesionales; de uno u otro modo, se ha generado con ello un monopolio en torno a la actividad.

En los últimos años, diversos agentes (gobierno, profesionales, aseguradores) han intentado establecer guías diagnósticas y de tratamiento bajo el criterio de Medicina Basada en la Evidencia, con el fin de estandarizar los procedimientos y reducir la incertidumbre.

4. Los productos –léase bienes y servicios- de salud muestran características tan singulares que difícilmente puedan ser equivalentes a otros bienes. En primer lugar, señalemos que existen dos modos de considerar los productos:

- cuando los pacientes demandan atención médica, lo hacen con el objeto de restablecer su estado de salud, en este sentido, el producto tiene que ver con el resultado obtenido; por otro lado,
- las intervenciones realizadas constituyen productos en sí mismos (de hecho, la retribución a los prestadores se basa, en muchos casos, en los procedimientos realizados, sin considerar los resultados).

En términos industriales llamaremos “outcome” al resultado en salud y “output” al producto de un procedimiento (una radiografía, por ejemplo, es un producto de este tipo).

En ambos casos, el producto final no puede separarse del proceso de producción, dado que el propio paciente forma parte sustancial del proceso.

Todo esto pone de manifiesto la heterogeneidad de los bienes sanitarios, y como consecuencia, la dificultad que aporta este aspecto para la creación de mercados competitivos.

5. Otra falla, en buena parte derivada de la anterior, es la *información asimétrica*. Recordemos que una de las condiciones de los mercados competitivos es la adecuada información de compradores y vendedores respecto de calidad y precio de los bienes. En salud, la brecha entre el conocimiento de los profesionales y el de los pacientes es amplia.

Ante la objeción de que en realidad en muy pocos casos los consumidores poseen cabal conocimiento de los productos que adquieren señalemos que, si bien esto es cierto, la mayoría de las veces no es necesario conocer las características de un producto para conocer su utilidad; por ejemplo, un aparato de televisión es un artículo complejo, pero no es necesario conocer cómo está fabricado para conocer cómo manipularlo y obtener la utilidad esperada.

Si se considera, a su vez, la información como un bien –de hecho muchas personas invierten en su educación- que resolvería esta falla, volvemos a encontrarnos con un problema de equidad respecto de la educación, más allá de la inviabilidad de que todos los sujetos posean completa información sobre todos los aspectos. Sin embargo, la respuesta a este problema se remite, en algunos casos, a la regulación por parte de algún otro agente que, de este modo, asegura reducir la brecha informativa. Un ejemplo de esta acción es la regulación en el mercado de los medicamentos, donde los gobiernos establecen qué productos son apropiados para el consumo.

En consecuencia, los consumidores resuelven su falta de información con la suministrada por terceros, esta situación se denomina *relación de agencia*. Los terceros pueden brindar información completa y en este caso actuar como agentes perfectos, resolviendo la falla de mercado; pero otras veces esto no sucede y el agente considera sus propios beneficios, además de los del consumidor.

En el mercado de servicios sanitarios se dan dos situaciones: *la asimetría de información entre el médico y el paciente*, resuelta de dos modos; el primero y primordial es la relación de agencia del mismo médico –razones culturales e históricas establecen esta situación–, y otro, más actual y de escasa relevancia práctica<sup>28</sup>, la contratación de un seguro. En el primer caso, desde el punto de vista económico, se produciría la anulación de los mecanismos de mercado, al ser sustituida la soberanía del consumidor por el interés propio del vendedor. La acción de terceros, como los seguros, resuelve en parte esta falla, aunque, como hemos visto, promueve la aparición de otras (riesgo moral, selección adversa, etc.).

También existe asimetría de información entre los usuarios y los seguros. La información que poseen los asegurados sobre su propia salud, puede ser oculta al asegurador. Esta situación promueve las conocidas fallas de riesgo moral y selección adversa.

6. La sexta falla es la presencia de *bienes públicos*: estos son aquellos bienes que están disponibles para su consumo, sin importar si se paga o no por ellos. Para diferenciar estos tipos de bienes se utilizan dos criterios: exclusividad y rivalidad. El primero se refiere a la imposibilidad de impedir que lo utilice otra persona (Por ej. el servicio de defensa nacional o el cuidado de una plaza pública), y el segundo alude a que el consumo por parte de un individuo reduce el consumo de otro.

De acuerdo con estos atributos se distinguen los siguientes tipos de bienes:

Bienes privados: son, a la vez, excluibles y rivales. Ej. bienes de consumo en general (una heladera, un medicamento).

Bienes públicos: son no excluibles ni rivales. Ej saneamiento ambiental, policía.

Recursos comunes: aquellos no excluibles pero sí rivales. Ej. los peces en el mar.

Bienes destinados a monopolios naturales: son excluibles pero no rivales. Ej. servicios públicos como limpieza de calles, provisión de gas, etc.

Dada su característica de no exclusividad, los bienes públicos no son producidos por las empresas privadas, aún así, la sociedad decide que deben ser provistos.

De acuerdo con estos criterios, los servicios sanitarios son bienes privados, no obstante, las sociedades consideran que, al menos en un grado mínimo, ningún ser humano debe ser excluido de algunos servicios y debe asegurarse su provisión por parte del estado, son estos los bienes tutelares.

7.- Entre otras razones, los bienes públicos en salud, derivan de las *externidades*. Ellas aluden a los beneficios o perjuicios ocasionados a terceros a propósito del consumo o no de determinados bienes. La transmisión de enfermedades

---

<sup>28</sup> La sustitución del médico por los sistemas de auditoría de los agentes del seguro adolece de problemas en torno al prestigio y a la duda sobre la imparcialidad de estos, por lo que no aparecen como agentes perfectos en la consideración de los pacientes.

infecciosas, los hábitos de vida peligrosos o la imprudencia en el tránsito, son ejemplos de externalidades negativas. Las campañas de vacunación que previenen enfermedades transmisibles o la provisión de determinados bienes públicos promueven externalidades positivas (redes públicas de agua potable, cloacas, alumbrado público, etc.).

En general es el estado quien se ocupa de resolver los problemas producidos por externalidades negativas dada la dificultad de implementar soluciones privadas, aunque algunos defensores del liberalismo sostienen que esto es posible si se respetaran cabalmente los derechos de propiedad. Esto significaría que deberían ponerse en marcha mecanismos que internalicen los costos de las externalidades. Pero esto no suele observarse en la realidad, por su inviabilidad, considerada desde varios puntos de vista. Por ejemplo, si el dueño de una fábrica cuyos desechos contaminaran un río, para compensar esta falla, debiera resarcir a cada uno de los perjudicados por esa consecuencia, es muy probable que resultara inviable la producción de los bienes que la fábrica produce y que por otra parte la sociedad desea.

8- Existen *rendimientos crecientes* cuando hay economías de escala. Tales circunstancias pueden motivar y, hasta justificar, monopolios, lo cual atenta contra el estado de competencia perfecta, cuyo modelo analizamos. Por ejemplo, suele suceder que en determinadas zonas no se justifique la existencia de más de un proveedor, o que algunos tratamientos demanden la utilización de tecnologías muy costosas, y no serían posibles de implementar en producciones de baja escala.

9- Como hemos observado, en salud, existen al menos dos tipos de mercado: el de bienes y servicios sanitarios y el de seguros, derivado de la situación de incertidumbre. A pesar de esto, hay determinados tipos de riesgo para los cuales no hay mercado. Los seguros habitualmente indemnizan a sus beneficiarios en dinero o en especie pero estas retribuciones no van más allá de los gastos directos requeridos por las intervenciones, de modo que no existen seguros que contemplen otros costos indirectos sufridos por la enfermedad. Además, tampoco suele haber seguros para aquellas personas que han nacido con discapacidades cuyo tratamiento es costoso.

Este tipo de situación se denomina *mercados incompletos*, provocados por la no comerciabilidad de ciertos bienes, esto es, no existe un mercado donde estos se demanden y se ofrezcan por medio del pago de un precio.

El supuesto del modelo competitivo exige que todos los costos dentro de un mercado sean internalizados. En el caso de la salud, si bien los riesgos de los cuidados médicos encuentran la posibilidad de establecer un mercado, no todos los riesgos relacionados lo alcanzan: la incertidumbre ya mencionada como factor característico del mercado de la salud y la dificultad para establecer un sistema de precios para aquellos eventos no relacionados en forma directa con la enfermedad (por ej. el lucro cesante) fundamentan esta falla.

10- . Otro tipo de imperfección en los mercados de la salud es el referido a la *insuficiencia de la racionalidad individual* que, si bien no es exclusiva de este mercado, es de influencia relevante en la demanda de servicios sanitarios. Esta falla se refiere a que, a pesar de tomar decisiones aparentemente racionales

desde un punto de vista individual, muchas veces esas decisiones no son adecuadas ni para el individuo ni para la comunidad.

11- Las *barreras de entrada* son muy significativas en el mercado de los cuidados sanitarios. La entrada en la profesión médica está restringida por la necesidad de la autorización legal, lo que restringe la oferta. Por otra parte, también existe la prohibición para ejercer la práctica a otras profesiones que ofrecen servicios sustitutos. Ambas restricciones monopolizan el ejercicio profesional, alejando al mercado de la salud de los beneficios del modelo de competencia perfecta.

Todas estas fallas muestran la inadecuación del mercado como institución capaz de resolver las necesidades de salud; no obstante, en muchas ocasiones demuestra ser la mejor disponible.

Ante las fallas del mercado, hay quienes postulan que el estado debe hacerse cargo de la totalidad de bienes de salud, mientras que otros sostienen que se justifica la intervención del estado para corregir las fallas de mercado. Sin embargo, la intervención estatal no resuelve todos los problemas y, en algunos casos, los agrava, ya que también se producen fallas en la organización estatal de la actividad.

Habiendo examinado las fallas que presenta el modelo competitivo en el mercado de la salud, observaremos cómo, de acuerdo con estas circunstancias, se configuran las funciones de demanda y oferta.

### **La función de la demanda en los servicios de salud.**

La demanda de salud se configura de acuerdo con aspectos epidemiológicos, socioculturales y económicos. Dentro del marco de nuestro problema, enfocaremos nuestra atención en los fundamentos económicos, pero integrando, en lo posible, las otras perspectivas.

Desde el punto de vista económico, la demanda de salud ha sido analizada desde distintas perspectivas. Partiendo del modelo neoclásico tradicional, hacia modelos que integran las particulares fallas del mercado de la salud.

Para sintetizar el problema digamos que el modelo tradicional considera a la salud básicamente como un bien de consumo. La demanda de salud deriva en demanda servicios sanitarios, más específicamente en bienes y servicios privados; además, como hemos visto, a causa de la incertidumbre, también deriva en demanda de seguros.

La demanda de cualquier bien privado es función de:

- El precio del bien en cuestión.
- El ingreso familiar disponible.
- La riqueza acumulada.
- El precio de los otros bienes disponibles.
- Los gustos y preferencias.
- Las expectativas en cuanto al ingreso, la riqueza y los bienes en el futuro.

La relación entre los diferentes precios y las cantidades demandadas de un bien, si todos los demás elementos permanecen constantes<sup>29</sup> (*ceteris paribus*), es una relación negativa: a medida que aumenta el precio, la cantidad demandada disminuye. Este comportamiento fue descrito en 1890 por Alfred Marshall y se conoce como *ley de la demanda*.

Respecto de bienes asistenciales, a primera vista, no parece apropiado concluir que su consumo depende de los precios. Si bien puede intuirse que la ley de la demanda se aplica al consumo de hamburguesas o entradas de cine, no es fácil trasladar este supuesto al consumo de colonoscopías. De acuerdo con este criterio, digamos que las cantidades demandadas de los bienes de salud deberemos analizarlas por su consumo efectivo, y que no dependen del precio de los bienes.

¿Si no dependen del precio, de qué dependen?

Así como en la economía de mercado el objetivo de las empresas es maximizar sus beneficios económicos (esto es, vender sus productos a un precio mayor o igual a su costo marginal), el objetivo de los consumidores es el de maximizar su *utilidad*. La noción de utilidad es usada por los economistas como una medida de satisfacción.

---

<sup>29</sup> Es decir, si no se modifican los ingresos ni la riqueza familiar, ni el precio de los demás bienes, ni las preferencias o expectativas de las familias.

La simetría de este concepto con el de ganancia no es perfecta. La ganancia de las empresas puede medirse en dinero, en cambio, la satisfacción sólo puede medirse indirectamente, pues se supone que si un consumidor consume más de un producto que de otro, es porque aquel le produce mayor satisfacción.

Por otra parte, la satisfacción obtenida por el consumo de determinado producto decrece con cada nueva unidad consumida, vg. no es igual la satisfacción que brinda una primera porción de helado, que la porción siguiente o que aquella que se consume luego de haber consumido un kilo. Este fenómeno es definido en economía como *ley de utilidad marginal*<sup>30</sup> *decreciente*.

Mediante estos dos conceptos se explican la infinidad de decisiones de consumo que efectúan las familias, *ceteris paribus*. Ambos rigen las decisiones de consumo de cada producto, respecto de todos los demás. La expresión gráfica de estas acciones se traduce en las llamadas *curvas de indiferencia*.

No olvidemos, además, que el consumo de un bien está relacionado con su precio (y este refleja, en un mercado competitivo, el costo de oportunidad), de modo que los cambios en el ingreso o en la riqueza de las familias modifican la demanda.

Nos interesa introducir dos conceptos más, antes de detenernos en las especificidades de la función de la demanda en salud.

El primero de ellos es el de *elasticidad*: como concepto general, determina cuantitativamente la respuesta en una variable cuando se produce un cambio en otra. Si una variable A, cambia en respuesta a los cambios en otra variable, B, la *elasticidad de A con respecto a B*, es igual al cambio porcentual en A respecto del cambio porcentual en B.

$$\text{Elasticidad de A con respecto a B} = \frac{\% \Delta A}{\% \Delta B}$$

La elasticidad de la demanda con respecto al precio determina la relación entre las cantidades demandadas de un bien ante las modificaciones en su precio.

En general, la relación entre cantidades demandadas y precio es negativa; es decir, a subas en los precios, se corresponden disminuciones en las cantidades demandadas, y viceversa. Podemos identificar cuatro tipos de elasticidad de la demanda:

- Perfectamente elástica: cuando las cantidades demandadas caen a cero ante el más mínimo incremento en los precios.
- Elástica: cuando la variación porcentual de las cantidades demandadas es mayor en valor absoluto que las variaciones porcentuales en el precio.
- Inelástica: cuando la variación porcentual de las cantidades demandadas es menor en valor absoluto que las variaciones porcentuales en el precio.

---

<sup>30</sup> La *utilidad marginal* es la satisfacción que se obtiene del uso o consumo de una unidad adicional de algo.



- Perfectamente inelástica: cuando no se producen variaciones en las cantidades demandadas frente a variaciones en el precio.

A su vez, se denomina *elasticidad cruzada* la relación entre la variación de las cantidades demandadas de un producto respecto de otro cuando alguno de ellos sufre cambios en el precio.

El otro concepto que nos interesa introducir es el de *excedente del consumidor*, que expresa la diferencia entre el precio de un bien y el precio máximo que un consumidor estaría dispuesto a pagar por él.

Veamos cómo se articulan estos conceptos en el mercado de la salud.

En primer lugar, recordemos que nos interesa analizar la demanda de salud en tanto demanda de servicios médico asistenciales. La salud no es un bien económico, puesto que un individuo no puede transferir su salud a otro, en cambio, sí los servicios asistenciales lo son y, como hemos visto, se tratan de bienes privados.

En términos económicos, demanda no es igual a necesidad, sino que expresa la necesidad percibida y manifestada como predisposición y capacidad de consumo de un bien.

En este sentido, la demanda de cuidados sanitarios comienza con la percepción de una alteración de la salud o del bienestar –hasta aquí no se diferenciaría del proceso identificado para los demás bienes- y deriva, en forma más o menos directa<sup>31</sup>, en demanda de bienes y servicios sanitarios.

Además de otros factores que hemos mencionado (culturales, sociales, etc.), como hemos visto en la información presentada, los ingresos y la riqueza de las personas condicionan la demanda de servicios.

Las personas con mayores ingresos demandan más servicios de salud, adquiriendo más servicios tendientes a la promoción, prevención (demandando más acciones para mantenerse sanos), curación o rehabilitación de su salud (por mejor capacidad económica para adquirir información y tener acceso a servicios en forma oportuna).

Si bien la demanda en salud no puede perfilarse en función de gustos o preferencias, éstos influyen en el costo de los servicios. Los avances tecnológicos de la medicina que permiten la elección de métodos alternativos, la preferencia por diferentes equipos de profesionales o la comodidad de los tratamientos son instancias que perfilan la demanda en función de las preferencias.

Más allá de estas circunstancias, la demanda de servicios está condicionada por su utilidad esperada. El consumo de cuidados médicos no es una medida de satisfacción; salvo los enfermos hipocondríacos, las personas consumen cuidados

---

<sup>31</sup> El proceso entre la percepción de la alteración y la demanda de servicios está determinado por condiciones epidemiológicas, psicosociales y sociales, que influyen en la definición del estado salud-enfermedad y de las respuestas culturalmente aceptadas. También han de considerarse la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios.

médicos por la amenaza que la enfermedad provoca a su integridad personal, no sólo por el riesgo de muerte, sino también por otros más leves como la pérdida de la plenitud física o mental o la reducción o pérdida de la capacidad laboral, o incluso por cualquier otra necesidad que se perciba como una pérdida de bienestar<sup>32</sup>. En consecuencia, **la utilidad de un bien de salud es proporcional a la amenaza percibida.**

La utilidad marginal tiende a infinito cuando un individuo se encuentra ante un riesgo de vida. En este punto, ningún otro bien puede sustituir el servicio requerido. A medida que se restablece la salud la utilidad marginal desciende.

Frente a la necesidad de asistencia, la demanda se torna absolutamente inelástica respecto del precio de los bienes, sólo los limitados ingresos y riqueza limitan el consumo.

En muchos casos la enfermedad tiene origen en acontecimientos impredecibles y el costo de los servicios puede resultar muy oneroso para cualquier familia. En general, las personas se muestran adversas ante la probabilidad de padecer enfermedades que pueden resultar, desde el punto de vista económico, catastróficas. En consecuencia, desean transferir este riesgo a terceros pagadores, en la medida de lo posible. A raíz de esta demanda, aparece la oferta de seguros (privados o formas de subsidio estatal).

Otros enfoques<sup>33</sup>, complementarios al modelo tradicional, consideran a la salud como un capital, bajo el supuesto de que los individuos heredan un stock de salud que se deprecia con el tiempo y puede ser aumentado con inversión; en este caso, en bienes y servicios que mejoran su condición –dieta, ejercicio, vivienda– entre los que se encuentra la asistencia sanitaria .

Desde este punto de vista, los individuos demandan salud por dos razones:

- Como elementos de consumo, ya que estos entran directamente en su función de utilidad y,
- Como elemento de inversión, dado que el stock de salud permite la realización de otras actividades.

La demanda de servicios sanitarios es una demanda derivada de la demanda de salud. Estos son un factor más dentro de la función de producción de salud de un individuo, aquello que compone su "stock" de salud. Los otros factores son, como

---

<sup>32</sup> Hasta qué punto son necesarias las intervenciones sanitarias es tema de continuo debate. La evidencia del gran desarrollo de la oferta de cuidados médicos, de todo tipo de bienes y servicios, manifiesta la enorme influencia de los mecanismos de mercado en el campo de la salud. La oferta de servicios de todo tipo, que proponen mejoras en la calidad de vida, ha influido en la generación de demanda de atención hasta límites que llegan a cuestionar la fatalidad de condiciones tales como el envejecimiento o la muerte. Además, no en pocas ocasiones, se observa una "medicalización" de otras demandas, relacionadas con la salud, pero no estrictamente de servicios médico asistenciales: en sectores con mayor capacidad de consumo, la preocupación por la competitividad, la imagen personal o la autoestima genera demanda de productos que mejoran la silueta, el rendimiento intelectual, deportivo, etc., derivando en el vicio del **consumismo**. En el otro extremo, la insatisfacción de necesidades biológicas, alimenticias, afectivas y sociales (marginación, violencia familiar, etc.) deriva en el vicio del **asistencialismo**.

<sup>33</sup> Ver Grossman, Michael. The demand for health: A theoretical and empirical investigation. NBER Ocatinal papers N° 119.

hemos visto, su composición biológica (entre los que se encuentra el factor edad), sus condiciones medioambientales y sus hábitos o estilo de vida.

De este modo, el estado de salud de un individuo dependerá de la combinación de factores de su función de producción. Así, la demanda de asistencia sanitaria crece cuando los otros factores muestran menor influencia.

Los modelos descriptos no contemplan dos fallas de mercado que nos interesa introducir respecto de su influencia en la función de la demanda: la incertidumbre y la información asimétrica, que deriva en relación de agencia.

Respecto de la incertidumbre, es necesario distinguir entre el tipo de cuidados preventivos y los otros. Como puede intuirse, los primeros no dependen de la naturaleza incierta de la enfermedad y buscan disminuir la probabilidad de su ocurrencia, por lo que la demanda depende del grado de aversión al riesgo de los individuos. La demanda de seguros es función de esta expectativa. La demanda de otros servicios, entre los que predominan los curativos, está sujeta a la aparición de la enfermedad.

A esta complicación se agrega la falla de información. Para comprender sus efectos sobre la demanda se han desarrollado modelos de demanda secuencial.

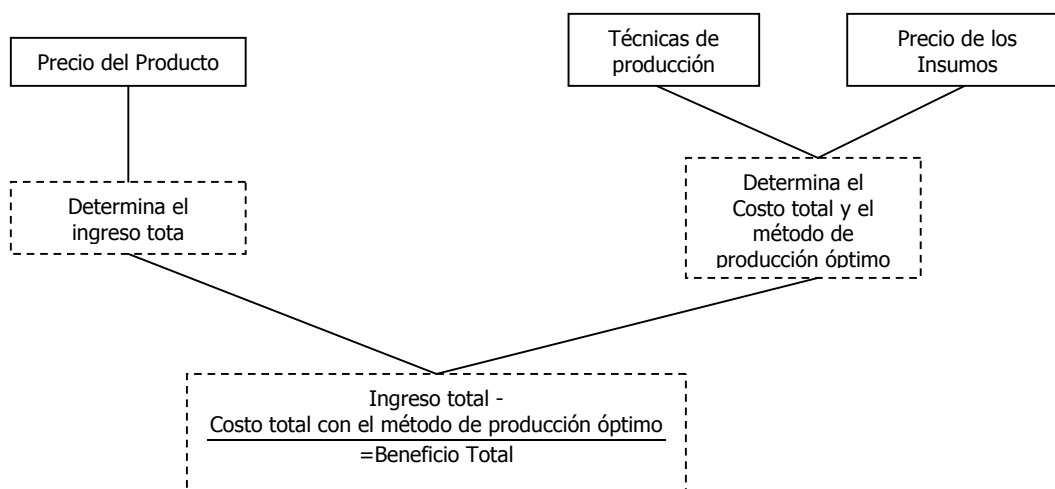
En este caso se define la demanda de servicios en dos etapas: la primera, en la que el paciente decide realizar la primer consulta médica, para maximizar su propia utilidad. La segunda, es una combinación entre las preferencias del paciente y las de médico, quien es el que, en definitiva, decide sobre la utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento. En este caso, al intervenir la función de utilidad del médico, la utilidad del paciente queda incluida como un argumento de esta función.

El modo como se profile la demanda, dependerá del tipo de principio que guíe la acción del médico, variando entre dos extremos: una posición *altruista*, donde el médico actúa como informante perfecto y otra posición, *egoísta*, donde el médico busca maximizar su beneficio.

Cuando interviene la figura del tercer pagador, un actor que intermedia en la relación entre el médico y el paciente, el modelo se hace más complejo, ya que también intervienen en el proceso otro tipo de incentivos, relacionados con la organización de los servicios y fundamentalmente, con las formas de pago, que más adelante examinaremos.

### La función de la oferta en los servicios de salud.

Las empresas de servicios sanitarios –consideramos tales a todas aquellas entidades que prestan servicios médico asistenciales, se trate de un único médico o de organizaciones grandes y complejas- buscan obtener beneficios económicos; ellos se obtendrán restando de los ingresos producidos los costos para producir los servicios:



Fuente del gráfico: Case-Fair. Principios de Microeconomía. Pag. 176. Prentice Hall. 4ª edición. México.

De este modo, toda empresa (incluimos aquí a instituciones gestionadas por el Estado y a instituciones privadas sin fines de lucro), para poder subsistir debe tomar tres decisiones básicas:

- Qué cantidad de producto va a ofrecer.
- Qué tecnología de producción va a utilizar y,
- Cuánto va a demandar de cada insumo.

Las cantidades de un producto o servicio que la empresa va a ofrecer (*función de oferta*) dependen de:

1. El precio de mercado del servicio de que se trate.
2. El precio de los demás bienes o servicios.
3. El precio de los factores de producción.
4. La tecnología disponible.

1- Así como lo consideramos en la función de la demanda, tomaremos en cuenta que en un mercado de competencia perfecta las empresas aceptan los precios de mercado por la escasa influencia que pueden tener en su formación.

2- Asimismo, como el precio de los productos refleja los costos de oportunidad, las empresas deben tener en cuenta el precio de los otros bienes de la economía, no sólo aquellos bienes sustitutos o complementarios a sus productos.

3- Constituyen los factores de producción aquellos recursos necesarios para producir los productos (trabajo, tierra y capital en forma genérica; la mano de

obra, los inmuebles necesarios y las materias primas son algunos ejemplos de estos factores).

4- La tecnología se refiere a las combinaciones posibles de los factores de producción que dan por resultado al producto. Cada empresa deberá elegir para cada nivel de producción la tecnología que permita optimizar sus beneficios.

En el campo de la salud, la función de la oferta presenta ciertas particularidades, en buena parte fundamentadas en las fallas de mercado mencionadas.

La incertidumbre que se plantea acerca de la efectividad de los tratamientos provoca que en muy escasas ocasiones el producto por el que se paga sea el restablecimiento del estado de salud de los pacientes; lo que más arriba hemos expuesto como "outcome"; como sustituto a esta falla, el producto de la atención es la intervención (output) en sí misma, con independencia de los resultados obtenidos.

La amplia variabilidad de la atención médica, que se fundamenta tanto en la diversidad de los estados de salud que presentan los individuos como en la posibilidad de realizar diversos tratamientos, torna muy dificultosa la tarea de establecer un costo para la atención. A pesar de ello, se han desarrollado sistemas que a través de criterios estadísticos alcanzan un buen grado de homogeneización de la realidad; pero su utilización como herramienta prospectiva para el establecimiento de los costos de los tratamientos es resistida por los profesionales.

De todos modos, las herramientas de gestión hospitalaria avanzan en la dirección del establecimiento de parámetros de diagnóstico y tratamiento que minimicen la variabilidad y permitan elaborar sistemas de costos previsibles.

La casi constante incorporación de nueva tecnología, también presenta particularidades en el sector salud.

Generalmente, las nuevas tecnologías no sustituyen a las anteriores sino que se suman a ellas. Además, suelen requerir para su funcionamiento trabajo más calificado, por lo que tampoco sustituyen a este factor.

A estos aspectos, también suele adicionarse la utilización de la tecnología en forma inapropiada, extendiendo su utilización hacia campos no preestablecidos.

La relación de agencia que permite sustituir la soberanía del consumidor por el interés del proveedor, provoca que la tecnología que se incorpora no contemple la restricción que impone el sistema de precios en la economía de mercado; por lo cual la tecnología nueva resulta muchas veces más costosa (en términos de costo – beneficio).

Además de los aspectos económicos, la organización de los servicios impone restricciones al establecimiento de costos. Un aspecto que merece destacarse es la independencia de los médicos para introducir tecnologías.

La difusión e incorporación de tecnología médica se realiza sin medir su impacto en la economía de los sistemas de salud, considerando casi exclusivamente aspectos técnico científicos con abstracción del contexto en el que ha de aplicarse.

## **Métodos de pago e incentivos en la práctica médica.**

Al analizar la función de la demanda de cuidados médicos hemos observado que la elección de métodos de diagnóstico y tratamiento recae en los proveedores de los mismos, no permitiendo distinguir, como lo exigen los mecanismos de mercado, la oferta de la demanda.

Tradicionalmente, los servicios médicos han sido remunerados por honorario o por unidad de servicio/procedimiento, y aún este continúa siendo el método de retribución preferido por los médicos.

La aparición de terceros pagadores (seguros, hospitales públicos, etc.) y de las nuevas tecnologías que hacen del acto médico un hecho complejo del que participan distintos actores, introdujo nuevos sistemas para remunerar el trabajo médico, con el objeto de generar incentivos que se alinearan con las metas organizacionales.

La necesidad de utilizar diversos métodos de pago como incentivo indica que se presume que debe existir cierto grado de coerción para promover determinadas conductas en los médicos, que de otro modo, actuarían en favor de su propio beneficio, a través de la utilización de prestaciones no siempre necesarias.

Los métodos de pago son sólo una forma -si bien de crucial importancia- de generar los incentivos mencionados, entre otras de carácter no financiero, principalmente relacionados con la organización de la oferta de servicios.

La Organización Mundial del Trabajo (1985) reconoce dos sistemas principales de remuneración: por resultado y por tiempo. Los sistemas de remuneración de la atención médica utilizan ambos, incluso con diversas combinaciones entre ellos.

La remuneración por resultado es un sistema que retribuye por cantidad y/o calidad del servicio producido, expresados en hecho, caso tratado, persona atendida o cápita.

En tanto, la remuneración por tiempo retribuye en función del tiempo que el trabajador está disponible para el empleador, con independencia de los resultados producidos. El *salario* es la forma de pago característica de este sistema, y se aplica generalizadamente en el sistema estatal de salud, tanto para médicos como para el resto de los trabajadores de la salud. En el ámbito privado, es reducida su aplicación para remunerar a los médicos, pero se aplica en forma extendida para el pago a los otros trabajadores.

El pago por producto o resultado ha adquirido diversas modalidades:

- Por *honorario o unidad de servicio/procedimiento (fee for services)*: se remunera cada acto médico individual (consulta, cirugía, exámen realizado, etc.) luego de realizado.
- Por *caso o episodio de enfermedad*: en nuestro medio es conocido como sistema de módulos. Se entiende por tal, una canasta de prestaciones (días cama de internación, exámenes, procedimientos, etc. ) e insumos

necesarios para resolver determinadas patologías o realizar ciertas intervenciones estandarizadas.

Su aplicación se basa en la posibilidad de estandarizar los procedimientos, de modo de hacer previsible los gastos. Es extendido su uso para el pago de prestaciones hospitalarias en internación y menos frecuente el uso en prestaciones ambulatorias.

- Por *cápita*: se remunera un valor fijo por periodo por cada individuo inscripto bajo la cobertura de cada prestador (médicos o instituciones), con independencia de los servicios prestados. Habitualmente esta cápita cubre una determinada canasta de prestaciones y se combina con otras modalidades de pago para las exclusiones.
- Por *cartera fija*: el sistema es similar al de cápitaa, sólo que se abona por una cantidad predeterminada de personas sin un registro individual específico.

De estos sistemas, sólo la remuneración por honorario o unidad de servicio representa un modo de pago retrospectivo por las prestaciones, es decir, se abona luego de realizadas las mismas. Los otros métodos son prospectivos, esto es, se establece un precio por anticipado.

En general, en la práctica se establecen sistemas mixtos de remuneración, adecuados a los distintos niveles de atención, intentando aprovechar las ventajas de cada uno de ellos.

Los métodos prospectivos apuntan a generar incentivos relacionados con la contención de costos, mientras que el pago retrospectivo incentiva a los médicos a asumir el riesgo de la atención de pacientes complejos. El pago por salarios, a su vez, promueve los esfuerzos cooperativos y la responsabilidad de los equipos.

El siguiente cuadro resume las principales ventajas y desventajas asociadas a los métodos de pago descriptos:

Forma de Pago	Ventajas	Desventajas
Capitación	Promueve uso racional de los recursos. Menores gastos administrativos.	Induce subprestación. Ajuste de costos a expensas de la calidad. Selección de pacientes de bajo riesgo. Desalienta la incorporación de tecnologías.
Por caso	Permite prever el costo por episodios. Evita gastos superfluos. Promueve la evaluación de tecnologías antes de su aplicación.	Es complejo de administrar por dificultades en la estandarización. Ajusta los costos bajando la calidad
Honorario / servicio	No hay discriminación por tipo de pacientes. Mayor satisfacción de los pacientes (cuando existe 3° pagador).	Aumentan significativamente los costos por inducción de la demanda. Incorporación y utilización indiscriminada de tecnologías costosas.

		Promueve la sobreoferta de servicios.
Salarios	Promueve la cooperación en la atención. No hay discriminación por tipo de pacientes.	No recompensa el esfuerzo personal. Tiende a suboptimizar la calidad de los servicios. No relaciona trabajo con resultados. No tiene en cuenta costos.

En sistemas de salud organizados según niveles de atención con criterios de complejidad creciente el mix de métodos de pago responde a la lógica de organización de los servicios, intentando aprovechar las ventajas de cada uno.

De este modo, los modelos de atención por contratos (aquellos en que los prestadores son contratados por los agentes del seguro) el trabajo de los médicos de atención primaria pueden ser remunerado por capitación, con pago por honorarios – servicios para prestaciones no incluidas en el contrato.

Los médicos especialistas, a los cuales los pacientes acceden por derivación de aquellos son remunerados por honorarios – servicios, usualmente en prestaciones ambulatorias.

La forma de pago por acto es utilizada para el pago de prestaciones en internación. Los sistemas de módulos administran canastas de prestaciones que incluyen pensiones y servicios sanatoriales, servicios de diagnóstico y tratamiento e insumos necesarios para realizar las intervenciones.

Esta canasta puede atribuirse a cada día de internación (se distinguen días de internación clínica de los días por cirugías) o a la resolución de cada patología. En este segundo caso, las formas más sofisticadas corresponden a los DRGs (Diagnosis Related Groups), grupos de diagnósticos relacionados, que son estándares que relacionan datos tales como diagnóstico de la patología principal, tipos de intervenciones, edad y sexo de los pacientes y patologías intercurrentes. En la actualidad, se reconocen aproximadamente 310 DRGs.

En resumen, los sistemas de pago son una herramienta administrativa de gestión cuyo principal énfasis está puesto en los incentivos financieros. Como hemos visto, resultan insuficientes para regular la complejidad de los servicios médicos, en tanto estos reclaman cada vez mayor número de actores.

### **Conclusiones**

Hemos examinado las condiciones microeconómicas del mercado de la salud detallando sus imperfecciones.



El estudio de las condiciones de la competencia perfecta nos ha permitido comprender las fallas que presenta el mercado de la salud.

A pesar de las imperfecciones, este mercado desarrolla múltiples facetas y muestra una importante dinámica competitiva, como lo demuestran las constantes innovaciones producidas en el campo de los servicios médicos.

Entender el funcionamiento de los mecanismos de mercado resulta de capital importancia para la administración de los sistemas de salud, incluido el caso que nos ocupa de las Empresas de Medicina Prepaga.

Según nuestro punto de vista, la incertidumbre es la circunstancia sobre la que se asientan otros comportamientos típicos en el sector. Junto con ella, la influencia de la oferta sobre la demanda de servicios, ha justificado la generación de empresas de seguros; dada la veloz dinámica de incorporación de nuevos productos y su alto costo, que en caso de tener que ser afrontados por las familias, les generarían catastróficas consecuencias económicas.

Como hemos visto, el hecho de que las familias transfieran los riesgos a los aseguradores no resuelve los problemas, en algunos casos hasta los agrava.

Habiendo examinado las variables que interactúan desarrollaremos en lo que sigue las herramientas de gestión necesarias para el gobierno de las EMP.

## TERCERA PARTE: LAS CLAVES DE LA SUSTENTABILIDAD.

“Los problemas no pueden resolverse dentro del marco mental que los creó” A. Einstein.

¿Por qué sustentabilidad?

Nuestro trabajo tiene fines declaradamente prácticos. Todo el desarrollo realizado hasta aquí ha tenido como propósito el establecimiento de parámetros que permitan situar las trazas que condicionan la actividad de las Empresas de Medicina Prepaga en Argentina.

Para ello, se necesita aplicar la perspectiva histórica y el análisis crítico para comprender el presente y anticipar los problemas del futuro.

En este contexto, hemos elegido el término **sustentabilidad** para inteligir nuestro problema. Ahora bien, ¿Qué es la sustentabilidad?

El concepto encuentra sus raíces en la ecología y en la teoría de sistemas; una definición, que podemos destacar, es la siguiente:

“La sustentabilidad para una sociedad, significa la existencia de condiciones económicas, ecológicas, sociales y políticas, que permitan su funcionamiento en forma armónica en el tiempo y en el espacio. En el tiempo, la armonía debe darse entre esta generación y las venideras; en el espacio, la armonía debe darse entre los diferentes sectores sociales, entre mujeres y hombres y entre la población con su ambiente.” ([www.cesta-foe.org](http://www.cesta-foe.org))

Es conveniente distinguir sustentar de sostener. Mientras que sostener implica mantener algo desde fuera, sustentar alude a la idea contraria: apunta a generar las condiciones de desarrollo a partir del propio ente.

En los capítulos precedentes analizamos las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales en las que se desenvuelven los sistemas de salud.

El enfoque sistémico que proponemos implica que tales aspectos sean armonizados.

La noción de sustentabilidad está íntimamente ligada con la de equilibrio, y esta no implica sólo estabilidad sino también crecimiento.

Un segundo corolario, indica que los hechos deben ser considerados en tanto partes de un proceso que progresa en el tiempo, y no como “instantáneas” sin relación entre sí.

Ambos conceptos, equilibrio y proceso, constituyen piedras basales del pensamiento sistémico.

Considerando este enfoque, trataremos de hallar los mecanismos mediante los cuales las entidades puedan desarrollarse y subsistir.

Según nuestro punto de vista, estas capacidades deben crearse dentro de cada institución, más allá de los condicionamientos del entorno. En este sentido, encontramos apropiado el uso del término gobernar, que como sabemos proviene de la navegación, y que consiste en conducir la nave a puerto, superando las dificultades de los mares. La metáfora naval, aún trillada, continúa siendo útil para comprender la misión que deben emprender las empresas.

Si aceptamos este enfoque, consideraremos a las empresas<sup>34</sup> como sistemas, sujetas a la estructura y los procesos ellos suponen.

La teoría general de sistemas, postulada por Ludwig Von Bertalanffy, caracteriza a los sistemas por ser estructuras abiertas, en constante intercambio con su entorno. Los límites de cada sistema, son relativos al foco del problema que se quiera abordar. Según el caso del que se trate, cada sistema, forma a su vez parte de otro sistema mayor del cual es un subsistema. Así, una EMP, siendo un sistema que contiene múltiples subsistemas en su administración, es a su vez, parte del sistema de salud, que a su vez está integrado al funcionamiento del estado y del resto de la economía, en constante interdependencia con otras instancias que influyen en su actividad.

Estudiaremos en lo que sigue, las estructuras y relaciones que influyen sobre el gobierno de las EMP. Dada la limitación que nos impone la estructura lineal de nuestro lenguaje, deberemos enfocar el problema en forma sucesiva desde distintos ángulos, distinguiendo diferentes variables, pero procurando no olvidar que tal esfuerzo analítico representa una simplificación, y que es necesario integrar todas estas instancias para comprender la complejidad dinámica del tema que nos ocupa.

Expondremos, entonces, el siguiente esquema conceptual: en primer lugar nos detendremos en el marco paradigmático, luego en el análisis de los entornos macro y micro, entendiendo por el primero el extrasectorial y por el segundo el intrasectorial y finalmente revisaremos el enfoque estratégico y los instrumentos de gestión.

---

<sup>34</sup> Utilizamos el término en un sentido amplio, es decir, como la organización de recursos y medios para un determinado fin. El concepto abarca a toda institución, tenga o no fines de lucro.

## **El marco Paradigmático.**

Para comenzar, repasemos brevemente la noción de *paradigma*, acuñada por Thomas Kuhn, en su libro "La estructura de las Revoluciones Científicas": El paradigma es un conjunto de supuestos, creencias y demostraciones que ofrecen un modelo o ejemplo a seguir por una comunidad científica, que comportan una especial manera de entender el mundo, explicarlo y manipularlo.

Una comunidad científica se define como tal en la medida en que comparte estos supuestos fundamentales.

El paradigma brinda un camino seguro, informa qué hechos son importantes, ofrece un foco.

Al amparo del paradigma, la ciencia se desarrolla y ofrece sus progresos, que son, básicamente, aplicaciones sobre la idea paradigmática.

Una crisis paradigmática sobreviene cuando el paradigma vigente resulta insuficiente para explicar determinados hechos. Sin embargo, no todo fenómeno que contradiga el paradigma provoca una crisis paradigmática, lo usual es que las anomalías o inadecuaciones sean ignoradas o descartadas, o bien consideradas errores de procedimientos.

Es necesario que los hechos que cuestionan los estereotipos teóricos tengan el suficiente peso, tanto por su cantidad como en las consecuencias que implican, para poner en cuestión el orden establecido.

Cuando crece la producción de datos que cuestionan los supuestos vigentes, logra hacerse notoria la crisis y aparece la posibilidad de un cambio paradigmático.

El cambio paradigmático se encuentra lejos de ser un proceso ordenado, según Kuhn, el cambio de un paradigma es un proceso de ruptura, que no duda en denominar revolución.

Una revolución científica es un desarrollo no acumulativo donde los paradigmas existentes son reemplazados, en su mayor parte o en aquellas incompatibles con el nuevo orden.

Esta idea de ruptura no es compartida por toda la comunidad intelectual, el Positivismo, por ejemplo, entiende al desarrollo de ideas como un proceso acumulativo.

Una de las razones que sostienen este tipo de posturas es que en muchas ocasiones los paradigmas no son explícitos, sino que funcionan como creencias tan arraigadas que resultan obvias para el modo corriente de entender el mundo.

Peter Senge <sup>35</sup>, llama a esta clase de supuestos "modelos mentales".

---

<sup>35</sup> Senge, Peter. La quinta disciplina. Op. Cit. Pag. 223.

Paradigmas o modelos mentales son, en resumen, ideas y creencias fuertemente arraigadas que indican a una determinada comunidad qué hacer, es decir, prescriben determinadas conductas. Estas ideas, son estereotipos, y como tales, son simplificaciones del modo de comprender la realidad.

Estas simplificaciones, como todo modelo, nos eximen del enorme trabajo de revisar todo el tiempo nuestros supuestos; pero esta ventaja se torna perjudicial cuando los supuestos no alcanzan para encontrar soluciones a problemas nuevos.

Para comprender la complejidad sistémica de los problemas que nos ocupan, deberemos reflexionar sobre nuestros supuestos fundamentales y exponerlos abiertamente. Pero este es sólo el primer paso hacia el cambio; que sólo se hace definitivo cuando a la reflexión se le adiciona la acción. Así, señala Senge, el aprendizaje no sólo consiste en la incorporación de información y la formación de nuevas ideas sino que sólo ocurre cuando se producen *cambios en la acción*.

La primer dificultad para operacionalizar los modelos mentales es su carácter tácito, lo cual no es óbice para impulsar la conducta según sus mandatos.

El carácter implícito de los modelos mentales deviene en, según Senge, diferencias entre la "teoría expuesta" y la "teoría-en-uso". La primera deriva de la aceptación y la comprensión del problema, mientras que la segunda es la que efectivamente guía la acción.

De allí, que insista en que es necesario reconocer la brecha entre la teoría-expuesta (lo que decimos) y la teoría-en-uso (aquella que guía nuestros actos). En caso contrario, puede manifestarse que hemos aprendido cuando en realidad sólo hemos adoptado conceptos nuevos o un nuevo lenguaje, sin haber modificado la conducta. Un ejemplo de este concepto en nuestro campo de acción es el siguiente: no hay ninguna duda que desde todo punto de vista es conveniente prevenir a curar (teoría expuesta), sin embargo, la formación de recursos, la inversión de capital, la investigación, etc. se vuelca abrumadoramente a sostener acciones reparadoras antes que preventivas (teoría en uso).

Detrás de la tarea de descubrir los paradigmas o los supuestos fundamentales que sustentan nuestras teorías o nuestra acción se halla la intención de encontrar las razones que explican el funcionamiento de los sistemas, para poder operar sobre las mismas y modificar la realidad.

¿Cuál es el marco paradigmático que sostiene al sistema de salud, y más específicamente al sector de la medicina prepaga?

A pesar de la evidencia brindada por el actual estado del conocimiento, del que en parte hemos dado cuenta a lo largo de este trabajo (teoría expuesta), nuestros sistemas de salud se comportan (teoría en uso) de acuerdo con algunos paradigmas, que enunciarnos:

1. *El problema de la salud es un problema de la medicina.*
2. *Brindar salud equivale a tratar la enfermedad.*

3. *La aparición de la enfermedad es un suceso azaroso.*
4. *El estado de salud depende del consumo de asistencia médica individual basada en la excelencia técnico científica.*

Sólo por la vigencia de estos paradigmas puede explicarse el status actual de los sistemas de salud.

Ahora bien, por lo que hemos observado, este modelo funciona, podríamos atrevernos a afirmar, incluso desde antes del establecimiento de la medicina como ciencia (suponiendo que lo sea); entonces, cabe preguntarnos: ¿si funciona, por qué cambiar?

Entendemos que en la actualidad ciertas condiciones han provocado un estado de maduración que permiten cuestionar con más fuerza los paradigmas imperantes, y las soluciones pasadas son ineficaces para resolver los problemas presentes.

¿Existen señales para advertir los procesos de cambio?

Sin duda, una de las preocupaciones principales dentro de cualquier industria es la de anticiparse a los cambios, dado que las innovaciones suelen ser, en muchos casos, revolucionarias; nuevas empresas surgen y otras, a veces hasta hace poco exitosas, desaparecen.

Reconocer los patrones de los procesos de cambio resulta, pues, vital.

Si profundizamos un poco más el concepto de patrón, entendiéndolo como modelo que guía y ordena cada actividad, nos damos cuenta que para comprender los patrones del cambio resulta necesario conocer previamente los patrones que hicieron viable nuestro negocio en el pasado y los que lo hacen en la actualidad. Si hacemos este trabajo, desembocaremos indefectiblemente en el problema de la estrategia, concepto en el que no nos internaremos, principalmente por que su análisis superaría con amplitud los límites de este estudio.

Sin embargo, utilizaremos algunos elementos del análisis estratégico que nos resultan de utilidad. Uno de ellos es el análisis de las distintas circunstancias que nos permiten anticiparnos a los cambios.

Una de las señales de alerta que deben tomarse en cuenta es la llamada *disfuncionalidad*: el concepto alude a que determinadas circunstancias que resultan fundamentales en el diseño original del negocio, varían y dejan, por lo tanto, de ser funcionales para este, o bien surgen nuevas condiciones que provocan el mismo fenómeno. La *transición epidemiológica* que experimentan las poblaciones de los centros urbanos, es un ejemplo de esta situación.

Otra de las señales es la pérdida de *eficiencia económica*, dado que toda empresa necesita ganar dinero para sobrevivir, la pérdida de la rentabilidad, tanto de una empresa como de la industria en su conjunto, como las dificultades que tienen los sistemas estatales para sostener sus presupuestos, es un signo de este problema.

Por último, otro síntoma del cambio es la *variabilidad* en los distintos puntos de la cadena de valor<sup>36</sup>; la formación de monopolios u oligopolios de proveedores de insumos primarios y los cambios en las regulaciones son ejemplos de este concepto.

Hemos expuesto en primer lugar el problema del marco paradigmático pues, en nuestra opinión, es la clave fundamental de la sustentabilidad. La interpretación de los análisis que siguen debe tomar en cuenta esta perspectiva, dado que los hechos adquirirán para los responsables de la gestión, diversas cualidades de acuerdo con el modelo desde el cual se observen.

---

<sup>36</sup> Entendemos por cadena de valor el proceso de entrega de un producto o servicio al cliente o usuario en el que participan diversos actores, que pueden pertenecer a una misma o a diferentes organizaciones.

## El Entorno.

El análisis del entorno comprende la observación de las variables que influyen sobre la actividad de las empresas del sector a las cuales estas deben adaptarse por no poder ejercer control sobre ellas. Puede distinguirse un entorno más general, relacionado con las circunstancias políticas, económicas y sociales que vive la comunidad y otro, más particular, que abarca a la industria de la salud. Adoptaremos los términos de *macroescenario* y *microescenario*, para referirnos a ellos respectivamente.

## El Macroescenario.

Como todo mercado, el mercado de la salud está influido por el escenario económico general. Como hemos visto, la adhesión a un sistema de medicina prepaga está fuertemente condicionada con el nivel de ingresos de la población, entre otras variables condicionantes. Observemos en este cuadro esta relación:

TABLA 12. ÍNDICE DE DIFERENCIACIÓN \* DEL PROMEDIO DE GASTO EN SALUD SEGÚN POSICIÓN RESPECTO DE LA MEDIANA DE INGRESOS.- AREA METROPOLITANA - AÑO 2001

Tipo de Gasto	Índice	Gasto promedio entre los que están, respecto de la mediana de ingresos ... :		
		Arriba	Debajo	Total
Total Gasto en Salud	1,70	60,30	35,41	49,57
Gasto en Afiliación	2,56	33,29	12,98	28,32
Consulta al Médico	1,61	24,02	14,89	19,88
Consulta al Dentista	2,44	98,27	40,25	70,21
Consulta al Psicólogo	1,38	70,70	51,17	67,42
Gasto en Medicamentos	1,20	25,68	21,41	23,72
Gasto en Estudios, tratamiento	1,67	30,88	18,47	24,85
Gasto en Otros Items	1,19	56,55	47,48	52,77

Nota: Las cifras de gastos corresponden al período de relevamiento abril-mayo de 2001

\* El "Índice de Diferenciación" es el cociente de lo que gastaron los que están Arriba de la Mediana de ingresos, respecto de los que están por Debajo de la Mediana de Ingresos. Los cálculos están hechos para aquellos que gastaron en cada rubro. Cuanto más alto el valor del Índice, mayor la diferencia del gasto en favor de los sectores de ingresos más altos.

Fuente: Encuesta sobre utilización y Gasto en Servicios de Salud. Área Metropolitana Año 2001. Abril 2002.

Ministerio de Salud. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud.

En este marco, la posibilidad de crecimiento del mercado está dada por el mejoramiento en las condiciones económicas de la población, el cual deberá estar dado por el crecimiento de la economía y/o una mejora en la distribución del ingreso, claramente concentrado, continuando una tendencia evidenciada en la década del noventa. Observemos:



**Hogares según escala de ingreso total familiar****Gran Buenos Aires - Información preliminar. Cuarto trimestre 2003**

Número de Decil	Escala de ingreso		Hogares por DECIL (en miles)	Porcentaje de hogares	Población (en miles)	Porcentaje de personas	Ingreso total por DECIL (en miles)	Porcentaje del ingreso	Ingreso medio por DECIL
	Desde	Hasta							
1	8	220	381		1,025	8,4	59,975	1,5	157
2	220	350	379		1,094	9,0	106,105	2,6	280
3	350	470	381		1,122	9,2	152,322	3,7	399
4	470	600	380		1,169	9,6	202,895	5,0	533
5	600	740	380		1,307	10,7	253,186	6,2	666
6	740	900	379		1,348	11,0	308,312	7,5	814
7	900	1110	379		1,312	10,7	377,321	9,2	995
8	1110	1495	382		1,386	11,3	494,104	12,1	1,292
9	1,498	2200	378		1,206	9,9	671,859	16,4	1,777
10	2,200	27500(*)	379		1,247	10,2	1.459.493	35,7	3,853
Hogares CON Ingresos			3,799	97.0	12,215	100,0	4.085.573	100,0	1,075
Hogares SIN Ingresos			119	3.0	312				
Ingresos Parciales y Ns/Nr			--	--	--				
Entrevistas no realizadas			--	--	--				
<b>TOTAL DE HOGARES</b>			<b>3,918</b>	<b>100.0</b>	<b>12,527</b>				

(\*) Excluido el caso de un valor extremo

**Nota:** para minimizar el efecto de la no respuesta se asignó a los no respondientes el comportamiento de los respondientes por estrato de la muestra.

**Fuente:** INDEC, Encuesta Permanente de Hogares Continua

En esta población, el decil de hogares más rico iguala los ingresos de los siete deciles más pobres, triplica el del octavo decil y duplica el del noveno.

En consecuencia, estimamos que para que se produzca un cambio en las perspectivas del sector no es suficiente un vigoroso crecimiento económico sino que además debe ser acompañado de un efecto redistributivo.

¿Qué perspectivas existen de que esta situación se modifique en el mediano o largo plazo?

Esta es una pregunta difícil de responder; las opiniones de los expertos varían de un extremo a otro por el grado de incertidumbre que envuelve a la economía argentina casi por décadas, agravado por la crisis de fines de 2001.

No es nuestro propósito ingresar en este terreno sino tratar de establecer determinados parámetros para el análisis, para ello, utilizaremos algunas referencias del informe presentado por la oficina de la CEPAL en Buenos Aires al Ministerio de Economía<sup>37</sup>; dice el informe de las condiciones iniciales de la salida de la convertibilidad:

“En la primera parte de 2002 se asistió a fuertes turbulencias: la desaparición del crédito interno y externo, la imposibilidad de formular previsiones, el encareci-

<sup>37</sup> Estudio 1.EG.33. Resumen Ejecutivo General. Oficina de la CEPAL-ONU. Buenos Aires. Director: Bernardo Kosacoff. Mayo 2003. Disponible en [www.mecon.gov.ar](http://www.mecon.gov.ar).

miento de los insumos transables y las dificultades de operación del sistema de pagos se combinaron para deprimir tanto la demanda como la oferta de bienes y de servicios. La caída del nivel de actividad y el salto del tipo de cambio real implicaron fuertes modificaciones en las rentabilidades sectoriales, en la configuración de la demanda y en la distribución de los ingresos.”

“...Desde el punto de vista del proceso de asignación de recursos, interesa señalar que la estructura de incentivos implícita en los nuevos precios relativos de la economía se redefinió –a diferencia del régimen predominante durante la década anterior- a favor de los bienes comercializables, los procesos intensivos en trabajo y las ventajas naturales y que, a su vez, sesga contra los abastecimientos importados. Dadas estas condiciones y señales, y en el marco de una situación de demanda interna francamente deprimida, los sectores que más crecieron y lideraron una ligera tendencia de reactivación de la producción en el segundo semestre fueron los que incrementaron sus exportaciones o, principalmente, comenzaron a sustituir importaciones, ganando cuotas relativas del mercado interno. (Pag. 3)

Esta tendencia a la recuperación, sin embargo, está condicionada por diversos factores, señalan los autores:

“ ... i) más allá de ganancias inmediatas de competitividad-precio, la expansión de las exportaciones depende de la demanda externa y de atributos sistémicos que maduran en un plazo más largo; ii) la sustitución de importaciones requiere de la existencia de disponibilidad de capacidad productiva y, especialmente, tecnológica y, además, de una trama productiva consolidada; iii) la elevada y generalizada incertidumbre, la pérdida relativa y la segmentación de ingresos, sumadas a la ausencia de crédito, castigan al consumo y a la inversión dirigida a varios y diversos sectores.” (Pag 4).

Y concluyen: “...En tal sentido, los estudios de sustentabilidad macroeconómica a mediano plazo sugieren que los escenarios posibles para la economía argentina parecen cubrir un rango de gran amplitud.

Por un lado, no puede descartarse una fuerte recuperación, si es que se van disipando nítidamente los factores de incertidumbre que han venido pesando sobre la economía. Por otro lado, es concebible la persistencia de un estado en que la economía no reacciona visiblemente, con potencial de gran inestabilidad y donde, en promedio, la economía no mostraría mejoras apreciables en términos de actividad y empleo. En la medida en que ninguna de estas situaciones polares llegue a configurarse, podría haber un comportamiento tal que se produce recuperación, aunque ésta se ve frenada por la todavía presente posibilidad de un deslizamiento hacia un estado de crisis. En ese escenario “intermedio”, se irían observando avances en la reestructuración del sistema financiero y en negociaciones relativas a la deuda pública, y se mantendría prudencia en la administración fiscal y monetaria, pero habría altibajos que, sin llegar a ser desestabilizadores, seguirían influyendo sobre las expectativas y harían que *los horizontes de decisión se mantengan cortos*.” (Pag 5)

Respecto de la situación del empleo, un indicador que resulta clave para el sector de servicios entre los que se incluye la salud, el informe señala:

“...A futuro, la evolución de la demanda de trabajo estará principalmente determinada por la dinámica del nivel de actividad. De todas maneras, esta relación se encuentra mediatizada por una serie de factores: las variaciones en las remune-

raciones, la estructura sectorial de los cambios del producto, el ritmo en la incorporación de tecnología, la fase del ciclo, las regulaciones laborales, las expectativas de los empresarios o el poder de negociación de los sindicatos. (...) Atento a estas formulaciones, se desarrollaron escenarios del nivel de empleo, oferta laboral y desempleo para el período 2003-2008 consistentes con los escenarios macroeconómicos ya comentados. Por un lado, las funciones de demanda de trabajo se estimaron de acuerdo con lo observado en las dos décadas anteriores; *la elasticidad empleo-producto de largo plazo estimada es de 0,42.* (...) Bajo los supuestos señalados, las tasas de desempleo para el año 2008 correspondientes a las variantes que consideran un crecimiento anual del PBI del 3% resultan similares, e inclusive algo mayores, a las de fines del 2002. *Un crecimiento del PBI del 4.5% se asocia a niveles de desocupación similares a los actuales, o sólo algo menores, y sólo con estimaciones de una expansión muy acelerada de la producción agregada se alcanza un descenso importante de los niveles de desocupación.*" (Pag 25)<sup>38</sup>

En resumen, el análisis macroeconómico no hace presumir un significativo aumento de la demanda de los servicios de medicina prepaga, aunque sí puede esperarse una recuperación gradual de los niveles de la misma a los de los últimos años de la convertibilidad, condicionada por otros factores que hacen a la dinámica sectorial que analizaremos más adelante.

Otro de los aspectos del macroentorno que nos interesa analizar es el demográfico. Específicamente tomaremos en cuenta las variaciones de la población en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, observemos el siguiente cuadro:

INDICADOR	2004	1999	Var %
Población Total país	37,944,014	36,124,931	105%
Población Total - CABA	3,053,030	3,040,292	100%
Población Total - BA	14,549,311	13,879,575	105%
Tasa de Crecimiento anual medio de la población por mil	11.9	12.61	94%
Tasa de Crecimiento anual medio de la población por mil -CABA	1.00	1.24	80%
Tasa de Crecimiento anual medio de la población por mil -BA	11.36	12.11	94%
Tasa global de fecundidad - Total país	2.44	2.62	93%
Tasa global de fecundidad - CABA	1.47	1.58	93%
Tasa global de fecundidad - BA	2.30	2.47	93%
% Pobl < 15 años - total país	27.76	28.17	99%
% Pobl < 15 años - CABA	17.52	17.81	98%
% Pobl < 15 años - BA	26.28	26.68	99%
% Pobl > 65 años - total país	9.67	9.59	101%
% Pobl > 65 años - CABA	16.80	16.80	100%
% Pobl > 65 años - BA	10.26	10.10	102%
Esperanza de vida al nacer - total	73.10		
Esperanza de vida al nacer - CABA	72.72		
Esperanza de vida al nacer - BA	72.09		

Fuente: Elaboración propia sobre datos del informe de Indicadores Básicos del Min de Salud-OPS-OMS. 1999 y 2004.

<sup>38</sup> Los resaltados son propios.

Si bien el periodo considerado es breve para apreciar mayores cambios demográficos, y salvando errores de muestreo, se observa un comportamiento dispar de la población de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) respecto del resto del país y de la provincia de Buenos Aires (BA).

En el último quinquenio se produce un decrecimiento relativo de la población de la CABA, tendencia que se afirma por su tasa de crecimiento. Por otra parte, en la provincia, los indicadores se asemejan al promedio del país.

Similar apreciación podemos hacer respecto de la distribución etárea de la población. Los datos de la provincia convergen con los generales mientras que se observa una leve divergencia en la CABA. Todos ellos muestran una tendencia hacia el mayor peso relativo de la población mayor de 65 años de edad, aspecto principalmente condicionado por la baja en la tasa de fecundidad, y en menor proporción, por la esperanza de vida.

Estas conclusiones son coherentes con las proyecciones realizadas por el INDEC.<sup>39</sup>

En consecuencia, podemos esperar en lo que respecta a los aspectos del escenario macro en el mediano plazo, para las EMP:

- Estabilidad o aún una leve merma de la población a atender, con tendencia a su envejecimiento, lo que hace presumir un mayor gasto para la atención.
- Incierta recuperación o mejora respecto de sus ingresos, acompañado por condiciones de distribución del mismo similares a las actuales.

La relativa estabilización de las condiciones macro, contrastan con las del escenario sectorial. Como hemos visto, a largo plazo, el incremento de los gastos en salud es inelástico respecto de la economía en general y los costos del sector siguen su dinámica propia, diversa de los ciclos económicos, básicamente por los estudiados mecanismos de inducción de la demanda de servicios.

La preocupación por el incremento de los costos de la salud es mundial, tanto en los países con sistemas mayoritariamente estatales como en aquellos con sistemas liberales.

#### **Gasto sanitario como porcentaje del PBI**

<b>País</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1987</b>	<b>1989</b>
Francia	5.8	7.6	8.5	8.5	8.7
Alemania	5.9	8.5	8.6	8.6	8.2
Italia	5.2	6.8	7.0	7.3	7.6
España	3.7	5.6	5.7	5.7	6.3
Reino Unido	4.5	5.8	6.0	5.9	5.8

Fuente: Schieber y Poullier (1991, 109)

En nuestro país, el gasto creció dos puntos del PBI en los últimos treinta años, siguiendo las tendencias mundiales del sistema prestador, lo cual adquiere mayor relevancia. Además, se observa una creciente participación en su financiamiento del gasto directo de las familias:

<sup>39</sup> Ver INDEC –CELADE 1996. Serie Análisis demográfico 7. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

**Evolución del gasto en salud**

Años	Gasto % PBI	% Participación en el financiamiento			
		Público	O. Sociales	Familias	Total
1980	5.68	33	33	34	100
1986	6.60	29	31	40	100
1996	7.03	23	34	42	100

Fuente: Año 1980 MSAS-OPS, 1986 Dieguez, et al, ITDT y 1996 DNPGRS, SPEyR. En Flood, M. Cristina. ¿Cuánto gasta Argentina en Salud?. VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. VIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Setiembre 1998.

En cuanto a los índices de precios, si comparamos la evolución de los gastos en atención médica respecto de los otros rubros, también podemos observar la inelasticidad de estos. Sólo luego de la salida de la convertibilidad esta relación se invierte.

**Índice de Precios al Consumidor GBA base 1999=100**

Año	Nivel General		At. Médica y Gastos para la salud	
	Indice	Variación resp periodo anterior	Indice	Variación resp periodo anterior
1996	100.5156	0.2	98.1153	0.7
1997	101.0469	0.5	98.6243	0.5
1998	101.9813	0.9	98.8631	0.2
1999	100.7915	-1.2	99.8582	1.0
2000	99.85	-0.9	101.35	1.5
2001	98.78	-1.1	102.50	1.1
2002	124.33	25.9	124.26	21.2
2003	141.05	13.4	134.38	8.1

Fuente: INDEC

Nota: El índice mide las variaciones de precios para el aglomerado urbano Gran Buenos Aires (incluye la ciudad de Buenos Aires y partidos del conurbano bonaerense) en un conjunto determinado de bienes y servicios que representan el consumo de la población en el periodo febrero de 1996 a enero de 1997. El empalme de las series se realizó en noviembre de 2000.

Consideramos este fenómeno como un punto de inflexión en las curvas de preferencias de las familias. En efecto, la variación en la relación cambiaria provocó un significativo cambio en los hábitos de consumo de atención médica, otrora caracterizada por el consumo de atención especializada con requerimientos tecnológicos de última generación.

A pesar de la importante influencia que tienen los insumos importados en la producción de los servicios, las subas de costos no pudieron ser distribuidos en la cadena de provisión por temor a provocar efectos deletéreos en la demanda. Entendemos que contribuye a esta situación la situación de sobreoferta de servicios, produciendo un fenómeno de absorción de costos para permanecer en el mercado.

Dada la dinámica que observamos en el comportamiento del sector, creemos que esta coyuntura variará en la medida que sea más ostensible la recuperación económica, volviendo las tendencias a las subas de costos en el largo plazo.

## El Microescenario.

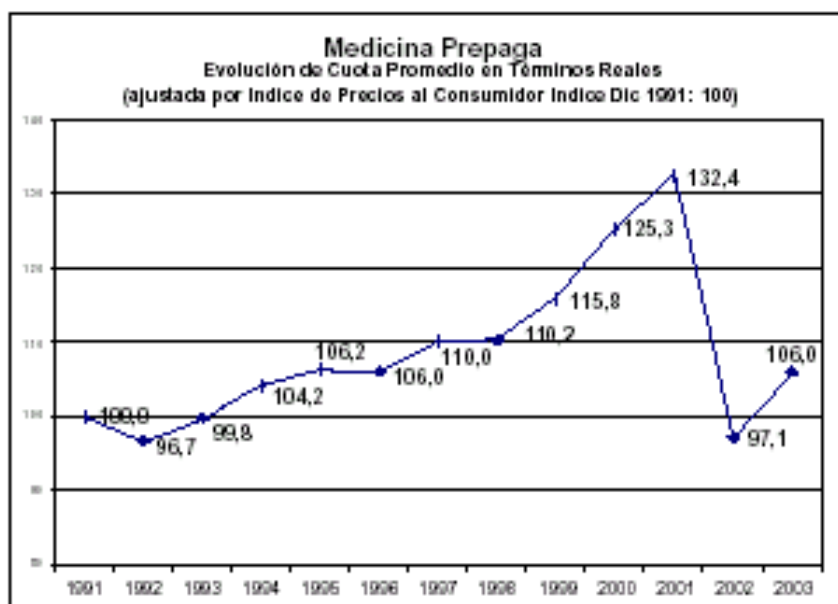
### *La estructura del mercado.*

Consecuentemente con la evolución global del gasto en salud, las cuotas de la medicina prepaga se han ido incrementando en forma proporcional.

Expresa un informe sectorial de la Secretaría de Defensa del Consumidor:

“ Entre diciembre de 1991 y diciembre de 2003, el Índice de Precios al Consumidor (IPC) elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) aumentó un 89% en su nivel general. En el mismo período las cuotas de las empresas de medicina prepaga aumentaron un 100% en términos nominales. Esto significa que los valores de las cuotas se incrementaron por encima del promedio de precios minoristas de los bienes y servicios de la economía.

Sin embargo si el análisis se refina de modo tal de conocer las cuotas en términos reales (es decir, deflactándolas por el IPC para reexpresarlas a precios de diciembre de 1991) se aprecia que las cuotas experimentaron un aumento más moderado hasta el año 1998, de aproximadamente el 10%. Pero a partir de esa fecha, entre diciembre de 1998 y diciembre de 2001 la cuota en términos reales aumentó un 20%, de modo que la cuota que en diciembre de 1991 costaba \$ 100, en diciembre de 2001 costaba \$ 132. Luego de la devaluación la cuota en términos reales descendió a \$ 97 en diciembre de 2002, recuperándose hasta \$ 106 en diciembre de 2003.”<sup>40</sup>



Veamos si se confirma nuestra hipótesis de que la crisis de finales de 2001 aceleró un proceso que inexorable de “elastización” de la demanda de seguros privados por efecto de la disminución de los ingresos de los hogares, y tratemos de

<sup>40</sup> Fuente: Revista del Consumidor.

estimar de qué dimensiones puede llegar a ser esta demanda ante una recuperación de la economía.

### Población según condición y tipo de afiliación

Condición	Censo 1991	EDS 1997	Censo 2001*
Solo Obra Social	40.3	50.2	46.8
Solo Prepago	4.6	7.9	13.6
Obra Social + Prepago	13.9	4.2	5.5
No afiliado	41.2	37.7	34.0

\*Área Metropolitana GBA  
Fuente: Censo 1991: INDEC

En el área de nuestro análisis, el 13.6% que según el Censo 2001 poseía solo prepago equivale a 1.704.000 personas, si agregamos el 5.5% que declaró tener prepago y obra social, sumaremos 689.000 más, obteniendo un total de 2.393.000 personas.

Si tratamos de establecer la demanda en función del ingreso de los hogares, deberemos relacionar dichos ingresos con los precios de las cuotas de los prepagos.

La Secretaría de Defensa del Consumidor realiza un relevamiento trimestral de las cuotas de los distintos planes que se comercializan en los conglomerados urbanos<sup>41</sup>. Para ello se caracterizan tres categorías de cobertura:

- Categoría A: planes cerrados, sin reintegros, con copagos e internación en habitaciones dobles.
- Categoría A Bis: planes cerrados, sin reintegros, con copagos e internación en habitación individual.
- Categoría B: planes cerrados, sin reintegros, sin copagos e internación en habitación individual.
- Categoría C: planes abiertos, con reintegros, sin copagos e internación en habitación individual.

Los precios, a agosto de 2004, fueron los siguientes:

Individual masculino menor 30 años	Promedio	Máximo	Mínimo
Cat A	\$95.20	\$235.40	\$31.00
Cat A Bis	\$134.20	\$250.60	\$51.00
Cat B	\$156.60	\$291.80	\$66.00
Cat C	\$226.70	\$675.30	\$55.10

Matrimonio 35 a 40 años con 2 hijos	Promedio	Máximo	Mínimo
Cat A	\$238.00	\$537.00	\$89.00
Cat A Bis	\$419.70	\$814.30	\$191.00
Cat B	\$424.10	\$991.00	\$108.40
Cat C	\$624.10	\$1,991.80	\$242.00

Fuente: Ministerio de Economía. Subsecretaría de Defensa del Consumidor

Según datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (1996/97, se encuentra en etapa de recolección de datos un nuevo relevamiento en septiembre

<sup>41</sup> Puede consultarse en [www.mecon.gov.ar/secdef](http://www.mecon.gov.ar/secdef)

de 2004), en el área del GBA, las familias gastan en promedio 4.99% de su consumo en Servicios para la salud –entre los que se incluyen las primas de los seguros médicos-.

El ingreso medio de los hogares del decil más alto es (al 4º trimestre de 2003, ver más arriba) de \$ 3.853.-, con mínimo de \$ 2.200 y máximo de \$27.500.-.

Si suponemos, lo cual no es cierto<sup>42</sup>, que las familias consumen todos sus ingresos, el gasto promedio en servicios para la salud sería de \$ 192 mensuales, monto que no alcanza para pagar un plan promedio de categoría A. Recordemos que a este decil pertenecen 1.247.000 individuos, que concentran el 35.7% del ingreso.

A junio de 2004, según el INDEC, en el área del GBA, un 31.6% de los hogares permanecía bajo la línea de pobreza, excluidos de toda posibilidad de contratar una cobertura privada.

Según los datos que observamos en el cuadro de Población según condición y tipo de afiliación alrededor de 2.4 millones de individuos poseen alguna forma de seguro privado, lo que en la escala de ingresos por hogar representa al último quintil.

Personas de quintiles inferiores muy difícilmente se encuentran en condiciones de contratar un seguro médico privado de cobertura integral, del tipo de planes que hemos descripto; sí poseen, en algunos casos, coberturas parciales que complementan a veces los servicios de las obras sociales o coberturas de servicios de emergencias.

En síntesis, la información disponible respecto del nivel de ingreso de los hogares nos permite establecer un mercado para la medicina prepaga de no más de 2.4 millones de personas en el área del GBA, que pueden contratar su cobertura en forma directa.

Como veremos enseguida, el actual mercado de las prepagas es algo mayor, ello se debe a la existencia de contratos colectivos, por convenios de prestación con obras sociales o planes contratados por las empresas para su personal.

No existen datos confiables acerca de la población que posee algún tipo de cobertura privada, dada la gran variedad de tipos de servicios que se incluyen en este rubro y la falta de una institución que registre los datos del mercado. Además, el público confunde a las EMP con las obras sociales y esto puede distorsionar los datos de las encuestas.

Las estimaciones realizadas indican que a 2001 había entre 3.28 millones (INDEC – Censo 2001) y 4 millones de asociados (informe sectorial Revista Mercado – 2000).

Por efectos de la crisis de fines de 2001, la demanda decayó.

---

<sup>42</sup> No contamos con datos sobre el ahorro de las familias.



“Antes de la devaluación, más de tres millones de personas pagaban una prepaga en Capital y el Gran Buenos Aires. Con la crisis, 540.000 afiliados (el 17%) pidieron la baja del servicio porque no pudieron seguir pagando la cuota, según un reciente informe de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP).

La principal causa es el descenso del poder adquisitivo de la clase media sumado a los incrementos de las cuotas de los planes. Desde enero de 2002, subieron el 25%, en promedio, de acuerdo con los relevamientos de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación.

Esos aumentos y, en muchos casos la reducción del porcentaje de descuento de los medicamentos (pasó del 50 al 40%), subió el gasto de bolsillo de los afiliados. Y también creció el temor en muchas familias de perder la prepaga y tener que "caer" en el hospital público, tal como indica una encuesta de D'Alessio/IROL para Clarín.com.

En la otra cámara que reúne a prepagas (CIMARA) también reconocen que la crisis se llevó muchos afiliados.

Antes de tomar la decisión extrema de abandonar la prepaga, muchos consumidores optan por contratar un plan más económico. Según la encuesta de D'Alessio/IROL, realizada a 1.000 personas, el 38% tuvo que descender en la escala y pasarse a planes de menor cobertura.”<sup>43</sup>

A pesar de algunas discordancias, con la información suministrada podemos afirmar que la demanda en el sector en función de los ingresos se encuentra en su límite y, salvo cambios estructurales importantes, no pueden esperarse variaciones.

Con estas condiciones, es esperable que la oferta de medicina prepaga tienda a concentrarse, produciéndose un proceso de fusiones y adquisiciones.

Este proceso, desarrollado durante la última década, se ha dado en etapas claramente diferenciadas:

En primer lugar, a favor de la ley de desregulación de obras sociales, en un contexto de libertad para el ingreso de capitales y convertibilidad cambiaria, grupos inversores principalmente extranjeros adquirieron EMP y realizaron contratos de gerenciamiento con obras sociales, con la perspectiva de aprovechar las economías de escala que brinda dar cobertura a una amplia población (se estimaba este mercado en alrededor de 15 millones de personas).

La dinámica de los cambios fue profundizándose, incorporando a los bancos entre los interesados, que vieron la posibilidad de incorporar el seguro médico a su cartera de productos.

Hacia finales de los noventa el proceso se consolidó, preparándose el escenario con el decreto 446/2000 que promovía la libertad de elección entre las prepagas y las obras sociales.

---

<sup>43</sup> Diario Clarín. 22 de septiembre de 2003.

Veamos cómo caracteriza esta etapa un informe sectorial preparado por la revista *Mercado*:<sup>44</sup>

### **“Tamaño del mercado**

*La medicina prepaga tradicional tiene cuatro millones de usuarios. De las 269 empresas existentes, sólo siete tienen 37% de los afiliados al sistema.*

*En términos de facturación el mercado total es de US\$ 2.100 millones anuales (sin IVA), de los cuales 44,5% corresponde a las ocho primeras firmas.*

*La mayor cantidad de empresas de medicina prepaga se encuentra ubicada en Capital Federal y Gran Buenos Aires y algo más de la tercera parte opera en el interior.*

*Ver cuadro: “Líderes Afiliados”.*

*Ver cuadro: “Líderes Facturación”.*

<b>Líderes Afiliados</b>	
<b>(año 1999)</b>	
<b>Empresas</b>	<b>% de afiliados</b>
AMSA	11.43
SPM	6.66
Medicus	5.81
Swiss Medical	4.85
Docthos	4.48
OMINT	3.33
Qualitas	0.95
Otras	62.49
<b>Total</b>	<b>100</b>

<b>Líderes Facturación</b>		
<b>(año 1999)</b>		
<b>Empresa</b>	<b>Facturación millones US\$/año</b>	<b>Participación %</b>
Medicus	200	9.7
SPM	190	9.1
Swiss Medical	128	6.2
Docthos	120	5.8
OMINT	114	5.4
AMSA	100	4.9
CEMIC	34	1.7
Qualitas	34	1.7
Otras	1180	55.5
<b>Total</b>	<b>2100</b>	<b>100</b>

<sup>44</sup> Manzone, Alejandro. Informe sectorial de la Revista Mercado sobre Medicina Prepaga. Buenos Aires. Octubre de 2000.

*En la medicina prepaga la población demandante ha crecido a un ritmo superior al de la población general, algo más de 2% contra 1,2% anual. Esta tendencia se viene sosteniendo en la última década con una caída en 1995. La dinámica de traspasos se ha agilizadado en los últimos cuatro años particularmente a partir de la desregulación de las obras sociales y el ingreso de servicios por esta vía.”*

<b>Evolución en los últimos años</b>					
<b>(en millones de afiliados a prepagas)</b>					
<b>Año</b>	1996	1997	1998	1999	2000*
<b>cantidad de afiliados</b>	3.77	3.85	3.92	4	4.05

### **“Acuerdos de las prepagas con obras sociales gremiales**

*Las obras sociales sindicales han cerrado acuerdos con las empresas de medicina prepaga desde hace tiempo. Unión Personal Civil de la Nación trabaja con Qualitas, Cemic y Staff Médico.*

*La obra social del seguro, los supervisores metalúrgicos y los árbitros deportivos se relacionan con Medicus.*

*Los empleados de la industria del vidrio trabajan con Ceprimed/Mediplan y el personal telefónico tiene un acuerdo de prestación con Aetna.*

*En este acuerdo la obra social retiene el manejo de los aportes y el control de gestión sobre la calidad de los servicios mientras que el sector privado, conocedor de la atención al cliente y de la forma de administrar recursos limitados aprendió a gerenciar padrones más masivos.”*

### **“Fusiones y Adquisiciones**

*El número total de empresas de medicina prepaga ha sufrido modificaciones importantes durante la última década. En 1984 los chilenos de Interclínicas compraron Ceprimed y Mediplan. Un año más tarde el Exxcel Group adquirió Galeno, Life y Tim y lo bautizó SPM. En 1996 Top Family de Argentina compró Omaja, la prepaga vinculada con la comunidad japonesa en la Argentina.*

*Swiss Medical de Argentina compra en 1997 CIM, Salud, Diagnos y Optar. En el mismo año, los chilenos de Colmena Golden compran la Clínica Olivos y Cross Vida 3 adquiere Clío. El HSBC adquiere el paquete del Banco Roberts en el mundo y con ello incorpora a la prepaga local Docthos. Sanitas de Colombia compra Nubial en 1997.*

*En 1998 Adeslas de España compró el Centro Médico Santa Fe, el Centro Médico Santa Isabel y Omaja Top Family. El año pasado surgió Euromédica que se divide en partes iguales entre el BBV Francés y Adeslas, las aseguradora de salud del grupo Aguas de Barcelona. También en 1999 Aetna compró AMSA. De esta manera, la aseguradora americana adquiere la totalidad del paquete accionario por un monto cercano a los US\$ 120 millones. Aetna opera en el país desde 1994 en seguros de vida con 30 sucursales y 30.000 pólizas. Pero este panorama puede que cambie en poco tiempo porque la holandesa ING se quedó con todas las filiales internacionales de Aetna a cambio de US\$ 7.700 millones.*

Por último y también durante 1999 la local Acción Médica compró Ampri “

Ver cuadro: “Fusiones y adquisiciones de empresas de medicina prepaga”

<b>Fusiones y adquisiciones de empresas de medicina prepaga</b>						
	<b>Comprador</b>	<b>Año</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Empresa</b>	<b>Figura</b>	<b>Nombre</b>
<b>1</b>	Interclínicas	1994	Chile	Ceprimed Mediplan	Compra	Ceprimed
<b>2</b>	Grupo Exxel	1995	Fdo. Inversión	Galeno Life Tim	Compra	SPM
<b>3</b>	Omaja	1996	Argentina	Top Family Salud Diagnos Optar	Compra	Omaja
<b>5</b>	Colmena Golden Cross Vida 3	1997	Chile	Clínica Olivos Clio	Compra	Clínica Olivos/Clio
<b>6</b>	HSBC	1997	Inglaterra	Docthos	Compra	Docthos
<b>7</b>	Sanitas	1997	Colombia	Nubial	Compra	Sanitas-Nubial
<b>8</b>	Adeslas	1998	España	C.M. Sta. Fe C.M. S. Isabel Omaja-Top Family	Compra	Adeslas
<b>9</b>	Aetna	1999	EE.UU	Amsa	Compra	Amsa
<b>10</b>	BBV	1999	España	Adeslas	Compra 50%	Adeslas
<b>11</b>	Acción Médica Int.	1999	Argentina	Ampri	Compra	Acción Médica Int.
<b>12</b>	Samed	1999	Argentina	Ceprimed Mediplan	Compra	Ceprimed

Fuente: elaboración propia en base a información del sector.

### Los bancos en las prepagas

El Banco BBV con Euromédica, el HSBC con Docthos y el Santander con Swiss Medical son los primeros casos de peso en el que la banca internacional desembarca en la medicina prepaga. El BBV y Aguas de Barcelona fusionaron todas sus inversiones en el negocio de la salud en la Argentina. Desde noviembre de 1999 las prepagas Centro Médico Santa Fe, Centro Médico Santa Isabel y Omaja y la Clínicas Santa Isabel y Bazterrica comenzaron a funcionar bajo el paraguas de Euromédica. El paquete de Euromédica se divide en partes iguales entre el BBV y Adeslas, las aseguradora de salud del grupo Aguas de Barcelona. En España Adeslas es líder en el negocio de las medicina privada con 1,5 millón de afiliados y con una participación de mercado del 20%. El holding HSBC opera en la Argentina la empresa de medicina prepaga Docthos, Máxima AFJP, la compañía de seguros La Buenos Aires New York Life y La Buenos Aires Seguros.

### Fusiones para competir

El mercado de la salud argentino se está preparando para competir. Para participar de la puja por la seducción de nuevos clientes, las empresas de medicina prepaga deberán cumplir con varios requisitos. Entre ellos contar con un capital mínimo de US\$ 3 millones. Las prepagas del interior del país ya comenzaron a asociarse Un caso significativo es Medifé de Mendoza, Cobertura Médica Córdoba, Medicina Esencial de Rosario, Asociación Mutualista de Santa Fe, Boreal Medicina Prepaga, Patagonia Medicina Privada,

*Samsa Servicios Asistenciales Médicos de Capital y Gran Buenos Aires, Cobertura Médica del Litoral, Ami Sanatorio del Niño, Solidez y Med. Entre todas reúnen 100.000 afiliados y promedian una facturación anual de US\$ 70 millones.*

*Para ser competidores fuertes deben contar con otro requisito fundamental y es la cobertura geográfica. De esta manera, y aunque las reglas de juego de la competencia regulada están en plena discusión al cierre de este informe, las prepagas se orientan hacia un destino de fusiones y alianzas estratégicas.”*

La tercera etapa se caracteriza por el derrumbamiento de este escenario.

En primer lugar, el decreto 446/2000 nunca llegó a promulgarse; a pesar de los anuncios, ninguno de los actores se mostró interesado en participar<sup>45</sup>. La imposibilidad legal de seleccionar a los aspirantes a ingresar, sumada a la ya plausible dificultad de cobro de los aportes y contribuciones hizo desistir a las prepagas de participar en la desregulación.

El fin de la convertibilidad completó el trabajo. Con la devaluación de la moneda desapareció el interés de los bancos por los negocios en el sector y comenzaron a desprenderse rápidamente de sus adquisiciones.

Luego de la ya comentada caída de la demanda de 2002 se produce un proceso de recuperación, con actores diferentes. Si bien continúa concentrándose el sector, los interesados se identifican con los sectores que tradicionalmente participaron, más ligados a la medicina y, a pesar de continuar algunas alianzas (claramente ilegales), se nota una marcada separación entre las obras sociales y las EMP.

Actualmente, a excepción de OSDE –técnicamente es una obra social-, los dos principales actores son Swiss Medical, que en los últimos años adquirió Qualitas y Docthos (al banco HSBC), sumando un total de 465.000 asociados, y el grupo SPM (TIM, Galeno Life y AMSA) hoy perteneciente a capitales nacionales, de derrotero similar en cuanto a adquisiciones, con alrededor de 475.000 socios.

En consecuencia, de los aproximadamente 2.6 millones de adherentes a la medicina prepaga, dos empresas poseen el 36% del mercado.

Otro dato a tener en cuenta, es la proporción entre socios individuales y corporativos (recordemos que estos últimos son los que poseen su cobertura privada por contrato con su empleador, sin posibilidad de elección individual).

Según información relevada por el diario Clarín<sup>46</sup>, a comienzos de 2004, un 68% de los socios de medicina prepaga tenían su cobertura en forma corporativa.

---

<sup>45</sup> De las 269 EMP sólo una se inscribió en el registro habilitado para tal fin.

<sup>46</sup> El diario con mayor tirada en la Argentina.

## Radiografía de las prepagas

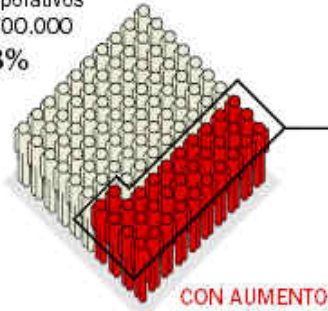
### TOTAL DE BENEFICIARIOS

**2.500.000**

TITULARES	750.000
FAMILIARES	1.750.000

### COMO SE REPARTEN LOS PLANES

SIN AUMENTO  
Corporativos  
1.700.000  
**68%**



CON AUMENTO  
Individuales  
800.000  
**32%**

### LOS QUE SUFRIRAN EL AUMENTO

Familiares  
500.000  
**62,5%**



Titulares  
300.000  
**37,5%**

### PROMEDIOS DE CUOTAS MENSUALES POR PLAN

Las prepagas subieron 22% desde la devaluación. Ahora aplican aumentos del **9% al 11%**.

Matrimonio (35 a 40 años) con dos hijos	Promedio todos los planes
<b>Plan A</b> Cerrados, sin reintegros con internación en habitación doble.	\$ 216
<b>Plan B</b> Cerrados, sin reintegros con internación en habitación individual.	\$ 431
<b>Plan C</b> Abiertos, con reintegros y con internación en habitación individual.	\$ 576

Fuente EN BASE A DATOS DEL MERCADO.

CLARIN

Esta distribución marca una clara tendencia del mercado hacia la comercialización por medio de este tipo de planes.

## Las fuerzas competitivas.

Hemos revisado la estructura del mercado de la medicina prepaga, pero debemos agregar a la descripción un análisis que nos permita entender su funcionamiento.

Para ello, consideramos útil emplear el método propuesto por Michael Porter del "Análisis de las Cinco Fuerzas", cuyo principio podemos definir del siguiente modo: todas las empresas necesitan combinar sus capacidades con las exigencias que impone el medio externo para poder competir.

Porter sostiene que toda empresa está condicionada por la acción de cinco fuerzas competitivas, a saber:

1. *El poder de negociación de los compradores.*
2. *El poder de negociación de los proveedores.*
3. *La rivalidad entre los competidores existentes.*
4. *El ingreso de los nuevos competidores.*
5. *La amenaza de sustitutos.*

Para nuestro estudio, nos interesa agregar una más:

6. *las regulaciones gubernamentales.*

Todas estas fuerzas influyen en los precios, los costos y las inversiones que las firmas deben realizar y son, en definitiva los factores determinantes de la rentabilidad de la industria. El análisis resulta apropiado para examinar en qué proporción los distintos actores se apropian del valor generado por la actividad.

Examinemos cómo actúan estas fuerzas en el nuestro mercado.

### 1 - El poder de negociación de los compradores.

La relación entre las EMP y sus clientes ha ido complejizándose en el transcurso del tiempo. Recordemos que en los inicios de la actividad, no existía regulación alguna que determinara la relación entre las empresas y sus clientes. Lo habitual era que los clientes adhirieran a la canasta de productos y servicios ofrecidos, sin posibilidad de negociar las condiciones del contrato.

El carácter complejo del producto ofrecido, cuyo rasgo más relevante es la incertidumbre, promovió acuerdos con condiciones establecidas por las empresas.

Las sucesivas regulaciones a la industria, acentuadas a partir de los noventa, otorgaron mayor poder a los usuarios, no obstante su poder de negociación está mediatizado por sus representantes: el Estado, como regulador, organizaciones intermedias –especialmente asociaciones de consumidores-, o los clientes corporativos.

La mayor información en poder de los usuarios, acentuada en los últimos años, acerca de instrumentos de diagnóstico y tratamientos disponibles como de las obligaciones de las empresas, también contribuye a aumentar su poder de nego-

ciación. De hecho, las EMP se encuentran en los primeros lugares del ranking de quejas y reclamos ante los organismos de defensa de derechos de los consumidores.

Las otrora habituales exclusiones por patologías preexistentes ya raramente son aceptadas, lo mismo que los tiempos de espera.

En los últimos años, se han sancionado leyes (diabetes, discapacidad) que obligan a las empresas a dar una amplia cobertura a grupos vulnerables, muchas veces excediendo el marco de los contratos de cobertura médica (escolaridad, transporte, etc.)

La judicialización de los reclamos es otro rasgo del poder de los consumidores. Según datos presentados por las cámaras de EMP en la última década se han incrementado un 700% las primas de las pólizas por seguros de *mala praxis médica* y se multiplicaron los fallos judiciales (fundamentalmente recursos de amparo) a favor de reclamos de usuarios para la cobertura de prestaciones, muchas veces no previstas en el contrato suscripto ni en las reglamentaciones vigentes.

La manifestación más novedosa del poder de los consumidores es el virtual control de precios impuesto por la Subsecretaría del Consumidor; con el argumento de que las EMP deben justificar con criterios objetivos sus aumentos en los precios, ha obligado a las empresas a devolver el importe de los aumentos efectuados en enero de 2004 y a comprometerse a no efectuar nuevos ajustes en las cuotas hasta enero de 2005.

Otro logro de los clientes ha sido conseguir que las empresas dispongan de planes que como "mínimo" cubran el PMO, y estos sean ofrecidos a aquellos socios que no puedan solventar los aumentos de precios de las primas.

Con todo, aún es poco transparente para el público en general el tipo de cobertura contratada. La amplia y compleja gama de productos que abarcan el cuidado de la salud y su constante evolución conspira contra el establecimiento de contratos donde los compromisos entre las partes sean explícitamente determinados.

## 2 - El poder de negociación de los proveedores.

Podemos categorizar a los proveedores en dos grupos: los prestadores de servicios y proveedores de insumos y tecnología médica.

Para estimar el poder de los prestadores nos conviene recordar que las EMP han sido esencialmente creadas por estos para sostener sus fuentes de trabajo. Por lo tanto, en muchos aspectos, estas empresas continúan representando sus intereses.

Ello se nota en que las EMP son más sistemas de atención médica que empresas de salud. Desde sus comienzos, se han preocupado más por ofrecer a sus clientes una amplia y prestigiosa cartilla de prestadores, y la cobertura de prestaciones basadas en las más modernas tecnologías que en generar las condiciones para mantener la salud de la población.



A pesar de que en la mayor parte de los casos los prestadores dependen del sector asegurador para financiar su trabajo, es rara la alineación de intereses entre ambos. Lo habitual es que respondan a sus propios intereses o a los de su profesión e incluso de su especialidad. En general es difícil la integración entre servicios de diferentes instituciones, lo que provoca ineficiencias en la asignación de los recursos disponibles.

Los profesionales son los que impulsan la introducción de nuevas tecnologías, casi siempre más costosas, o nuevas "enfermedades"<sup>47</sup> que requieren servicios de diagnóstico y tratamiento diferenciados.

El sector prestador<sup>48</sup> es un agente principal en la generación de la demanda, como hemos visto más arriba, lo cual impulsa el aumento de costos hasta el límite de los ingresos del sistema.

Cuando el principal asignador de recursos es el mercado, es difícil establecer una ecuación técnica adecuada a los problemas de salud de la población. En cambio, prevalecen condiciones socioculturales, económicas y organizativas en la formación de la oferta. Estas circunstancias hacen muy variable la oferta de servicios de cada país, dificultando las comparaciones.

Estudiar la estructura de la oferta de servicios médicos nos permitirá comprender las presiones que esta ejerce sobre el sistema de salud.

Dado que los médicos son los principales responsables de las decisiones que involucran asignación de recursos, nos detendremos en primer lugar en analizar la oferta de estos profesionales.

En Argentina, la tasa de crecimiento de profesionales médicos es mayor que la de la población. En nuestra área de estudio, observamos que la tasa de crecimiento de la población ha sido negativa en el último lustro, sin embargo el número de médicos ha crecido un 23%.

<b>Indicador</b>	<b>2004</b>	<b>1999</b>
Población total	37.944.014	36.124.931
Población CABA	3.053.030	3.040.292
Población BA	14.549.311	13.879.575
Número de médicos Total	108.800	88.800
Número de médicos CABA	32.100	26.195
Número de médicos BA	26.876	21.934
Médicos / 100.000 hab. total	286.73	245.81
Médicos / 100.000 hab. CABA	1051.41	861.59
Médicos / 100.000 hab. BA	184.72	158.03

Fuente: Elaboración propia con datos de Indicadores Básicos. MSAL-OPS-OMS.

La relación de médicos por habitante, es superior en nuestro país a la que existe en los países desarrollados, quienes muestran las tasas más altas entre todos los países.

<sup>47</sup> El dolor, la vejez o la muerte, resultan medicalizados.

<sup>48</sup> Principalmente los profesionales médicos.

Más allá de la comparación, es interesante observar la coincidencia entre los distintos países en la correlación que existe entre variables e indicadores que caracterizan la oferta.

Entre los países donde predomina el mercado en la salud son semejantes la escasez de médicos generalistas respecto de los especialistas, como la relación entre número de médicos y el gasto en salud.

**Algunos países desarrollados. Comparación del número de médicos, generalistas y especialistas . Año 1993**

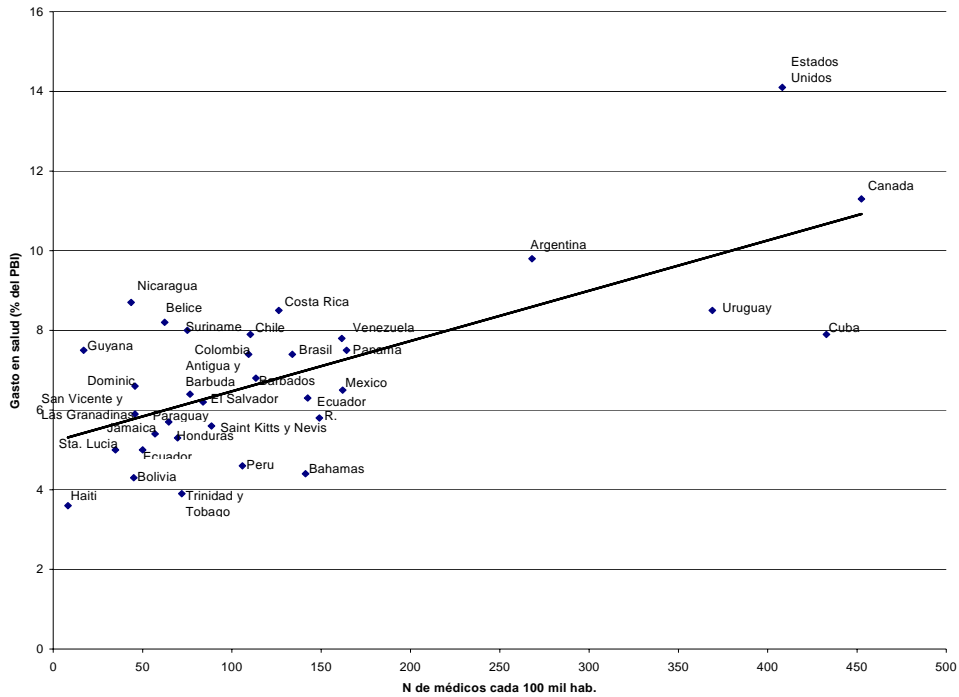
Países	Total de médicos /100.000 hab.(a)	Generalistas /100.000 hab.	Especialistas /100.000 hab.
Australia	200		
Austria	210		
Bélgica	360	191	169
Canadá	220	110	110
Dinamarca	280	70	210
Finlandia	250	62	188
Francia	270	103	167
Alemania	320	86	234
Grecia	340		
Irlanda	150	64	86
Italia	130		
Japón	160		
Luxemburgo	210		
Holanda	250	95	155
Nueva Zelanda	190		
Noruega	310	71	239
Portugal	280		
España	390		
Suecia	290	67	223
Suiza	300		
Turquía	90		
Reino Unido	140	67	73
EEUU(b)	230	76	154

Fuente: *Datos sobre la fuerza de trabajo médica, OECD.*

(a) OECD Sistemas de Salud: Hechos y Tendencias, 1960-91, OECD París 1993.

(b) Para EEUU, el porcentaje incluye Médicos de familia, Internistas Generales, y Pediatras Generales. El porcentaje de Médicos Generalistas únicamente es 27,6%.

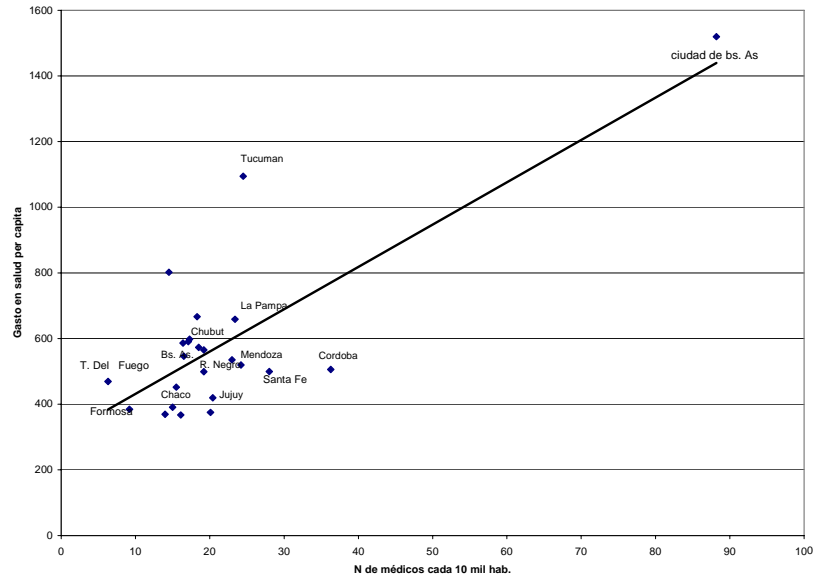
**América: Relación entre número de médicos c/1000 hab. y gasto en salud como porcentaje del PBI.**



Fuente: Hamilton, Gastaldi y di Luca. Análisis de la oferta de Servicios Médicos en Argentina

Similar relación se observa en nuestro país:

Provincias Argentinas: relación entre el gasto en salud *per cápita* y el número de médicos cada 10 mil hab. 1997



Fuente: Hamilton, Gastaldi y di Luca. Análisis de la oferta de Servicios Médicos en Argentina

Otro fenómeno que se observa, tanto en países desarrollados como en no desarrollados es la concentración de los médicos en torno a áreas urbanas.

Los estudios realizados muestran que tanto la mayor cantidad de médicos como el gasto creciente no se traduce en un aumento de la expectativa de vida de la población.

<b>JURISDICCION</b>	<b>Med/10000 hab.</b>	<b>Esp. De Vida al nacer</b>
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>28.67</b>	<b>71.93</b>
CDAD. DE BS AS	105.14	72.72
BUENOS AIRES	18.47	72.09
CATAMARCA	19.78	70.61
CORDOBA	36.92	72.79
CORRIENTES	18.37	70.09
CHACO	16.75	69.02
CHUBUT	18.60	70.58
ENTRE RIOS	23.09	71.61
FORMOSA	10.30	69.37
JUJUY	20.93	68.38
LA PAMPA	20.71	71.57
LA RIOJA	18.50	70.37
MENDOZA	27.09	72.72
MISIONES	11.49	69.49
NEUQUEN	16.24	71.39
RIO NEGRO	20.32	70.87
SALTA	16.61	68.94
SAN JUAN	25.90	71.13
SAN LUIS	20.03	70.79
SANTA CRUZ	14.98	70.41
SANTA FE	32.37	72.29
SGO. DEL ESTERO	16.27	69.83
T. DEL FUEGO	8.55	70.16
TUCUMAN	27.96	71.01

Fuente: Elaboración propia con datos de Indicadores Básicos. MSAL-OPS-OMS. Argentina.2004.

Todas estas evidencias generan un amplio consenso acerca de la sobreoferta de estos profesionales.

A propósito de este concepto nos interesa distinguir el término *sobreoferta* de *sobrepoblación*<sup>49</sup>:

Sobreoferta alude a la situación en que la oferta de médicos es mayor que la demanda, lo que se refleja en desempleo o subempleo de médicos, y provoca una situación de ajuste por salida de los profesionales del mercado de trabajo o la reducción del número de ingresantes a la carrera de medicina.

Sobrepoblación describe la situación en que la sobreoferta genera un aumento de la demanda de atención no correspondida con las necesidades de salud de la población.

En nuestro medio se verifican ambas situaciones, por un lado la capacidad de autorregulación de la profesión médica que determina la necesidad de crear nue-

<sup>49</sup> Médici. 1999.

vas modalidades asistenciales derivando en una sobre especialización como estrategia de diferenciación, típica de otros mercados, cuyo propósito es la segmentación de la demanda que posibilite un mejor posicionamiento<sup>50</sup> y por ello mayores remuneraciones.

Por otro la relación de agencia entre médicos y pacientes, determina la elevación de la cantidad y variedad de servicios a demandar.

Por otra parte, la sobreoferta de profesionales genera fenómenos de multiempleo, baja de salarios y, como consecuencia, caída de la calidad de la atención.

Dado el alto costo de formación de los profesionales, no es fácil la salida del mercado de los mismos, quienes antes de abandonar la profesión optan por aceptar empleos de baja calidad.

Ambos factores sobreoferta y sobrepoblación, a su vez, propician la desarticulación del proceso de atención, obteniendo como resultado una utilidad marginal del trabajo médico decreciente, acompañada por un aumento en los costos.

La sobrepoblación de médicos también se relaciona con una aparente sobreoferta de otro tipo de recursos. Observamos que en aquellas jurisdicciones con mayor densidad de médicos, también es mayor la densidad de camas y de establecimientos con y sin internación.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> La idea de *posicionamiento*, con origen en el marketing, alude a crear una representación única en la mente del consumidor que distinga a una empresa o producto de sus competidores.

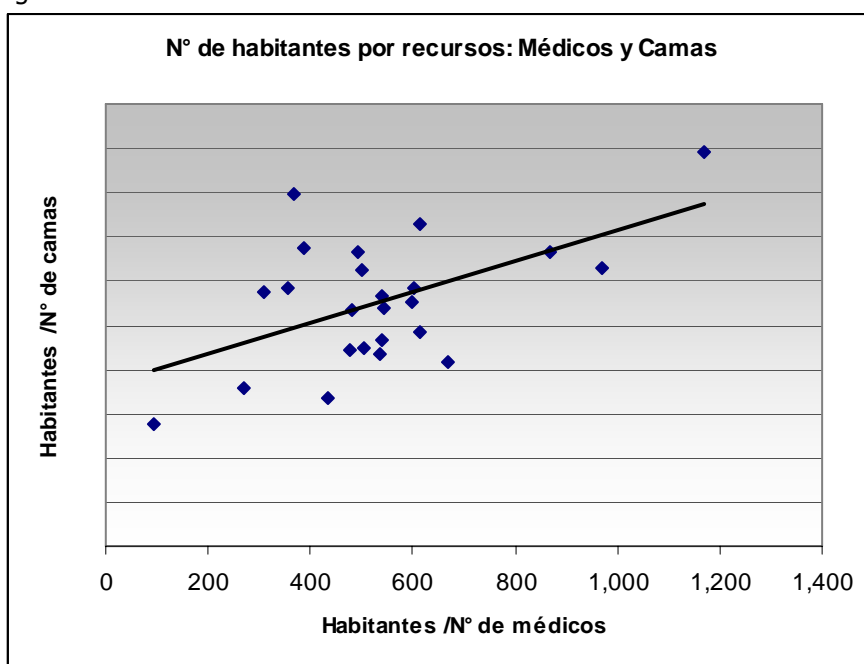
<sup>51</sup> Con los datos disponibles no podemos establecer el fin de estos establecimientos, que muestran una relativamente amplia heterogeneidad. Dado que la razón de su existencia no sólo se basa en dar sustento al trabajo médico sino que también han de considerarse razones culturales, sociales, epidemiológicas, microeconómicas, etc. no podemos sostener una relación determinante entre el número de médicos y el de otros recursos. No obstante, nos parece apropiado mostrar esta relación para poner a prueba esta hipótesis.

<i>JURISDICCION</i>	<i>Poblacion</i>	<i>Hab/med</i>	<i>Hab/Camas</i>	<i>Hab/Est con Int Privado</i>	<i>Hab/Est sin Int Privado</i>
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>37,944,014</b>	<b>348.75</b>	<b>247.89</b>	<b>18600</b>	<b>4697</b>
CDAD. DE BS AS	3,053,030	<b>95.11</b>	<b>139.13</b>	22955	<b>2114</b>
BUENOS AIRES	14,549,311	541.35	282.42	26844	5581
CATAMARCA	330,090	505.50	224.55	16505	<b>17373</b>
CORDOBA	3,153,647	270.89	177.99	<b>7119</b>	5213
CORRIENTES	947,316	544.43	268.74	23683	10078
CHACO	973,312	597.12	275.18	15956	11587
CHUBUT	467,750	537.64	217.76	15089	5197
ENTRE RIOS	1,130,419	433.11	167.44	13457	5307
FORMOSA	528,005	970.60	314.29	15086	11733
JUJUY	624,074	477.85	221.07	20802	6001
LA PAMPA	315,314	482.87	267.44	13709	4095
LA RIOJA	294,012	540.46	233.34	21001	7946
MENDOZA	1,646,559	369.18	397.53	30492	4829
MISIONES	1,041,469	870.07	333.27	15094	5234
NEUQUEN	602,854	615.79	363.17	<b>43061</b>	10576
RIO NEGRO	642,720	492.13	333.02	22954	5268
SALTA	1,113,081	601.99	292.53	27827	5828
SAN JUAN	587,316	386.14	337.15	26696	4977
SAN LUIS	380,338	499.13	312.26	16536	7924
SANTA CRUZ	217,656	667.66	209.08	19787	4732
SANTA FE	3,158,861	308.90	286.88	14490	2963
SGO. DEL ESTERO	735,936	614.82	242.64	13381	5887
T. DEL FUEGO	127,503	<b>1169.75</b>	<b>445.81</b>	31876	6711
TUCUMAN	1,323,441	357.69	292.80	28770	4047

Fuente: elaboración propia con datos de Indicadores Básicos. MSAL-OPS-OMS. 2004.

Nota: Datos mínimos y máximos en negrita.

Veamos graficada esta tendencia:



Los mecanismos de formación de precios en el sector reflejan claramente el poder de negociación de los actores. Como hemos visto más arriba, las imperfecciones del mercado de la salud no le otorgan a la dinámica entre la oferta y la demanda de servicios el papel asignador de recursos y, por lo tanto, la formación de precios responde al poder de negociación de las partes.

En ocasiones, ha sido el Estado quien ha intermediado para establecer los precios de los servicios. El ejemplo más claro de ello es el Nomenclador Nacional<sup>52</sup>, cuyos aranceles no reflejan la estructura de costos sino que han surgido de la negociación entre las autoridades y distintos representantes de los proveedores (médicos, odontólogos, bioquímicos, sanatorios).

Así es como pueden observarse conductas de discriminación de clientes entre los oferentes, resultando habitual la diferenciación de precios para las mismas prestaciones según el cliente sea una obra social, un prepago o un particular.

Por ejemplo, la Asociación Argentina de Cirugía ([www.aac.org.ar](http://www.aac.org.ar)) sugiere a sus miembros un arancel para el galeno quirúrgico<sup>53</sup> un 50% más elevado para el caso de un prepago que para una obra social sindical por la misma prestación (\$ 15.- y \$ 10.- respectivamente, en el año 2002).

El principal factor de impulso del gasto sanitario es la difusión de tecnologías<sup>54</sup> de alto costo. La forma en que las tecnologías, especialmente las basadas en aparatos y medicamentos, se incorporan al sistema de salud no garantizan un completo proceso de evaluación donde no sólo se verifique su eficacia técnica sino también su efectividad clínica y su eficiencia económica<sup>55</sup>.

Nuevamente, ante la falta, motivada por varias razones (presupuestarias, organizativas, etc.), de procesos evaluatorios realizados por el Estado u otras entidades regulatorias, es la industria que produce las tecnologías la responsable por su evaluación y difusión, privilegiando los mecanismos de mercado a otras cuestiones técnicas.

De este modo, los procesos de investigación, desarrollo e incorporación de tecnologías obedece a estrategias empresariales de búsqueda de rentabilidad antes que a resolver las necesidades prioritarias de la población. El funcionamiento del mercado farmacéutico es un claro ejemplo de esta lógica.

Estas condiciones promueven incentivos hacia la inversión en tecnologías orientadas a satisfacer la demanda de la población de más altos ingresos.

---

<sup>52</sup> El Nomenclador Nacional es un listado de prestaciones asistenciales reconocidas por la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud, INOS, ANSSAL) que es utilizado para la negociación de precios entre obras sociales y prestadores privados.

<sup>53</sup> El Galeno es la unidad de medida adoptada en nuestro país para representar el valor de los honorarios médicos, al cual se le asigna un valor en moneda corriente.

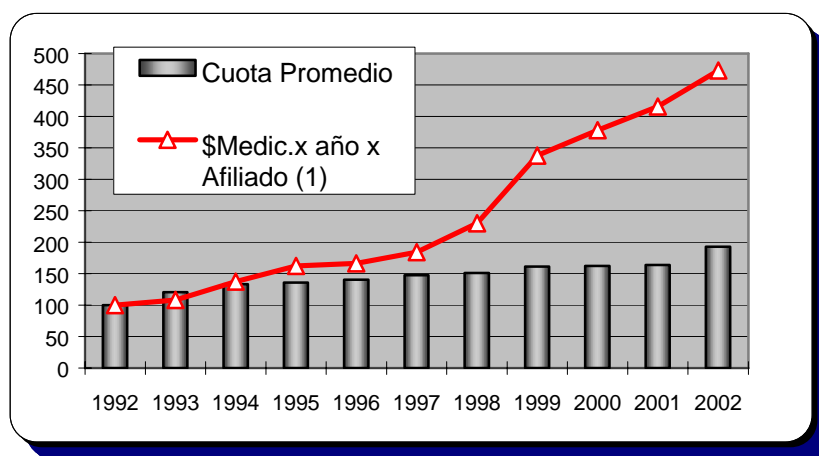
<sup>54</sup> Aunque la definición de tecnología sanitaria puede ser cambiante, para el interés de nuestro estudio es adecuada la enunciada por la Oficina Americana de Evaluación Tecnológica (1978): "Se define como tecnología sanitaria los medicamentos, aparatos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica y los procesos organizativos y de soporte, dentro de los cuales se proporciona tal atención".

<sup>55</sup> Por razones de alcance de este trabajo, no nos extenderemos en la descripción de un correcto proceso de evaluación de tecnologías.

Por otro lado, tanto médicos como pacientes están involucrados en la difusión e introducción de las novedades. Los primeros, incluso a menudo participan en los procesos de investigación y desarrollo, lo que aumenta su prestigio, de modo que la incorporación de tecnología obedece a la estrategia de diferenciación para mejorar su posición en el mercado. Los segundos, dada la creencia popular de que las nuevas tecnologías siempre son mejores, presionan a los sistemas para su utilización, situación que se favorece por la existencia de terceros pagadores.

Una muestra del poder de mercado que poseen los proveedores de tecnologías – entre las que se incluyen los insumos para su funcionamiento- es el aumento que han sufrido las mismas desde el fin de la convertibilidad, comparados con los aumentos establecidos por las EMP a sus asociados y con los aceptados a sus prestadores directos.

#### Comparación entre aumento de costo en medicamentos y aumentos de cuotas de EMP



Fuente: ADEMP. 2004.

#### Aumentos de precios porcentual entre Enero 2002 y Diciembre 2003.

<b>IPC General*</b>	<b>43%</b>
Insumos lab. Análisis Clínicos **	53%
Insumos Ecografías **	100%
Insumos TAC-RNM **	133%
Prótesis/Medicamentos alto costo	190%

Fuente: Elaboración propia. \*Datos INDEC. \*\*Datos CADI-ME (Cámara Argentina de Diagnóstico por Imágenes)

Esta evidencia marca en forma clara la debilidad de las EMP para regular los costos producidos por la incorporación de tecnología.

3- La rivalidad entre los competidores existentes.



Como observamos en el análisis precedente, el mercado de las EMP se halla en una etapa de madurez, dándose los consabidos fenómenos de concentración a través de fusiones, adquisiciones y alianzas para sobrevivir.

Otro de los fenómenos característicos es la *comoditización* de los productos, merced a la propia etapa de madurez y a las regulaciones impuestas por las autoridades.

Con estas condiciones, la competencia presenta una fuerte rivalidad entre los actores con mayor participación, que apuestan a una concentración cada vez mayor para aprovechar las economías de escala y mejorar su posición en las negociaciones con los prestadores. Dentro de esta situación se observan tendencias hacia la integración vertical de los servicios (tanto el grupo SPM como Swiss Medical poseen sanatorios propios).

Más allá de las empresas líderes, que poseen alrededor del 50% del mercado – con mayor presencia cuando se desagrega la participación por segmentos socioeconómicos- el mercado presenta una gran atomización, a favor de la explotación de nichos geográficamente determinados (sobre todo en el Gran Buenos Aires) o de la multiplicación de la oferta de coberturas parciales.

En este contexto, la competencia está basada en el precio, lo que impacta negativamente en la rentabilidad del sector.

No obstante, no se observan ofertas agresivas de precios, entendemos que por razones de la particular economía de la actividad y por las características del producto: dado que la comprobación de la calidad del servicio que brindan los seguros médicos no puede realizarse en forma cotidiana, al menos en lo que se refiere a prestaciones de alta complejidad, la confianza que los usuarios depositan en las empresas es un factor más preponderante que el precio, en especial entre los segmentos de mayores ingresos. Por ello, la imagen de marca y las características del posicionamiento de las empresas juegan un papel preponderante en la competencia.

No contamos entre los competidores a las obras sociales. A pesar que desde mediados de los noventa algunas de ellas ofrecen coberturas voluntarias, no significan aún una amenaza para las EMP. No obstante, al tratarse de seguros obligatorios para gran parte de la población, constituyen una alternativa a los seguros privados y siguen prevaleciendo frente a estos en los segmentos de medianos y bajos ingresos, casi inexpugnables para los privados.

#### 4- El ingreso de los nuevos competidores.

La falta de regulación específica para la actividad hace relativamente sencillo el ingreso de nuevos competidores.

Como vimos más arriba, actualmente no se verifica el ingreso de nuevos oferentes sino un fenómeno de concentración entre los existentes. No obstante si apreciamos esta realidad un poco más cerca, observamos que esta descripción es válida para los segmentos con mayor participación, pero en el segmento más atomizado del mercado se encuentra una no calculada cantidad de participantes

que ofrecen coberturas parciales (servicios de emergencias y urgencias domiciliarias, coberturas ambulatorias, planes de atención de pequeños sanatorios o de algunos grupos de médicos), aprovechando el vacío normativo.

Con todo, dadas las características socioeconómicas de la población que adquiere este tipo de servicios, consideramos que no representan una amenaza al sector "formal" ya que difícilmente podrían incorporarse a este si la regulación levantara barreras al ingreso de los competidores del segmento antedicho.

#### 5- La amenaza de sustitutos.

Paradójicamente, la amenaza más fuerte a las EMP, la constituyen los sectores cuyas falencias contribuyeron a darle origen: las obras sociales y la cobertura estatal; en la medida en que estos mejoren la calidad de sus servicios se convertirán en adversarios de los seguros privados. Por lo visto en el pasado reciente, y si continúa la lógica de los cuidados médicos basándose principalmente en acciones reparadoras, es poco probable que algo así suceda.

Otra amenaza siempre latente, pero que lucha con las propias limitaciones del sector para imponer sus productos en la sociedad, es la de los seguros voluntarios con sistema de reembolso. Por alguna razón, este tipo de productos no ha prosperado en nuestra sociedad, que ha preferido las coberturas brindadas en especie.

#### 6- Las regulaciones gubernamentales.

En los capítulos precedentes hemos hecho referencia a las regulaciones que el gobierno ha ido imponiendo al sistema de salud y que afectan a las EMP. Como hemos apuntado, el rasgo más fuerte que encontramos como denominador común de muchas de ellas es la incorporación del sector privado como agente público del sistema de salud, adjudicándole obligaciones que muchas veces, en lo que respecta a su cumplimiento efectivo, superan a las del Estado (por ejemplo en lo que respecta a la legislación sobre la cobertura a las personas con discapacidad).

Dichas normativas han provocado drásticos cambios en la ecuación económico financiera y en las cualidades de servicios con la que fue concebida la actividad. Más allá de toda disputa sobre las decisiones políticas que impulsaron estos cambios, entendemos que la discontinuidad jurídica y la incertidumbre en la que se mueve el sector es un factor de alto riesgo para la supervivencia de la actividad.

Paradójicamente, si de lo antedicho puede desprenderse un exceso de regulaciones para la actividad, por otro lado, sorprende que desde hace más de diez años se sucedan los proyectos en las cámaras legislativas para generar una ley que permita su ordenamiento, con reglas claras que determinen responsabilidades de empresas y usuarios. Esta anomia, permite todo tipo de arbitrariedades que minan la transparencia del sector, uno de los más cuestionados por los consumidores.

**Conclusión:**

Los análisis del macro y micro entorno nos permiten concluir que el sector de las EMP se encuentra en una etapa de declinación: con ingresos limitados por el poder adquisitivo de la población y con costos crecientes por la misma dinámica de los sistemas de atención médica a los que se suman el envejecimiento de la población y las crecientes exigencias de los usuarios.

Junto a ello, un marco regulatorio que aumenta las obligaciones para los actores más visibles y no atina a promover un ordenamiento de la actividad que permita proyectar sobre bases sólidas y estables.

En este contexto, el mercado sufre un estancamiento y se concentra en pocos participantes que luchan por quedarse con la mejor parte de la renta.

## **El Enfoque Estratégico.**

*La mejor forma de predecir el futuro es crearlo.  
Peter Drucker.*

La sustentabilidad del sistema de salud y la de nuestro objeto de estudio, las Empresas de Medicina Prepaga dependen de encontrar la salida de la etapa de declinación en la que se encuentran.

Los estudiosos del marketing han descrito el ciclo de vida de todo producto con una analogía al ciclo de vida biológico de un individuo: nacimiento, desarrollo, madurez, declinación y muerte. Cuando las industrias no logran renovar o reemplazar los productos que llegan al final de su ciclo, todas ellas corren el riesgo de desaparecer.

Una industria sobrevivirá mientras sea capaz de entregar valor a sus clientes. Como hemos visto, las EMP se han desarrollado durante cuarenta años sin variar demasiado su propuesta:

- ofrecer cobertura para la atención médica individual,
- basada en la excelencia técnico científica,
- con directa accesibilidad a los servicios elegidos por los usuarios o los prestadores,
- a un precio... cada vez mayor.

Pagar un precio relativamente mayor por el producto recibido equivale a destruir el valor percibido por los clientes.

Más allá de las estudiadas funciones de utilidad en la salud y de las preferencias de los usuarios, hemos observado que el mercado de las EMP tiene muchas dificultades para crecer dentro de este modelo.

Para evitar una caída tal vez más abrupta de sus carteras, las empresas han aplicado sucesivas medidas restrictivas a sus propuestas: carencias, copagos, restricción del acceso a determinadas prestaciones, vademécum limitado de medicamentos, cartillas médicas cerradas, a sus clientes y; transferencia del riesgo bajo distintas modalidades de pago prospectivo (sin otro análisis que los fondos disponibles) y ajustes de precios a sus prestadores.

Todo ello ha contribuido a montar un escenario donde el denominador común es la insatisfacción de empresas, prestadores y usuarios. Sólo aparentemente la industria de tecnología médica resulta beneficiada por este modelo, aunque también lentamente ve recortados sus rendimientos marginales.

Como en un naufragio, hay quienes logran sobrevivir un tiempo más, aún resignando una buena parte de sus expectativas. La concentración del mercado de las EMP no está empujada por otra razón que un instinto de supervivencia.

Un clara ilustración de estas afirmaciones fueron las declaraciones públicas del titular de un grupo empresario al anexar a un competidor:

**“Tras la compra de Docthos al HSBC, Swiss Medical es ahora líder del sector...”**

“Siempre atento a las buenas oportunidades, Belocopitt afirma que estuvo interesado en Docthos todo el año, pero que recién hace 60 días los directivos del HSBC se sentaron con él en la misma mesa. “Pagamos poco más de 15 millones de dólares por el 100% de Docthos, que estaba valuada hace tres años en u\$s 80 millones. Es lo que vale hoy una firma de salud en medio de la crisis”, explica Belocopitt. Al parecer hizo buen negocio. Hace una semana, el HSBC anunció que había comprado el 40% de la tenencia de HSBC Salud (Docthos) a su socio New York Life, a cambio de u\$s 30 millones (**sic**). Por una cláusula, HSBC –que tenía el otro 60%– necesitaba adquirir la totalidad para poder desprenderse de esta división. HSBC prefirió pasar a pérdida la inversión antes de continuar con un negocio que no era central. De todos modos, Belocopitt asegura que Docthos no tiene deuda financiera, sino un pasivo corriente de \$ 30 millones.

–¿Si el sector está en crisis, por qué su grupo no deja de comprar empresas de salud?

–Si se quiere sobrevivir en este mercado hay que tener masa crítica. Una estructura amplia nos permite ser más eficientes. **Los equipamientos son muy costosos y hay que explotarlos en gran escala para amortizarlos.** Acá hay dos opciones: o te quedás o te vas. Y, si te quedás, hay que jugar el partido para ganar. Además, si no compramos nosotros, compra otro.

–Pero si siguen en el mercado, es porque la salud es negocio.

–Es un negocio complicado. En 2002 tuvimos pérdidas y este año logramos un 3% de rentabilidad. De todas formas, el último trimestre fue muy malo porque subieron los costos médicos por una cuestión estacional. A esto se suma el aumento de 250 pesos en los sueldos, decretado por el Estado. Nosotros tenemos 3.000 empleados y el impacto es muy grande y tendremos que reacomodarnos.

–¿Se trasladará a las cuotas?

–Sí, la medicina prepaga en general va a aumentar en febrero entre un 11% y 15 por ciento.

–La suba impactará en el bolsillo de los asociados, ¿no teme una caída de afiliados?

–Sí, seguramente la habrá, pero **ofreceremos planes menos completos, con copagos, para no perderlos.** Acá hay que entender que existe un desfasaje de costos muy importantes, porque el sector está ligado al dólar. Además, está el proyecto de la Superintendencia de Salud para que las prepagas cubran el 70% de los medicamentos crónicos. Hay una gran discusión por el tema. A nosotros esto nos costará \$ 10 millones por año.”

*El Cronista. Buenos Aires. 22/01/2004.*

La alternativa a la muerte que tienen las EMP es su reestructuración. El círculo vicioso que describe el modelo de servicios de: Aumento de costos-aumento de precio-pérdida de asociados-, parece no tener solución de continuidad. A menos

que cambien las restricciones que condicionan al sistema –de las que dimos cuenta más arriba- el proceso parece conducir a las empresas a su desaparición o al menos a servir a una porción menor de la sociedad que a la que sirven actualmente.

Con la información que analizamos, resulta bastante improbable que el sector crezca a favor de una mejora en el ingreso de la población, por lo tanto, el crecimiento del mercado requiere la disminución de los precios, la que será sólo consecuencia de la disminución de costos (teniendo en cuenta que queda muy poco margen para disminuir la rentabilidad).

Si sólo se adoptan medidas como las comentadas se combaten los síntomas pero no el problema.

### *Cambiar el modelo.*

En nuestra opinión, la reestructuración que requiere la industria de la salud es en los supuestos que la sustentan, es decir, no basta con hacer mejor lo que se hace sino que es necesario hacer otras cosas.

En primer lugar, las empresas deberán dejar de ser sólo un sistema de atención médica (algo que muy pocas lo son hoy, en el sentido en el que usamos el término sistema aquí) o meros intermediarios en la contratación de servicios para pasar a ser **Sistemas de Salud**.

Esto significa que se deben realizar acciones tendientes a la **promoción de la salud** de la población: abarcando tareas como educación de los usuarios, programas de prevención y detección precoz de enfermedades y programas de fomento de hábitos de vida saludables.

El sistema de atención de la salud deberá estar subordinado a esta estrategia, apuntando a la coordinación de los efectores con el fin de lograr la máxima efectividad y eficiencia en el proceso curativo. Cuando no se logre un restablecimiento total de la salud habrá que instrumentar programas de prevención secundaria y también de cuidados paliativos.

El proceso de cambio requerirá del compromiso de todos los actores del sistema, lo cual no resultará fácil, fundamentalmente por la inercia que el modelo vigente impone a las conductas.

Las empresas, vulgarmente llamadas financiadores, deberán cumplir un rol mucho más activo que el actual, trabajando como facilitadores de los procesos que lleven a los resultados buscados. En este sentido, la primera y más importante tarea a desarrollar es convencer a usuarios y prestadores de por qué es mejor esta alternativa.

Los prestadores deberán comprometerse a integrar redes que privilegien la racionalidad en la utilización de los recursos, lo que incluye ampliar su acción más allá de los ámbitos hospitalarios, que priorizan la atención en la etapa aguda de

las enfermedades, abarcando la atención en todo el proceso de producción de la salud. Habrán de fomentar el enfoque multidisciplinario –con la inclusión de disciplinas no típicas del campo de la salud, como sociólogos, administradores, epidemiólogos o economistas-, destruyendo las barreras jerárquicas entre las profesiones.

Los usuarios tendrán que responsabilizarse por el cuidado de su salud, adoptando conductas saludables y participando de los programas tanto en su implementación como en su creación, en interacción con los expertos.

Más allá de que no esté dentro del ámbito de decisión de las EMP, sería deseable que el Estado acompañara los cambios con una legislación que promueva estas estrategias, dando participación a los involucrados en el diseño de las políticas.

Todos estos postulados no son de ningún modo novedosos, sólo siguen los principios enunciados en la conferencia de Alma Ata (OMS – 1978), donde se destacó a la *Atención Primaria de la Salud (APS)* como la mejor estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000:

*"La atención primaria de la salud constituye la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación."*

Esta definición soporta distintas concepciones de la APS:

Como filosofía o política: en tanto procura la equidad en el acceso a la salud, y entendida en forma amplia, esto no sólo implica servicios de salud sino otros servicios como educación, provisión de alimentos, etc. que contribuyen a la igualdad de oportunidades.

Como estrategia: (que enfatizamos en este trabajo) como un modo de ordenamiento de los recursos para lograr su mayor eficiencia. En esta perspectiva, también se entiende por APS, en sentido restringido, al llamado primer nivel de atención, que alude al primer contacto de las personas con el sistema de salud, entendiendo que hay otros niveles (hasta el tercero o cuarto) que lo complementan.

A la luz de los acontecimientos, ya entrados en el siglo XXI, vemos que no sólo no se han cumplido las metas de Alma Ata, sino que en muchos casos se ha avanzado en el sentido contrario; existe más inequidad en el acceso a la salud, en todos sus sentidos.

Respecto de la APS, en nuestro país, a pesar de haberse encaminado acciones para su establecimiento<sup>56</sup>, se la ha entendido en muchos casos como medicina primaria, en su sentido de primitiva, o de bajo costo, siendo un sistema de atención para los más pobres.

---

<sup>56</sup> Véase. Lemus, Jorge D. El programa de APS para la Argentina. Atención Primaria de la Salud – Nuevas dimensiones. Ed. Isalud. Buenos Aires . 2001.

A pesar de que comprendemos la enorme magnitud de los cambios propuestos, habida cuenta de que deberán vencerse resistencias de los factores beneficiados por el modelo vigente y valores culturales acumulados durante siglos, creemos que es factible realizarlos, sobre todo en EMP, dadas las dimensiones y la capacidad operativa que poseen.

Las EMP cuentan con algunas ventajas respecto de los sistemas estatales y otras desventajas que comparten con estos.

La primera y principal desventaja es la falta de profesionales formados bajo esta perspectiva y la falta de instituciones en que puedan formarse. Si bien, por acuerdos logrados en el COFESA<sup>57</sup>, han comenzado a reducirse las plazas para residencias de especialidades y a aumentarse las dedicadas a la formación de generalistas, aún existe un alto déficit de estos profesionales.

A pesar de ello, las EMP cuentan con ventajas en otros aspectos relevantes:

- la posibilidad de trabajar sobre los incentivos económicos a los médicos y de apelar a esquemas organizativos favoreciendo la atención primaria,
- la posibilidad de adecuar los recursos materiales (sanatorios, etc.) a un esquema racional de servicios,
- contar con sistemas informáticos que permiten acceder a información clave para la toma de decisiones. Los sistemas transaccionales que gran parte de ellas poseen proporcionan bases de datos útiles para la información que el nuevo sistema utiliza, aunque sea necesaria su reestructuración.

Por otra parte, las reformas pueden implementarse gradualmente, lo que posibilita enfrentar más fácilmente las resistencias de los que se oponen a ellas.

Además de estas circunstancias, creemos que el cambio es oportuno.

La crisis de la que venimos dando cuenta en este estudio actualiza las propuestas de la APS. Aunque tales enunciados no hayan sido pensados para los sistemas privados estos necesitan abrazarlos aunque sea más por aborrecer las consecuencias del modelo vigente que por convencimiento.

De hecho, algunos cambios se observan: desde hace varios años la comercialización de los planes de salud privilegia las ventas corporativas, recreando un sistema solidario propio de la seguridad social, y varias empresas recortan su cartilla de prestadores ajustándolas a las necesidades (más que a las demandas) de sus asociados.

---

<sup>57</sup> Consejo Federal de Salud de la República Argentina.



**Las claves de la Gestión:** Del pensamiento a la acción.

Poner en acto los principios que enunciarnos requiere de un esfuerzo de transformación de la realidad presente para el que es necesario un cambio en los modelos de gestión<sup>58</sup>.

En lo que sigue nos proponemos identificar algunas claves de este proceso, que de ningún modo deben ser interpretadas como recetas, dado que la gestión implica un aprendizaje en la acción.

Estas claves son simplemente instrumentos que estarán al servicio de los distintos propósitos que se plantee cada empresa y su uso eficaz dependerá de las circunstancias que la rodean y de la pericia de quienes la dirijan.

Tres son las principales instancias a tener en cuenta para la gestión de un sistema de salud como las EMP:

- 1- El modelo de organización de la demanda.
- 2- El modelo de organización de los servicios y la cobertura.
- 3- La comunicación social.

La articulación de estos instrumentos ha de variar de acuerdo con el rol que decidan interpretar las empresas: un modelo, cuya historia reseñamos y es vigente actualmente, que llamaremos de *intermediación*, y otro relacionado con la transformación, que llamaremos de *administración*.

1 – El modelo de organización de la demanda.

Como vimos, uno de los problemas de los seguros voluntarios es la selección adversa, término que explica la propensión a ingresar a los sistemas de salud a aquellos que presumen mayores posibilidades de enfermar o están enfermos. Frente a esto, las empresas han impuesto medidas restrictivas sobre la demanda como la selección de los ingresantes, la negación de cobertura para las patologías existentes previas al ingreso (preexistencias) o el establecimiento de tiempos de espera para la cobertura de determinadas prestaciones (carencias).

A ellos se han sumado progresivamente otros instrumentos como el pago de copagos o coseguros con la intención de desalentar el consumo de servicios médicos.

---

<sup>58</sup> "Conjunto de métodos, procesos de dirección, organización, asignación de recursos, control, planificación, activación y animación de una empresa o de una unidad de trabajo".

A pesar de estas medidas, los costos de la atención mantienen una tendencia constante a la suba, en mayor proporción que otros índices de la economía, sin lograr muchas veces, su correspondiente equivalencia en la mejora de la salud.

Una gestión *administrada* buscará anticiparse a los requerimientos de servicios para lo cual deberá comenzar por analizar las características epidemiológicas de la población con el propósito de estimar el riesgo de cada uno.

Esta información es fundamental para diseñar los programas de promoción y prevención, para la toma de decisiones de contratación y compra de servicios y para el establecimiento de costos del sistema.

Tal vez sea este el flanco más débil de la administración de las EMP. Recién en la actualidad algunas de ellas han comenzado a analizar a su cartera de clientes bajo una perspectiva epidemiológica.

La tradicional auditoría, principalmente basada en el análisis retrospectivo de cada caso, deberá complementarse con funciones de diseño e implementación de los programas de promoción y prevención, con un seguimiento constante de la población bajo programa.

Métodos conocidos como el *Disease State Management (DSM)*, que promueven seguimientos y controles a las personas bajo programa deberán ser habituales y tarea cotidiana de la auditoría.

Deberá incorporarse la investigación, desarrollo e implementación de guías clínicas para el tratamiento de las enfermedades interactuando con los prestadores para conseguir su aplicación.

Un elemento clave que el sistema administrado deberá incorporar es la Historia Clínica Única de cada paciente, un instrumento de invaluable utilidad para todos los actores que participan de la cadena de producción de salud. Hoy existen recursos informáticos para llevar a cabo esta tarea.

Todos estos elementos permitirán agregar valor a los servicios en forma simultánea a mejorar la eficiencia del gasto. De este modo podrán destinarse recursos a atender problemáticas que hoy no se atienden, como por ejemplo los cuidados a personas con capacidades disminuidas.

## 2- El modelo de organización de los servicios y la cobertura.

Tradicionalmente, y como una de las ventajas comparativas frente a las obras sociales, las EMP se caracterizaron por ofrecer a sus clientes una amplia nómina de prestadores a los cuales podían acceder más o menos libremente. De hecho, uno de los principios sostenidos es el de "libertad de elección de los prestadores" cuya aplicación se ha dado en sus dos acepciones: como libertad de los pacientes para elegir a sus prestadores y como libertad de estos para elegir los métodos de tratamiento que consideraran adecuados.

Los métodos de comercialización privilegiaron este principio y las prepagas compitieron ofreciendo cartillas médicas amplias y coberturas basadas en los adelantos tecnológicos.

Como intermediarios, las EMP no se han preocupado por la estructura de la oferta, posibilitando los vicios generados por la sobrepoblación de prestadores.

Ya conocemos los inconvenientes de este modelo. Frente al aumento del gasto en los servicios se impusieron medidas restrictivas al acceso a los mismos tanto a pacientes como a prestadores, a través de burocráticos sistemas de autorizaciones y de auditorías que contrastan con las promesas comerciales y que, además, resultan ineficaces.

Las regulaciones impuestas por el gobierno en torno a la cobertura agravaron los problemas económicos de los prepagos. En efecto, mientras no existía regulación al respecto, las prepagas utilizaron a la cobertura como un mecanismo más de ajuste de costos, retaceando a los usuarios determinadas prestaciones (por ejemplo, se imponían límites a la estadía de los pacientes en unidades de terapia intensiva, excedidos los cuales, la cuenta debía abonarla cada particular).

Un principio complementario al de libertad de elección es el de "pago por prestación". Dado que el propio paciente es parte del proceso de producción de salud, se presume que no es posible predecir los resultados de la práctica médica, por lo que el modelo tradicional promueve la retribución a los medios utilizados sin atender los resultados obtenidos.

Cuando los gastos comenzaron a ser intolerables para los financiadores se crearon, como vimos, sistemas de pago prospectivo, en general sin variar el principio de pago por prestación. En efecto, el pago por módulos día/cama, por ejemplo, no es más que un mecanismo *stop loss* (*parar de perder*) ya que su fundamento está basado no en la búsqueda de eficiencia en los resultados de salud (que en definitiva es lo que una EMP debe brindar a sus socios) sino en canastas de prestaciones a utilizar. El mismo fundamento tienen los módulos diseñados por patologías.

El único método de pago no referido a prestaciones es el pago por cápita, aunque su integración está basada puramente en la transferencia del riesgo de los financiadores a los proveedores, dado que los precios de la cápita se fijan en relación a los ingresos de aquellos y no a los costos.

Como consecuencia de estas modalidades, los cálculos actuariales de las empresas se basan en la contabilidad de las prestaciones realizadas sin ningún anclaje en los resultados obtenidos.

La transformación hacia un modelo administrado requiere rediseñar todos estos elementos.

En primer lugar, debemos aclarar que no existen en nuestro país registros de costos de la salud, el costo real no es el igual al costo de venta de las prestaciones.

Aún así, tampoco existen baremos que sirvan como parámetros de costos por criterios de morbilidad, sencillamente porque no se han desarrollado sistemas de registros de acuerdo con estos criterios.

En consecuencia, la primera tarea a realizar es recolectar datos sobre servicios médicos asociados a las patologías que las motivaron. Por iniciativas de la OPS, la OMS y desde las autoridades nacionales se ha comenzado a promover el registro de enfermedades por la clasificación internacional (CIE 10 o ICD 10, su sigla en inglés). Las EMP deberán hacer lo propio. Este paso es necesario para saber no sólo en qué sino para qué se gasta.

Este es un trabajo que debe iniciarse sin demora dado que es necesario recolectar una gran cantidad de datos antes de estar en condiciones de producir información confiable.

El paradigma de pago por prestación tendrá que modificarse hacia el pago por resultados ajustados a calidad. El registro de costos por morbilidad permitirá dar cuenta de la variabilidad de recursos utilizados para la obtención de los mismos resultados.

Como hemos señalado, existe una gran resistencia en los prestadores a ser medidos por parámetros que señalen la variabilidad de la práctica médica. No obstante, es necesario arribar a consensos, -siempre basados en información válida, no sólo en opiniones - que tiendan a establecer estándares de calidad en la atención.

La *medicina basada en la evidencia (MBE)* indica el camino a seguir, entendida como un proceso continuo de mejora que apunte a:

- promover el énfasis en la investigación de resultados con el objetivo de reducir incertidumbres,
- explicar las variaciones de la práctica médica aparentemente arbitrarias,
- mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario.

Entre muchos instrumentos utilizados para cumplir estos principios (revisión y difusión de ensayos clínicos, investigación en servicios de salud, evaluación de tecnologías, etc.), algunos de los cuales requieren de recursos que habitualmente no están al alcance de las EMP o son responsabilidad de la autoridad de control, entendemos que las empresas deben promover el uso de guías clínicas para diagnósticos y tratamientos de largo plazo (en general ambulatorios), y sistemas tales como los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) para los eventuales (en general internaciones). Estas iniciativas ya están siendo impulsadas por el ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales reunidos en el Consejo Federal de Salud, para su aplicación en el ámbito estatal.

En este sentido, las EMP deben estar abiertas a este tipo de iniciativas, por ejemplo, atendiendo al Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica, que fomenta un ámbito público de discusión sobre estos problemas.

El sistema administrado deberá proponer el uso de instrumentos orientados a reducir la variabilidad de la práctica médica no justificada por la diferencia de morbilidad como los que mencionamos. Existen numerosos estudios realizados en otros países que identifican factores que influyen en la variabilidad (estructura de la oferta, disponibilidad geográfica y administrativa de los servicios, y otros) que ayudarán a la intelección del problema de parte de los administradores.

Otro aspecto que debe abordarse desde la perspectiva de la MBE es la incorporación de prestaciones a la cobertura del plan de salud. Evidencia aportada por trabajos científicos reporta que menos del 20% de la tecnología médica incorporada a los sistemas sanitarios está justificada científicamente. Este hecho motiva que los administradores deberán familiarizarse con los procedimientos de validación y difusión de tecnologías y con los procesos de evaluación requeridos para establecer parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad.

Un tercer aspecto a tener en cuenta en el modelo administrado es el de la organización de la oferta de servicios. De la desarticulación propia del modelo de intermediación habrá que pasar a una integración vertical y horizontal.

Racionalmente deberá limitarse la libertad de elección de los prestadores, a cambio, deberá crearse una red de servicios relacionados por mecanismos de referencia y contrarreferencia organizados de acuerdo con un orden de complejidad creciente y cuya oferta sea limitada a las necesidades de salud de la población.

De este modo, sería deseable que el primer contacto de los usuarios con el sistema de atención médica sea a través de un médico (o equipo) que actúe como referente para cada paciente, en su papel de informante perfecto para coordinación de los servicios (elección de los programas de promoción y prevención, atención de las patologías más frecuentes y derivación hacia niveles de mayor complejidad en los casos que considere necesarios). Este médico contará con el apoyo de la administración y eventualmente con la asistencia de otros profesionales de la salud para actividades específicas (psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.). Será el responsable por la confección de la Historia Clínica Única, que mantendrá actualizada al recibir información de los otros servicios requeridos por los pacientes.

El resto de la red de prestadores deberá tender a un adecuado equilibrio entre los requerimientos sanitarios, la disponibilidad en tiempos y lugar necesarios de los mismos y contar con una cantidad suficiente para promover la competencia de acuerdo con parámetros de calidad basados en los objetivos de salud que se estipulen.

La transición epidemiológica hacia patologías crónicas que prevalecen sobre las agudas obliga a que los efectores coordinen sus esfuerzos para hacer un continuo seguimiento de los pacientes con problemas para evitar complicaciones que pueden evitarse. Para ello habrá que vencer la inercia del hospitalcentrismo.

Los problemas que la implementación de esta estrategia plantea no son ajenos a nuestra consideración: las actitudes inerciales de los actores del sistema y la limitada información disponible en muchos de estos aspectos son obstáculos importantes.

¿Por dónde empezar a producir los cambios?

El relevamiento del estado de salud de la población es la primer tarea a realizar. Estos datos constituirán la materia prima para la elaboración de los programas de promoción, prevención y asistenciales.

En cuanto a la aplicación de los cambios conviene comenzar por aquellas acciones que no lesionen intereses del viejo orden. En este sentido, es recomendable trabajar en programas de reducción de riesgos y mantenimiento de la salud en forma directa con los usuarios.

Las principales resistencias se encontrarán en la reforma del modelo asistencial, por lo que se requerirá de reformas graduales para que los prestadores puedan adaptarse al nuevo modelo. En este terreno, cada organización deberá determinar su orden de prioridades.

Algunos autores<sup>59</sup> proponen tres principios (Phelps y Parente –1990-): el primero es la Ley de Sutton: ve donde está el dinero, es decir, apuntar a intervenciones de alto costo cuya efectividad no está garantizada o su uso no sea el apropiado. El segundo es el corolario de Wennber: ve donde la confusión es mayor, los estudios de variabilidad son una buena brújula para ello. Y el tercero, la *addenda* del economista: ve donde la cantidad demandada sea más insensible al precio.

Sin duda, el relevamiento de datos y la confección de información relevante para la aplicación de los principios de la administración serán el primer paso a dar. Saber dónde nos encontramos para plantear cómo llegar a donde queremos ir.

### 3- La Comunicación.

La comunicación será determinante en el éxito o el fracaso de la implementación de un sistema administrado. Deberán enfrentarse paradigmas arraigados durante más de quinientos años de medicina.

Los administradores tendrán que ofrecer servicios de salud y no sólo “una amplia red de prestadores y una cobertura que contemple los últimos adelantos”.

Los usuarios deberán dejar de ser pacientes y asumir su grado de responsabilidad en su estado de salud. No será fácil explicar los beneficios sociales de este sistema a quienes abonan primas individuales para su cobertura.

Los prestadores, sobre todo los ultraespecialistas, ofrecerán una gran resistencia al cambio de modelo. También a ellos habrá que convencerlos de los beneficios de vencer la inercia del modelo actual.

Tanto los administradores como los profesionales que asisten a los pacientes deberán coordinar sus saberes para promover el cambio, dejando de lado los recelos mutuos.

---

<sup>59</sup> Meneu, R. Ortún, V. y Peiró, S. Medicina Basada en la Evidencia: posibilidades y limitaciones. Atención Primaria de la Salud: nuevas dimensiones. Buenos Aires. 2001.

Habrá que generar ámbitos de discusión donde los actores puedan arribar a consensos sobre los nuevos términos de su relación.

## CONSIDERACIONES FINALES:

Al comienzo de este estudio nos propusimos probar que la crisis por la que pasa el sistema privado de seguros de salud en Argentina, conocido como Empresas de Medicina Prepaga es consecuencia de múltiples factores, pero las principales causas de aquella, había que buscarlas en el propio modelo de gestión.

Creímos que sólo podríamos comprender la complejidad del problema adoptando un enfoque sistémico, en el que no debía faltar una perspectiva histórica que nos permitiera aproximarnos al marco paradigmático que sostiene a la actividad.

Desde este punto de vista, entendimos que las empresas, a semejanza de los organismos vivos, deben luchar con las restricciones que les impone su entorno para poder perpetuarse. Para ello, deben desarrollar la capacidad de transformarse ya que, en general, no pueden modificar el entorno de acuerdo con sus deseos, aunque de algún modo influyan sobre él.

Hemos hecho hincapié en el análisis de los factores intrínsecos al funcionamiento del sistema y hemos analizado el entorno socio económico. Con ellos, pudimos descubrir las cadenas de relaciones que intervienen en el funcionamiento del sector.

Desde esta comprensión, identificamos las perspectivas estratégicas que deben desarrollar las empresas para alcanzar con éxito su misión.

Esperamos haber ayudado a comprender las reglas del juego. La sustentabilidad del sistema dependerá de cómo los participantes decidan jugarlo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Abel Smith-B. Contención de costes y nuevas prioridades en la CEE. The Milbank Quaterly. Vol 70, N° 3. 1992.
2. Ahuad, Alfredo; Paganelli, Alberto; Palmeyro, Alejandro. Medicina Prepaga: Historia y Futuro... Ediciones Isalud. 1999.
3. Arredondo, Armando; Meléndez, Víctor. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública de México. Vol. 34 N° 1. 1992.
4. Arrow, Kenneth. La incertidumbre y el análisis del bienestar en las prestaciones médicas. Información comercial española. N° 574. Madrid. Junio 1981.
5. Aufiero, Jorge. Propuesta para un sistema nacional de salud. 2000
6. Autores varios. El debate público privado en las políticas de salud. Asociación de Economía de la Salud. Ediciones Isalud. 1999.
7. Bagnell, Ann. Becoming Customer-Driven: One Health System's Story. Managed Carequarterly. Vol 6 N° 3. 1998.
8. Burl, Jeffery B. Lessons Learned in Managed Care. Home health Care Management & Practice. Vol 9 N° 2. 1997.
9. Casas, Juan Antonio. Políticas Públicas de Financiamiento y Protección Social en los Sistemas de Salud: La experiencia latinoamericana en la década de los noventa. OPS, OMS División de Salud y Desarrollo Humano. Medellín. Colombia. 2001.
10. Case; Fair. Principios de Microeconomía. Prentice Hall. 1996.
11. Cetrángolo, Oscar; Devoto, Florencia. Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Taller "Regional Consultation on Policy tools: Equity in population health." Toronto. Canadá. OPS. 2002.
12. Cetrángolo, Oscar; Devoto, Florencia. Reformas en la política de salud en la Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad. Estudios de política económica y finanzas. Revista de la Universidad de Palermo. Año 2 N°3. Buenos Aires. 1999.
13. Revista Consultor de Salud. Las enfermedades crónicas en Argentina y el impacto en el costo para los financiadores de salud. 21/6/2002.
14. Corella, J. M. Los servicios de salud en el marco de los esquemas económicos. Cap II: La gestión de los servicios de salud.

15. Cuervo, J. y Otros. Gestión de Hospitales, nuevos instrumentos y tendencias. Ediciones Vincens Vives. 1994.
16. Díaz, Carlos A. La empresa sanitaria moderna: cómo crear nuestra propia bestia sistémica. Ediciones Isalud. 2001.
17. Díaz, Carlos A. Microgestión Sanitaria. Organización de los Servicios Asistenciales. Isalud. 2004.
18. Donavedian, Avedis. Aspectos de la administración de la atención médica. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
19. Drummond, M.; Greg Stoddart y G. Torrance. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud.
20. El mercado de la salud 2001: la opinión de los clientes. Estudio privado. 2001.
21. Engert, Edric B.; Emery, Douglas W. Integrated Delivery Systems: *Non Fait Accompli*. Managed Care Quarterly Vol 7 N° 1. 1999.
22. Enriquez, Juan. Bioestrategia. Entrevista. Revista Gestión Vol 7 N° 6. 2002.
23. Errasti, F. Evaluación económica de la asistencia sanitaria.
24. Flood, Ma. Cristina V. de. ¿Cuánto gasta Argentina en salud?. Innovaciones en la gestión de servicios de la salud. VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. VIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud en Argentina. Buenos Aires. 1998.
25. Glass, Kathryn P.; Pieper, Lisa E.; Berlin, Mark F. Incentive-Based Physician Compensation Models. Journal of Ambulatory Care Management. Vol 22 N°1. 2000
26. González García, Ginés. Las Reformas Sanitarias y los Modelos de Gestión. Revista Consultor de Salud. 8/2/2002.
27. González García, Ginés; Tobar, Federico. – Más Salud por el Mismo Dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina. - Buenos Aires – Ediciones ISALUD. Segunda Edición. 1999.
28. Hamilton, G.; Gastaldi, N.; Di Luca, F. Análisis de la oferta de servicios médicos en la Argentina. Isalud. 2000.
29. Heredia, R. Gestión del conocimiento en el primer nivel de atención de salud. Coopesiba Barba. 2001.
30. Hoban, Charles; Almquist, Eric. Señales de Alerta. Revista Gestión. Vol 5 N° 4. 2000.
31. Ilona Kickbusch. El valor futuro de la salud. OPS. 2001.

32. INDEC-CELADE. Serie análisis demográfico 7. 1996.
33. Insúa, Jorge T. Costos en Salud: evidencia, economía clínica y resultados de la atención médica. Economía de la Salud. N° 1. MSD Argentina.
34. Kahneman, Daniel; Tversky, Amos. Psicología de las preferencias.
35. Kamelman Levitín, Mario; Pujol; Jaime M. La medicina del 2000. Claves de gestión para obras sociales y prepagas. Ediciones Héctor Macchi. 2000
36. Kaplan, Robert; Norton, David. Cuadro de mando integral (The Balanced Scorecard). Ediciones Gestión 2000. Barcelona. 1997.
37. Katz, Jorge; Miranda, E.. Mercados de Salud: morfología, comportamiento y regulación. Revista de la CEPAL N° 54. 1994.
38. Katz, Jorge; Muñoz, A. Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio. Un comentario sobre el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud" – Desarrollo Económico, vol 35 N° 138. 1995.
39. Kiel, Joan. Understanding and managing integrated delivery networks. Health Care Manager, Aspen Publishers Inc. 1999.
40. Korenchuk, Keith; Hord, Joy. Managed care plans and the organizational arrangements with group practices. Journal of Ambulatory Care Manage. Aspen Publishers Inc. 1996.
41. Khun, Thomas. The structure of the scientific revolutions.
42. La Segunda –Chile-. ¿Cómo será la reforma de la salud? 26/6/2002.
43. Leal Cherchiglia, Mariangela. Sistemas de pago y práctica médica: Teoría y evidencia empírica. Programa de desarrollo de RRHH. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. OPS/OMS. 2002.
44. Lemus, Jorge D. – Salud Pública, Marco Conceptual e Instrumentos Operativos – C.I.D.E.S., 2001.
45. Liberman, Aarón; Rotarius, Timothy. Managed care evolution- Where did it come from and where is it going? Health Care Manager, Aspen Publishers Inc. 1999.
46. Lima Quintana, L.; Devoto; Freylejer. Particularidades en la determinación de precios en el sector salud argentino. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. 1997.
47. Madies, Claudia. Desregulación de las obras sociales y regulación de la medicina prepaga: Marco regulatorio, antecedentes y proyectos.

48. Madies, Claudia. Térmasen, Ivana. Tendencias recientes en el mercado de salud en Argentina. Fundación Isalud. 2000.
49. Magee, John F. Árboles de decisión: Técnicas de Aplicación. Harvard Business Review Julio Agosto 1964.
50. Manzone, Alejandro. Informe sectorial sobre medicina prepaga. Revista Mercado. Octubre de 2000.
51. Meneu, Ricard. La función de compra en los servicios de salud y el papel de la evidencia. Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS). 2000.
52. Ministerio de Economía – CEPAL. Kosacoff, Bernardo (coord.) Estudio 1 – EG33. Componentes macroeconómicos, sectoriales y microeconómicos para una estrategia nacional de desarrollo. Lineamientos para fortalecer las fuentes de crecimiento económico. [www.mecon.gov.ar](http://www.mecon.gov.ar) 2003.
53. Ministerio de Economía y O. y S. P. INDEC. Censo Nacional de población y vivienda. 1991.
54. Ministerio de Economía y O. y S. P. INDEC. Censo Nacional de población y vivienda. 2001.
55. Ministerio de Economía y O. y S. P. INDEC. Encuesta nacional de gastos de los hogares. 1996/97.
56. Ministerio de Salud. Argentina. Indicadores básicos. 1999.
57. Ministerio de Salud. Argentina. Indicadores básicos. 2004.
58. Ministerio de Salud. Argentina. Estadísticas vitales. 2001.
59. Ministerio de Salud. Encuesta sobre utilización y gasto en servicios de salud. Área metropolitana. Año 2001. Abril de 2002.
60. Mintzberg, Henry. Diseño de las organizaciones eficientes. El Ateneo. 2000.
61. Morgan, Gareth. Imágenes de la organización. Alfaomega.
62. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. Ginebra. 2003.
63. OPS. La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. Boletín epidemiológico, vol 23, N° 3. Setiembre 2002.
64. OPS, Min. de Salud de la República Argentina. Situación de Salud en Argentina 2003. [www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar). 2003
65. OPS, OMS. Temas críticos en la evaluación del desempeño en los sistemas de salud. 2001.

66. OPS, Subcomité de Planificación y programación Enfermedades No Transmisibles. 1997
67. Ortún, Vicente. Economía y Salud: una vía de avance. 1985
68. Ortún, Vicente. Análisis de los mercados y del marco regulatorio. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. 1996.
69. Pastori, Héctor O. Análisis económico de la salud. Errepar. Buenos Aires. 2002.
70. Porter, Michael. Los caminos de la rentabilidad: claves para una verdadera ventaja competitiva. Revista Gestión. Vol 1 N° 1. 1996.
71. Programa de Actualización en Economía de la Salud. Autores varios. Editorial Médica Panamericana. 1998.
72. Revista del Consumidor: Medicina Prepaga. Un mercado con fallas y sin regulación. Dic 2003.
73. Rígoli, Félix. Denis, Jean L. Incentivos en servicios de Salud. Un panorama de teorías y paradojas. Universidad de Montreal. 1999.
74. Rohrbach, Jeffrey I. Critical pathways as an essential part of disease management program. Journal of nursing care quality. Vol 14 N° 1. 1999.
75. Rovira Forns, Joan. Mercado y planificación en sanidad. Humanidades Médicas Economía de la Salud. Serie Monográfica, vol. XXXI N° 746. 1986.
76. Saltman, Richard B. Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad. Reformas sanitarias y equidad. Fundación Argentaria. Visor. Madrid. 1997.
77. Sánchez, D.; Fernández, J. E. La transferencia de la prestación de servicios de salud a los pobres del sector público al sector privado: una evaluación preliminar del nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios. OPS. Documentos técnicos. 1999.
78. Santos, Osvaldo R. Pasado, presente y futuro de las obras sociales. New Lici Salud. Buenos Aires. 2001.
79. Savage, Grant T; Taylor, Rosemary L.; Rotarius, Timothy M.; Buessler, John A. Governance of integrated delivery system networks: A stakeholders approach. Health Care Manager Review. Vol 22 N° 1. 1997.
80. Sellanes, Matilde. El sistema de salud de los Estados Unidos: sistemáticamente poco saludable. Buenafuente.com. 7/2/2004.
81. Simon, Herbert And Associates. Decision Making and Problem Solving. <http://dieoff.org/page163.htm>

82. Stiglitz, Joseph. Economía del Sector Público. Cap 1: El sector público en una economía mixta. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Publicación de las Jornadas Internacionales. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998.
83. Temporelli, Karina. Demanda de Asistencia Sanitaria: un modelo secuencial en dos etapas. 2004. INEDITO
84. Thomas, Richard; Pol, Louis. El Nuevo Marketing de la Salud: herramientas para escenarios desregulados y altamente competitivos. Seminario Internacional. 2001.
85. Tobar, Federico. ¿Cómo curar al sistema de salud argentino?. Editorial. Fundación Isalud. 2002.
86. Tobar, Federico. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. Isalud. 2001.
87. Tobar, Federico. Economía de la reforma de los seguros de salud en Argentina. OPS. 2001.
88. Tobar, F. El futuro de la salud en Argentina. 2000
89. Tobar, Federico. El gasto en salud en 2001. Fundación Isalud. 2001.
90. Tobar, Federico. Herramientas para el análisis del sector salud. 2001.
91. Tobar, F., Térmases, I. Costos del tratamiento de la discapacidad. Isalud. 2000.
92. Torres, Rubén (ed.). Atención primaria de la salud: Nuevas dimensiones. Ediciones Isalud. 2001.
93. Uribe, Juan Pablo; Schwab, Nicole. El sector salud argentino en medio de la crisis. Documento de trabajo N° 2/02. Banco Mundial. 2002.
94. Uribe, Juan Pablo; Schwab, Nicole y Otros. The Health Sector in Argentina. Current situation and options for improvement. World Bank. Report N° 26144-AR. Julio 2003.
95. Vasallo, Carlos. Salud, llegó la hora de racionalizar, no de racionar. Revista Médicos. Buenos Aires. Enero 2003.
96. Weiss, Marianne E. Case Management as a Tool for Clinical Integration. Advancing practice nursing quarterly. Vol 4 N° 1. 1998.
97. Zismer, Daniel K. Designing and Administering Physician Compensation Plans in Integrated Health Systems. Physicians compensation arrangements: Management and legal trends.