

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

ESCUELA DE NEGOCIOS, MASTERS Y POSGRADOS.

MASTER EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**TEMA: LA GESTIÓN DEL ESTADO CON RELACIÓN A
LAS FALLAS DE LOS MERCADOS.**

AUTOR: HÉCTOR OSVALDO PASTORI.

BUENOS AIRES, 27 DE JUNIO DE 2001

Introducción.

El objetivo de este trabajo es abordar la economía y en especial la economía de la salud, desde el análisis de las fallas o imperfecciones del mercado con relación al modelo de competencia perfecta y relacionarlas con la intervención del Estado como agente necesario en la solución de las mismas.

Abordar la economía desde sus imperfecciones o fallas nos permite introducirnos en la justificación de la intervención del Estado a los efectos de garantizar el correcto funcionamiento de la economía, tanto desde el punto de vista de la eficiencia en la asignación de recursos, como así también de la equidad.

Para ello dividiré el trabajo en tres partes. En la primera desarrollaré conceptos básicos de economía (interrelacionándolos con la economía de la salud), para poder interpretar porque la intervención del estado en la economía es justificable y directamente proporcional al grado de importancia de las fallas de los mercados.

En la segunda desarrollaré un enfoque sistémico de la economía de la salud, y algunos ejemplos del funcionamiento del sistema de salud en otros países como Argentina, Estados Unidos, Canadá, Chile, Colombia y Argentina.

En la tercera efectuaré el diagnóstico estratégico de una organización prestadora de salud monovalente, y como se interrelaciona dicha organización con las fallas del mercado.

Siguiendo a Gregory Mankiw (2), en su libro Principios de Economía, enunciaré a continuación los diez principios de la economía por él identificados en forma resumida y que son los siguientes:

I. REFERENTE A COMO TOMAN LAS DECISIONES LAS PERSONAS.

1. Los individuos se enfrentan a disyuntivas. La obtención de un bien significa la renuncia de otro bien.
2. El costo de un elemento es el costo de oportunidad o costo alternativo para conseguirlo.
3. Las personas racionales piensan en términos marginales. Se entiende como costo marginal a los ajustes adicionales de un plan de acción. Las decisiones se toman comparando los costos y beneficios marginales
4. Los individuos responden a los incentivos.

II. REFERENTE A COMO INTERACTUAN LAS PERSONAS.

5. La interacción comercial puede mejorar el bienestar de la población. O sea el comercio puede ser mutuamente beneficioso.
6. Los mercados son mecanismos adecuados para organizar la actividad económica.
7. El estado puede mejorar a veces los resultados del mercado.

Con relación a las fallas del mercado

III. REFERENTE FUNCIONAMIENTO DE LA ECONOMÍA EN SU CONJUNTO.

8. El nivel de vida de un país depende de su capacidad para producir bienes y servicios. O sea la productividad es la fuente de los niveles de vida.

9. Los precios se incrementan cuando se imprime dinero (por parte del Estado). El crecimiento del dinero es la fuente de la inflación.
10. La sociedad enfrenta en el corto plazo la disyuntiva entre inflación y desempleo.

Es mi intención demostrar que el principio siete debería ser modificado por la hipótesis que desarrollo a continuación:

HIPÓTESIS: La gestión del estado en la regulación de los mercados debe ser directamente proporcional a las fallas de los mismos, siempre y cuando se respete un proceso democrático de los valores sociales y el principio de equidad.

Partimos del supuesto que el mercado sea un mecanismo y no una filosofía. Como todo mecanismo su éxito depende de la no-existencia de fallas en la interrelación de sus factores, si esas fallas aparecen, su funcionamiento es inadecuado.

El mercado así definido por la economía es consecuencia de la interacción de los seres humanos, por ende son los mismos que deben velar por el sistema capitalista a los efectos de llegar a una competencia perfecta.

También es dable aclarar que la competencia es el lubricante de este mecanismo, generando energía, recompensando a los ganadores y castigando a los perdedores de esa competencia. La competencia que lubrica el mecanismo del mercado genera productos que son el crecimiento y la riqueza, dichos productos deben ser generados bajo conceptos de eficiencia y equidad.

La eficiencia debe ser integral, ya sea tanto en los aspectos de asignaciones de precios, máxima capacidad de producción con pleno empleo y en el uso adecuado de la tecnología. Toda esa eficiencia debe estar ligada al concepto de equidad. En la distribución del ingreso como en sus costos, ya que el proceso competitivo genera riqueza para todos, pero no la distribuye.

En este proceso el mecanismo de la participación Democrática legitima el poder del Estado hacia la Intervención ante las fallas. El proceso democrática legítimo permite la reversión del poder hacia la gente.

Debemos tener en claro que la intervención del estado con relación a las fallas del mercado no asegura la eficiencia, pero sobre la base de un proceso sistémico de prueba y error asegura una aproximación a la eficiencia.

La hipótesis **NO permite** definir el alcance y el tipo de participación que el Estado puede tener, solamente permite definir que el Estado debe participar ante las fallas del mercado para mitigar sus efectos.

Como explicaremos más adelante el funcionamiento del Estado genera fallas. Y dichas fallas genéricas provocan las siguientes limitaciones en su accionar:

1. La inexactitud en la medición de los daños y beneficios sociales.
2. La inexactitud en el proceso de establecer bienes preferentes deseados por la sociedad. Los sistemas de votación producen resultados a veces inconsistentes.
3. La no-existencia en el Estado de los mecanismos del mercado no garantiza la distribución socialmente eficiente de bienes, a pesar de someterse al poder de la opinión pública.
4. Los objetivos personales de los funcionarios suelen confundirse con los objetivos socialmente deseables por la sociedad. No podemos esperar que se actúe de manera desinteresada para beneficio de la sociedad.

La metodología de demostración de la hipótesis se basará en la observación de la realidad de los resultados sobre el beneficio de la población.

A partir de 1980 se inició una tendencia, principalmente en Estados Unidos, de desregulación y privatizaciones. En realidad estas medidas debieron ser llamadas "medidas de transferencias de regulación" (del Estado a Grupos de Intereses dominantes del mercado)

Las medidas de desregulación tomadas por algunos Estados a los efectos de generar mayor competencia perfecta hubieran sido correctas, si hubieran reflejado una mejor distribución del ingreso entre las poblaciones de los diferentes países, situación que no se demuestra en las cifras. Por ejemplo en Estados

Unidos, se produce un proceso contradictorio entre el mayor superávit de la historia de este país y también el record histórico de inequidad en la distribución del ingreso de su población.

Muchos estados en épocas pasadas demostraron su aversión al mercado creando empresas públicas para actuar monopolícamente en los sectores que consideraban estratégicos. Francia fue un claro ejemplo de esta filosofía. En Estados Unidos la regulación económica suplió al intervencionismo estatal. James Landis defendió intelectualmente lo que denominó la 'regulación desinteresada', donde se contemplaba el interés general por encima de los intereses particulares. Pero estas regulaciones se generaron en exceso, iniciándose un proceso revisionista que provocó demandas de desregulación en Estados Unidos y de privatizaciones en Europa. Estas últimas, o por procesos no muy transparentes o por muy apresurados, están provocando demandas sociales.

La regulación económica bien aplicada por reguladores idóneos y honestos asegura los beneficios de la competencia perfecta.

Por eso la regulación por parte del Estado no es necesaria en aquellos mercados estructuralmente competitivos y si lo es en monopolios naturales donde se debe lograr por lo menos un proceso de simulación de competencia.

La autorregulación del mercado ha demostrado que difícilmente pueda sustituir a la regulación del Estado ya que siempre está sujeta al riesgo moral del comportamiento. Y también es importante aclarar que la desregulación no implica la derogación de toda forma de regulación.

PARTE I

INDICE

1. CONCEPTOS DE ECONOMÍA.
 - 1.1. LA DEFINICIÓN DE ECONOMÍA.
 - 1.2. ECONOMÍA POSITIVA Y NORMATIVA.
 - 1.3. LOS MODELOS ECONÓMICOS.
 - 1.4. COMPARACIÓN DE COMPETENCIA PERFECTA Y MONOPOLIO.
 - 1.5. EL OLIGOPOLIO.
 - 1.6. EL CONCEPTO DE EFICIENCIA.
 - 1.7. EL EXCEDENTE DEL CONSUMIDOR Y DEL PRODUCTOR.
2. LAS FALLAS DE MERCADO. LA EQUIDAD. LA DIFERENCIA ENTRE BIENES PÚBLICOS, BIENES PRIVADOS Y BIENES TUTELARES.
3. ASPECTOS RELEVANTES DEL SISTEMA CAPITALISTA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.
4. LAS MODIFICACIONES DE LAS FORMAS DEL SISTEMA CAPITALISTA EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS.
5. EJEMPLOS DE DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO.
6. SISTEMA CAPITALISTA CONTROLADO Y SISTEMA CAPITALISTA CON REGULACIÓN DEL MERCADO. (ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS)

1. CONCEPTOS DE ECONOMÍA

Para desarrollar esta hipótesis no podemos dejar de recurrir a la definición de que es Economía. Para ello desarrollaremos una definición generalmente aceptada por muchos autores.

Economía es una de las ciencias sociales, que estudia el proceso o actividad de satisfacer las necesidades ilimitadas de los seres humanos con recursos escasos.

Tenemos por lo tanto los siguientes elementos básicos:

1. Es una ciencia social.
2. Existen necesidades ilimitadas.
3. Los recursos son limitados o escasos.
4. Las necesidades y recursos relacionados a través de un proceso, generan una resultante que es la obtención de bienes y servicios.

Al obtenerse los bienes y servicios con recursos escasos, estos mismos pasan a ser limitados por lo tanto surge el bien económico. Estos bienes económicos son obtenidos por los hombres cediendo otros medios a cambio.

1.1. ECONOMÍA POSITIVA Y NORMATIVA.

Entendemos por **economía positiva** a aquella que describe, explica y predice fenómenos económicos (lo que es y podría ser). Aseveración de cómo la realidad puede ser rechazada o aceptada por los hechos.

Entendemos por **economía normativa** a aquella que prescribe, mediante juicios de valor y consideraciones éticas y políticas, decisiones de política económica (lo que debería ser). Estos juicios de valor reflejan opiniones, y no demuestran la falsedad o verdad con referencia a los hechos.

1.2. LOS MODELOS ECONÓMICOS.

A continuación procederemos a desarrollar un cuadro comparativo de los diferentes modelos económicos.

A través de su comparación surgen las diferencias de los efectos sobre los consumidores en la aplicación de un modelo u otro y como afecta en la distribución del ingreso.

No se pretende explicar en detalle el funcionamiento de los modelos, ya que no es el objetivo de este trabajo, sino enfatizar sobre las diferencias de los mencionados y como los que se alejan del modelo de competencia perfecta afectan el bienestar de la población soportando su desarrollo en las fallas del mercado.

LOS MODELOS ECONÓMICOS

		MERCADOS PERFECTOS	MERCADOS IMPERFECTOS		
CONCEPTOS		COMPETENCIA PERFECTA	COMPETENCIA MONOPOLÍSTICA	OLIGOPOLIO	MONOPOLIO
CANTIDAD DE COMPRADORES Y VENDEDORES	DE Y	Numerosos. Con participación porcentual reducida respecto al total del mercado	Gran número de empresas, que pueden actuar de manera independiente o interdependiente.	Número reducido de empresas con comportamiento interdependiente. Tipos: cartel, liderazgo de precios, fijación del precio por valorización del costo total, teoría de juegos y demanda quebrada.	Un solo vendedor
TIPO DE PRODUCTO		Estandarizado u homogéneo	Productos que son sustitutos aproximados pero diferentes. (similares pero no idénticos), (diferencias físicas, por ubicación por el servicio o por la imagen)	Pueden ser con productos homogéneos o productos diferenciados. (pueden ser similares o idénticos también)	Un solo producto (no existen sustitutos cercanos)
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ACERCA DEL PRECIO Y ACCECIBILIDAD DE LOS PRODUCTOS Y RECURSOS	DE LA Y Y	Completa por parte de compradores y vendedores	(1)	(1)	Monopolizada por un solo vendedor.
BARRERAS DE ENTRADAS	DE	Libre entrada y salida	Relativamente superables	Altas barreras de acceso.	Altas. Existen diferentes tipo de barreras: Restricciones legales. Economías de escala. Control de recursos esenciales

MAXIMIZACIÓN DE GANANCIA Y MINIMIZACIÓN DE PÉRDIDAS EN EL CORTO PLAZO	Nivel de producción donde el IM (Ingreso Marginal) es igual al CM (Costo Marginal).	(1)	(1)	Nivel de producción donde el IM es igual al CM, pero únicamente donde la curva de demanda sea elástica. Minimización de pérdida cuando $IM=Cm$ y el Precio sea superior al CV (Costo Variable)
CARACTERÍSTICA DE LA CURVA DE DEMANDA	Curva de demanda igual al Ingreso Promedio, igual al Precio del mercado, igual al Ingreso Marginal. Curva Horizontal	Curva con pendiente descendente no muy pronunciada y más elástica que en Monopolio. El IM (Ingreso Marginal) se encuentra por debajo de la curva de Demanda. La elasticidad precio es muy elevada	(1)	Curva de demanda igual al Ingreso Promedio y al Precio. No es igual al Ingreso Marginal. El ingreso marginal es inferior al ingreso promedio. Curva Demanda con pendiente descendente pronunciada (negativa).
GANANCIA ECONÓMICA EN EL LARGO PLAZO	Igual a cero (solamente ganancia normal o sea costo de oportunidad)	Igual a cero. Produce menos que el competidor perfecto, del monto necesario para alcanzar el CP (Costo Promedio) más bajo. El Precio y el Costo Promedio son más alto que en Competencia Perfecta. Se produce excedente de Capacidad.	Tienen ganancia económica. Nivel de producción menor y el Precio son más alto que Costo Promedio.	Puede tener ganancia económica superior a cero y Beneficio Extraordinario. La producción es más baja y el Precio es más alto que en Competencia Perfecta. Provocan pérdida en el bienestar social, (o sea pérdida en el excedente del consumidor). Productividad y Bienestar disminuido.
EMPRESAS	Son agentes económicos. Son precio - aceptantes	Son buscadoras de precios. Como pueden influir en el precio del bien se las denominan precio-oferentes (influyen)	(1)	Puede determinar y también discriminar precios para distintos compradores.
CARACTERÍSTICAS DE LA CURVA DE OFERTA	Claramente definida. La curva de oferta en el corto plazo de una empresa se desliza sobre su curva de costo marginal.	De difícil definición.	(1)	De difícil definición en el corto plazo. Puede ser la curva de costo marginal en el largo plazo.

ASIGNACIÓN DE RECURSOS	DE	La más eficiente.	Relativamente eficiente.	Relativamente ineficiente.	La más Ineficiente. (situación subóptima en el sentido de Pareto)
------------------------	----	-------------------	--------------------------	----------------------------	---

Nota: (1) Los casilleros no cumplimentados obedecen a que como en algunos casos las diferencias entre monopolio y competencia perfecta corresponden a cuestiones de grado, se consideró no necesario su redacción o repetición.

1.3. COMPARACIÓN COMPETENCIA PERFECTA Y EL MONOPOLIO.

En la competencia perfecta el Precio se determina por el punto mínimo de la curva de costo promedio (o sea el costo marginal y el precio son iguales). En el monopolio el Precio es el determinado por la Curva de Demanda donde el Costo Marginal sea igual al Ingreso Marginal. (O sea el Precio es mayor al Costo Marginal).

En el monopolio se producen y venden menos unidades, se cobra un precio mayor, se operan menos plantas, por lo tanto también se tiene una mayor capacidad ociosa.

Si la demanda representa la valuación social marginal de un bien, y el costo marginal representa el costo social marginal de la producción, siempre en el largo plazo, en el monopolio el valor marginal de un bien para la sociedad en su conjunto es mayor que el costo marginal. Por ende si se produjera más la sociedad se beneficiaría, pero el monopolio no lo efectuaría debido a que desaparecería su beneficio económico. De esta manera queda claro que el bienestar social tiende a ser mayor en una economía competitiva que en el monopolio.

El monopolista produce una cantidad inferior a la socialmente eficiente. Produce una cantidad ineficientemente baja con un precio ineficientemente alto.

Pero aclaramos que el monopolio no modifica el bienestar total (o sea la suma del bienestar de los consumidores con el bienestar del productor), no modifica la 'torta total'. Si no que afecta a la distribución del bienestar por transferencia de los consumidores al productor monopolístico.

1.4. EL OLIGOPOLIO.

Dos características importantes:

- El precio es superior a los mercados de competencia perfecta.
- Se destinan enormes cantidades de recursos a la publicidad y estrategias de diferenciación de calidad y diseño. Esto provoca grandes inversiones en investigación y desarrollo, por lo cual decimos que en oligopolio y monopolio tienen más incentivos para

innovar. Y la razón es que con la innovación podrán recibir una ganancia económica en el largo plazo, ya que si fuera un mercado competitivo su ganancia sería normal.

O sea, en la medida que el oligopolio se acerque más al monopolio que a la competencia perfecta, existirán más incentivos para la innovación.

Tanto como en el monopolio, el oligopolio y la competencia monopolística mantienen un exceso de capacidad, por ende son ineficientes ya que no logran (por conveniencia) el nivel de escala eficiente que es el punto donde la cantidad minimiza el costo total medio.

LA MEDICIÓN DEL GRADO DE COMPETENCIA.

Una forma de medir el grado de concentración de una industria es la utilización del índice de Hirschman - Herfindahl (Hirschman-herfindahl Index, HHI). Este índice propone la sumatoria del cuadrado de las participaciones en el mercado de cada una de las empresas. El índice se ve afectado por el número de participantes. El valor máximo del índice es 10000 que representa un verdadero monopolio con un solo participante.

El índice superior a 1800 representa un mercado con alto poder monopólico.

A los efectos de su clarificación se supone en un mercado la existencia de cuatro participantes con las siguientes participaciones en el mercado (en función de sus ventas).

$$(40)^2 + (15)^2 + (15)^2 + (15)^2 = 1600 + 225 + 225 + 225 = 2215$$

En este ejemplo vemos una industria que existen un poder monopólico significativo.

1.5. EL CONCEPTO DE EFICIENCIA.

Eficiencia: "existe eficiencia en la asignación cuando no hay ninguna reorganización posible de la producción que mejore el bienestar de todas las personas. Por lo tanto en condiciones de eficiencia, solo es posible incrementar la utilidad de una persona, reduciendo la de la otra". Samuelson, P y Nordhaus, W., Economía. (1993, Pág. 180)

El concepto de eficiencia en sentido de Pareto manifiesta que no es posible mejorar el bienestar de ningún individuo sin empeorar el de otro. Aclaremos que la eficiencia según Pareto (Allocative Efficiency) no asegura la equidad, o sea que se puede estar distribuyendo en forma desigual o injusta.

Podemos decir que bajo los supuestos del modelo competitivo, los economistas han desarrollado dos teoremas del bienestar:

1. Todo equilibrio es eficiente (Primer teorema).
2. Mediante el mecanismo de los precios se consigue una situación eficiente, siempre y cuando exista una redistribución adecuada de los recursos iniciales.

En el concepto de Eficiencia deben satisfacerse tres condiciones: Eficiencia técnica: No es posible aumentar la producción con la cantidad dada de factores (alternativamente, no es posible emplear menos factores para obtener el mismo nivel de producto). Eficiencia en la asignación: La combinación de bienes producidos debe reflejar las preferencias de los miembros de la economía. Eficiencia en el intercambio: No es posible obtener ganancias con nuevos intercambios (se explotan todas las ganancias del comercio).

En una sociedad con desigual distribución de ingresos, no es posible mejorar la situación de los pobres sin incrementar la recaudación impositiva que recae sobre las personas de mejores ingresos.

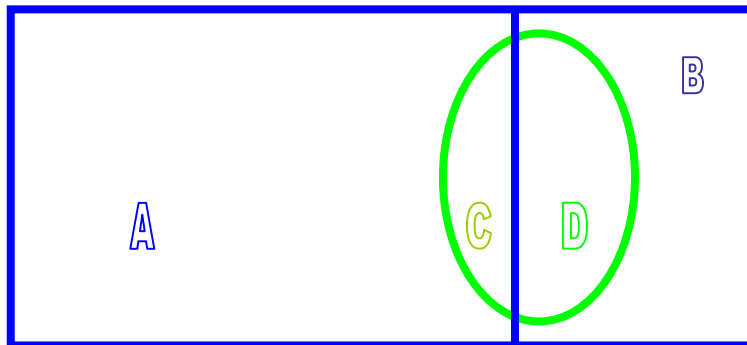
En lo que respecta al área de la salud no existe un total acuerdo en el manejo del término eficiencia. Cuando hablamos de ella debemos distinguir si se refiere a las cantidades o sus valores. Por lo tanto diferenciaremos a continuación los diferentes conceptos de eficiencia en el ámbito de la salud:

1. Eficiencia tecnológica o productiva: es la relación entre la cantidad de productos o servicios producidos en la relación a su capacidad tanto de estructura como de procesos.
2. Eficiencia técnica o costo eficiencia o eficiencia operativa: se refiere a la cantidad de productos o servicios producidos con la menor combinación de costos. En este supuesto si los precios de los insumos varían el método eficiente de producción puede cambiar a que el costo eficiente presupone la combinación del menor costo.

El producto o servicio producido en salud genera dos efectos diferenciadores: 1. Lo producido (output): referido a la cantidad de pacientes tratados y 2. El resultado (Outcome): los beneficios logrados en la recuperación de la salud de los pacientes. En este último punto toma importancia la efectividad del tratamiento con relación al beneficio logrado en el paciente.

En la Eficiencia distributiva del ingreso presupone una eficiencia en la producción como así también en la distribución. Por lo tanto en la asistencia de salud, la producción debe ser medida por la producción con relación a la mejora o incremento de salud de la población. En esta relación la mayor eficiencia en la asistencia sanitaria se logrará en la combinación de usos de recursos que produzcan tratamientos que beneficien a aquellos que más lo necesitan sin importar el nivel de ingreso de los mencionados.

B.P. Davies en "Allocation of Services in England: Facts and Myths about the Equity and Efficiency of social Care Agencies" (1987), explica dos formas de medir la eficiencia con relación a la distribución de servicios, la eficiencia horizontal (Horizontal Target Efficiency) y la eficiencia vertical (Vertical target Efficiency). Estos dos conceptos se clarifican en el siguiente diagrama desarrollado a continuación:



Rectángulo A: representa la población que no necesita tratamiento.

Rectángulo B: representa la población que necesita tratamiento.

Círculo: representa a aquellos que reciben tratamiento y corresponden una parte a los que No necesitan tratamiento y otra parte a los que Sí.

La Eficiencia Vertical es la relación = $D / (C+D)$.

La eficiencia horizontal es la relación = D / B

Como bien decíamos previamente no existe acuerdo en la terminología del concepto de eficiencia.

Cuando hablamos de eficiencia debemos tener en claro su diferencia con los conceptos de eficacia y efectividad. Por lo tanto a continuación desarrollaré una clasificación extraída del libro de Jaime Varo "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios"

<p>EFICACIA Supone hacer las cosas. Correlaciona la capacidad de una medida sanitaria con la consecución de un determinado efecto. Según OMS (Organización Mundial de la Salud) es la relación entre los objetivos / resultados previstos y los alcanzados. Otros: relación entre los objetivos previstos y los alcanzados. Eficacia es la Efectividad Potencial.</p>	<p>EFFECTIVIDAD Es comparativo. Hace referencia a la capacidad de éxito real de esa medida en un momento dado. La relación entre los resultados previsto y conseguidos en cada una de los objetivos por separado. La Eficacia Real es igual a la Efectividad. En sanidad es el incremento de salud producido por los cuidados prestados con relación al máximo incremento alcanzable con los mejores cuidados posibles.</p>
---	---

Siguiendo con el concepto de eficiencia, podemos afirmar que es la expresión que mide la capacidad de la actuación de un sistema o sujeto económico de lograr el cumplimiento de un objetivo, minimizando el empleo de recursos.

La Organización Mundial de la Salud la define como: LA RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS ASITENCIALES Y LOS RECURSOS UTILIZADOS Y SUS COSTOS. La eficiencia mide el rendimiento de los recursos e implica el cumplimiento de dos criterios:

1. Que la atención y los servicios se presten al menor costo (Eficiencia Técnica o Clínica.

2. Que la asistencia se valore mejor por la sociedad (Eficiencia Social).

Donabedian (3) divide la eficiencia en los siguientes conceptos:

1. Eficiencia Clínica: Subordina a que el profesional no emplee recursos innecesarios. Evaluación mediante "peer review utilization".
2. Eficiencia de producción: depende de la institución, del sistema productivo en su conjunto.

Varo (28) desarrolla un Modelo del proceso productivo de los servicios de Salud que contempla dos funciones de producción conformada por cuatro niveles integrados.

1. La producción primaria (según Varo se refiere a la eficiencia técnica): integra los dos primeros niveles: El primer nivel son los insumos (personal material y equipo). El segundo nivel corresponde a los productos intermedios (diagnósticos, terapéuticos, y hoteleros), como resultante de los procesos productivos hospitalarios.

La Eficiencia Técnica influye en los costos de la asistencia, relacionados con la calidad, y a la calidad de la atención médica.

2. La producción secundaria o médica (que según Varo se refiere a la eficiencia económica): culmina con el alta del paciente. El tercer nivel: es el producto final (parto, apendicetomía, neumonía, biopsia, etc). El cuarto nivel es el resultado como incremento de nivel de salud. Mensurable por los indicadores de salud y las encuestas de salud.

1.6. EL EXCEDENTE DEL CONSUMIDOR Y EL PRODUCTOR.

En la comparación de los modelos económicos debemos tener presente la definición de determinados conceptos.

Para estudiar el bienestar de los compradores y vendedores en un mercado, utilizamos el mecanismo de estudiar los excedentes del consumidor y los excedentes del productor y por ende determinar la eficiencia del mercado en la asignación de recursos.

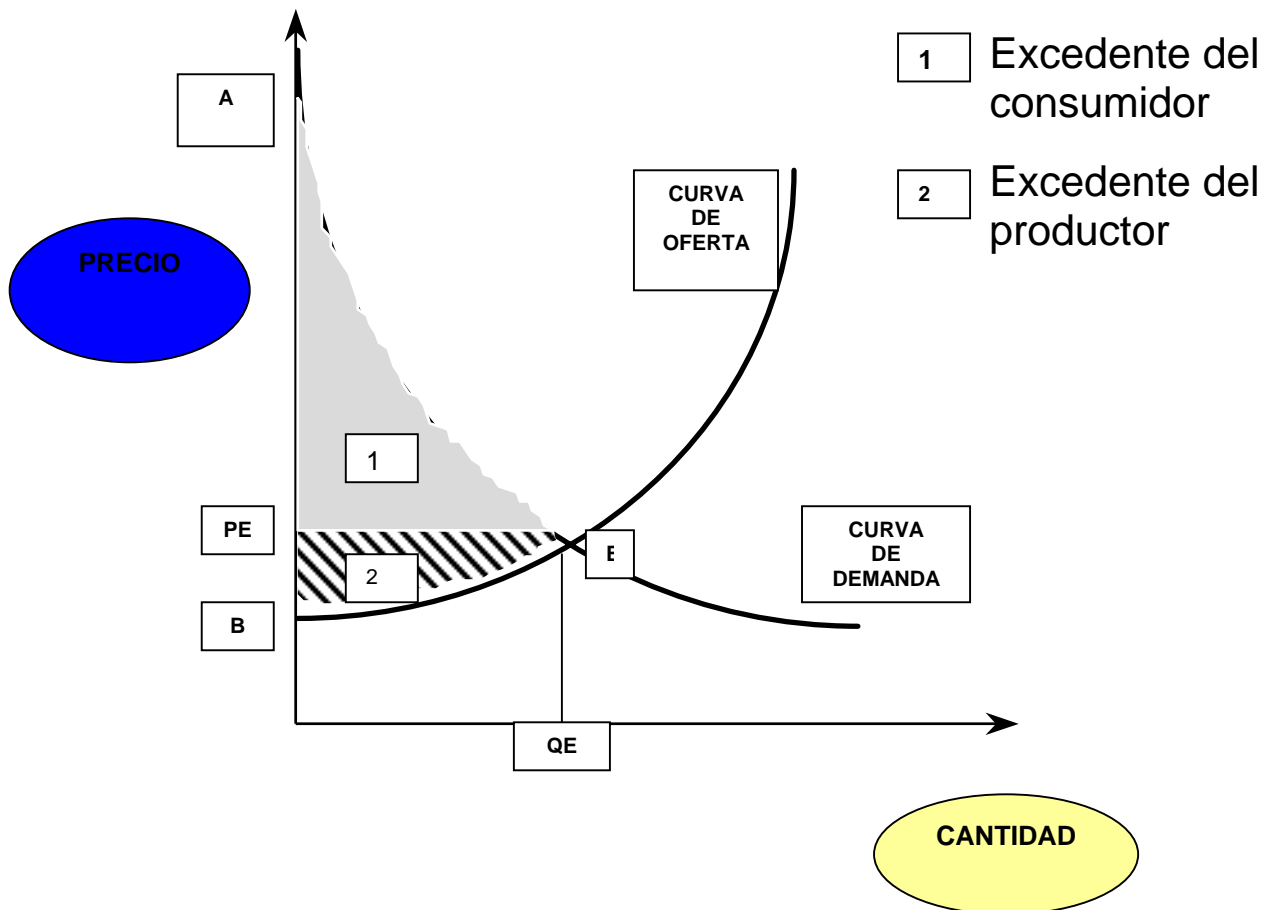
Aclaremos primariamente los siguientes conceptos:

1. Excedente del consumidor: disposición a pagar de un comprador (Valor compradores) menos cantidad que paga realmente. ($VC - CPC$)
2. Excedente del productor: cantidad que percibe un vendedor por un bien menos el costo de producirlo. ($VV - CV$)
3. Medición del bienestar económico: la suma del excedente del consumidor o del excedente del productor que llamamos excedente total. (ET)

$(VC - CPC) + (VV - CV) =$, como $CPC = VV$ entonces $ET = VC - CV$

O sea que el excedente total de un mercado es igual al valor total para los compradores menos el costo total de los vendedores.

Bienestar: Excedentes



El área A.E.PE. mide el exceso de disposición a pagar del demandante por cada unidad que compra sobre el precio que efectivamente paga, por lo que es una medida del bienestar del consumidor ("excedente del consumidor": área por debajo de la curva de demanda, y por encima del precio de mercado).

El área PE.E.B. mide el beneficio del oferente, ya que PE.E.QE.0. es el ingreso total, y B.E.QE.0. el coste total -integrando la curva de oferta que es el coste marginal. O sea que el "excedente del productor" es el área por debajo del precio de mercado, y por encima de la curva de oferta.

Por ende si una asignación de recursos maximiza el excedente total, podemos decir que es eficiente. Cualquier alteración, podemos decir que es ineficiente. Sobre la base de estos conceptos definimos como eficiencia a la propiedad de una asignación de los recursos en donde se maximiza el excedente total que reciben todas las personas de la sociedad.

En esta definición la eficiencia se refiere a sí la torta es lo más grande posible, y la equidad a como se reparte la misma.

Definimos a Equidad como el proceso de justicia en la distribución del bienestar entre las personas.

El mercado libre en la búsqueda del equilibrio genera las siguientes conclusiones:

- a. El mercado asigna los bienes a los compradores dispuestos a pagar el valor más alto.
- b. El mercado asigna los bienes a los vendedores que los producen con el menor costo.
- c. El mercado libre produce la cantidad de bienes que maximiza la suma del excedente del consumidor y productor.

En un mercado libre el Estado no tiene la capacidad de alterar el equilibrio del mencionado o sea de la competencia perfecta.

Sabemos que la realidad dista de los mercados competitivos, y es aquí donde empiezan a aparecer las fallas o imperfecciones del mercado.

Esas imperfecciones son provocadas principalmente por un proceso de influencia de sus actores que son denominados "El poder del Mercado.

Este poder provoca ineficiencia por su influencia en los precios y cantidades de producciones en los niveles fuera del equilibrio. También provocan efectos sobre terceros que no son compradores ni vendedores, que se denominan efectos secundarios.

Estas dos causas principales son las que se denominan fallas del mercado, como el proceso que genera incapacidad de los mercados no regulados para asignar eficientemente los recursos.

2. LAS FALLAS DEL MERCADO

Debemos definir el concepto de fallas de mercado. Las fallas de mercado son aquellas situaciones provocadas por existencia de restricciones a la operativa de mercado que provocan resultados no deseados para la sociedad en su conjunto.

Esas imperfecciones o fallas, se refieren a la incapacidad del mercado. A la incapacidad del mercado en alcanzar la eficiencia en la asignación de recursos.

LAS FALLAS DEL MERCADO Y SUS ORIGENES.

ORIGEN DE LA FALLA	TIPO DE FALLA
1. Las originadas en el mercado o por el poder del mismo. (Economía positiva)	1.1. La falta de conocimiento del consumidor y la Asimetría de la Información. 1.2. La insuficiencia de la racionalidad individual. 1.3. Las externalidades. 1.4. La estructura inadecuada del mercado. Los monopolios naturales. Los rendimientos crecientes.
2. Por la tipología de los bienes o el evento. (Economía positiva).	2.1. Los Bienes Públicos. 2.2. Los Recursos Comunes. 2.3. La Incertidumbre de la aparición del evento.
3. Como Consecuencia de la economía normativa	3.1. La falta de Equidad. 3.2. Los Bienes Tutelares o Preferentes.
4. Como consecuencia del accionar del Estado	4.1. Falta de incentivos organizativos. 4.2. Falta de incentivos individuales.

ASPECTOS GENERALES

A medida en que el número de fallas de mercado surge, las empresas tienden a tratar de obtener la ventaja monopolística, Esta tendencia se contrapone con el objetivo del empleo más eficiente de los recursos de la economía.

Es por eso que la regulación pasa a ser el único camino para asegurar el funcionamiento eficiente del sistema capitalista.

La regulación tiene que ver con:

1. La seguridad de la población.
2. La salud de la población.
3. Los precios.
4. La producción de bienes o servicios.
5. El ingreso de nuevas empresas y su relación con el coeficiente de concentración.
6. La calidad de los productos o servicios.

Todo con relación a la tendencia de mercado hacia el monopolio y la interrelación de las fallas que lo permiten.

El concepto de regulación tiene que ver con la eliminación de las fallas de mercado que no permiten un proceso aproximado a la competencia perfecta. Por eso desregular es regular las fallas del mercado. Por eso que para nuestra interpretación regular es permitir una competencia efectiva (bajo nivel de concentración, barreras relativamente superables y nula colusión)

El estado es el juez o arbitro de las relaciones entre los consumidores (cuyo objetivo es maximizar su utilidad) y los productores (cuyo objetivo es maximizar sus ganancias). A tal fin, debe regular para permitir el libre juego o juego justo. Es por eso que la regulación debe ajustarse a determinados principios:

1. Reglas justas que permitan resultados justos.
2. Equidad en la distribución de costos y beneficios.
3. No-existencia de renta a determinados propietarios de recursos (se entiende como renta al ingreso que excede al costo de oportunidad). Redistribución de riqueza inadecuada, provocada por la ignorancia racional de los votantes en los temas del mercado versus poder del estado y la búsqueda de renta por parte de grupos de interés particulares.

4. Derechos de propiedad (de los recursos) bien definidos y de fácil aplicación.
5. Distribución equitativa del ingreso.
6. Solidaridad social del sistema.

El mercado regulado en forma adecuada por acción del estado que permita efectuar un proceso competitivo, logrará cumplimentar los objetivos conjuntos de eficiencia, equidad y libertad de elección.

Las fallas de mercado son regulaciones en sí mismas. Por lo tanto regular la falla significa desregular la economía de dicho mercado.

Paul Krugman (17), ha observado que las fallas de la economía por el lado de la demanda, se han convertido en la limitación de la prosperidad para una gran parte del mundo. Asimismo sugiere desplazar el pensamiento económico posicionado del lado de la demanda hacia el lado de la oferta. La insuficiencia de la Demanda es una amenaza continua para los mercados libres.

Estas observaciones de Krugman, ponen en alerta que la no-observación de las fallas de mercados generarán significativas depresiones al sistema económico.

Desde otra visión Ángel Martínez y González Tablas (16) en su tesis respecto a la globalización, sostiene que para paliar los efectos negativos de la misma existen dos grandes lógicas: La primera es el mercado, y la otra la "regulación consciente" definiendo a esta como "la intervención intencionada de sociedades que persiguen, busca instrumentos útiles para alcanzarlo y tratan de actuar racionalmente". La regulación consciente la considera necesaria para la propia reproducción del capital. Asimismo postula la regulación pública en el plano mundial.

1.1. LA FALTA DE CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR Y LA ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN.

La accesibilidad a la información o el proceso de educación no es igual para todos, o sea nos encontramos ante un problema de equidad con relación a la educación.

El proceso de búsqueda de información por el consumidor se llama Búsqueda de Mercado. Si el costo de esta búsqueda es muy alto para cada consumidor esta tarea puede ser tercerizada o delegada en un agente del mercado.

La información pasa a ser un bien público, debido a que el consumo de la información no tiene rivales. Un ejemplo claro es el de los medicamentos donde el gobierno regula el contenido de los medicamentos y autoriza solamente aquellos que son eficaces.

Respecto a la información imperfecta debemos aclarar lo siguiente:

1. Provoca distribución de precios en un mercado abierto, del mismo servicio médico para los diferentes servicios médicos. Ante esta dispersión el consumidor buscará el precio más bajo. En el segmento de precios más bajos se producirán las mayores transacciones.
2. El proveedor de servicios también deberá experimentar. Por lo tanto implica que los precios de los servicios médico iniciarán en un segmento alto para luego disminuir si los servicios no son contratados.
3. Provocará selección adversa.

Respecto a la asimetría de la información es un tema distinto pero íntimamente ligado a la falta de información por parte del consumidor. La asimetría de la información puede implicar una demanda dependiente de la oferta, generando un funcionamiento inadecuado del mercado.

La asimetría se genera cuando existe una relación de agencia imperfecta entre el que oferta y el que demanda respecto del producto o servicio. Este conflicto se produce en él supuesto que quien demanda (con el mismo conocimiento que el que oferta) hubiera elegido otro producto o servicio para satisfacer su necesidad, pero al existir esta asimetría la oferta induce a la elección del producto o servicio de su conveniencia.

Ante esta situación los consumidores recurren a terceros especializados para que los representen. En la salud, la contratación de sistemas de seguros pasa a ser un mecanismo de solución. En este ámbito aparecen diversos problemas de información asimétrica:

1. Entre médicos y pacientes. Poca información del consumidor o paciente y alto conocimiento por parte del médico. En este punto se puede generar una demanda inducida por parte del médico, negándose la soberanía del consumidor y la inexistencia de un real funcionamiento del mercado.
2. Entre asegurado y aseguradora en los sistemas de salud. Existen consumidores con excelente salud y otros con mediana o mala salud. En estas situaciones el consumidor posee todo el conocimiento de su salud y los seguros deberían ser diferentes en cuanto a precio y alcance del servicio, sin ponernos en este punto a discutir el tema de la equidad o justicia social. En este tipo de relación asegurado – asegurador se generan los problemas de selección de adversa, de riesgo y el llamado abuso moral que describiremos a continuación.

SELECCIÓN ADVERSA Y SELECCIÓN DE RIESGO:

Se producen cuando una de las partes tiene más información que la otra.

En el caso de los seguros médicos, el asegurador cubre los riesgos de enfermarse o accidentarse. Pero los individuos conocen sobre su propia salud más que nadie. En principio los más enfermos son más proclives a contratar un seguro.

Esto podría ser reducido por la aplicación de garantías, por ejemplo si el resultado de un tratamiento no da resultado en un cierto período de tiempo el costo está a cargo del proveedor de salud. Las garantías podrían ser implementadas por contratos.

La selección adversa se produce cuando la información es imperfecta y los individuos con alto riesgo de enfermar se predisponen a comprar seguros. En la selección adversa el individuo esconde información acerca de su salud con el objetivo de efectivizar el contrato de seguro. Esto puede ser llamado oportunismo PRE contractual.

La selección de riesgos se produce, cuando los aseguradores tienden a asegurar solamente a aquellos individuos con bajo riesgo de enfermar. Implica un oportunismo PRE contractual pero por parte del asegurador.

Ambos son selecciones sesgadas tanto por el asegurado (selección adversa) como por el asegurador (Selección de riesgo) que comprometen el proceso de competencia del mercado.

ABUSO MORAL(Moral Hazard):

El abuso moral o riesgo subjetivo se produce cuando una de las partes asegura a otra contra algún suceso sobre la cual la parte asegurada tiene cierto control. Ejemplo: en un seguro de Salud, cuando el afiliado no cuida su salud adecuadamente. O sea cuando una parte del contrato le pasa a la otra el costo de su comportamiento. Otro claro ejemplo se tiene con los seguros de autos contra todo riesgo donde el contratante no cuida su auto ya que sabe que cualquier problema sería pagado por su aseguradora.

Por lo tanto los contratos no deben absolver a una parte de las consecuencias de sus actos debido a que provoca una ineficiencia de mercado.

Cumplimiento de la garantía: el financiador puede rechazar cumplimentar la garantía utilizando como excusas el potencial abuso moral del asegurado.

Los problemas derivados del abuso moral son consecuencia de la existencia de información asimétrica. El costo de obtener la información no le permite a la aseguradora evitar el exceso de consumo por mecanismos que disciplinen al consumidor o asegurado.

El abuso moral es también un oportunismo pero del tipo pos contractual donde no solamente se esconde información sino también acción.

1.2. LA INSUFICIENCIA DE LA RACIONALIDAD INDIVIDUAL.

Las personas muchas veces realizan acciones que no son buenas ni para ellos ni para la comunidad y también el consumidor como tal, es influenciado en sus decisiones por el productor y la denominada soberanía del consumidor pasa a ser la soberanía dirigida.

Los hábitos de las personas ya sean por decisiones propias irracionales o por procesos de influencias del lado de la oferta, generan distorsiones en el mercado. Como dice Raúl Prebisch (Capitalismo Periférico, Fondo de Cultura Económica, 1981), "es incorrecto atribuir al mercado las fallas del sistema: es más bien la expresión de esas fallas. El mercado puede ser instrumento de eficacia económica pero no de eficacia social".

La racionalidad limitada del consumidor muchas veces está también ligada a la ignorancia racional. Entendemos por ignorancia racional a la postura de los consumidores cuando determinan que los costos de comprender exceden los beneficios que ellos esperan. Un ejemplo de esto, puede ser no participar con un grupo de vecinos en la decisión de mejorar la vigilancia de una zona versus continuar con su tarea habitual ignorando el riesgo de no hacer lo anterior.

1.3. EXTERNALIDADES.

Entendemos por externalidad a la influencia de las acciones de una o varias personas en el bienestar de una o de otras por decisiones que se consideran ineficientes. Se las conoce también por desbordamientos o efectos vecinos.

Los terceros que no han participado en este proceso de decisión sufren las consecuencias negativas o positivas (Beneficios) por decisiones que han tomado otros. Los efectos externos producen costos y beneficios según sea el tipo de externalidad.

Cuando las personas que deciden no toman en cuenta los costos y los beneficios sociales decimos que es una **decisión ineficiente**. O sea que el origen de las externalidades corresponde a **decisiones ineficientes hechas por algunos**.

Un claro ejemplo de las externalidades ha sido el efecto que las fábricas de diferentes tipos, causaron con el humo sobre el aire puro.

Las externalidades pueden ser de dos tipos:

Externalidades positivas: cuando las acciones de un agente económico benefician a otros. Ej. Investigaciones, edificios históricos reciclados.

Externalidades negativas: cuando las acciones de un agente económico perjudican a otro.

Causas de las externalidades negativas:

1. Incompleta delimitación del derecho de propiedad de ciertos recursos.
2. Relación inadecuada entre medio ambiente y el sistema económico. Ej. Gases de los automóviles, el ladrido de perros domésticos, contaminación por producción de un bien.
3. Interrelación inadecuada entre producción y consumo. Ej. producción de alcohol y consumo abusivo.
4. Mercados no desarrollados.

Estas causas provocan que el mercado no sea eficiente en la asignación de recursos, o sea no maximiza el beneficio total de la sociedad.

Esta falla del mercado puede ser solucionada mediante leyes, costumbres y reglas que induzcan a la sociedad a considerar las consecuencias de los actos sociales y ajusten su accionar con relación a dichos efectos.

El estado puede intervenir gravando con impuestos estas externalidades negativas y mediante subsidio las externalidades positivas. Estas son formas de intervención del estado, pero los particulares pueden aportar soluciones privadas, por ejemplo la aplicación de códigos morales y sanciones sociales, por medio de asociaciones benéficas o fundaciones, los acuerdos privados entre particulares. En este punto en particular recordamos el teorema de Coase, donde menciona que las proposiciones donde las partes negocian sobre ningún costo sobre las mismas resuelven por si solas el problema de las externalidades, o sea que en la medida que los costos de la negociación sean reducidos, una solución eficiente al problema de las externalidades se logrará mediante la asignación de los derechos de propiedad.

Pero las soluciones privadas son posibles en situaciones de no-conflicto y en la medida que los costos de transacción no sean elevados. Es por eso que solamente el estado representativo y elegido democráticamente, puede con su

intervención resolver las fallas del mercado que denominamos externalidades.

El estado puede aplicar las siguientes medidas:

1. Impuestos y subvenciones. El impuesto debe ser proporcional al daño que causa en la sociedad, y si se utiliza tecnología que elimina la externalidad el bien se produciría a un costo eficiente.
2. Regulación mediante medidas de orden y control. Por ejemplo establecer normas que prohíban la continuación de comportamientos que producen los daños, esto es conocido en los Estados Unidos, como interdicto. Otro método es el diseño de normas de responsabilidad civil, donde el que daña debe responder y pagar.
3. Venta de derechos para imponer efectos externos.
(1,2 y 3 corresponden a métodos de regulación indirecta, debido a que inducen a ponderar los efectos de las externalidades)
4. Regulación directa. Efectos que son prohibidos y no inducidos, bajo la situación de considerar ilegal a quien lo realiza.

1.4. LA ESTRUCTURA INADECUADA DEL MERCADO. LOS MONOPOLIOS NATURALES. LOS RENDIMIENTOS CRECIENTES.

El grado de competencia depende en forma proporcional a la cantidad de competidores desde el punto de vista de la oferta. Generar posibilidades para la entrada de nuevos participantes hacen a la eficiencia del funcionamiento del mercado.

En aquella economía donde es imposible la incorporación de nuevos participantes, un elemento de promover la competencia es generar condiciones, mediante regulaciones para que terceros se interesen en explotar dicho bien o bienes bajo pautas establecidas.

En la economía de la salud las necesidades de capital a invertir para la generación de hospitales o clínicas, actúan como barreras naturales de entrada. Al no existir elementos compensadores los mencionados, si están bajo un mercado

privado elevan sus costos, si pertenecen al un sistema público ajustados a un presupuesto generan subprestación y por lo tanto demanda insastifecha o prestaciones de muy baja calidad con resultados inadecuados. Una forma de contrarrestar esta situación es generar monopsonios por regulación que igualen el poder de la oferta tanto en un sistema privado como en uno público, entendiéndose a este último como gerenciado por el Estado.

Respecto a los llamados Monopolios Naturales, los mismos se producen cuando la producción de un bien o servicio requieren economías de escala tan grandes que la eficiencia solamente en dicha dimensión de mercado, ejemplo de estas situaciones pueden ser la televisión por cable para determinadas ciudades, algunos servicios públicos. Pero en este tipo de situaciones se debe tener en cuenta lo siguiente: la economía de escala debe ser igual o aproximada a la demanda total del mercado. El monopolio natural surge del carácter mismo de la producción, no así el monopolio artificial que surge por regulaciones o barreras de entradas generadas, valga la redundancia, de manera artificial.

También podemos hablar de estructura inadecuada del mercado cuando se producen mercados incompletos, como en el caso de ciertos tipos de seguros, donde puede haber personas dispuestas a erogar pero no existir oferta para los mismos. Ejemplo: seguros contra inundaciones en zonas inundables.

Poder del mercado: entendemos que se produce el mismo, cuando una empresa ejerce cierto control sobre el precio de un producto o servicio o sobre los precios de los insumos que usa. I

2.1. LA DIFERENCIACIÓN DE BIENES PÚBLICOS, BIENES PRIVADOS, 2.2. RECURSOS COMUNES Y 3.2. BIENES TUTELARES (PREFERENTES O MERITORIOS).

A los efectos de clarificar la diferenciación de los bienes mencionados, clasificaremos los mismos sobre la base de dos atributos:

- Su exclusión: es posible impedir que lo utilice una persona.
- Su Rivalidad: el uso por parte de una persona significa una reducción por parte de otra.

Por lo tanto teniendo en cuenta los atributos se puede decir que son:

1. Bienes privados: aquellos que son excluibles y rivales. Ej. Bienes de consumo.
2. Bienes públicos: aquellos que no son excluibles ni rivales. Ej. Defensa nacional, la investigación básica (conocimientos generales, no los específicos), los programas de ayuda contra la pobreza.
3. Recursos comunes: aquellos que no son excluibles pero si son rivales. Ej. Peces de los océanos, medio ambiente.
4. Bienes destinados a monopolios naturales: Aquellos que son excluibles pero no rivales Ej. Los bomberos en pequeñas ciudades, los servicios públicos (luz, gas, telecomunicaciones etc).

Los bienes públicos son bienes que las empresas privadas no consideran rentable producir, pero pueden ser deseados por la sociedad. Por esa razón son también llamados bienes sociales, que producen beneficios colectivos. El proceso de selección es diferente del proceso de selección privada.

Como dice Karl Case en su libro fundamentos de economía (29) " Los bienes públicos en un de mercado sin regular, sin un gobierno que se encargue de su producción, en el mejor de los casos se producirían en cantidades insuficientes y, en el peor, no se producirían en absoluto".

Los privados no tienen incentivo económico para producir los bienes públicos, pueden tener incentivo moral en algunos casos para contribuir pero no será permanente.

El estado debe suministrar los bienes públicos, que debemos diferenciar de la producción pública. El suministro o la cantidad a producir de los mencionados, debería ser igual a la suma de los bienes públicos deseados por la sociedad, situación imposible de lograr por lo tanto el proceso democrático es esencial en la selección de los bienes públicos.

Entender la diferenciación de estos tipos de bienes hacen o ayudan a la interpretación de la intervención del estado en las fallas del mercado.

Denominamos como **bienes públicos** a aquellos que están disponibles para su consumo, sin importar quien paga y quién no. Los bienes públicos no son rivales en el consumo, esto significa que el consumo de una persona no disminuye el consumo de otra. El bien público esta disponible para todos. El bien público implica la no-exclusión de nadie y no se puede ofrecer de manera redituable.

Los clásicos bienes públicos corresponden al sistema de justicia y la seguridad nacional.

Denominamos **bienes privados** a aquellos bienes rivales en el consumo, y son excluyentes para aquellos que no tienen capacidad de pago.

Entendemos que la Salud, Educación, la Jubilación son bienes privados aunque puedan formar parte del gasto público o del Estado. Su inclusión dentro de los gastos del Estado proviene de valores sociales que han considerado conveniente sus inclusiones.

Bienes Públicos: ausencia de rivalidad y no-exclusión.

Bienes privados: rivalidad y exclusión.

Bienes Tutelares: son aquellos bienes económicos cuyo consumo se considera socialmente deseable y que son suministrados por el poder público en cantidades que excedan los niveles de consumo elegidos voluntariamente por los individuos en el mercado.

La decisión de prestar servicios gratuitos se enfrenta a dos problemas de información: a) Al conocimiento de la falta de capacidad del individuo (ejemplo, la enfermedad física). B) Al conocimiento de su capacidad de pago.

En el primer caso la asignación de un diagnóstico directo de una necesidad específica elimina significativamente la posibilidad de la distorsión de la información. En el caso de los tratamientos médicos, estos no pueden transferirse ya que los mismos no son útiles para todas las personas. En el segundo caso la situación es más complicada, ya que no

siempre es posible conocer la capacidad de pago y si la tuviese, esté dispuesto a efectuarlo.

Por lo tanto en la aplicación de bienes a la categoría de tutelares incide el problema de selección de los individuos a recibir dichos bienes.

La selección puede ser afectada por los siguientes factores:

1. Asimetría de información.
2. El incentivo de las personas a no salir de la condición para recibir el bien preferente.
3. El incentivo a no-recibir dicho bien por su Autoestima (amor propio).
4. Costos de control y funcionamiento.
5. Costo por las fallas del estado. Provoca asimetría de información basada en el poder burocrático de los funcionarios.

Para eliminar los dos problemas básicos en las aplicaciones de bienes preferentes, es recomendable utilizar la estrategia de prestaciones básicas universales (producto mínimo básico) tanto en educación, asistencia sanitaria y trabajo. De esta manera el financiamiento de las mismas debe ser efectuada por toda la población en función de los ingresos o las rentas lográndose que los que más tienen financien a los que menos tienen.

2.3 LA INCERTIDUMBRE DE LA APARICIÓN DEL EVENTO.

La aparición de eventos que provocan daños a la población, muchas veces en los procesos económicos son solucionados mediante la oferta de productos de sistemas de seguros a los efectos de resarcir el daño ocasionado por el evento. Pero pueden existir casos de eventos que no surjan oferentes para dicha necesidad. Como ejemplos podemos citar, inexistencia de oferta de seguros para localidades expuestas a inundaciones continuas.

Respecto a la salud existen dos tipos de incertidumbres:

Referida a la aparición de la enfermedad: el aseguramiento ha sido la respuesta a este tipo de necesidad, ya sea de forma privada o pública y sus combinaciones. En la relación a los efectos secundarios, los mismos han sido tratados cuando

hablamos de selección de riesgos, selección adversa y abuso moral.

Referida a la efectividad de los tratamientos: la incertidumbre está ligada no solamente el resultado sobre la enfermedad en el tratamiento, sino también en el supuesto de que sucede cuando la misma no es tratada. La metodología de reducir esta incertidumbre por parte de la sociedad ha sido mediante la regulación de la práctica médica y la nueva tendencia mundial al énfasis en la medicina basada en la evidencia científica.

3.1. LA EQUIDAD.

El sistema del mercado no garantiza una distribución justa o equitativa del bienestar, entonces ¿La distribución del ingreso es un bien público?

Las fuerzas básicas del mercado tratan sobre QUE se produce, COMO se produce y QUIEN obtiene lo que se produce en un nivel de EFICIENCIA, pero no de cómo se distribuye. Para esto debemos tener en cuenta la EQUIDAD o dicho en otras palabras la justicia de distribución.

Cuando hablamos de distribución, no hablamos de distribución de las cosas sino de la distribución del bienestar. El bienestar puede ser medido con el concepto de utilidad. Definimos como utilidad a la medida que asignan las personas a los bienes y servicios de acuerdo con la utilidad que éstos les producen. Pero esta utilidad no se puede observar ni medir. Por lo tanto tomamos al Ingreso y la Riqueza como elementos de medición del bienestar de manera Imperfecta.

O sea que la distribución de la riqueza y del ingreso son SUSTITUTOS IMPERFECTOS de la distribución del bienestar.

Normalmente los argumentos en contra de la pobreza se basan en **aspectos prácticos**, donde los mecanismos de distribución de riqueza mediante impuestos atacan los incentivos básicos del mercado.

Los argumentos a favor de la redistribución del ingreso o riqueza pasa por un **aspecto filosófico**, de ser una obligación moral.

De todas maneras la EQUIDAD O FALTA DE EQUIDAD es una falla de mercado que debe ser solucionada por intervención del Estado.

El Estado interviene de muchas maneras, entre ellas:

1. Mediante impuestos (política fiscal).
2. Programas de apoyo: citamos algunos ejemplos, el medicaid o el Medicare en Estados Unidos, los de asistencia pública o bienestar para familias de muy bajos recursos, compensaciones por desempleo en otros países, el sistema PAN en la Argentina, etc.

Es obvio que el crecimiento económico es una buena vía para aliviar la pobreza pero no asegura su distribución equitativa. Quizás los mecanismos de generación de empleo sean los más efectivos para solucionar en el largo plazo la equidad.

Creemos que la equidad no es garantizada por el mercado, y considerar a esta con relación a la distribución de la riqueza como un bien público mejoraría la eficiencia del mercado.

La equidad no es lo mismo que igualdad.

Igualdad significa recibir partes iguales de un producto o servicio, mientras que equidad implica un concepto más amplio de justicia o imparcialidad.

Mooney en 'Key issues in health Economics' habla de tres maneras de hablar de equidad en la asistencia sanitaria.

1. Equidad en cuanto al nivel de salud.
2. Equidad en cuanto al nivel de uso de la asistencia en salud (para las mismas necesidades)
3. Equidad en cuanto al acceso de la asistencia en salud (para las mismas necesidades).

En el primer caso implicará que algunos consumidores requerirán la utilización de los servicios de salud más que otros para alcanzar el mismo nivel de salud. Y este nivel de salud estará limitado por la cantidad de recursos que se posean.

Asimismo podemos separar diferentes criterios en el establecimiento del concepto de equidad en lo referente a la salud:

1. Como resultado del reparto (no toma en cuenta el grado de utilidad y el orden de preferencias). Lo equitativo asociado a lo igual.

- 1.1. Igualdad de recursos para necesidad igual.
 - 1.2. Igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios.
 - 1.3. Igualdad de salud.
2. Como preferencias de las personas y no de las cuotas del producto total. Se tiene en cuenta su mérito: el tiempo y el esfuerzo que dedica a su propia producción en salud. Discrimina a los de comportamientos insalubres (fumadores) con un mayor pago.

TEORÍAS DE LA SOCIEDAD Y CONCEPTOS DE EQUIDAD.

- Desde una **sociedad basada en el individualismo** y la libertad y por ende en la desigualdad, los principios de distribución en la sanidad, son los siguientes:
 1. Los estándares mínimos: mínimos asistenciales para todos los individuos.
 2. Utilitarismo: si contribuye a la mayor felicidad del mayor número de personas. Maximiza la suma de las utilidades individuales y no toma en cuenta las características personales. Este principio es poco atractivo.
 3. Del máximín: propugna que la distribución maximice el bienestar de los desfavorecidos.
 4. Criterio de igualdad de oportunidades: es el mecanismo de reparto y su aplicación.
- Respecto de una sociedad basada en la igualdad, el principio básico de distribución es el igualitarismo y los criterios claves son la igualdad de recursos, bienestar y distribución de acuerdo a la necesidad.
- Para sistemas de financiación pública, se detallan los diversos criterios de igualdad:
 1. Equidad en el gasto per. cápita: ciudadano es la unidad de distribución. Las áreas de mayor nivel de vida tienen asignaciones más elevadas que las de menor nivel de vida.
 2. Equidad de recursos por necesidad igual o igual tratamiento para igual necesidad: Reciben el mismo tratamiento independientemente de sus

características personales. Distribución por parámetros de necesidad. Los de menor nivel de vida reciben mayores recursos y viceversa. Equidad Horizontal (tratamiento igual para los iguales, desde la prestación). Equidad Vertical (tratamiento desigual para los desiguales, desde la financiación e inversamente proporcional a los ingresos).

En los países europeos la tendencia ha sido desarrollarse sobre la igualdad en el acceso. O sea que se equipararon los costos que incurre una persona para obtener servicios de una determinada calidad. Una variante a este criterio es la equidad de oportunidad de acceso por necesidad igual.

La igualdad de acceso (fenómeno de la oferta) no garantiza la igualdad de tratamiento para necesidad igual (resultante de la interacción oferta / demanda). Surgió como respuesta el criterio de Equidad de Utilización por necesidad igual, pero aunque pueda existir igualdad de acceso, hay una diferente utilidad marginal en los diferentes grupos sociales.

4. LAS FALLAS DEL ESTADO.

Estas fallas provienen del predominio de intereses de los grupos de poder frente a los reales intereses de los usuarios o consumidores finales, en el clientismo y muchas veces en los procesos de corrupción que genera el poder, la falta de sensibilidad a las necesidades o las decisiones ligadas a motivos ideológicos

En general estas fallas están ligadas al incentivo. Existe como argumento que ninguna estructura de incentivo puede lograr o igualar la disciplina del mercado.

Por eso nuestra hipótesis es relacionar al nivel de participación del estado con el grado y tipo de falla.

Vicente Ortún Rubio (12), clasifica a las fallas del estado en las siguientes:

Las fallas derivadas de la falta de incentivos organizativos: las organizaciones gubernamentales o el Estado por sí no pueden quebrar. O sea como agentes mantienen ventajas de inmortalidad y por ende son un monopolio ya que sus servicios o son pagados directamente por el consumidor y solamente

son castigados o premiados en los procesos democráticos de elección. No existe una relación entre ingresos y gastos en un proceso de competencia.

Las fallas derivadas de la falta de incentivos individuales: las carreras públicas normalmente no están ligadas a los cambios de elecciones políticas. Estos criterios de no cambio, se han basado en establecer estabildades en este tipo de funciones, pero que al no medirse el nivel de eficiencia genera la inexistencia de incentivos para la mejora de la misma.

3. ASPECTOS RELEVANTES DEL SISTEMA CAPITALISTA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

1. LA CRECIENTE ASIMETRÍA EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO.

En general en los países desarrollados desde los años 80 hasta la fecha se han observado los siguientes puntos destacados:

- a) Aumento en el ingreso de las clases sociales altas.
- b) Disminución de los ingresos de las clases sociales cuyos trabajadores son no calificados.
- c) Aumento relativo de los ingresos de los trabajadores calificados.

Las clases sociales muy altas se vieron favorecidas durante los años 80 por la explosión de las ganancias en las actividades financieras.

La situación actual nos dice que la brecha entre los más ricos y los más pobres se ha ampliado.

2. AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA PRODUCTIVIDAD.

Los avances tecnológicos han provocado un aumento significativo de la productividad y por ende han sido impulsores de empleo provocando aumento en la respectiva tasa de desempleo.

En los países Europeos esto es y será una constante reflejado en sus tasas de desempleo. Pero no pasa esto en Estados Unidos que demuestra una tasa del 6% que según muchos economistas es una tasa natural. Pero esta tasa no refleja que en dicho país muchos trabajadores han visto reducidos sus ingresos y calidades de vida debido al trasbasamiento laboral provocado por productividad tecnológica de algunos sectores.

3. POLARIZACIÓN DE LA ECONOMÍA MUNDIAL ENTRE LOS PAÍSES Y DENTRO DE ELLOS PROVOCADO POR LA GLOBALIZACIÓN.

La globalización trae consigo la integración de la economía en el ámbito mundial, y por ende su liberación. Pero las fallas del mercado no corregidas sumadas a aquellas regulaciones efectuadas por el hombre a favor de determinados sectores regiones o países en detrimentos de otros sectores, regiones o países, han provocado que la globalización de como resultado una creciente desigualdad y profundice la diferencia entre ricos y pobres.

La realidad nos indica que los tres puntos mencionados no pueden ser analizados por separados, pero es importante identificarlos a los efectos de lograr las correcciones adecuadas

Nos enfrentamos a una situación que:

- La parte del ingreso que remunera al capital ha aumentado más que la que remunera al trabajo.
- Las finanzas han ganado terreno a la industria.
- Los rentistas le han ganado terreno a los inversionistas.

Una posible solución a esta situación es acelerar el crecimiento y la acumulación del capital con mayor igualdad. Debemos primeramente fijar algunos conceptos para identificar las asimetrías provocadas por la globalización:

Primer concepto: la apertura de los países en desarrollo no los acerca a los niveles de ingreso de los países desarrollados. Segundo concepto: el crecimiento no reduce por sí solo las desigualdades internas en la distribución del ingreso.

Teniendo en claro estos conceptos podemos identificar las asimetrías provocadas por una globalización implementada inadecuadamente.

La liberación de la economía en el ámbito mundial discriminó sectores donde los países en desarrollo tenían ventajas comparativas (sector agrícola). Más abajo podemos apreciar el nivel de subsidio que afecta los términos de intercambio e implica una estrategia de los países desarrollados de regular los mercados donde ellos no son competitivos.

La liberación de la economía en el ámbito mundial se efectúa lentamente donde los países en desarrollo son más competitivos (sector textil se liberará en el 2002 o 2003)

La liberación de la economía en el ámbito mundial discriminó la liberación de movimiento de la mano de obra no calificada de los países en desarrollo y subdesarrollados.

Según el diario Clarín del 3 de Octubre del 2000, Estados Unidos ha gastado en el año fiscal con cierre al 30 de Septiembre del 2000 la suma de 28.000.- millones de dólares en subsidios a sus productores agropecuarios.

SUBSIDIOS AL AGRO

TOTAL MUNDIAL	ESTADOS UNIDOS
361.000 MILLONES U\$S	28.000 MILLONES U\$S
100%	8%

SUBSIDIO POR HECTÁREA SEGÚN REGIÓN

REGIÓN	U \$ S
JAPÓN - COREA	11.000
UNIÓN EUROPEA	800
ESTADOS UNIDOS	100

FUENTE: OCDE - CLARÍN 3/10/2000.

4. LAS MODIFICACIONES DE LAS FORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA CAPITALISTA EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS.

El nuevo capitalismo se ha caracterizado por tres elementos significativos:

1. Proceso de privatización: este proceso requiere de un gran aporte financiero para lograr su cometido.
2. Proceso de desregulación: se espera que esta incentive la competencia que incrementará la eficiencia de los recursos materiales y humanos, pero no lo logra.
3. Proceso de globalización: no incrementan la producción, solo trasladan la producción de un país a otro. Demanda capital financiero.

Edward Luttwak (26) denomina a la PRIVATIZACIÓN + DESREGULACIÓN +GLOBALIZACIÓN como Turbo capitalismo que ha generado una prosperidad significativa, pero sin tener en cuenta el principio de Equidad.

Por lo tanto esta nueva economía desarrolló en su primera etapa su sistema bancario y bursátil. Pero todo este proceso se desarrolló en una asimetría constante de la información. Por lo tanto urge la necesidad de promulgar leyes que controlen este proceso.

Como dice Edward Luttwak (26) 'La tarea de los gobiernos se basa, o debería basarse, en el control del capitalismo en nombre de los ciudadanos a los que supuestamente representan, y su prioridad principal es, o debería ser, la búsqueda de caminos para mantener los desbarajustes del capitalismo dentro de unos límites tolerables, pero sin socavar sus maravillosas energías creativas'.

Las compensaciones en el sistema de Estados Unidos:

1. El sistema legal norteamericano; la seguridad jurídica es el soporte del sistema competitivo. Permite recurrir al mencionado sistema en la búsqueda de indemnizaciones por daños y perjuicios.

Cumplimiento de leyes en nombre del interés público: los mejores ejemplos son las leyes antimonopolios que éste país posee. La interpretación norteamericana de la

democracia no tolera ninguna concentración excesiva de poder.

2. El sistema cultural norteamericano: la influencia de los valores Calvinistas.

La cultura calvinista se basa en tres principios (según Edward Luttwak (26)):

- a. La primera regla: el enriquecimiento es un logro moral (destinada a los triunfadores).
- b. La segunda regla: el fracaso no es el resultado de la mala suerte o de la injusticia (destinada a los perdedores). El perdedor se culpa a sí mismo antes que al sistema.
- c. La tercera regla: destinada a los que no aceptan la segunda regla, o sea para el denominado por Luttwak, perdedor rebelde, se utilizan leyes estrictas que se aplican a situaciones no significativas.

Es por eso que las aplicaciones de esta fórmula no ha dado resultado en países periféricos como Argentina, Brasil, México, etc.

CAPITALISMO CONTROLADO. 1945- 1980.

EUROPA	ESTADOS UNIDOS	JAPÓN
Se restringió la competencia en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Comercio al por menor. 2. En las actividades profesionales. 3. En pocas industrias incluida la agricultura. Se protegió a los empleados mediante rigurosas leyes laborales (centralización en el bienestar de los trabajadores). Fuerte poder del sindicalismo. Estado del bienestar sobre los ciudadanos.	Se protegía a las empresas unas de otras. Se regularon las siguientes industrias: compañías aéreas, el transporte interestatal (buses y trenes), las compañías telefónicas, las telecomunicaciones, los bancos comerciales, las sociedades de créditos hipotecarios, el 90 % de la agricultura, el gas natural, el servicio de electricidad, gas agua etc. Protección indirecta a los empleados	Se protegieron las industrias más débiles. Se fomentaron las industrias en crecimiento. Se controló todos los sectores de la economía para alcanzar el pleno empleo.

El crecimiento de la economía en los tres modelos del capitalismo controlado fue de crecimiento lento, pero con un alto grado de estabilidad, principalmente en lo laboral. La estabilidad laboral genera beneficios cuantiosos a la situación social.

Este sistema nunca puso en tela de juicio que la competencia de libre mercado era el mejor sistema. La DESTRUCCIÓN CREATIVA, se consideraba como el auténtico motor de la prosperidad capitalista.

Entendemos como destrucción creativa a la presión competitiva del mercado que provoca la eliminación de la oferta no rentable.

Sobre esta época Luttwak aclara que en Estados Unidos eran pocas las actividades económicas que estaban en el marco genuino de la competencia del libre mercado. A posteriori se generó un cambio estructural que significó: reducción de la propiedad estatal, reducción de la planificación central, de la dirección administrativa y de las regulaciones comerciales. Todo este cambio estructural se vio potenciado por la globalización, que significó la expansión de la producción a cualquier parte del mundo y por el incremento de las relaciones contractuales sin importar las relaciones personales de las tradicionales relaciones comerciales.

Este proceso ha generado mucho capital y poco empleo y sí mucha inestabilidad laboral con desplazamientos a actividades menos satisfactorias desde el punto de vista de la realización de los individuos.

Con la llegada del año 2000 nos encontramos con un sistema capitalista en crecimiento que basado en un desarrollo tecnológico sin precedentes ha logrado un aumento de la productividad de manera significativa.

Pero nos interesa destacar las características del sistema capitalista a partir de 1990. Podemos diferenciar dos aspectos:

1. **Las continuas crisis financieras:** 1994 la crisis de México, 1997 la crisis de Asia, 1998 la crisis de Rusia, y 1999 la crisis de los países de Latinoamérica. Pero estas crisis conllevan situaciones comunes que ya

hemos denominado anteriormente como turbo capitalismo, al cual le agregamos la excesiva concentración del capital por proceso de fusiones y adquisiciones. Esta concentración fue justificada filosóficamente como la búsqueda del diseño y tamaño de la organización. La realidad demuestra que son concentraciones logradas en la búsqueda del monopolio como consecuencia de malas desregulaciones de los servicios públicos principalmente, lográndose regulaciones ya no en poder del Estado sino de unos de los recursos de la economía que es el capital.

2. **La concepción industrial sucumbe ante lo financiero:** el movimiento financiero ha superado en importancia a la concepción industrial. Las compañías vinculadas a la economía interconectada es la de mayor movimiento bursátil y valorización avaladas por el respaldo financiero. Sus cotizaciones superan a las industriales a pesar que no han generado nivel de ocupación en la población como han sido y son las primeras mencionadas.
3. **Asimetría en las regulaciones de los recursos:** Los recursos naturales (incluidos los productos) y la mano de obra no gozan de las libertades que goza el capital. La globalización ha desregulado el movimiento de capitales. Es común encontrar frases de que los países deben ser confiables para los capitales. ¿Es acertado concentrar la preocupación de los aspectos económicos solamente en la confiabilidad de los dueños de los capitales financieros? ¿No sería más importante poner como objetivo principal el Desarrollo Económico y la Equidad? Es obvio que esta asimetría debe ser ajustada ya que

las mismas están generadas en el poder regulador de los propietarios del capital como recurso y cambiarla por el poder regulador de los Estados que en principio son los representativos de la sociedad.

5. EJEMPLOS DE DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO.

5.1. ESTADOS UNIDOS

Como vemos en el cuadro más abajo detallado, existe un aumento de la concentración del ingreso en el nivel superior de las familias que más ganan.

En el cuadro el total de las familias de Estados Unidos son divididas en cinco grupos de igual dimensión.

Obsérvese que las familias más pobres en el año 1929 recibían el 3,5% del total del ingreso y en el año 1995 reciben el 3,7% después de haber logrado su mejor participación en el año 1967 y 77 con el 5,5% y 5,2% respectivamente.

Como lo demuestran las cifras durante el proceso de Capitalismo Controlado como lo denomina Edward Luttwak (Años 1945 a 1980) la distribución del Ingreso tendió a ser más equitativa y coincidentemente con la aparición de las privatizaciones y desregulaciones en Estados Unidos permitió una concentración del ingreso en los quintiles de los más altos ingresos a pesar de contar con una tasa de desempleo casi técnicamente igual a cero.

McEachern explica que entre 1973 y 1993 la tasa salarial declinó en mayor grado para los trabajadores de menor calificación. Asimismo intenta algunas explicaciones de la concentración del ingreso:

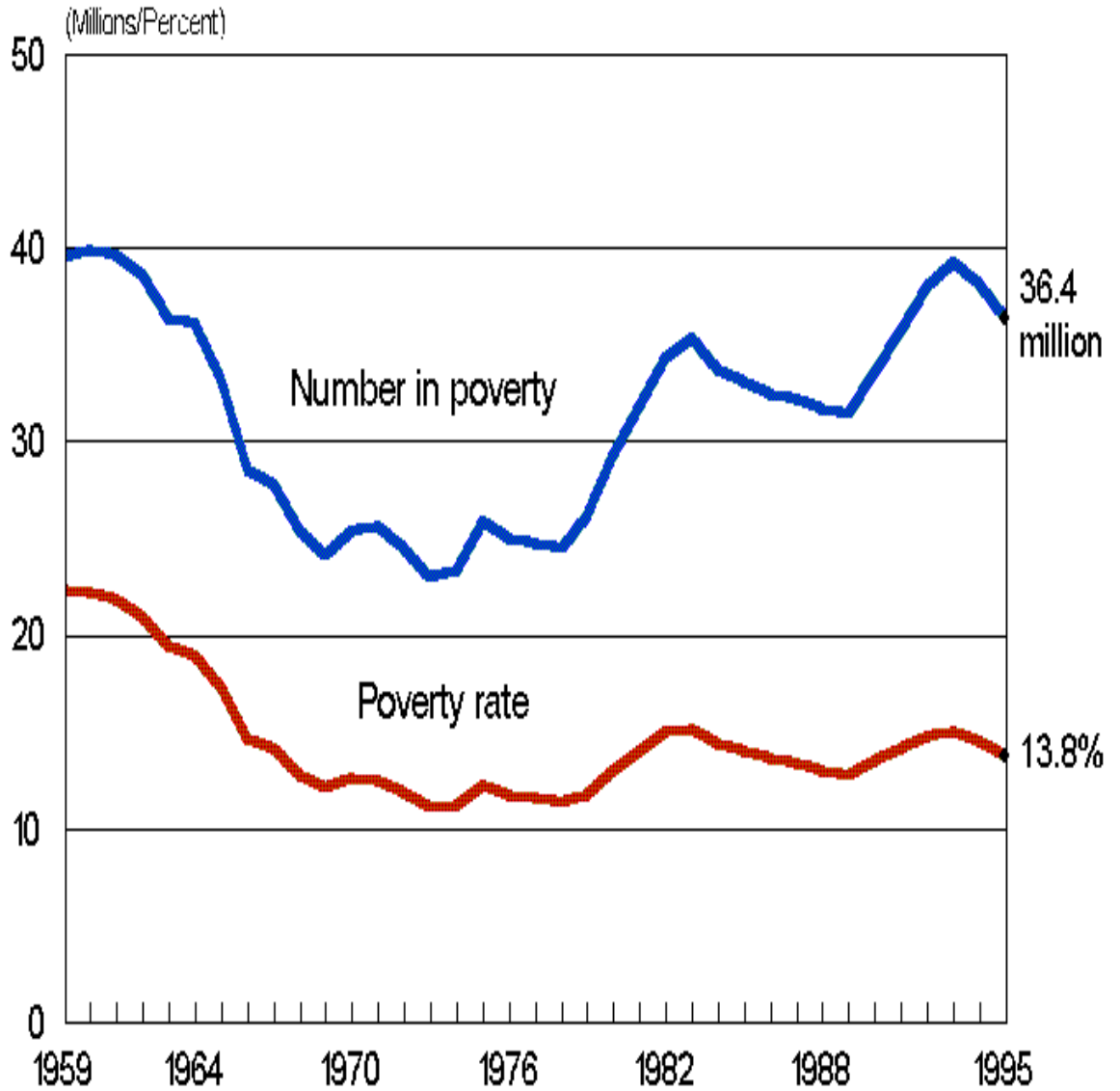
1. La tecnología informática demandó trabajadores altamente capacitados. Por ende reducción de demanda de trabajadores no capacitados.
2. La desregulación inició el declive del sindicalismo y disminución de la demanda de trabajadores con bajo grado de capacitación.
3. Incremento de inmigrantes con menor grado de educación.

Este mismo autor aclara que el Ingreso en Estados Unidos se concentra más que en otros países desarrollados como Francia, Alemania, Gran Bretaña, Japón e Italia.

AÑOS	QUINTIL MÁS BAJO	SEGUNDO MÁSBAJO	INTERMEDIO	CUARTO	MÁS ALTO	GIN
1929	3,5%	9,0%	13,80%	19,30%	54,40%	
1947	5,00%	11,9%	17%	23,10%	43,00%	
1957	5,10%	12,7%	18,10%	23,80%	40,40%	
1967	5,50%	12,4%	17,90%	23,90%	40,40%	
1977	5,20%	11,6%	17,50%	24,20%	41,50%	
1987	4,60%	10,8%	16,90%	24,10%	43,70%	
1994	4,10%	9,9%	15,70%	23,30%	47,00%	
1995	3,70%	9,1%	15,20%	23,40%	48,60%	44,00%

FUENTE: U.S. BUREAU OF THE CENSUS.

Poverty 1959 - 1995



Source: U.S. Bureau of the Census, March Current Population Survey.

Income 1995

Table E. Percentage of Aggregate Income Received by Income Quintiles and Gini Index by Definition of Income: 1995

Definition of income Gini Index	Quintiles				
	Lowest	Second	Third	Fourth	Highest
Definition 1 (current measure)	3.7	9.1	15.2	23.4	48.6
.444					
Definition 4 (definition 1 less government cash transfers plus capital gains and employee health benefits).	0.9	7.2	14.7	24.2	52.9
.509					
Definition 8 (definition 4 less taxes).	1.1	8.4	15.9	24.9	49.7
.481					
Definition 11 (definition 8 plus nonmeans tested government cash transfers)	3.9	10.6	16.3	23.6	45.5
.412					
Definition 14 (definition 11 plus means-tested government cash transfers).	5.0	10.8	16.3	23.3	44.5
.394					
Definition 15 (definition 14 plus return on home equity)	5.2	11.0	16.3	23.4	44.1
.388					

Source: U.S. Census Bureau, March 1996 Current Population Survey.

5.2. EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

En la década del 90 se ha producido el siguiente fenómeno:

- a) Crecimiento de la economía.
- b) Incremento de la brecha entre ricos y pobres o sea el crecimiento de la desigualdad entre los mencionados.

Tomaremos como elemento de medición para el punto b) al **coeficiente Gini**.

Este coeficiente dimensiona el grado de desigualdad de una población en función de los diferentes niveles de ingresos de los mencionados. Su rango de oscilación es entre 0 y 1, siendo 1 la mayor desigualdad y la tendencia a cero una mayor igualdad. (para mayor claridad de este coeficiente ver Perez Enri (21) página 305m y 306)

CONCEPTO	1990	2000
Coeficiente Gini	0,42	0,45
10% más pobres reciben del ingreso total	2,1%	1,5
10% más ricos reciben del Ingreso total	33,6%	36,7%

Fuente: diario Clarín.

Tanto en Estados Unidos como en Argentina el crecimiento de la desigualdad salvando las distancias de sus respectivos ingresos, viene acompañada con un crecimiento de la violencia delictiva.

Según Samuel Morley en su artículo de la revista del CEPAL Agosto del 2000, manifiesta "Parece no haber una relación robusta y significativa entre la distribución y el ingreso". Según opinión del autor significa que el crecimiento en América Latina no mejorará la distribución del ingreso. A tal fin sugiere tomar medidas complementarias como mejorar la Educación como proceso primario. Aparentemente la reducción de la desigualdad tendrá mayores efectos universalizando la educación primaria en una primera etapa,

para pasar luego a la secundaria y universitaria. La educación tiene efectos progresivos.

Según **Oscar Altimir y Luis Beccaria** en su trabajo editado en la revista de CEPAL, **Distribución del Ingreso en la Argentina**, comentan que la estabilización de los noventa ha tenido, en general, las siguientes características:

Las privatizaciones generaron un proceso de concentración que acrecentó la masa de utilidades de las empresas antes públicas y ahora privadas, pero concentró la propiedad de las mismas por parte de los hogares más pudientes, que contribuye significativamente a la desigualdad.

Hacia fines de los ochenta los teóricos neoliberales Argentinos publicitaron la teoría de derrame automático, que significa que el crecimiento sostenido mejoraría la vida de todos los ciudadanos de la Argentina, pero durante los años 1994 que la economía creció, la distribución del ingreso empeoró. En los años 90 mientras el PBI creció un 51,4 por ciento, la brecha entre el 10 por ciento de los más pobres y más ricos se amplió un 57 por ciento. Existen en la Argentina, 13,2 millones de argentinos ubicados por debajo de la línea de pobreza, que en promedio supone (para un hogar tipo de cuatro personas) no alcanzar los 490 pesos mensuales. Otro efecto asociado a la inequidad distributiva, y consecuencia inexorable de la crisis de ingreso en el que se ve sumergida buena parte de la población, es el crecimiento del desempleo y su prolongación en el tiempo.

Según datos oficiales de la Encuesta Permanente de Hogares, que realiza el Indec, entre mayo de 1999 y mayo del 2000, el número de pobres creció 11%, o sea que aproximadamente 347.000 personas ingresaron al segmento de pobres en el conurbano y en la ciudad de Buenos Aires. La conclusión es que el 30% de la población porteña y bonaerense no gana el dinero suficiente para cubrir las necesidades básicas de alimentación, transporte y educación.

FUENTE: Revista mercado Fuera de Serie (Noviembre 2000).
Datos referentes a 1999.

PAISES	POBLACIÓN	POBLACIÓN ACTIVA	CLASE ALTA %	CLASE MEDIA %	CLASE BAJA %	GINI
ARGENTINA	36,1	54,70%	10	36	54	0,46
BRASIL	144,2	65,50%	6,7	36,5	56,8	0,63
CHILE	15,1	55,50%	10	45	45	0,57
PARAGUAY	3,2	64,50%	5	15	80	0,52
URUGUAY	5,4	59,30%	12	32	56	0,42
	PBI	PBI /CAPITA	Deuda Externa 1998 como porcentaje del PBI			
ARGENTINA	281,9	u\$7600	46,7			
BRASIL	760,3	u\$4420	24			
CHILE	71,1	u\$4740	43,5			
PARAGUAY	8,1	u\$1580	22,3			
URUGUAY	20,2	u\$6330	35,1			

En este cuadro podemos observar como las economías regionales muestran un cuadro no muy alentador sobre la situación de los países aquí identificados y la inadecuada distribución de la riqueza según el índice Gini.

6. SISTEMA CAPITALISTA CONTROLADO Y SISTEMA CAPITALISTA CON REGULACIÓN DEL MERCADO.

SISTEMA CAPITALISTA CONTROLADO	SISTEMAS CAPITALISTA REGULADO POR EL MISMO MERCADO.
<p>Aspectos positivos: Trabajos estables con efectos positivos sobre la sociedad relacionada con dicho trabajo. Mejor distribución del ingreso. Mayor agrupación social y mejores lazos sociales. Innovación relativa relacionada con una calidad de vida más generalizada.</p>	<p>Aspectos positivos: Genera competencia. Provoca reducción de precios. Incrementa la demanda. Aumenta las ventas. Genera mayor innovación tecnológica.</p>
<p>Aspectos negativos: Existencia de barreras de entradas por regulaciones que limitan la competencia. Limitación a las posibilidades de crecimiento de los jóvenes. Precios elevados y por ende ganancia económica para los beneficiados por la regulación. La regulación no está diseñada en función de lograr un mercado de competencia perfecta.</p>	<p>Aspectos negativos: Genera mayor inestabilidad en las empresas, respondiendo con la búsqueda de mayor tamaño, mediante fusiones y adquisiciones. (Salvo que el Estado regulase imponiendo límites a este proceso) Inestabilidad en los puestos de trabajos. (genera inseguridad económica personal en los individuos y menor nivel de pertenencia de los mismos a las organizaciones) Genera desagrupación social y proceso de despersonalización. (erosiona la afinidad social y los lazos familiares) Transfiere mayor poder laboral a personas jóvenes que a las adultas (la experiencia no se valoriza ni capitaliza). Provoca incremento de la inequidad. El dinamismo generado por la concentración del recurso capital genera mercados con tendencia al oligopolio del mencionado en detrimento del recurso mano de</p>

	obra.
--	-------

Como podemos ver estos dos modelos de sistema capitalista, uno regulado por un Estado que no ha tenido en cuenta las fallas de los mercados como principio rector para su intervención, y otro liberado al poder del recurso capital que genera una autorregulación de mercado no teniendo en cuenta el recurso mano de obra como elemento equilibrador para el beneficio de la sociedad en su conjunto; ambos son ineficientes, en cuanto a la equidad, y no han provocado como deberían el efecto sobre la calidad de vida de la sociedad. Todo esto en función de un postulado indiscutible, que LA ECONOMÍA ESTÁ AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD.

PARTE II

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. ECONOMÍA DE LA SALUD.
3. UNA INTRODUCCIÓN AL ENFOQUE SISTÉMICO EN EL ÁREA DE SALUD.
 1. Introducción.
 2. Modelos de evaluación sistémica de la asistencia y la educación de la salud.
4. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA.
 1. Enfoque sistémico en el área de salud.
 2. Arquetipos.
 3. Subsistema de la oferta.
 4. Desarrollo.
 5. El proceso de apalancamiento de los arquetipos identificados.
5. EL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS (MANAGED CARE). LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA
6. EL SISTEMA DE SALUD DE CHILE.
7. EL SISTEMA DE SALUD DE CÁNADA
8. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

1. INTRODUCCIÓN.

En ésta segunda parte es mi intención aclarar conceptos de detalles referidos a la economía de la salud.

A continuación desarrollaré conceptos básicos de un enfoque sistémico para ser aplicado en el sistema de salud. Teniendo en cuenta este enfoque procederé a analizar el sistema de salud en la Republica Argentina.

Finalmente describiré en forma resumida los diferentes sistemas de salud en los Estados Unidos, Canadá, Chile y Colombia.

Si tomamos en cuenta lo desarrollado en las partes anteriores podremos observar las fallas de mercado en los sistemas de cada país descripto.

2. ECONOMÍA DE LA SALUD

Entendemos como economía de la salud, a aquella parte de la economía que se ocupa de la conexión entre medicina y economía.

Francisco Errasti (4) en su libro Principios de Gestión Sanitaria, define a la economía de la Salud como aquella cuyo objetivo es tratar de obtener el máximo de salud para la población con los recursos existentes, que siempre son limitados.

Podemos decir que economía de la Salud es una rama de la economía del bienestar.

Todos los bienes económicos están caracterizados por la escasez. Por lo tanto un bien o servicio es escaso, cuando la necesidad de dicho bien o servicio es mayor que la oferta de los mismos. La salud es un bien económico desde este punto de vista. La demanda de asistencia sanitaria es creciente e ilimitada, y la oferta o recursos son limitados. Es por eso que el costo de tratar un paciente debe ser evaluado no solamente desde la perspectiva del paciente sino también desde una perspectiva social. O sea ver al paciente desde una perspectiva de responsabilidad social, implica que la decisión

de asignar recursos a un paciente es directamente proporcional a negárselo a otro, ya que los recursos son limitados.

Sin duda la relación de los usuarios con un servicio depende de la percepción que tienen del mismo y en el caso de la salud, no es diferente. Como ejemplo, según Fedstein (7) podemos mencionar que la percepción que se extiende a todos los estratos sociales y niveles educativos de la sociedad británica es creer que el NHS (National Health Service) es gratuito.

“Me horroriza un sistema como el de los Estados Unidos en el que para operarse uno tiene que pagar. Aquí eso no pasa” dijo a Buena Fuente el sociólogo Peter Ryan (7). Como sistema el NHS ofrece una cobertura universal. Todos los británicos tienen derecho a ella, sin que importen sus ingresos o si han contribuido o no al sistema y no se paga el acto médico (consulta, intervención quirúrgica, etc.). Esto por supuesto no quiere decir que los británicos no paguen para mantener un sistema que anualmente cuesta alrededor de 50 mil millones de libras (80 mil millones de dólares). La mayor parte de este dinero proviene de impuestos generales. Se calcula que el impuesto que se cobra al tabaco y el alcohol y que vuelve tan caro un paquete de cigarrillos o una botella de whisky en Gran Bretaña, financia unas dos terceras partes de los gastos generales. Un 12% sale directamente del bolsillo de los contribuyentes.

En el mercado de la salud o del cuidado médico los principios de la competencia perfecta no se cumplimentan en su totalidad, generando imperfecciones: los consumidores no tienen perfecta información de la oferta médica tanto en lo referente al precio como a la definición de los productos médicos y sus alcances, no existe una completa movilidad de los recursos, los proveedores de salud y los consumidores están incentivados a minimizar sus costos en la provisión de tratamientos médicos como los de compra de los mismos respectivamente.

Estas fallas de mercado provocan en la economía de la salud una redistribución ineficiente. A los efectos de paliar estas

situaciones se han utilizado técnicas de subsidio. Entre ellas podemos mencionar:

Subsidio a la demanda.

Subsidio a la oferta.

Subsidio indirecto a un grupo de beneficiarios que se desea proteger.

Subsidio directo a un grupo de beneficiarios.

Los Seguros Nacionales de Salud son considerados subsidios a la demanda. En Estados Unidos los 'Medicare' y 'Medicaid' son ejemplos de estos tipos de subsidios directos. Como subsidios indirectos a la demanda tenemos a los gastos médicos deducibles de los impuestos a las ganancias o rentas. Como Subsidios a la oferta tenemos las carreras de medicina financiadas por el Estado, subsidios para la construcción de hospitales gratuitos, etc, Como indirectos tenemos, por ejemplo, a aquellos subsidios otorgados a los proveedores de salud que atiendan a veteranos de guerra.

Otro aspecto que debemos considerar en la economía de la salud es que el consumidor presenta un problema de conocimiento respecto de las elecciones con relación a sus preferencias. La información a los mismos pasa a ser relevante. En él supuesto que el consumidor no esté adecuadamente informado por sí o por quienes lo representan, genera una demanda dependiente de la oferta, provocando en algunos casos una relación de agencia imperfecta.

La incertidumbre y falta de información por parte del consumidor lleva a éste a asegurarse contra el evento de la enfermedad, ya que el individuo valora su bienestar, con relación a la utilidad que le reporta su salud. Es por eso que en un mercado no intervenido la decisión de asegurarse esté en relación o en función de la riqueza disponible. Esto provoca un mercado de seguros o de coberturas contra la enfermedad. Debemos asimismo, clarificar algunos conceptos respecto a la salud:

- El individuo valora su salud en función del flujo de vida que le provoca, o sea los días vividos en ausencia de la enfermedad.
- El individuo valora la asistencia de la salud en función a la posibilidad de continuar seguir viviendo sin enfermedad.

- El comportamiento del individuo es esencial para el mantenimiento de su salud.
- Todo cuidado de la salud siempre tiene un límite, ya que no se puede evitar la muerte.
- La demanda de los servicios asistenciales no es identificable claramente. En este punto nos referimos a que el consumidor por desconocimiento o falta de información demanda inadecuadamente.

Otros aspectos a tener en cuenta en la economía de la salud son los siguientes:

- El ingreso (beneficio) de algunos representa los gastos de otros. Por eso entendemos que la manifestación de mejorar la salud de un paciente cueste lo que cueste no es un postulado ético sino más bien inmoral desde el punto de vista de la sociedad.
- El mercado y su mano invisible no es eficiente respecto a la oferta y la demanda sanitaria. En la salud no podemos separar el costo de prestar un servicio sanitario con el resultado del mismo. Conocemos como falla de mercado a la inexistencia de una función de demanda, ya que lo único observable es su consumo. No se puede efectuar variaciones del comportamiento individual, llámese cantidades demandadas. Por eso el estudio debería pasar por el análisis de los consumos individuales y no por los cambios de los niveles de precio.
- Adecuada separación y estricta en sus formas entre el sector sanitario público y privado.
- Adecuada separación entre las funciones de:
 - ◆ Financiación: efectuada por el paciente o potencial consumidor que paga la prima del seguro o efectúa el pago bajo otras formas.
 - ◆ Compra: El asegurador o llamado el financiador o intermediario financiero o cobertura médica (prepagas y obras sociales en la Argentina). Es el responsable de la función de compra, que contrata al médico como proveedor.

- ◆ **Provisión o Producción:** representado por los médicos individuales o agrupados bajo hospitales, clínicas, sanatorios, etc.

En mi opinión la razón fundamental que justifica la separación entre Provisión (o producción) de los servicios médicos y la compra de los mismos es en la existencia o elementos básicos de nuestro sistema capitalista. Ya que uno representa respectivamente la oferta y otro la demanda de un sistema de mercado. La Compra o el intermediario financiero desde una visión macro del sector, es el representante del consumidor. El consumidor delega en especialistas o descansa en aquellos que están adecuadamente preparados para reemplazar la función del consumidor en la búsqueda de la información que le permitan efectuar la selección adecuada del servicio médico que le ayudará cuando se produzca el evento a recuperar su salud o a desarrollarla. Por ello el intermediario financiero responsable de la compra de los servicios médicos es el representante del consumidor y conforman la curva de demanda del sector con relación a la oferta.

3. UNA APROXIMACIÓN A UN ENFOQUE SISTÉMICO EN EL ÁREA DE LA SALUD

1.1. INTRODUCCIÓN.

- Esta parte del trabajo tiene como objetivo efectuar una introducción al análisis global del sector salud basado en el enfoque sistémico de la teoría de la organización inteligente, dándole un nuevo sentido y un nuevo contenido a la acción de los dirigentes políticos que tengan como objetivo el desarrollo de un plan de salud nacional.
- Estamos hablando por lo tanto de una comunidad capaz de aprender, y que debe mantener como condición necesaria, la real convicción de que los dirigentes políticos deben mantener el diálogo con la población a los efectos de interpretar las demandas de la misma en materia de salud. Pero lógicamente para lograr una adecuada interpretación esta dirigencia debe mantener su propio diálogo interno. Es necesario convertir la experiencia de los dirigentes en acción de conjunto hacia la comunidad.
- Si queremos organizaciones de salud inteligentes, nuestra comunidad conducida por dirigentes, debe ser una comunidad inteligente. Comunidad inteligente donde su gente expande su aptitud para prestar y recibir los servicios médicos que desea, y la aspiración colectiva queda en libertad.
- Con el objetivo de desarrollar un plan de salud, debe existir un compromiso de los dirigentes que estén a cargo del ministerio de Salud, de desarrollar procesos destinados a mejorar la capacidad, el compromiso, la contribución, la continuidad, la colaboración y la conciencia del equipo ministerial y demás actores con capacidad política en el mercado de la Salud.
- Un enfoque Sistémico se basa en cinco nuevas tecnologías para innovar las organizaciones inteligentes.

Cada tecnología brinda una dimensión vital y son las siguientes:

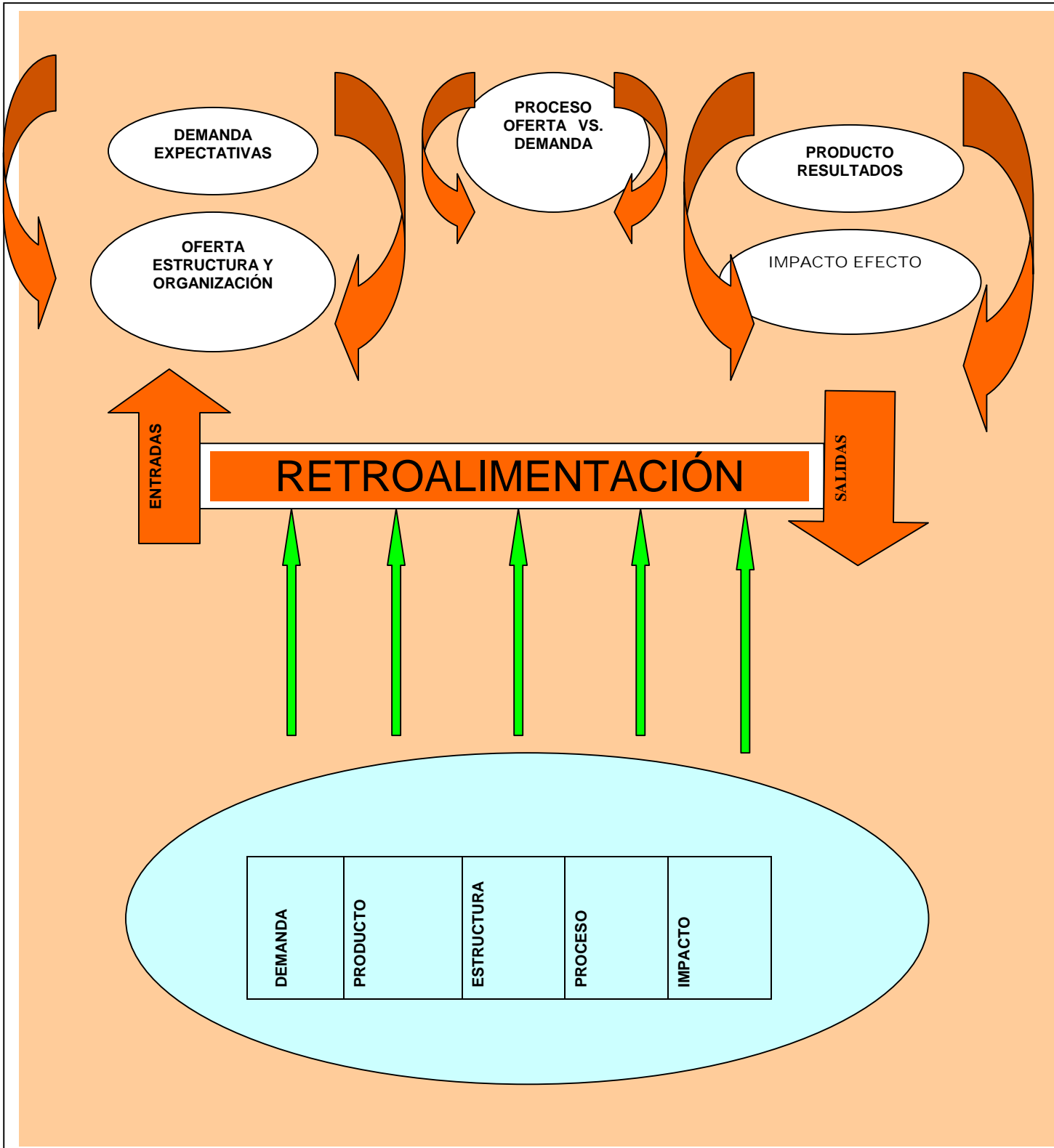
- Pensamiento Sistémico.
 - Dominio personal.
 - Modelos Mentales.
 - Visión Compartida.
 - Aprendizaje en equipo.
- La primera disciplina denominada Pensamiento Sistémico se basa en interpretar las situaciones como sistemas interrelacionados que cuentan con un patrón de cambio. Es la disciplina que engloba al resto de las demás disciplinas.
 - Esta metodología fue iniciada en los Estados Unidos por Jay Forrester y seguida en la actualidad por Peter Senge.
 - A tal fin vamos a intentar relacionar la Educación y la Salud, utilizaremos a tal efecto un modelo desarrollado por el Dr. Ricardo Galán Morera denominado Modelo de Evaluación Sistemática de la Asistencia y Educación de la Salud.

1.2. MODELO DE EVALUACIÓN SISTÉMICA DE LA ASISTENCIA Y LA EDUCACIÓN DE LA SALUD.

- El modelo presenta una estructura constituida por seis componentes genéricos.
1. El Contexto. 2. Necesidad y Demanda. 3. Oferta. 4. Proceso. 5. Resultado o Producto. 6. Impacto y Efecto.

MODELO DE EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LA ASISTENCIA Y EDUCACIÓN DE LA SALUD.

CONTEXTO



CONTEXTO:

Son aquellos fenómenos que constituyen el entorno o ambiente del sistema educacional, y las características de los servicios, el desarrollo económico y social del sistema político vigente, las actitudes de la población en materia de salud, etc..

NECESIDAD Y DEMANDA:

Se incluyen los aspectos cuantitativos y cualitativos de la formación de profesionales médicos y paramédicos, como así también las necesidades y demandas de la sociedad en materia de servicios de salud.

OFERTA:

Se define el programa educativo como los insumos recursos físicos, humanos y económicos necesarios para la capacitación de los futuros profesionales de la salud. Asimismo se estudia los servicios de atención a las personas y el medio ambiente.

PROCESO:

Se confronta y estudia los recursos humanos, físicos y financieros con las actividades intermedias o finales obtenidas de los procesos tanto en lo referente a los asistenciales como a lo educativo.

RESULTADO O PRODUCTO:

Analiza cantidad y calidad de egresados y niveles de destrezas logradas en la capacitación. Respecto a lo asistencial se analizan las actividades intermedias y finales de la asistencia médica, incluyéndose el campo preventivo de la salud.

IMPACTO O EFECTO:

En el campo asistencial se estudia aspectos como la modificación del riesgo de enfermarse, incapacitarse o morir, nivel de cumplimiento de los programas, contraste de los niveles epidemiológicos, perfil de los servicios de salud como de los trabajadores. Respecto a la educación es medir que efectos provocaron la capacitación de los profesionales médicos y paramédicos de la salud en el recurso genuino que es la población.

Este proceso se retroalimenta y los componentes demanda, oferta, proceso, producto e impacto están inmersos dentro de lo que se denomina el contexto que es consecuencia del enfoque sistémico que realicen los dirigentes hacia la comunidad.

4. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA.

El sistema de salud en la Argentina, es uno complejo, donde por un lado existe el libre juego de la oferta y la demanda, y por el otro lado todo un SUBSISTEMA COMPLEJO ALTAMENTE REGULADO. Asimismo podemos incluir en estos sistemas interrelacionados al Estado como agente prestador, que asegura una cobertura universal.

Si agrupamos a los actores del mercado y los clasificamos por sus sesgos, podemos decir que existen cuatro grupos:

- Los que asumen una posición de oferentes de servicios.
- Los que asumen una posición de agentes de manejo financiero.
- Los que asumen una posición de proveedores de insumos, medicamentos, equipamientos, etc. necesario para la prestación de los servicios.
- Los que ejecutan el servicio, ya sea como Médicos y-o Técnicos.

A pesar de esta clasificación, cuyo objetivo es abstraer para la comprensión de este sector, no podemos dejar de aclarar que los diferentes subsistemas, están íntimamente relacionados, y que el sector público se interrelaciona con el privado y a la inversa.

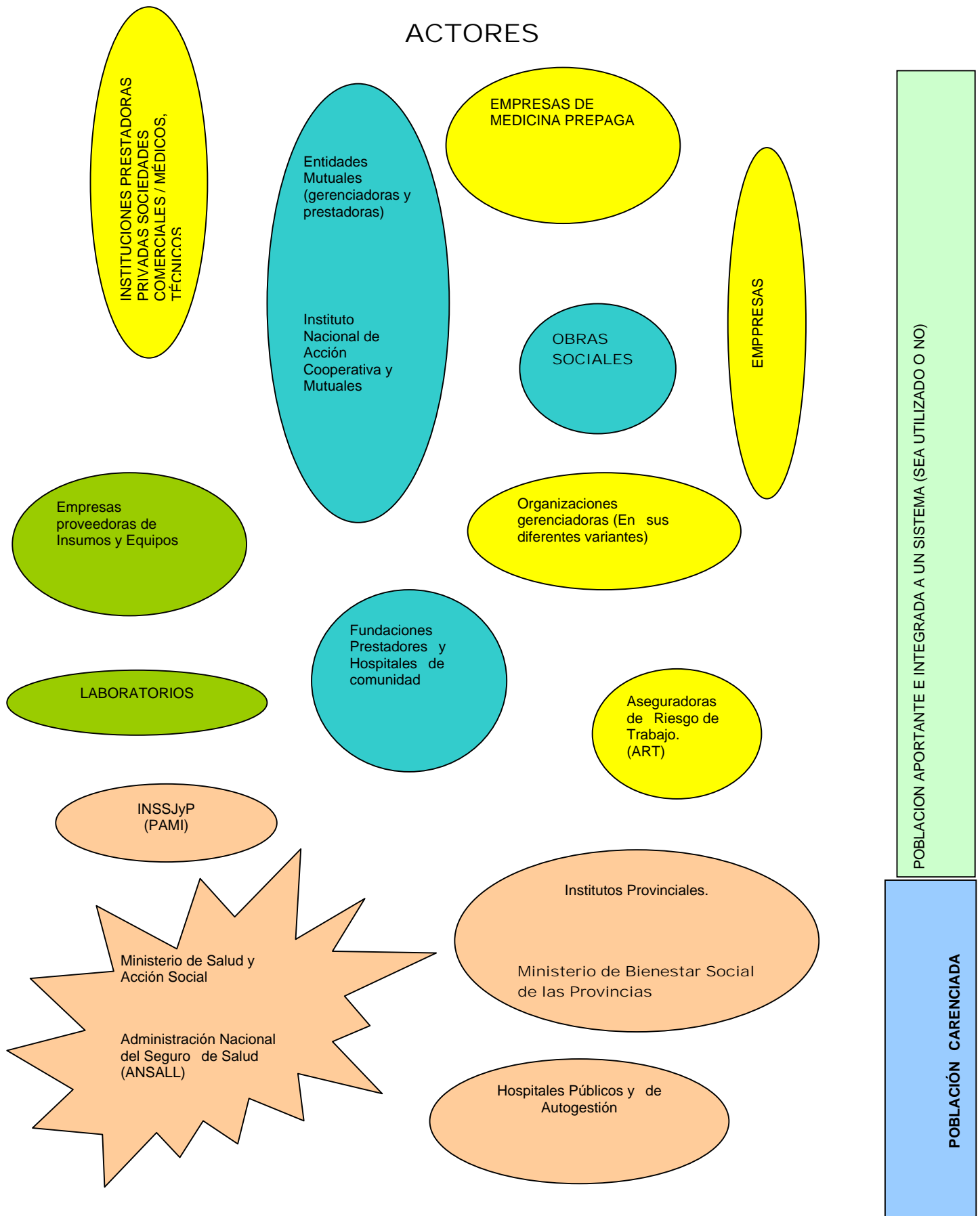
CONTEXTO AMBIENTAL

OFERENTES DE SERVICIOS	REGULADO Y SUPERVISADO POR EL ESTADO
FINANCIADORES	
PROVEEDRES DE MATERIALES Y HERRAMIENTAS EN GENERAL	
PROFESIONALES Y TÉCNICOS	



ENFOQUE SISTÉMICO EN EL ÁREA DE SALUD.

ACTORES



ARQUETIPO LÍMITES DE CRECIMIENTO

El enfoque sistémico define como arquetipos a aquellos patrones estructurales recurrentes que por sus características son únicos.

La palabra viene del vocablo griego "arkhetypos" que significa el primero en su especie. Estos fueron desarrollados en Innovation Associates en el año 1980 y han sido mejoras de las ideas que desarrollaron Jay Forrester como estructuras genéricas.

Los arquetipos son herramientas accesibles que permiten construir hipótesis creíbles y coherentes acerca de fuerzas que operan en los sistemas.

Una vez detectados los arquetipos sistémicos podremos efectuar apalancamientos que permitirán efectuar el cambio.

En esta trabajo utilizaré los siguientes arquetipos:

ARQUETIPO: LÍMITES DEL CRECIMIENTO.

Es la identificación de situaciones o factores que limitan el crecimiento del sistema.

- Politización del sector.
- Sensación de corrupción por parte de la población.
- Grupos de poder afianzados en el manejo de las Obras Sociales. Hegemonía del Sindicalismo.
- Regulación excesiva en los aportantes en relación de dependencia. Sistema no democrático en la elección del destino de los fondos.
- Subprestación en sistemas de pagos capitados.
- Sobre prestación en sistemas de pagos por prestación.
- Duplicación no planificada de equipamientos.
- Desconocimiento de la población

ARQUETIPO: DESPLAZAMIENTO DE LA CARGA.

Soluciones sintomáticas que atentan o atrofian la solución fundamental que mejoraría el sistema (soluciones fáciles o bien intencionadas a problemas que subyacen y que no representan la solución fundamental).

- Leve intervención del gobierno, en la desregulación de las obras sociales sindicales.

ARQUETIPO: CRECIMIENTO-SUBINVERSIÓN.

Este arquetipo representa la no-inversión adecuada de origen, como así también las no capacidades adicionales invertidas en los momentos oportunos.

- Prestadores médicos organizados en poli consultorios, clínicas, Sanatorios, etc., donde la inversión original del negocio es insuficiente, o sea que cuentan con un alto grado de subinversión que limita el crecimiento, estando el mismo íntimamente relacionado a la capitalización continua de las utilidades generadas, no posibilitando generar devolución del capital mediante dividendos u otra manera de distribución.
- Empresas gerenciadoras creadas como agentes financieros detrás de las Obras Sociales. Estas empresas manifiestan un grado relativamente alto de subinversión.

ARQUETIPO: TRAGEDIA DEL TERRENO COMÚN.

Se utiliza un recurso común pero limitado. En la primera etapa es exitoso pero posteriormente hay una disminución de la ganancia, erosionándose al final los recursos.

- Inversión en equipamiento de alta tecnología cuyo destino es la misma población de nivel económico y lugar geográfico. Esto provoca aumento en el gasto médico por duplicación de equipamiento, ya que deben partir con valores de los servicios altos para amortizar una inversión alta con volumen con tendencia a la disminución por la duplicación de las inversiones.

SUBSISTEMA DE LA OFERTA ESTRUCTURACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Lo primero que debemos analizar en la estructuración de los servicios sanitarios es la distribución geográfica. Un adecuado estudio de distribución geográfica permitirá la regionalización y por ende una adecuada asignación y coordinación de los recursos.

Existen parámetros de distribución que detallamos a continuación:

POBLACIÓN	TIPO DE ASISTENCIA	TERRITORIO
500 A 50.000	ASISTENCIA PRIMARIA	PUEBLO O CIUDAD
50.001 A 500.000	ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y HOSPITALARIA	PARTIDO
500.001 A 5.000.000	ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL MÁS ALTO NIVEL	PROVINCIA

A continuación explicaremos los diferentes niveles asistenciales:

- **La Atención Primaria.**

Como puerta de entrada al sistema comprende a los médicos generales, pediatras y enfermeras, tanto en consultorios como en centros de salud, incluyéndose la asistencia a domicilio.

Con el objetivo de clarificar el alcance de este nivel detallamos el siguiente cuadro a continuación:

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	Atención primaria Atención a domicilio Urgencias extrahospitalarias	Rural Urbana	Consultorio Consultorio Centro de Salud
APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA	Planificación familiar Atención a la mujer (Ginecología y Obstetra) Salud Mental Fisioterapia Básica Diagnóstico Complementario básico Otras		

- **La Atención Especializada.**

La atención especializada cuenta con los siguientes tipos de hospitales o clínicas:

- Hospital de Agudos
- Hospital de crónicos
- Hospital monovalente.

Si tenemos en cuenta la complejidad en los hospitales, los mismos podemos clasificarlos en:

- Hospitales de nivel secundario.
- Hospitales de nivel terciario.

<p>HOSPITAL DE NIVEL SECUNDARIO</p>	<p>Medicina Interna Cirugía General Traumatología Obstetricia y Ginecología Urología, Nefrología. Oftalmología Pediatria Radiología Laboratorio de Bioquímica Laboratorio de Hematología Laboratorio de Microbiología Anatomía Patológica Elemental Farmacia Anestesiología y Reanimación Unidad de Recuperación y Cuidados Especiales Rehabilitación</p>
<p>HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO</p>	<p>Oncología y Radioterapia Medicina Nuclear Cirugía Cardiovascular Cirugía Torácica Neurocirugía Cirugía Plástica Cirugía Maxilo-facial Neonatología Cirugía pediátrica Genética Cardiología y Unidad Coronaria Especialidades Pediátricas Especialidades Obstétricas y Ginecológicas Especialidades Anatomopatológicas Psiquiatría Terapias intensivas y Unidades de recuperación Especialidades Rehabilitadoras</p>

DESARROLLO

La Economía y la Salud.

La universalidad de la asistencia sanitaria conjuntamente con la equidad, se considera hoy en día, como una conquista social de naturaleza irrenunciable.

Obviamente esta conquista, para que el principio de equidad sea aplicable bajo un parámetro de universalidad, no puede dejar de tener en cuenta la racionalización de los recursos, que como ya sabemos son escasos.

La estrecha relación de economía y medicina comienza a ser aplicada a las organizaciones de salud.

La economía trata sobre las necesidades del hombre y como las mismas deben ser satisfechas bajo los parámetros de efectividad y eficiencia y de recursos escasos y distribución equitativa. Esta economía debe ser aplicada a la asistencia sanitaria, cuyo fin es restaurar la salud perdida o mitigar el sufrimiento.

De esta manera la economía de la salud trata de obtener el máximo de salud para la población con los recursos limitados. Para que un enfoque sistémico tenga resultados es importante la introducción del médico en el conocimiento de la economía.

El médico trabaja en una economía de escasez y tiene la obligación de obtener la información del costo y efectividad de las decisiones terapéuticas que recomienda o adopta.

Esta inserción del médico en un enfoque sistémico de la salud, toma principal importancia en las evaluaciones económicas de las incorporaciones de nuevas tecnologías, donde una inversión no planificada puede significar un recurso mal gastado, y lo peor de todo no recuperable.

También toma importancia la formación educativa de las universidades médicas y paramédicas en el ámbito económico.

Financiamiento de la Salud.

- **Atención del carenciado:**

Esta población es atendida en nuestro país a través de los hospitales públicos y/o municipales. Los fondos de estos prestadores son asignados por presupuesto de los Estados o Municipios y los fondos son generados mediante la recaudación impositiva.

- **Atención de la población aportante.**

El trabajador activo efectúa un aporte con destino específico ya se trate en relación de dependencia o en actividad independiente. Respecto a la población que aporta desde la relación de dependencia el contratante también efectúa un aporte a la seguridad social. A continuación incluimos un cuadro clarificador.

FINANCIAMIENTO OBRAS SOCIALES SINDICALES	
Aporte empleado: 3% Contribución empleador: 5%	90% Obra social 10% Anssal
FINANCIAMIENTO OBRAS SOCIALES DE DIRECCIÓN	
Aporte empleado: 3% Contribución empleador: 5%	85% Obra social 15% Anssal

APORTE AUTÓNOMO	100%	Obra social Medicina Prepaga Instituciones provinciales
------------------------	------	---

Financiamiento Para Jubilados y Pensionados

Aporte Empleador 2%	PAMI 100%
Aporte Empleado 3%	
Autónomos 5%	
Aporte Jubilado 3%	

LAS NORMAS LEGALES EN LA ARGENTINA.

1970: ley 18610	Sistema de Obras Sociales: incluye todos los trabajadores en relación de dependencia. No quedan incluidos personal de seguridad, policía federal, personal militar de FFAA, personal de la municipalidad de Buenos Aires y el personal jerarquizado.
1971: ley 18980	Creación de las obras sociales para el personal jerarquizado
1971: ley 19032	Creación del Instituto nacional de seguridad social para jubilados y pensionados
1980: ley 22269	Desvincula a las OS de los gremios considerándolas de naturaleza pública.
1988: ley 23660	Normas que regulan el sistema de OS
1988: ley 23661	Agentes del sistema de salud
1993: dec 576	Decreto reglamentario de la ley 23660
1993: dec. 9 y 578	Libertad de contratación y el Hospital público de autogestión respectivamente.
1995: dec 292	Reglamentación sobre O.S. (FSR)
1995: dec 492	Reglamentación sobre O.S. (PMO y Fusión de O.S. e incremento del FSR). El PMO se dicta posteriormente por resolución ministerial 247.
2000: dec 446 y resoluciones 246 y 247. dec. 1140 y 1305	Desregulación de la seguridad social
2000:Resol. 939	Ampliación del PMO
2001: dec. 377	Suspensión de los dec. 446,1140 y 1305.

ASPECTOS GENERALES DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD (DECRETO 446). (A LA FECHA MOMENTÁNEAMENTE SUSPENDIDO POR EL GOBIERNO)

INSTRUMENTO DE IMPLEMENTACIÓN: Decreto de necesidad y urgencia.

FECHA DE APLICACIÓN: Enero del 2001.

ENTE REGULADOR DEL SISTEMA: Superintendencia de Servicios de Salud.

AGENTES ECONÓMICOS INCLUIDOS EN LA REFORMA: Obras Sociales Sindicales y Empresas de Medicina Prepaga u otra Organización que se inscriban en el sistema.

AGENTES ECONÓMICOS NO INCLUIDOS: Obras Sociales Provinciales y Especiales (como las fuerzas armadas). Se intentará incluirlos en una segunda etapa

METODOLOGÍA: Libre elección entre obras Sociales Sindicales y Empresas de Medicina Prepaga Inscriptas, por parte de los afiliados con exigencia limitada de permanencia para el cambio.

REGLAS A IMPLEMENTARSE:

- Reestructuración de las obras sociales (eliminación de subsidios, concentración, etc).
- Regulación de las empresas de medicina prepaga.
- Regulación de los Prestadores (posibilidad).
- Admisión obligatoria del beneficiario que solicite PMO. (Pero esto ya está regulado por Ley 24754). Las prepagas que compitan con obras sociales no podrán negarse a la aceptación de ningún afiliado.
- Cantidades mínimas y máximas de afiliados por asegurador.
- Igualación de reglas para todos los agentes del sistema.
- Cápita ajustada por solidaridad, edad y sexo (en estudio).
- Reestructuración del Fondo Solidario de Redistribución.
- Posibilidad de asociación entre Obras Sociales Sindicales y Prepagas (Se deberán modificar leyes 23660 y 23661)
- Modificación del PMO con mayor énfasis en prevención.

REESTRUCTURACIÓN DEL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

• **FINANCIAMIENTO:**

NIVEL SALARIAL	PORCENTAJE DEL APOORTE
0-700	10%
701-1500	15%
1501- en +	20%

Asignación específica del IVA de las Empresas Prepagas a este fondo (alrededor de los 80 M. \$).

▪ **APLICACIÓN:**

Constitución de un fondo de estabilización. (Se atenderán las obras sociales con problemas financieros). (No se apoyará a las obras sociales con déficit operativo crónico).

Constitución de un sistema de reaseguros (reemplazaría a el APE- Administración de Programas Especiales).

Se asegura \$20 por vida (antes \$40 por grupo familiar o titular).

¿A QUIEN BENEFICIA?

▪ A las obras sociales que efectúen asociaciones estratégicas con las prepagas y viceversa.

▪ A los profesionales consultores que tengan experiencia comprobable en el sector (El servicio será demandado por la Obras Sociales)

▪ Afiliados que pagan OS y Prepagas simultáneamente (ídem empresas que tomas el diferencial a su cargo)

¿A QUIEN PERJUDICA?

▪ A las gerencadoras no posicionadas.

▪ A las Obras sociales con inadecuado servicio hasta la fecha en función de la opinión de sus afiliados.

▪ A las obras sociales con situación financiera complicada y que no sepan asociarse a tiempo con las prepagas.

▪ A las prepagas pequeñas que no tengan economía de escala.

▪ Obras sociales del personal jerárquico sin escala.

El Gerenciamiento financiero ineficiente.

Como es de nuestro conocimiento, en general las obras sociales son manejadas por los sindicatos, y nos encontramos ante Organizaciones deficientes, donde la información pública no está al alcance de los aportantes.

Para evaluar esta situación adjuntamos un cuadro que surge de la información del Banco Mundial, y donde podemos apreciar que la inadecuada dispersión de la población atenta contra el aprovechamiento de las economías de escala con sus consecuentes beneficios.

De solo analizar el cuadro nos damos cuenta, de la importancia de fondos que están dedicados a la administración y que se podría agregar al costo médico.

Cuadro del Banco Mundial

GASTO EN SALUD EN LA ARGENTINA

A continuación se detallarán tres cuadros sobre el gasto en salud en la Argentina. Como veremos no existe una fuente de información uniforme, pero he considerado conveniente incluirlos por el carácter ilustrativo de los mismos.

(Tres sectores: (1)público, (2)obras sociales (obligatorio) y (3)privado (voluntario)

Gobiernos provinciales	\$ 3000	75%
Municipales	\$ 640	16%
Gobierno federal	\$ 360	9%
Hospitales Públicos (1)	\$4000.M	20%
Obras Sociales, Pami y Obras sociales provinciales (sistema obligatorio) (2)	\$ 6700.M	33% del gasto total
Prepagas, mutuales y compañías de seguro de salud (sistema voluntario) (3)	\$3500.M	17%
Gasto de particulares	\$1600.M	8%
Gasto en medicamentos	\$4200.M	22%
Total	20000.M	100%

Fuente: VI Jornadas de Investigación y trabajo científico y Técnico de la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Río Cuarto. (34)

ELGASTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y SU
DISTRIBUCIÓN (SEGÚN REVISTA MERCADO)

SEGÚN SUPERINTENDENCIA S.S. REVISTA MERCADO DIC.2000					
	POBLACIÓN (MILLONES)	PORCIENTO	GASTO (\$ MILLONES)	PORCIENTO	GASTO/CÁPITA \$/CAP-MES
OBRAS SOCIALES SINDICALES	10	27,78	3100	14,03	25,83
OBRAS SOCIALES PERSONAL DE DIRECCIÓN	1	2,78	700	3,17	58,33
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES Y OTRAS	6	16,67	1900	8,60	26,39
PAMI	4	11,11	2400	10,86	50,00
GASTO PÚBLICO	12	33,33	5100	23,08	35,42
TOTAL GASTO PÚBLICO	€ 33,00	€ 91,67	13200	59,73	33,33
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA	3	8,33	2700	12,22	75,00
GASTO PRIVADO			6200	28,05	14,35
TOTAL GASTO PRIVADO	3	8,33	8900	40,27	
TOTAL GASTO SALUD	€ 36,00	€ 100,00	22100	100,00	51,16
GASTO PER CÁPITA					614

ELGASTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y SU
DISTRIBUCIÓN (SEGÚN CLARÍN)

SEGÚN CLARIN 10/12/2000			
	POBLACIÓN (MILLONES)	GASTO (\$ MILLONES)	GASTO/CÁPITA \$/CAP- MES
OBRAS SOCIALES NACIONALES(I NCLUYE COSEGURO)	11,6	3900	28,02
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES	5,4	1700	26,23
PAMI	3,4	2100	51,47
MONOTRIBUTI STAS	0,5	120	20,00
ATENCIÓN EN HOSPITALES Y CAMPAÑAS PÚBLICAS	15,1	5500	30,35
TOTAL GASTO PÚBLICO	36	13320	30,83
MUTUALES Y PREPAGAS	2	2000	83,33
GASTOS EN MEDICAMENTO S		4000	
TOTAL GASTO PRIVADO	2	6000	250,00
MENOS DOBLE COBERTURA	1		
TOTAL GASTO EN SALUD	37	19320	43,51

LA CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN EN DETERMINADAS OBRAS SOCIALES Y
PREPAGAS

Como podemos observar en el cuadro anterior existe un alto nivel de concentración en lo que yo denomino como agentes representantes de la demanda.

A continuación efectuaré unas conclusiones:

- Diez entidades concentra el 80% de los afiliados sobre un total de aproximadamente 200 empresas de medicina prepaga.
- La concentración generará más competitividad entre las grandes y con tendencia a desaparecer a las más pequeñas respecto a la medicina prepaga.
- El concepto de medicina gerenciada se está internalizando en este tipo de organizaciones (medicina prepaga). Ejemplo: Omint aplica desde 1998 un sistema de prevención y lanzó el "Programa 21", un plan basado en un médico de cabecera, destinado a la administración directa con medicina gerenciada. Con estas dos herramientas, la empresa motiva a sus clientes para que se realicen chequeos periódicos y puede anticipar los costos en medicina de alta complejidad. De ese modo, evita que las personas deambulen por los pasillos de los consultorios. "La rentabilidad de la compañía radica en la buena salud de los clientes".
- Bancos, fondos de inversión y grupos de servicios financieros apuntaron sus binoculares hacia un sector (medicina prepaga) cuyo potencial es enorme, ya que apenas nuclea al 7% de la población y factura U\$S 2.300 millones por año. Los operadores creen que esas cifras son "ampliables", pero también están convencidos de que "el grueso del crecimiento depende de decisiones políticas".
- Entre compras y absorciones, los movimientos orillaron US\$ 300 millones entre 1998 hasta la fecha.
- Implementación de estrategias para reducir costos. Ejemplo: Docthos realiza anualmente las campañas de vacunación antigripal y centraliza las autorizaciones de

prácticas ambulatorias y tratamientos a través de una línea 0-800.

- Aprovechamiento de sinergias de los grupos empresariales. Ejemplo: Docthos utiliza el *cross selling* (venta cruzada) aprovechando los canales de distribución que ofrecen las otras empresas del grupo, como el Banco Roberts, la Buenos Aires New York Life, LBA Seguros y Máxima. Swiss Medical planea incorporar el segmento corporativo ya lo hizo con el segmento C2, sumar nuevos canales de distribución como bancos y *broker* y continuar su expansión mediante la apertura de sucursales

La producción puede ser dividida en tres tipos de prestadores:

- a. Prestadores públicos: nación provincias y municipios. (Aproximadamente el 52%)
- b. Prestadores privados. (aproximadamente el 43%)
- c. Obras sociales que prestan servicios. (aproximadamente el 5%)

El financiamiento se origina en tres fuentes:

Los impuestos (nacionales provinciales y municipales).

Las contribuciones a la seguridad social.

La compra directa de otro tipo de seguros y coseguros o copagos.

En la Argentina tenemos:

- ◆ La población gasta \$60 mensuales por habitante.
- ◆ Existe un alto número de hospitales públicos con subutilización de camas como consecuencia. La tendencia mundial es a la reducción de camas de internación. La tendencia mundial es separar el nivel primario respecto a secundario y terciario. Dicho en otras palabras descentralizar para la población general lo ambulatorio en centro de salud comunitarios y asignando a los hospitales la media y alta complejidad diagnóstica y terapéutica.
- ◆ Pobreza de los indicadores sanitarios con relación al gasto en salud y en comparación a los demás países de Latinoamérica.

Respecto a las Obras Sociales son entidades de derecho privado, con un enfoque asegurador, o sea que su función es administrar los fondos recibidos mediante la aplicación de los mismos en servicios médicos que los afiliados utilicen. Constituyen lo que se denomina el tercer pagador.

Las debilidades de este sistema son las siguientes:

1. El carácter obligatorio de adhesión del afiliado a determinada obra social. El afiliado no puede elegir.
2. Alta concentración de la recaudación y población en pocas obras sociales.
3. Dispersión de población en algunas obras sociales, donde se privilegió el egreso en grandes regiones urbanas en desmedro del interior del país y poblaciones rurales.
4. Hospitales que atienden afiliados de obras sociales por diversas razones (subsidio encubierto a obras sociales).
5. Cruzamiento de servicios con los sistemas privados. (Obras sociales con prepagas) (doble afiliación). Existen dos modalidades:
 - 5.1. Afiliados a OS que contratan una prepaga o un seguro privado.
 - 5.2. Obras sociales que transfieren el riesgo a prepagas o gerencadoras cautivas.
6. La contribución está en función del salario y no del riesgo médico. Transferencia de sanos con buenos salarios a enfermos con buen y mal salario y sanos con malos salarios.
7. Obras sociales que cumplen funciones de administradores del riesgo y proveedores del servicio médico.

EL PROCESO DE APALACAMIENTO DE LOS ARQUETIPOS IDENTIFICADOS

En los diferentes puntos anteriores quisimos dar una idea integral de la complejidad del Sistema de Salud, que está compuesto por una gran cantidad de subsistemas, todos interrelacionados y donde cualquier variación sobre algunos de ellos puede provocar procesos reforzadores de la situación o compensadores.

Independientemente de observar el sistema en su totalidad, la identificación de arquetipos, nos permiten evaluar los apalacamientos y efectuar de esta manera un proceso de crecimiento.

La clave del pensamiento sistémico es la palanca, o sea hallar el punto donde los actos y modificaciones en estructuras pueden conducirnos a mejoras significativas y duraderas.

En primera etapa podemos apalancar situaciones pequeñas pero que provocan los mejores resultados. ¿Que pasaría si los aportantes del sistema, ya sean empleados, empleadores o autónomos tuvieran participación o representación en el manejo de los fondos como de su gestión en las Obras Sociales? Es indudable que la concepción de impuesto al trabajo sería modificada como aporte a sus coberturas sociales.

De esta forma podemos ver que cualquier modificación en positivo de los arquetipos, provoca automáticamente un efecto generador.

Pero el pensamiento sistémico no puede ser llevado a la práctica sin las siguientes condiciones:

- a) Real interpretación de los dirigentes de las necesidades de la población.
- b) El compromiso con la verdad por parte de los dirigentes.
- c) Generar una Visión Compartida
- d) Iniciar un proceso de aprender a aprender.

5. EL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS (MANAGED CARE).

El sistema de salud americano es una mezcla de programas gubernamentales (nacionales y estatales) y seguros privados. Las fuentes de financiamiento son las siguientes:

Financiamiento del empleador	34%
Financiamiento Público	30%
Financiamiento Privado- Individuos	36%
total	100%

Fuente: Pág.54 de Daniel Titelman 'Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. CEPAL.

Por otro lado como lo menciona el autor antes mencionado un 15% de los norteamericanos no tienen seguro médico.

Si sumamos lo financiado por los empleadores y los individuos podemos observar que aproximadamente el 70% de la salud es financiada por el sistema privado. Esto fortalece la idea de que el individuo que posee más medios puede obtener mejor resultados en salud.

Por esta situación podemos afirmar que la principal falla del sistema médico en este país está relacionado con la distribución del ingreso y su relación con la desigual distribución del seguro médico.

Respecto al concepto de managed care aplicado en Estados Unidos podemos traducirlo como medicina o asistencia gestionada. Representa un conjunto de herramientas que controlan los costos médicos desde la oferta.

El Managed Care contiene tres elementos:

1. Limite a la libre elección del proveedor.
2. Modificación de los patrones de utilización (debido a la coordinación de la asistencia).
3. Incentivos financieros y riesgos compartidos (para modificar el comportamiento del médico o para formar nuevas organizaciones).

Definición de Iglehart, J.K (38): se entiende por managed care al sistema que integra la financiación y la provisión de la asistencia sanitaria. Sus características son:

1. Contratos con un conjunto de médicos u hospitales que ofrecen asistencia por una prima mensual fija.
2. Controles de calidad y utilización acordados con los proveedores de salud o prestadores. Incentivo financiero a pacientes para ser atendidos con dichos proveedores o prestadores.
3. Traslado parcial del riesgo financiero a los médicos.

La utilización de la palabra managed care es asociada en general con las HMO (health maintenance organizations). Siendo éstas utilizadas para describir sistemas de funcionamiento prepago (Prepaid group practice, PGP). Definimos como sistemas de funcionamiento prepagos al sistema donde el responsable de dicha cobertura asegura una determina provisión de asistencia médica con relación a un pago establecido de antemano, y que deberá ser realizado en forma adelantada, independientemente de la ocurrencia del evento que es la prestación del servicio. Este riesgo puede ser compartido con los proveedores o no.

En general los sistemas prepagos tanto en Estados Unidos como en otros países de Latinoamérica se ha caracterizado por los siguientes elementos en común:

- Asociación entre el riesgo financiero y la provisión de servicios. La financiación y compra (representativo de la demanda final) se han asociado con la provisión de servicios (representativo de la oferta).
- Desplazamiento del riesgo financiero hacia la oferta de servicios (provisión de servicios médicos) mediante sistemas de pago capitado a los proveedores.
- Estrategias de contención de costos y aseguramiento de la calidad de atención.

Estas estrategias de managed care se han potenciado con la tendencia tanto en Estados Unidos como en los países en vías de desarrollo de prácticas de desregulación y privatizaciones. No está demostrado si el managed care ha logrado reducir los costos de la salud, a pesar de los diferentes sistemas utilizados (Health Maintenance Organizations- HMO en sus

variantes Group y Staff, Independent Practice Associations – IPA, Preferred Provider Organizations –PPO).

La traducción al español de una HMO podemos definirla como Organizaciones de Mantenimiento de la Salud, (según Ignacio Katz-diario La Nación, 4 de Abril de 1999).

Las HMO pueden ser clasificadas en las siguientes variantes:

3. Las denominadas Group: donde un grupo médico asume el riesgo bajo el sistema prepago y la responsabilidad de la provisión de la asistencia de salud para aquellos que contraten el sistema.
4. Las denominadas Staff: donde los médicos son empleados de la organización que ofrece la cobertura.
5. Las denominadas IPA (Independent Practice Association): donde la organización responsable del riesgo contrata con proveedores de la asistencia de salud en forma independiente, bajo un esquema capitado. Son modelos de redes y asociaciones de práctica independiente.
6. Las denominadas PHO (Physician Hospital organization): Donde un grupo de hospitales se asocian para ofrecer un sistema prepago a determinados afiliados.

Dentro de esta clasificación primaria surgieron combinaciones que entre ellas detallamos a nuestro juicio las más importantes:

1. Las denominadas EPO (Exclusive Provider Organization): Corresponden al el tipo de las HMO con unos profesionales de atención primaria como responsables de la atención de salud de las afiliados y únicos evaluadores y autorizantes de la derivación médica a otros niveles de complejidad, denominados gatekeepers.
2. Las denominadas PPO (Preferred Provider Organization): Sistema de HMO donde existen incentivos económicos para motivar a los afiliados a utilizar los profesionales considerados “preferidos”.
3. Las que incluyen sistemas de POS (Point of service): plan donde se ofrece al afiliado la posibilidad de acudir a profesionales de mayor excelencia o prestigio.

Todos estos sistemas prepago en Estados Unidos asociados al managed care mantienen las siguientes características:

- a. Control sobre los costos.
- b. Riesgo compartido del negocio entre financiadores y proveedores.
- c. Estrategia de comunicación e información para el control de costos entre los proveedores y los afiliados.

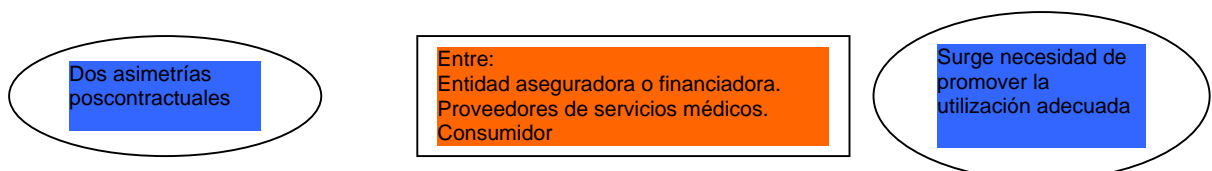
Con relación al último punto, vemos que los profesionales médicos son evaluados sobre su adaptación al sistema y no permiten la independencia del médico en el ejercicio de su profesión. En nuestra opinión es aquí donde se observa la falla de mercado al fusionarse la financiación y gestión de compra de los servicios médicos (en principio representativo de la demanda) y la provisión de la atención médica (representativo de la oferta).

FUNDAMENTOS ECONÓMICOS DEL MANAGED CARE.

Existen fundamentos económicos para la existencia de intermediarios entre entidades aseguradoras y los proveedores de servicios

En entornos de seguros existen dos tipos de riesgo moral. Entendemos por riesgo moral a las acciones encubiertas de algunas de las partes después de efectuado el contrato, donde la otra parte no puede detectar salvo que incurra en costos de detección. Esto se debe a la asimetría de la información en los dos casos siguientes.

1. Riesgo moral de los consumidores: como la capacidad de consumo se origina por el propio paciente, este puede incurrir en un exceso injustificado de demanda.
2. Riesgo moral de los proveedores: la asistencia sanitaria en un bien de confianza (credence good) y donde no es posible detectar la calidad con claridad, se provoca el fraude.



Beneficios del Managed Care respecto a situaciones de libre juego.

1. Reduce los costos de búsqueda y espera del consumidor en un sistema de libre juego: la existencia de un intermediario contribuye a la reducción del tiempo y a la inmediatez del consumidor, siempre y cuando el primero conozca la capacidad disponible para el diagnóstico y tratamiento, como así también las tasas de uso o casuística de los proveedores seleccionados, siempre y cuando bajo criterios de utilización adecuadas.
2. Reduce los costos de garantía y control: relacionado con la información asimétrica y la información incompleta. El MC efectúa una supervisión delegada por el consumidor. Controlan calidad y cantidad de los tratamientos. La selección de los proveedores permite una garantía en los tratamientos (por la reputación de los intermediarios y proveedores).

INSTRUMENTAL DEL MANAGED CARE: La gestión de la utilización.

Debemos diferenciar entre:

- a) Sistemas de managed care.
- b) Enfoques de managed care: se limita al recurso. O sea la gestión de la utilización. Se entiende por gestión de la utilización a la influencia deliberada del financiador para lograr reducir las entradas asistenciales sin sacrificar los resultados sanitarios.

Debe lograr: Aumentar la eficiencia sanitaria mediante reducción selectiva de la utilización inapropiada. Se refiere a la aplicación de tecnología médica de eficacia probada a situaciones en la que

no son efectivas y resultan ineficientes- eliminar recursos que no aportan valor.

Fundamentos de la gestión de la utilización:

1. Existencia de volumen sustancial de cuidados innecesarios o inapropiados.
2. Posibilidad de limitar en la práctica la prestación de cuidados inadecuados.
3. Que el costo operativo de los programas sea menor a los ahorros obtenidos por aplicación de dichos programas.

Principales Técnicas de gestión de utilización:

1. Sistema de médicos de cabecera (gatekeeping). Ejerce modulación en la atención, pero debe estar ligado a algún sistema de incentivo al trabajo bien hecho.
2. Sistemas de segunda opinión (Second surgery opinión programs): Provoca un efecto de control por parte del segundo cirujano sobre el primero.
3. Sistema de gestión por casos: prestados a pacientes crónicos o complejos. Incluye cuidados formales o informales. Son planes asistenciales individuales bajo responsabilidad de un case manager.
4. Sistemas de planificación del alta (discharge planning): El objetivo es el desbloqueo de camas por deficiencias del sistema (el paciente es denominado Bed-blokers).
5. Sistema de revisión de la utilización (utilization review): Incluye:
 - La autorización previa al ingreso hospitalario- preadmission certification-.
 - Revisión del uso inapropiado de la hospitalización.
 - Revisión del uso inapropiado de fármacos o pruebas diagnósticas.

Técnicas de gestión y revisión de la utilización-hospitalización.

Principalmente es el control de la historia clínica, que asistencia se presta, cuando se presta, cuanta atención se presta y donde se prestó. Desde el punto de vista de la oportunidad se puede clasificar:

- a) Revisión retrospectiva: el concepto retrospectión significa que se refiere a tiempo pasado, después de haberse prestado la asistencia. Revisión de la

utilización de: procedimientos, de servicios, del hospital, de la red asistencial.

b) Revisión concurrente: mientras se está prestando.

Revisión concurrente de la hospitalización.

Planificación del alta.

Asignación de la estadía máxima (como límite de pago).

c) Revisión prospectiva: pretende evitar la utilización inapropiada anticipándose.

Programa de segunda opinión.

Pruebas de preingreso (precertificación).

Programación adecuada.

Ubicación en el mejor lugar terapéutico (alternativas a la hospitalización) Ej. Hospitalización domiciliaria.

LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA.

Esta teoría fue desarrollada por Alain Enthoven, economista y profesor de la Universidad de Stanford.

El autor denominó a esta teoría al inicio de competencia regulada (regulated competition), a posteriori decidió denominarla como competencia gerenciada (managed competition).

El autor manifiesta que la competencia adecuadamente estructurada puede producir mejoras en la eficiencia si afectar la equidad, mediante la modalidad de efectuar una atención administrada. Enthoven entiende a la equidad como el acceso de todos los miembros de la sociedad en su conjunto a un paquete mínimo de servicios médicos que bajo una relación de costo efectividad pueda prevenir y curar las enfermedades. En su concepto ninguna persona debería sufrir perjuicios económicos para atender dichos servicios básicos como tampoco negárselo a aquel que no pueda pagarlo.

Enthoven entiende por eficiencia, a la aplicación de recursos que minimiza el costo social de tratar y curar la enfermedad. Existiendo para el mencionado una relación directa entre eficiencia y equidad.

Las condiciones básicas de este sistema son los siguientes:

- Protección Universal para todos.

- Libertad del consumidor en la elección y con conocimientos de los costos.
- Alternativas de financiación y provisión de servicios.

En esta teoría se manifiesta que debería existir una integración entre la financiación y la provisión. Presupone la existencia de compradores inteligentes que contratan en nombre de un grupo de volúmenes importantes. Estos agentes son denominados Patrocinadores (Sponsors).

El patrocinador actúa como un corredor contratando con un asegurador de salud (que combine la financiación y la provisión de los servicios médicos), los beneficios cubiertos, los precios, y otras consideraciones.

Los patrocinadores pueden ser privados, gubernamentales o mixtos.

De esta forma el mercado se limita a tres agentes:

El consumidor conocedor del costo.

El patrocinador.

Los aseguradores de Salud (funciones de financiación y provisión).

En mi opinión este sistema no asegura el adecuado funcionamiento del mercado, ya que la sola existencia de los patrocinadores no garantiza la existencia de planes de salud homogéneos entre las diferentes coberturas. Como tampoco asegura que los asegurados de salud que integran la financiación y la provisión de salud no tengan como tendencia para el incremento de su rentabilidad la subprestación.

EL MANAGED CARE Y LAS FALLAS DEL MERCADO.

La fusión del agente financiador, que en realidad cumple funciones de representación de la demanda, con la provisión de servicios médicos, que representa a la oferta, ha provocado que los costos tengan un mayor peso que la opinión médica en el momento de la prescripción de los tratamientos. Bajo este procedimiento, podemos observar como los ingresos de los profesionales de la medicina se han estancado o reducido frente a este proceso de presión. Esta situación ha provocado en el consumidor paciente un proceso de reducción de la confianza en el profesional de la medicina. Esta apreciación

podemos sostenerla con la tendencia en Estados Unidos del desarrollo de la segunda opinión, que es nada menos y nada más que un proceso de pérdida de confianza del consumidor en el médico.

Es difícil reconocer por parte del consumidor si determinadas recomendaciones médicas de no efectuar alguna práctica se debe al surgimiento de una recuperación del estado de salud del paciente o la presión despiadada de la organización para reducir los costos.

6. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Estructura.

Existen tres sistemas:

1. Sistema Público: (el 70 % de la población, 1995) liderado por el Ministerio de salud (a cargo del diseño de políticas y programas y a cargo de la coordinación de las entidades del área).

La recaudación, administración y distribución de los recursos financieros a cargo del Fondo nacional de Salud (FONASA).

Existen Aproximadamente 26 servicios de salud con una red de aproximadamente 200 establecimientos de nivel secundario y terciario. Adicionalmente existen Centros de atención primaria que además de la función mencionada tienen a cargo la promoción y la prevención de la salud.

Concentra población de bajo ingreso y alto riesgo. O sea se asocia con un mecanismo de selección adversa..

2. Sistema de Salud Privado: (el 30 % de la población, 1995) constituido por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Existen aproximadamente 22 instituciones de carácter abierto a todo público y 12 cerradas de empresas específicas.

La oferta corresponde a clínicas, hospitales y profesionales independientes y privados que atienden al sistema privado como al público en algunos casos.

Algunas Isapres están integradas verticalmente con prestadores (oferta).

Concentra población de bajo riesgo y alto ingreso. Existe tendencia al crecimiento de la población en este sistema.

Regulación del sistema: a cargo del Ministerio de salud.

Acceso y financiamiento: Los ciudadanos de este país asignan obligatoriamente un 7% de sus ingresos al sistema de salud, tanto los trabajadores activos como

pasivos (pensionados). Pueden asignarlo al Fonasa (sistema Público) o a las Isapres (Sistemas Privado).

El sistema público toma a cargo a los indigentes que no tienen capacidad de aportar y que son clasificados como "no cotizantes" .

En el sistema público existen dos modalidades:

- a) La institucional: se debe pasar por un centro de atención primaria y luego se deriva a un centro de atención secundaria o terciaria si corresponde.
- b) Libre elección: pueden acudir incluso a oferentes privados que tengan acuerdo con el Fonasa.

La atención primaria y medicamentos son gratuitos. En la atención secundaria y terciaria existen copagos.

Los Consultorios de Atención Primaria están administrados por las municipalidades. Se le asigna recurso por el sistema de Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM), bajo un criterio presupuestal. Se está estudiando un sistema de pago prospectivo capitado, introduciéndose de esta manera un aspecto de cuasi-mercado.

La asignación de recursos es sobre la base de presupuestos históricos. Los pagos a profesionales y no profesionales son sobre la base de categorías. Existen algunos sistemas de pago bajo el sistema prospectivo. El FONASA utiliza como criterio de distribución mecanismo de racionamiento de cantidad y no de precios e independientemente de los resultados o de las preferencias de los demandantes. Esto último ha pasado a ser una debilidad. Asimismo los materiales e insumos médicos se financian a través del mecanismo de Facturación por Atención Prestada (FAP). La función del fonasa es una función de intermediador entre consumidores que demandan salud y los que proveen que bien realizada podría ser una fortaleza.

Otras debilidades son las siguientes: falta de sistemas de información sobre la oferta y los consumidores (se provocan fraudes de ambos lados). Los procedimientos y las formas son más importantes que los resultados. Desvinculación de la oferta respecto a la demanda provocando pérdidas de

bienestar, ya que los servicios no responden a las necesidades de la población.

En los últimos años se está aplicando un plan piloto de financiamiento a los Hospitales denominado Pagos Asociados a Diagnósticos- pago por egresos y Pagos Prospectivos por Prestaciones (PAD-PPP). Este Último se aplica para prestaciones de menor frecuencia donde no existe un PAD preestablecido.

En el Sistema Privado, los beneficios son en función del nivel de prima y del nivel de riesgo de los asegurados (experience rating). O sea que existen diferentes productos de aseguramiento que hace difícil la evaluación del consumidor. El pago a la oferta es por servicio prestado o sea pago retrospectivo (Fee for Service). Las fortalezas de este sistema están asociadas a la libertad de elección (inexistencia de puertas de entrada al sistema de salud, que puede pasar a ser una debilidad), variedad de productos, flexibilidad y disciplina económica. Las debilidades corresponden a la existencia de diferentes precios para los diferentes segmentos, ejemplo para la tercera edad y la existencia de múltiples planes y a su vez heterogéneos, cambio continuo de los afiliados (por la existencia de seguros de naturaleza transitoria), elevados costos de administración y ventas del sistema, no se alienta la atención de la salud preventiva por el continuo cambio del afiliado como así tampoco la promoción de la salud (efecto de subprovisión en prevención), a pesar que las isapres tienen obligación.

Respecto a la desprotección de la tercera edad por la Isapres requiere quizás sacrificar disponibilidades en la libre elección y requerimientos de permanencia mínima. Otra forma sería requerir una tasa adicional específica a la elegida.

3. Sistema de las Fuerzas Armadas.

Conclusiones sobre la inequidad: El sistema Chileno genera una división de ricos y pobres ya sea que esté del lado de las Isapres o Fonasa, existen diferentes grados de acceso y diferencia a las personas con relación a su nivel de riesgo médico. Asimismo la inequidad se ve fortalecida debido a que

las isapres reciben subsidios como por ejemplo la exclusión del impuesto a la renta de porcentaje obligatorio asignable a la salud. No existe un Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), pero está en proceso de elaboración. Este PGBS podrá ser ofrecido por Fonasa o por Isapres.

LA ASIGNACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS	LA REALIDAD DEL MERCADO DE SALUD EN CHILE
<p>Los consumidores tienen un conjunto bien definido de preferencias por los bienes y servicios.</p> <p>Los consumidores asignan libremente su ingreso entre sus preferencias.</p> <p>Los ofertantes producen en condiciones competitivas.</p> <p>Los insumos son demandados por los proveedores de salud en condiciones competitivas.</p> <p>El precio de equilibrio es determinado por el libre juego entre los consumidores y los proveedores de salud de manera descentralizada.</p> <p>No existen externalidades.</p> <p>Los consumidores y los ofertantes poseen información completa.</p>	<p>Los consumidores no tienen preferencias bien definidas sobre los servicios y o productos para la prevención y recuperación de la salud. Y como la demanda es aleatoria y existen algunos tratamientos costosos, se requieren sistemas de seguros que traen apareados asimetrías de información.</p> <p>No siempre los consumidores pueden asignar libremente sus ingresos.</p> <p>No todos los ofertantes producen en condiciones competitivas.</p> <p>Los insumos no son homogéneos ni se ofrecen en condiciones competitivas.</p> <p>Los precios muchas veces son impuestos</p> <p>Diversas actividades de salud están sujetas a fuertes externalidades.</p> <p>Los ofertantes poseen mayor información que los demandantes sobre los bienes y servicios a producir</p>

7. EL SISTEMA DE SALUD DE CÁNADA.

A continuación se detalla un cuadro resumen del gasto total de salud en Canadá por el origen de su financiamiento:

Sector Público:	71 %
• Provincial.	• 67%
• Federal directo	• 4%
Sector Privado	29%
Total	100%

Fuente: NATIONAL HEALTH EXPEDITURES IN CANADA.

En Canadá las provincias cuentan con un seguro provincial y reciben adicionalmente transferencias federales.

La Ley nacional de Canadá exige que los seguros provinciales cubran todos los servicios necesarios (sin incluir lujos por ejemplo cirugías estéticas y habitaciones privadas), que incluya a todos los residentes jurídicamente legales dentro de la provincia y fuera de ella cuando estén en tránsito, que sean administrados por cada provincia y no pueden existir copagos sobre las inclusiones que definan cada provincia.

En general cada las provincias cubre un 40% de los medicamentos fuera de los hospitales.

Los Seguros Privados no pueden vender lo cubierto por las provincias. O sea que los mismos se posicionan en seguros de confort (habitaciones privadas), medicamentos y servicios odontológicos no incluidos.

Los Hospitales trabajan mediante la asignación de presupuestos otorgados por cada provincia. Existen criterios variados para incrementar la eficiencia de estos hospitales. Los médicos de los hospitales son pagados por servicios de acuerdo a los programas de aranceles establecidos por cada provincia. Esto genera una especie de competencia entre los administrados hospitalarios que presionan para reducir costos y los médicos a efectuar evaluaciones e intervenciones completas generándose una especie de eficiencia. En Gran Bretaña esta especie de competencia no existe por

que los médicos reciben sueldos fijos. Los gobiernos provinciales ajustan los precios por los servicios de los médicos con relación a los presupuestos globales.

En resumen esto genera un sistema de pago coordinado (presupuesto con relación a aranceles) en contraposición como sucede en Estados Unidos donde existe una contratación selectiva (suscripción a redes de médicos selectivas) y sistemas de cobro por servicio. Aunque la introducción del Sistema de Pago Eventual para grupos de diagnósticos relacionados (DRG) y un sistema semejante al de Canadá denominado Estándares de cumplimiento por Volumen del Medicare (ECVM) han generado mayor eficiencia en los hospitales americanos, no se puede establecer a ciencia cierta hasta la fecha la preferencia de un sistema u otro.

En Canadá existe una tendencia a la reducción de presupuestos mediante los siguientes esquemas:

- Reducción directa del presupuesto.
- Reducción del número de camas de cuidado intensivo (en una provincia se redujeron de 4,63 a 3,34 camas por cada mil habitantes).
- Descentralización de la asistencia médica (esta medida no está comprobada que reduce costos). Esta es la versión Canandiese de la Competencia Regulada.

8. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

El sistema de salud en Colombia fue reformado a través de dos leyes básicas: la ley 60 y 100 de 1993, estableciéndose su aplicabilidad a partir del 1 de Enero de 1995.

El esquema está basado en los siguientes elementos:

- Todo individuo debe afiliarse a una Empresa Promotora de Salud (EPS), que son de libre elección.
- El financiamiento es a través de tres posibilidades: gravamen sobre los salarios, aporte proporcional sobre sus ingresos (estos dos primeros son denominados régimen contributivo) o mediante subsidio público. El régimen contributivo obligatorio es del 12% sobre el equivalente al salario base (66% a cargo del empleador y 33 % a cargo del empleado). De este 12% un 1% va directamente al FSG como contribución al régimen subsidiado. Para los trabajadores independientes existe un régimen de presunción de ingresos. Para aquellos que deban ser subsidiados existe un sistema de registro denominado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). El régimen subsidiado es financiado con recursos fiscales nacionales y locales y por el FSG.
- Este financiamiento es aplicado a un Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG). Este fondo tiene como objetivo la compensación entre personas con distintos ingresos y riesgos, administrar la compensación entre los que aportan y los pobres (subsidiados), cubre eventos de catástrofes y accidentes de tránsito.
- Las EPS reciben un valor por cada persona afiliada del FAG denominado unidad de pago por capitación (UPC). Las EPS pueden proveer el servicio a través de una red propia de prestadores o por Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) o por profesionales médicos contratados a tal fin. El pago a los prestadores no está regulado por ley. Las EPS son las responsables de recaudación y trasladan al FSG los excesos sobre los valores capitados (UPC) o reciben del FSG la diferencia en caso de recaudar en defecto. Las EPS pueden utilizar sistemas de reaseguros. Las UPC recosen sistema de copagos y cuotas moderadoras.

- Existe un Plan obligatorio de Salud (POS). Adicionalmente se reconoce la urgencia, el plan de atención básica y los planes complementarios. El POS correspondiente al régimen contributivo es diferente que para el régimen subsidiado, situación que se igualará recién en el 2001
- Las EPS está obligadas a cubrir el POS, no pueden rechazar afiliados y los afiliados tienen libre elección dentro del sistema
- Las EPS pueden ser de naturaleza pública, privada o Mixta.
- La superintendencia Nacional de Salud regula el funcionamiento de las EPS, emitiendo normas de capacidad administrativas de las mencionadas, número mínimo y máximo de afiliados, márgenes de solvencia aceptables y relaciones técnicas de capitales mínimos.
- El sistema es controlado por el gobierno nacional y en particular el Ministerio de Salud a través del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS), que dirige el sistema

TERCERA PARTE

INDICE

1. EL OBJETIVO DEL CAPÍTULO.
 2. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD.
-
- I. INTRODUCCIÓN.
 - II. OBJETIVOS.
 - III. METODOLOGÍA.
 - IV. EVALUACIÓN DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA CLÍNICA.
 - V. RELEVAMIENTO DE LOS LÍDERES DE OPINIÓN DE LOS FINANCIADORES.
 - V.1. LAS PREPAGAS.
 - V.2. LAS OBRAS SOCIALES.
 - VI. RELEVAMIENTO DE LOS LÍDERES DE OPINIÓN DE LA COMPETENCIA.
 - VII. RELEVAMIENTO DE LOS LÍDERES DE OPINIÓN INTERNOS DE LA ORGANIZACIÓN.
 - VIII. ENCUESTA A PACIENTES AMBULATORIOS E INTERNADOS.
 - IX. ANÁLISIS DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL.
 - IX.1. ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA.
 - IX.2. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN.
 - IX.3. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS.
 - IX.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CON EL MERCADO.
 - IX.5. ANÁLISIS DE LA CULTURA.
 - X. COMPARACIÓN CON LA COMPETENCIA.
 - XI. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.
 - XII. EL DIANÓSTICO ESTRATÉGICO DEL PRESTADOR DE SALUD Y SU INTERRELACIÓN CON LAS FALLAS DEL MERCADO.

1. EI OBJETIVO DEL CAPÍTULO.

En esta tercer parte es mi intención partir de un enfoque totalmente diferente.

Desarrollaré a continuación un diagnóstico estratégico de una organización monovalente prestadora de servicios de salud, donde podremos observar como las recomendaciones para el objetivo de mejorar la rentabilidad de la mencionada, están basadas en potenciar las fallas del mercado.

Este trabajo esta basado en experiencias reales de varias organizaciones de salud, donde se concentraron las problemáticas en común de las mismas como si fuera una única organización.

Asimismo se ha modificado y reducido una gran cantidad de información que la he considerado no relevante para el desarrollo de este trabajo. Adicionalmente se incluyen conclusiones y recomendaciones que sin estar directamente vinculadas al objetivo final del trabajo las he considerado útiles ya que las mismas son ilustrativas y demuestran la relación directa de los seres humanos y los sistemas económicos.

2. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD.

I. INTRODUCCIÓN.

Este diagnóstico estratégico fue realizado bajo la concepción de un enfoque de mercadotecnia integral, o sea, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Las necesidades de los pacientes-consumidores.
2. Las necesidades de la sociedad.
3. Las necesidades de la organización.

A tal efecto se utilizaron las siguientes técnicas:

1. Estrategias de Benchmarking.
2. Entrevistas a pacientes:
 - 2.1. Ex - pacientes internados.
 - 2.2. Pacientes ambulatorios
3. Entrevistas en el mercado: funcionarios de prepagas, obras sociales y funcionarios de instituciones competidoras.
4. Entrevistas internas:
 - 4.1. Directores, gerentes y jefes de servicios.
 - 4.2. Médicos, técnicos, enfermeros, auxiliares.
 - 4.3. Administrativos.

Junto con estas herramientas se estableció una matriz FODA, y a continuación el diagnóstico estratégico.

Como se podrá observar se utilizan técnicas de alcance limitado, pero que permiten llegar a un diagnóstico estratégico con alto grado de precisión en los aspectos significativos.

No se ha contado en este trabajo con estudio de mercado completo, pero se han utilizado técnicas de evaluación que permiten desarrollar de manera satisfactoria un diagnóstico estratégico de la clínica en cuestión.

Esta mecánica simplificada ha permitido en la experiencia profesional poder acercar a las pequeñas y medianas empresas, diagnósticos estratégicos sobre las mencionadas, en relación con presupuestos económicos compatibles con sus estructuras.

II. OBJETIVOS.

Establecer un diagnóstico estratégico que permita:

1. Determinar la situación en el mercado de la institución.
2. El rediseño de la organización.
3. El rediseño de los productos o servicios.
4. Mejorar la relación médico-paciente.
5. Definir acciones que permitan incrementar la demanda de la clínica.
6. Definir el plan de mercadotecnia a seguir.

III. METODOLOGÍA

La base utilizada ha sido el estudio del comportamiento organizacional.

Se entiende como comportamiento organizacional el estudio de las interrelaciones de los individuos, grupos y la estructura y como estas interrelaciones afectan el rendimiento de la organización con relación al entorno o medio externos (mercado).

ENCUESTAS INTERNAS

Se basó en una encuesta que representó el 47% del personal que se consideró representativo. Dentro de este personal se abarcó a todos los sectores (Médicos, técnicos, enfermeros, auxiliares, empleados administrativos).

La encuesta utilizada es una de tipo dirigida y se focalizó en los siguientes puntos:

1. Aspectos generales (antigüedad, función)
2. Referentes a las condiciones generales de la estructura edilicia y el funcionamiento operativo.
3. Clasificación de los tipos de relaciones dentro de la clínica.
4. Opinión sobre el medio externo referente a otras instituciones competitivas y su comparación con la clínica.
5. Opinión sobre las fortalezas y debilidades de la clínica.
6. Opinión sobre los objetivos de la clínica.

ENCUESTAS EXTERNAS Y EVALUACIONES CUANTITATIVAS.

Se efectuó encuestas y evaluaciones cuantitativas respectivamente a:

4. Pacientes internados y ambulatorios.
5. La oferta médica de la clínica.

TRABAJOS ADICIONALES

Se efectuaron los siguientes trabajos que abarcaron los aspectos que se detallan a continuación:

1. Relevamiento de líderes de opinión interna de la clínica.
2. Relevamiento de líderes de opinión representativa de la competencia.
3. Relevamiento de líderes de opinión de obras sociales y prepagas clientes de la clínica.

IV. EVALUACIÓN DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA CLÍNICA.

En los últimos cuatro años la clínica ha aumentado significativamente su facturación como consecuencia de un proceso de reestructuración a cargo de un nuevo equipo gerencial.

En la tabla siguiente se incluye la facturación aproximada siendo año "0" el último año y -1, -2 y -3 los años anteriores.

AÑO	-3	-2	-1	0
FACTURACIÓN	12800000	16200000	17100000	18600000

Se dividió la facturación por servicios médicos altamente diferenciados, siendo su participación la siguiente en los años -1 y 0:

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN		
Servicio	Año -1	Año 0
Servicio de Cirugía 1.	29	30
Servicio de Hemodinamia	30	27
Servicio de cirugía 2	12	11
Servicio de Neurocirugía	1	2
Internación	12	11
Consultorios Externos	16	19

Aparentemente, los servicios de alta complejidad han disminuido su participación en la facturación. Incrementando significativamente el sector de consultorios externos. Pero si tomamos las cantidades de practicas de los servicios que ha disminuido su participación en la facturación total del año 0, veremos que los mismos han aumentado del año -1 al año 0. Esta situación numérica lo ha ocasionado el aumento significativo de prácticas en consultorios externos como así su facturación. Principalmente las que han incidido, han sido aquellos estudios vinculados a equipamiento sofisticado que ligado al grado de especialización de los profesionales, le ha permitido a la clínica tener valores por encima del mercado. El Aumento de la facturación en consultorios externos es consecuencia de la estrategia de franquicia de consultorios externos que permitió abrir nuevas bocas de servicios en los años -3. -2 y -1. Veamos el cuadro de variaciones de pacientes ambulatorios.

VARIACIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES AMBULATORIOS
(Se toma como año base el -3)

CONCEPTO	AÑO -2	AÑO -1	AÑO 0
Variación Anual	10%	8%	6%
Variación Acumulada	10%	18%	24%

Pero si las comparaciones las hacemos con los años -3. -2 y -1 respecto al año 0, vemos que existen significativo aumentos de facturación tanto en pesos como en cantidades de prácticas, el resultado fue consecuencia de tres acciones hacia el mercado:

1. Por el establecimiento de una relación vincular con médicos cardiólogos clínicos. Se generó una base de datos de 1500 cardiólogos activos.
2. Por el establecimiento de una relación vincular con las obras sociales de dirección, las Prepagas y algunas obras sociales de niveles medios y con capacidad de pago aceptable. Se eliminaron como clientes las obras sociales con capacidad de pago limitada.
3. Por la relación con los medios de comunicación en la internación de pacientes de renombre,

Estas acciones de hacia el medio externo estuvieron basadas en una estrategia genérica de **diferenciación de servicio** (con énfasis en los resultados médicos y el prestigio de los profesionales médicos).

Respecto a los pacientes internados los mismos han sufrido la siguiente variación:

VARIACIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES INTERNADOS
(Se toma como año base el -3)

CONCEPTO	AÑO -2	AÑO -1	AÑO 0
Variación Anual	13%	1%	26%
Variación Acumulada	13%	14%	40%

Participación de los Financiadores en la facturación de la clínica.

La clínica mantiene a la fecha de éste estudio la cantidad de 120 contratos con financiadores de salud (se incluyen obras sociales de diferentes tipos como así también las prepagas). Siete financiadores concentran el 70 % de la facturación y 113 financiadores atomizados en el restante 30 %.

Esto demuestra una situación de riesgo. Pero no es ajeno a la situación de concentración que se puede observar en los demás prestadores de la misma especialidad.

V. RELEVAMIENTO DE LÍDERES DE OPINION DE LOS FINANCIADORES

Se relevó a funcionarios importantes de las siete obras sociales y/o prepagas que representan el 70 % de la facturación y 8 obras sociales y/o prepagas de los 113 restantes que representan el 30% de la facturación. Adicionalmente se relevaron a funcionarios que representan a 3 prepagas y 2 obras sociales que no tienen contratos con la clínica.

El método de las entrevistas fue de carácter cualitativo, relevando en cada caso la opinión de los funcionarios con preguntas guías pero permitiendo a éstos explayarse en los puntos que ellos consideraban convenientes.

A posteriori se efectuó un resumen de las principales observaciones que se detallan a continuación.

V.1. SOBRE LAS PREPAGAS.

Aspectos negativos observados por los funcionarios:

1. Se perciben dos estrategias claramente diferenciadas. Las estrategias de las unidades médicas que trabajan en la clínica y la estrategia de la propia clínica.
2. Se percibe que se induce la atención con cirujanos jefes para el cobro de honorarios diferenciales. Esto provoca en los planes altos con reintegros desembolsos significativos para las prepagas.

3. Dificultad de entendimiento de las prepagas con las áreas médicas y relativa dificultad de entendimiento con el área administrativa.
4. Procedimientos médicos no previstos o no pactados por prácticas quirúrgicas nuevas. Drogas nuevas, prótesis provistas por pocos proveedores.
5. Desprolijidades de facturación ocasionadas por los mismos equipos médicos de la clínica.
6. No se percibe un objetivo claro del segmento al que apuntan.
7. Inadecuada estructura edilicia para el segmento alto de la población.
8. Inadecuada atención del personal médico y auxiliares administrativos.
9. Se percibe una inadecuada o no eficiente planificación de los procedimientos médicos, principalmente por los de alta complejidad. Sensación que los jefes de equipo ajustan sus horarios a sus conveniencias y no a los de la clínica.
10. Únicamente los del segmento más bajo consideran a los precios un poco altos.

Aspectos positivos observados:

1. La capacitación y prestigio de sus médicos.
2. Lo específico del servicio.
3. La flexibilidad empresaria para presentar servicios modulados. Se los considera pioneros en este aspecto.
4. Únicamente los del segmento alto consideran a sus precios adecuados.

V.2. Sobre las Obras Sociales.

En este grupo hemos observado visiones diferentes respecto a las de medicina prepaga.

Aspectos Negativos.

11. Precios superiores a los de mercado.
12. Las quejas de afiliados están relacionadas con pacientes muy complejos y en donde las expectativas de los mencionados no condicen con la realidad.

Aspectos Positivos.

1. La imagen de la clínica es excelente respecto a público.
2. La clínica cuenta con un excelente equipo médico.

VI. RELEVAMIENTO DE LOS LIDERES DE OPINION DE LA COMPETENCIA.

En esta evaluación se encontró la calificación más despiadada respecto a la clínica. Obviamente estos puntos deben ser tomados con mucho cuidado respecto al sesgo de los entrevistados.

Aspectos Negativos:

- ◆ La clínica no debería estar habilitada por que no cumple los requisitos mínimos para su funcionamiento.
- ◆ Inducen la demanda.
- ◆ Precios altos respecto a la competencia.

Aspecto Positivos.

- ◆ Los médicos son relativamente de buen nivel.
- ◆ La conducción empresaria es flexible.

VII. RELEVAMIENTO DE LOS LÍDERES DE OPINIÓN INTERNOS.

Como se mencionó al principio este es un grupo de personas que fueron detectadas como líderes en la organización ya sean por su posición formal en la organización como por su liderazgo natural.

Aspectos negativos:

Los dueños no apoyan el cambio, principalmente cuando se afectan sus intereses particulares. La competencia entre ellos es muy notable. Sus credibilidades no son buenas.

El edificio es chico y malo.

La enfermería tiene un alto agotamiento. Muchos no son profesionales y son desvalorizados por los médicos.

El servicio hotelero no es muy bueno.

No existe una adecuada capacitación, ni incentivos al personal.

No existe política de reposición de equipamiento, ya que los médicos dueños ejercen una presión para sus sectores. La administración utiliza a la reposición de equipamiento como un mecanismo de resolución de conflictos.

Aspectos Positivos:

El nivel médico de la organización.

Los servicios médicos de avanzada.

La flexibilidad de la administración para solucionar conflictos y su relación con el mercado.

VIII. ENCUESTAS A PACIENTES AMBULATORIOS E INTERNADOS.

En éste tipo de encuesta se busca detectar niveles de satisfacción de los clientes/ pacientes.

Entendemos por nivel de satisfacción la diferencia entre las expectativas previas o sea lo que esperaba del servicio y lo percibido realmente. Debido a que los dos conceptos (expectativa y percepción) son subjetivos, se intenta detectar y efectuar un diagnóstico que permita mejorar la calidad de los servicios y debido a esta subjetividad de la satisfacción, que permita modificar la percepción de los servicios gestionando las evidencias del proceso. Esto se logra ayudando al paciente y/o cliente a percibir algunos elementos de un servicio en detrimento de otros elementos del mencionado servicio.

Pero el servicio médico de la clínica es una secuencia de distintos momentos de relación entre el paciente y la organización representada por los empleados. Cada uno de estos momentos fue denominado por Carlzon, J. Como los "momentos de la verdad" en su libro "Moments of Truth".

El mecanismo de la encuesta fue telefónico y de visita personal en aquellos casos que los pacientes accedieron.

Encuesta de pacientes internados.

La encuesta sobre los internados se abordó los siguientes aspectos:

- ◆ Eficiencia profesional.
- ◆ Atención y trato al paciente.
- ◆ Atención y trato de los familiares.
- ◆ Presentación, higiene y aseo.
- ◆ Tiempo de respuesta al llamado.
- ◆ Calidad de la comida.
- ◆ Calificación de la habitación.

- ◆ Niveles de ruido.
- ◆ Razón de elección de la clínica.
- ◆ Conformidad con la institución.
- ◆ Fortalezas y debilidades de la clínica.
- ◆ Claridad en los objetivos.

Entre los aspectos más relevantes de esta encuesta destacamos los siguientes:

1. Razón de elección de la clínica: se clasificaron en los siguientes aspectos.

CONCEPTO	PORCENTAJE
1. Por recomendación Médica externa.	42
2. Por recomendación de Terceros.	25
3. Por recomendación de su cobertura.	10
4. Por prestigio de la clínica.	23

Esta situación demuestra que el trabajo efectuado por la gerencia respecto a la estrategia vincular con médicos clínicos y cardiólogos clínicos ha sido exitoso. Obviamente la inducción de la demanda ha sido un aspecto positivo para la clínica.

2. Respecto a la conformidad con relación a la Clínica ha sido lo siguiente:

CONCEPTO	PORCENTAJE
Manifiesta Conformidad	93
No está conforme	7

3. Respecto a las Fortalezas de la Clínica, los aspectos más destacados fueron:

- ◆ Los niveles de los profesionales médicos.
- ◆ El equipamiento médico.

4. Respecto a las Debilidades más destacados fueron:

- ◆ Infraestructura inadecuada.
- ◆ Insuficientes horarios de atención en consultorios.
- ◆ Calidad de comida insatisfactoria.
- ◆ El alto costo de los honorarios profesionales no cubiertos por las respectivas coberturas.

ENCUESTA DE PACIENTES AMBULATORIOS.

La encuesta a este grupo de pacientes fue enfocada sobre los siguientes conceptos:

- ◆ Espera de tiempo para la consulta y/o práctica.
- ◆ Trato recibido del personal médico y no médico.
- ◆ Los Consultorios son confortables.
- ◆ La sala de espera es de su agrado.
- ◆ Razón de elección de la clínica.
- ◆ Conformidad con la clínica.
- ◆ Fortalezas y Debilidades.

A continuación detallaremos los aspectos más relevantes que surgieron de esta encuesta y que consideramos sustanciales para el diagnóstico estratégico, a saber:

1. Razón de elección de la clínica. Destacamos a continuación un cuadro descriptivo.

CONCEPTO	PORCENTAJE
1. Por recomendación Médica.	22
2. Por recomendación de Terceros.	25
3. Por recomendación de su cobertura.	13
4. Por prestigio de la clínica.	22
5. Por accesibilidad.	18

Crea importante hacer una comparación entre las razones de elección de la clínica de los pacientes internados y de los ambulatorios.

CONCEPTO	PORCENTAJE INTERNACIÓN	PORCENTAJE AMBULATORIO	PORCENTAJE DIFERENCIA
	(1)	(2)	(1)-(2)=(3)
1. Por recomendación Médica externa.	42	22	20
2. Por recomendación de Terceros.	25	25	0
3. Por recomendación de su cobertura.	10	13	(3)
4. Por prestigio de la clínica (incluye accesibilidad).	23	40	(17)

El cuadro demuestra la importancia de una estrategia relacional con los médicos externos respecto a los pacientes internados, y del prestigio y accesibilidad respecto a los a los pacientes ambulatorios. Aclaramos que no hemos estudiado en esta encuesta el efecto derivación interna ya que requeriría un estudio más profundo que por razones de tiempo y presupuesto no ha sido tomado en cuenta para este diagnóstico estratégico.

2. Respecto a la conformidad con la clínica:

El 94% ha contestado que Si, un 4% no sabe y un 2% no estuvo conforme.

Entendemos como altos los porcentajes de 4 y 2 % para el nivel ambulatorio de una clínica que pretende posicionarse en la calidad médica de su servicio cardiológico.

3. Respecto a las fortalezas de la clínica.

Se destacó:

- ◆ El trato personalizado.
- ◆ Calidez de la atención
- ◆ Calidad profesional.

4. Respecto a las Debilidades.

Se destacó:

- ◆ La impuntualidad y espera, principalmente en los jefes de equipo.
- ◆ Horarios de consultorio y estudios.
- ◆ Salas de esperas inadecuadas.

IX. ANÁLISIS DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL

A los efectos de analizar la organización se solicitó información económica financiera a la clínica, que conjuntamente con la información de las encuestas al personal como a los líderes de opinión interna se desarrolló una visión de la organización.

La mecánica de este trabajo se basa en un método simplificado para llegar a un diagnóstico estratégico sin incurrir en costos excesivos a la clínica. Pero que consideramos suficiente para el objetivo del mismo.

A pesar que no se ha contado con una investigación completa de mercado (cualitativo y cuantitativo) el análisis de diseño se basó en un enfoque sistémico desarrollado en el **cuadro I**.

IX.1. ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA

La clínica es una especializada en servicios cardiovasculares de baja y alta complejidad, que podemos dividir en Cinco grandes centros productivos:

- ◆ Servicios médicos ambulatorios.
- ◆ Servicio de Internación.
- ◆ Servicio de Cardiología intervencionista.
- ◆ Servicio de Cirugía e Intervencionismo Vascular Periférico.
- ◆ Servicio de Cirugía Cardiovascular.

ANÁLISIS DE LA VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS.

Sobre la base de la información obtenida hemos podido observar la inexistencia de una visión deliberada, ya que no existe un consenso. Existen intereses contrapuestos que imposibilitan la generación de una visión integrada.

Respecto a la Misión aclaramos lo siguiente:

Las misiones identifican el diseño, meta o empuje implícitos de una empresa. Pueden expresarse en diferentes niveles de abstracción.

Las misiones tienden a ser expresadas en términos de producto o mercado. Cuanto más se trabaje sobre la definición de producto y mercado, más poder de compromiso con la definición de la misión.

La misión es un principio de control superior, que balancea recursos y productos. Define claramente el ámbito de los negocios en el que se desarrollará la empresa y las grandes líneas estratégicas que la conducirán al éxito o fracaso. Para su efectividad debe ser conocida por los miembros de la organización. El corazón de la misión corporativa abarca tres cuestiones:

- ◆ Que vendemos (que necesidades satisfacemos).
- ◆ A quien se lo vendemos.
- ◆ Por que nos eligen a nosotros (o sea, con cual ventaja competitiva nos diferenciaremos de la competencia).

En el ámbito de la gerencia general existe desarrollo deliberado de la visión, misión y objetivos como planes de acción para el cumplimiento de los mismos, pero este trabajo no ha sido internalizado por los dueños de la clínica que mantienen objetivos diferentes como consecuencia de intereses diferentes.

Por lo tanto podemos afirmar que la Misión de la clínica es difusa, debido a la incompatibilidad de los proyectos individuales de los dueños o socios.

De las encuestas realizadas internamente surge claramente la situación mencionada. El personal ha manifestado esta situación con frases globalizadoras como las siguientes: Corte del rey con séquitos de obsecuentes, Quintas, Bunkers, Logias, Feudos, Guerra de guerrillas, etc.

Por ende sin no existe un desarrollo de la Misión no podemos determinar los objetivos de la organización.

IX.2. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN.

En el análisis de la organización incluimos tres elementos básicos:

- La arquitectura de la organización (el llamado organigrama).
- Los Sistemas de Información.
- Los Procesos gerenciales.

El crecimiento de la clínica es un proceso de crecimiento no dirigido, donde se han agregado personas y recursos físicos sobre la marcha. No existió un proceso sistémico previo de planificación.

Los desarrollos han solucionado temas puntuales de crecimiento, esto provocó una arquitectura real fragmentada con una mecánica de pensamiento fragmentado.

El proceso de toma de decisiones está concentrado en la cúpula en lo referente a temas económicos y de asignación de recursos. Pero en los referente a la toma de decisiones de aspectos médicos las mismas se encuentran descentralizadas en los servicios médicos.

Dentro de los servicios médicos las decisiones vuelven a ser centralizadas y concentradas en la jefatura del servicio pero con un estilo democrático del proceso de decisión.

En lo referente a los sistemas de información, los mismos son inadecuados y denota una subinversión significativa, lo que ha fomentado la comunicación informal en muchos aspectos.

La comunicación informal supera ampliamente a la formal. Las reuniones verbales de pasillo han pasado a ser un clásico de la organización. En estos lugares normalmente se negocian los recursos para los diferentes servicios.

Es evidente que la nueva administración que ha trabajado en los últimos años, diseñó su estrategia de reconversión de la organización sobre el diseño externo y no sobre el interno, debido a la imposibilidad de llevarse a cabo por la presencia constante del conflicto entre socios. Consideramos que fue una oportunidad única para la clínica, lamentablemente perdida, de efectuar el cambio en el diseño interno.

Pero destacamos que la informalidad ha pasado a ser parte de la cultura de la organización, ya que esta modalidad se encuentra muy internalizada por el personal.

IX.3. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS.

Siguiendo con la mecánica de enfoque simplificado se evaluaron los siguientes aspectos:

Recursos de personal.

Recursos de Capital financiero.

Recursos de Estructura edilicia.

IX.3.1. RECURSOS DE PERSONAL.

La Clínica cuenta con un capital humano altamente capacitado en los niveles médicos. Los jefes de servicios médicos cuentan con capacitación en el exterior. Los niveles médicos medios son capacitados por las jefaturas.

El nivel de enfermería es bueno pero no todos son enfermeros profesionales.

El nivel administrativo no es competitivo.

Respecto a la remuneración las encuestas han determinado que la opinión generalizada es que los sueldos son bajos y esto ha provocado éxodo de personal calificado.

También las encuestas han determinado que no existe política interna de capacitación. El argumento es el de siempre, la falta de presupuesto. O sea la clínica no se encuentra con capacidad económica de afrontar un proceso de calificación, capacitación y motivación del personal. Por lo tanto al no existir tal presupuesto no se ha implementado estrategia alguna en estos aspectos.

IX.3.2. RECURSOS DE CAPITAL FINANCIERO.

La Clínica en los últimos cuatro años ha pasado de un capital de trabajo negativo a uno positivo después de una reorganización económica y lleva cuatro ejercicios continuos de ganancia positiva. Pero el **proceso de acumulación de ganancias es insuficiente** para efectuar un proceso de reconversión competitiva de detalle que permita prologar un liderazgo para los próximos cinco años.

También surge de las evaluaciones que no existen posibilidades de aportes genuinos de capital por parte de los propietarios o dueños.

Esto demuestra que la clínica sufre una Subinversión significativa de origen. La ganancia generada no es posible distribuirla y su capitalización es insuficiente para el desarrollo estratégico.

Esto provoca una debilidad de negocio significativa. La ausencia de fondeo limita la capacidad de crecimiento.

IX.3.2. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DE ESTRUCTURA EDILICIA.

Las deficiencias edilicias son quizás las más complejas respecto a su solución.

Detallamos a continuación un resumen de las más significativas:

Recepción y sala de espera muy pequeña.

Las instalaciones sanitarias no diferencian sexo.

Sector admisión es muy pequeño.

La terapia intensiva y la unidad coronaria se han observado exceso de circulación de gente y excesos de ruidos.

En general excesivo circulación de gente donde los pacientes necesitan descanso.

Comodidades para los pacientes han sido calificadas en nuestras encuestas como negativas (40%).

Las comodidades para el personal han sido calificadas

Como malas por el 40 % y muy malas por el 10 %.

Los aspectos positivos del edificio han sido su sistema de instalación eléctrica (como muy seguro) y el archivo de Historias Clínicas.

IX.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CON EL MERCADO

Se evaluó la relación de la clínica respecto al mercado haciendo hincapié en los siguientes aspectos:

Envergadura y Tasa de Crecimiento: en incremento.

Presión de productos médicos sustitutos: le consideramos que es neutro.

Barreras de entrada: altas debido al tiempo de inversión y capacitación necesaria para competir en este segmento.

Poder de negociación de las Obras Sociales y Prepagas: Equilibrado con respecto a la clínica, pero creciendo en el futuro a favor de las mencionadas.

Poder de negociación de proveedores: Positivo.

IX.5. ANÁLISIS DE LA CULTURA.

En este análisis debemos definir que entendemos por cultura. Por cultura entendemos los valores y creencias bajo las cuales la clínica es conducida.

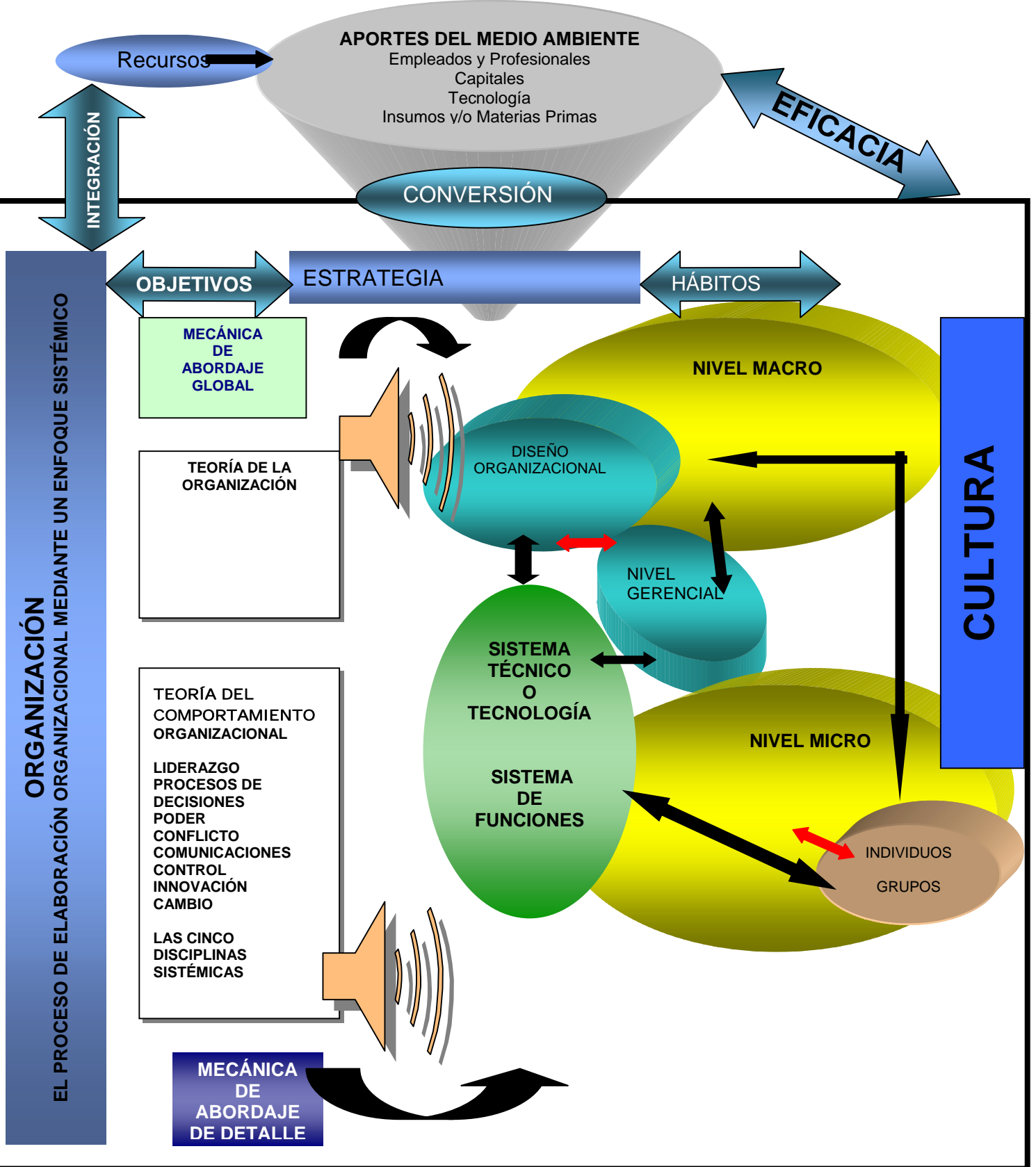
Esta cultura genera hábitos, que por ende condiciona la implementación de la estrategia.

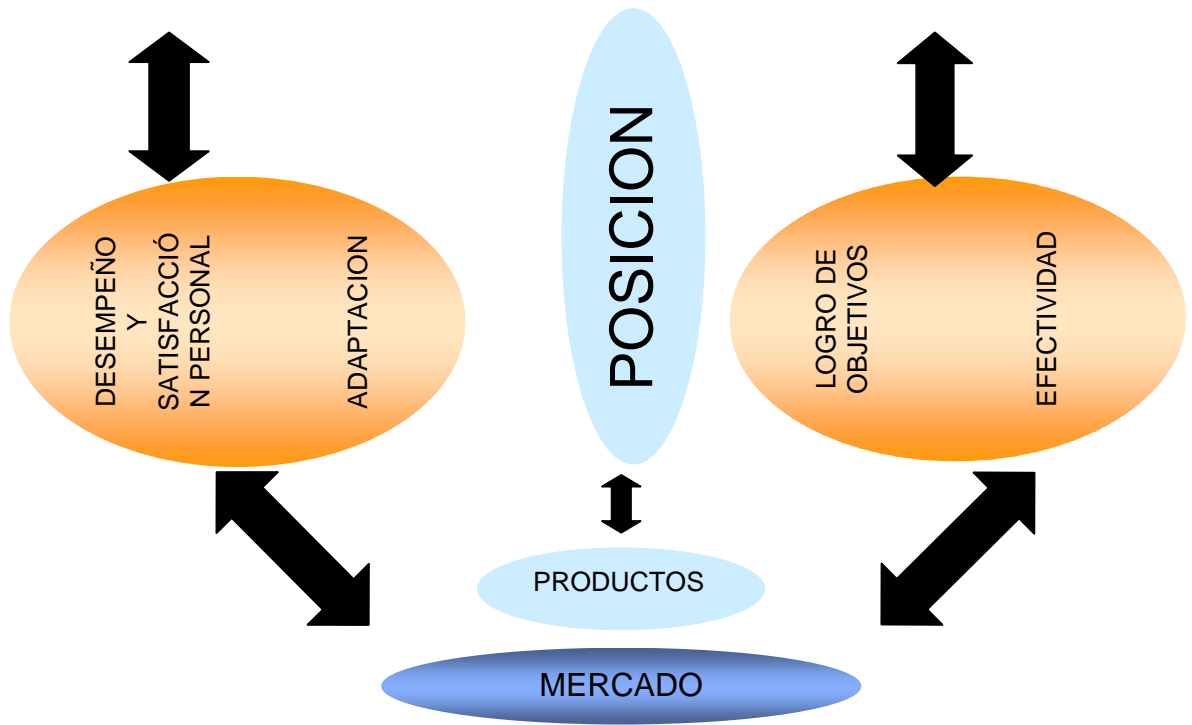
Los valores representan como deberían ser las cosas en conjunto, y los hábitos cómo las cosas son.

La cultura en esta clínica está desintegrada, ya que existen subculturas. Varios conjuntos culturales bajo el mismo conjunto. Entendemos que los valores y creencias no son apropiadas para las necesidades de la clínica como organización. La tendencia del mercado va a requerir estrategias de cambio, que debido al tipo de cultura existente, las mismas imposibilitarían la gestión del cambio. En general la relación cultura y desempeño cada vez es menos separable para el éxito de las organizaciones.

A continuación desarrollaré un cuadro donde podemos apreciar los aspectos integrales a tener en cuenta en un diagnóstico estratégico global y de detalle a manera de ilustración.

EL PROCESO SISTÉMICO EN LA ORGANIZACIÓN





SALIDAS o RESULTADOS

X. COMPARACIÓN CON LA COMPETENCIA.

En función de las encuestas efectuadas podemos afirmar que solamente una institución fue considerada superior a la Clínica. Respecto a dicha institución hemos efectuado un comparativo a los efectos de detectar fortalezas y debilidades que se detallan a continuación:

Desventajas respecto al competidor, el competidor tiene:

- Mayor capacidad edilicia, (mayor cantidad de camas).
- Mejor relación habitaciones individuales / habitaciones totales.
- Mejor hotelería en general..
- Mayor sistematización y mayor capacitación.
- Mayor cantidad de enfermeros profesionales.
- Mayores especialidades asociadas.
- Mejores sueldos.
- Menores conflictos societarios significativos.

Ventajas respecto al competidor:

- Profesionales más competitivos como conjunto.
- Menor burocracia.
- Mayor flexibilidad empresarial.

XI. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

Teniéndose en cuenta la información recabada en la primera parte se procedió a efectuar un la conclusiones respecto a:

Las Fortalezas y Debilidades de la organización.

Las Oportunidades y Amenazas.

Este estudio es conocido comúnmente como FODA.

XI.1.1. Estudio de Fortalezas y Debilidades.

Las fortalezas permiten a la organización tomar ventajas y actuar con efectividad frente a los cambios del medio externo o entorno. Permiten lograr ventajas competitivas que pueden ser reflejadas en el precio o en su rentabilidad final.

Las debilidades actúan a la inversa.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Alta experiencia, lograda en el exterior por los jefes de los servicios. ◆ El resultado de los servicios médicos. ◆ Estrecha relación del área de negocios con los principales clientes (Coberturas Médicas). ◆ Alta imagen corporativa. ◆ Alto grado de identificación del personal médico con la Institución. ◆ Deseo de cambio en los Recursos Humanos. ◆ Ser pioneros con la estrategia de franquicia sobre los consultorios externos. ◆ La relación vincular con médicos de cabecera (fidelización de una red cardiológico) ◆ Satisfacción de los pacientes con los resultados de las prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Existencias de subculturas por interacción de los accionistas. (reflejadas en la existencia de conflictos permanentes y bajo grado de identificación por parte de los accionistas) ◆ Subinversión significativa para afrontar el crecimiento de la demanda (Arquetipo Crecimiento y Subinversión). ◆ Inexistencia de estrategias deliberadas y su consecuente planeamiento. ◆ Estructura edilicia no competitiva. (Se incluye las áreas médicas propiamente dichas como a las comodidades de la hotelería. ◆ Estructura informática no competitiva. ◆ Falta de identificación del personal no médico con la organización.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inexistencia de políticas de capacitación al personal médico y no médico. (principalmente en lo relacionado con el paciente como cliente) ◆ Alta concentración de la facturación en pocos sistemas financiadores. ◆ La monovalencia. ◆ Estrategia de franquicia no cumplimentada como producto. ◆ Estrategia vincular con médico de cabecera no cumplimentada.
--	--

]

XI.1.2. Estudio de Oportunidades y Amenazas.

Las oportunidades pueden generar ventajas si la organización se ajusta a las mismas. Las desventajas son aquellas que de no tomarse en cuenta pueden ocasionar una daño o una desventaja a la organización.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
La desregularización permitirá una competencia de tipo regulada, donde habrá una mayor exigencia hacia el prestador. Potencial incremento de la demanda a causa de la desregularización (se mejorará el acceso de la población). Demanda algo inelástica respecto al precio del segmento ABC1.	Posicionamiento de otras organizaciones en el área). Tendencia a la baja en el precio. Mayor presión de las coberturas médicas (por haber accedido a mayor información) sobre el precio y la calidad hotelera. Integraciones entre la oferta y la demanda (o sea, entre los agentes financieros y proveedores de salud). Liderazgo del numero uno de la actividad. Los aranceles diferenciales de los cirujanos (aranceles no estandarizados)



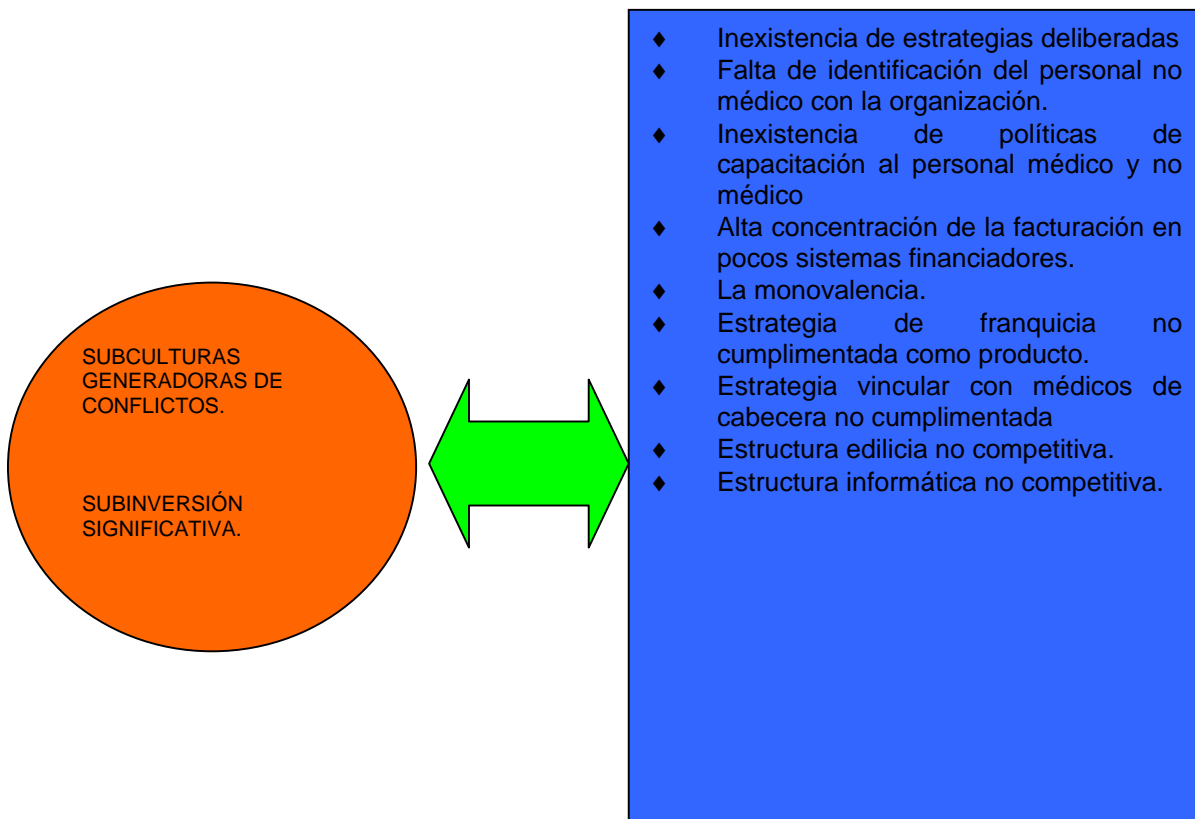
XI.1.3. Estudio de Situación.

Si efectuamos un análisis de la clínica graficando las debilidades de la organización, nos daremos cuenta de la existencia de dos problemas centrales. El resto de las debilidades están íntimamente ligadas e interrelacionados a las dos situaciones que las hemos denominado:

Los problemas centrales (La existencia de subculturas generadoras de conflictos y subinversión significativa).

A tal efecto ver el gráfico siguiente:

GRAFICO: LOS PROBLEMAS CENTRALES Y SUS INTERRELACIONES



La clínica es una organización que desde su origen ha nacido con un nivel de inversión no adecuado. Normalmente este tipo de situaciones genera la necesidad continua de reinversión de la rentabilidad positiva. Su no-capitalización pondría en peligro sus ventajas competitivas. La demanda interna de necesidades estructurales tanto edilicias como referidas a la sistematización de la información va creciendo día a día y su no-satisfacción le quita fortaleza a sus competencias esenciales.

Este problema central como hemos decidido llamarlo, provoca otras debilidades interrelacionadas con éste que sin convertirse en la causa principal es un limitante importante. Entre ellos tenemos:

1. Una estructura edilicia inadecuada: son innumerables los problemas, ya sean de tipo funcional, de distribución como arquitectónicos. Es una unidad edilicia envejecida para el nivel población que intenta posicionarse la clínica. Las expansiones edilicias, en los momentos que el presupuesto lo ha permitido, han sido condicionadas con la problemática de contar con recursos escasos, que no permiten generar unidades competitivas.
2. Una estructura informática inadecuada: nos referimos como estructura informática a la composición de hardware y el software de la clínica. Su hardware se encuentra envejecido casi en un 50%. Su software está desarrollado en lenguajes no competitivos para esta clínica ya que no son clientes - servidor.
3. La monovalencia: Atenta contra el tratamiento de pacientes que padecen problemas de la patología y simultáneamente otras enfermedades. La no-inclusión de otros servicios relacionados obedece en la mayoría de los casos, según se nos ha comentado a la inexistencia de presupuestos para el desarrollo de los mismos. Entendemos que esta no es la principal causa, existen otras más no consideramos necesario detallarlas en este trabajo.
4. La concentración de la facturación en pocas coberturas en general se debe en parte a la falta de capital de trabajo necesario para financiar las cobranzas de plazos más

largos requeridos por el segmento de mercado a captar. Por otro lado, a una inexistencia de un plan de acción para la captación de los mencionados.

5. Estrategia de franquicia y de médicos de cabecera. La clínica no cuenta con especialistas en el área de mercadotecnia para la terminación de la implementación del plan de franquicias. No se encuentran terminados los manuales operativos de la franquicia y que deberían ser partes integrantes de los contratos. Esta situación se repite en la estrategia sobre los médicos de cabecera. No existe el plan de fidelización que había sido planificado en su momento. La falta de recursos, nuevamente no es la causa principal pero sí su principal limitante.

El otro problema central y a nuestro criterio el más importante, es la existencia de subculturas. Esta situación sumerge a la organización en un proceso de conflicto permanente, donde se manifiesta la falta de identificación de los dueños con la organización. Es más importante el resultado económico de los servicios pertenecientes a los socios que el resultado de la clínica. La falta de pago de dividendos por las razones expuestas cuando nos referimos al concepto de subinversión, apalanca esta situación.

A continuación detallaremos otras debilidades interrelacionadas con la problemática de las subculturas:

1. Ausencia de desarrollo de Estrategias Deliberadas: no existe un proceso sistematizado de desarrollos de estrategias. Ni una metodología para evaluar aquellas estrategias emergentes que puedan ser de valor para la clínica. A no existir este proceso tampoco existe el planeamiento de las mismas. El no contar con esta herramienta demuestra la ausencia del criterio empresarial en las decisiones de los dueños.
2. Falta de identificación del personal no médico con la organización: si este personal tuviera alternativas de ofertas de trabajo, seguramente nos encontraríamos frente a una alta rotación del mismo. La identificación

tiene que ver con la realización, el reconocimiento, la tarea misma, el progreso, su autoestima, etc. el grado de insatisfacción del personal que surgieron de las encuestas denota que la rotación es baja solamente por la falta de trabajo en nuestra economía y no por su identificación con la organización. Entre los aspectos que podemos destacar, mencionamos los siguientes: condiciones de trabajo insatisfactorios, escasa participación en las decisiones, recursos mal distribuidos, indiferencia del directorio por el personal, etc.

3. Inexistencia de políticas de capacitación al personal médico y no médico. (Principalmente en lo relacionado con el paciente como cliente): El tema es más amplio que lo aquí expresado, en realidad se debería identificar este punto como la falta de estrategia de recursos humanos, más teniendo en cuenta que la Salud es un rubro de la actividad económica con demanda intensiva de mano de obra (desde una visión económica). No existe departamento de recursos humanos. El Proceso de selección del personal no médico no es sistematizado. No existen políticas de premios.

Estudio de las Amenazas

El estudio de las Amenazas, nos lleva a los siguientes comentarios:

1. Posicionamiento de otras organizaciones en el área cardiovascular: en los últimos cinco años han surgido nuevos centros competitivos tanto en la capital del país como en el interior. Obviamente la competencia se posiciona en los niveles poblacionales más bajos pero atenta contra las coberturas contratadas por la clínica con módulos diferenciales. Hasta ahora la posición oligopólica de la clínica le permitía efectuar una estrategia de diferenciación de precio con relación los diferentes niveles socioeconómicos. Es probable que esta estrategia tienda a desaparecer en el futuro.
2. Tendencia a la baja en el precio: Esta tendencia obedece a una pérdida por parte de la clínica de su poder oligopólico por lo antes mencionado y a la presión de los agentes

- financieros para reducir la incidencia de los gastos en cardiología en sus respectivos presupuestos en salud.
3. Mayor presión de las coberturas médicas (por haber accedido a mayor información) sobre el precio y la calidad hotelera: los agentes financieros o coberturas médicas han tomado más información sobre los costos de la cardiología. Por otra parte están realizando presiones sobre los prestadores para que estos mejoren las estructuras edilicias.
 4. Integraciones entre la oferta y la demanda (o sea, entre los agentes financieros y proveedores de salud): Éstas integraciones verticales son, desde mi óptica no debería ser permitidas por el estado, ya que representan en cierta manera la unión de la oferta y una demanda encubierta. Se mezcla la producción de servicios médicos con sistemas de negocios ligados al riesgo y que en principio son representativos de la demanda dentro del rubro salud. Independientemente de este concepto, estas integraciones son amenazas respecto a la potencial reducción de pacientes por parte de dichas coberturas.
 5. Liderazgo del numero uno de la actividad: El líder de esta actividad cuenta con soportes financieros que funcionan como barreras de competitividad.
 6. Los aranceles diferenciales de los cirujanos (aranceles no estandarizados): este punto quizás requiera de un capítulo aparte por la complejidad del mismo. Es un tema polémico y general en el sector salud, no siendo esta clínica ajena a dicha situación. En mi opinión esto está muy relacionado con la problemática de las subculturas de la organización. El entorno acepta esta situación de honorarios diferenciales, pero lo que no se está aceptando es la falta de estandarización de los mismos. No es aceptable la estrategia oligopólica de discriminación de precios respecto a los honorarios diferenciales de los jefes de servicios en función del nivel socioeconómico de los pacientes. En economía esta práctica es denominada "Modelo de Discriminación de Precios", y cuyo concepto es, "la venta del mismo bien o servicio a precios diferentes

a distintos consumidores con el fin de incrementar las ganancias”.

Estudio de las Fortalezas.

Respecto al estudio de las fortalezas nos ha llevado a la conclusión que la suma de:

1. La capacitación en el exterior de los jefes de servicios.
2. Los resultados médicos.
3. El alto grado de identificación del personal médico con la institución.

Representan las competencias centrales de la organización. Esta situación puede ser manifestada por la siguiente expresión recogida de algunos pacientes: “ El que entra a esta clínica por un problema cardiológico, siempre sale bien.

El otro aspecto significativo de la organización, es la imagen corporativa. La comunidad percibe a la clínica como un centro con muy buenos resultados en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

XI.2. PROPUESTAS

La existencia de los dos problemas centrales, como así lo hemos llamado, a través de la historia de la compañía, ha sido una constante. La organización ha venido invirtiendo tiempo y dinero en diferentes estrategias y ninguna ha sido exitosa en la solución de los mencionados.

Por lo tanto nuestra recomendación, a los efectos de permitir la perduración y desarrollo de la organización a través de tiempo y en resguardo del capital de los accionistas o dueños, se recomienda la implementación de las siguientes estrategias:

1. Realizar un proceso de apertura del capital tanto hacia los médicos de la organización como a fondeo externo. Debería incluir un sistema de sindicación de acciones.
2. El nuevo capital a incorporarse debería ser asignado: a) En un primera etapa: a la adecuación edilicia y a

establecer un sistema informático integral competitivo. B)
En una segunda etapa: al desarrollo de una nueva clínica.

3. Conformación de un Directorio Multiprofesional representativo e independiente que tome a su cargo la gestión del proyecto organizacional y rinda cuenta sobre la base de resultados a la finalización de los ejercicios.

4. Establecer un proceso de creación de los siguientes aspectos:

4.1. Generar la Visión integral de la Clínica.

Para crear un futuro, debemos definir primero que queremos ser, donde queremos ir y la razón de la existencia de la sociedad.

Se puede basar en cuatro dimensiones:

Las Aspiraciones: referidos al cumplimiento de ciertos objetivos que generen resultados exitosos para la sociedad y los consumidores de sus productos.

Las Habilidades Centrales: es basar la visión en las habilidades y conocimientos que se posean.

La Diferenciación: la visión se basa en esforzarse por ser el único.

La Inspiración: la visión se basa en el esfuerzo de la organización en generar una mejor calidad de vida para sus consumidores.

4.2. Generar la Misión.

La Misión significa como la organización planifica o planea conseguir lo que la visión quiere ser.

Se incluyen tres dimensiones:

La definición de la demanda o tipo de necesidades y consumidores a la cual queremos servir.

La identificación de los productos o servicios con el cual satisfacemos las necesidades mencionadas.

La descripción de por que nos eligen.

4.3. Desarrollar los valores centrales (cultura).

Los valores centrales representan los conceptos de gestión referidos al comportamiento de nuestra organización

incluidos los de nuestros empleados. Estos valores incluyen a aquellos referidos a: metodología de obtener resultados, a las relaciones intra organizacionales, a la excelencia, a la integridad, a la innovación, seguridad, trabajo en equipo y a la complacencia de funcionamiento.

Se deben alinear los valores individuales y los de la organización. La alineación implica adherencia de los valores de los individuos a los valores generales de la organización.

5. Desarrollar un programa de Gestión del Cambio Integral (ya sea en el ámbito de socios, directivos y empleados), dirigido por un sociólogo organizacional con experiencia suficiente para la conducción de este proceso. A continuación desarrollamos un resumen conceptual de lo que debería ser este proceso para la organización.

PROCESO DE GESTIÓN DEL CAMBIO

1. PROCESO BÁSICO DE GESTIÓN DEL CAMBIO

1.1. IDENTIFICAR LA RAZÓN DEL CAMBIO

Es quizás éste punto la base para el despegue. Significa identificar la necesidad de cambio. Identificar él por qué y él para qué cambiar. Sin ello, la organización no provocará el cambio necesario.

Cuando nos referimos a la organización nos estamos refiriendo no solo a su personal, sino a la cúpula directiva, como a sus accionistas o dueños en la medida que intervengan de alguna manera en la compañía y no sean meros inversores financieros.

Uno de los mayores errores que se cometen, es generar en los empleados la obligación del cambio. Esto permite resultados a corto plazo, resultados demostrables, pero contraproducentes en el mediano y largo plazo. Debemos demostrar a los empleados la necesidad de la razón del cambio. Pero los mayores problemas de reconocimiento de la necesidad del cambio, no se producen en la base de la pirámide organizacional, sino más bien en la dirección de la empresa.

La mayor aversión al cambio se encuentra en el cuerpo directivo, situación lógica ya que ellos poseen el poder formal de la organización y son los que más tienen que perder.

1.2. UTILIZAR UN MECANISMO DE COMUNICACIÓN INTEGRAL A TODO EL PERSONAL

El personal debe tener información integral formal de lo que realmente sucede en la compañía. Este es un punto muy discutido por los empresarios argentinos que normalmente esconden al personal la situación económica financiera de la empresa.

Es un error ya que con este mecanismo el empresario puede maximizar su utilidad de mejor manera. El empleado debe conocer la expectativa del cliente, la del accionista o dueño, conocer el proceso de toma de decisiones, las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de la organización. El empleado debe conocer las necesidades técnicas de la organización, en otras palabras el empleado debe conocer todo lo relevante que hace a la proyección de la empresa y su proyección personal.

1.3. DESARROLLAR UNA VISIÓN INTEGRAL (A DÓNDE SE QUIERE LLEGAR)

Implica desarrollar una visión compartida. Llamamos visión compartida al proceso de participación del personal en la determinación de la visión del negocio. Lo que permitirá al personal observar que su participación es importante y por ende visualizar una mejora de su propio bienestar en el futuro.

Implica que el personal debe participar en el diagnóstico de la organización. Condición necesaria para reforzar la necesidad del cambio.

1.4. LA CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO DE LIDERAZGO DE CAMBIO

El equipo debería estar conformado por representantes de los diferentes niveles organizacionales. El gerente general o el principal ejecutivo o dueño no es lo suficientemente poderoso, experto, o autosuficiente como para conducir con éxito un proceso integral de cambio.

El equipo es lo más difícil de lograr, y la mayor dificultad normalmente fue encontrada en los mismos empresarios. Hacer algo diferente de lo habitual implica una apertura mental significativa.

2. PERSPECTIVA DEL ENFOQUE.

2.1. ENFOQUE DE COMPLEJIDAD

No significa hacer el cambio difícil, sino todo lo contrario significa hacerlo integral, que implique un real cambio del empresario, del ejecutivo y de todo el personal.

Los cambios pequeños no sirven, no provocan ningún resultado positivo, y lo peor de todo, postergan el cambio integral que maximiza la utilidad empresarial ya sea económica o social.

Si los cambios NO son integrales, las viejas y malas costumbres se refuerzan, principalmente en el vértice de la pirámide organizacional. No hemos cansado, de ver como todo un proceso de cambio integral se desvanece por que algún directivo no asume la responsabilidad y el compromiso, como la honestidad de reconocer la necesidad de cambio y su consecuencia con dicha necesidad.

2.2. RECURRIR AL PODER CIUDADANO DEL PERSONAL (ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN)

Implica que el proceso de participación debe ser real y efectivo para que la totalidad de los individuos tengan un protagonismo relevante, y de esta manera lograr poder ciudadano de las ideas, ya que nadie resiste o boicotea las propias ideas.

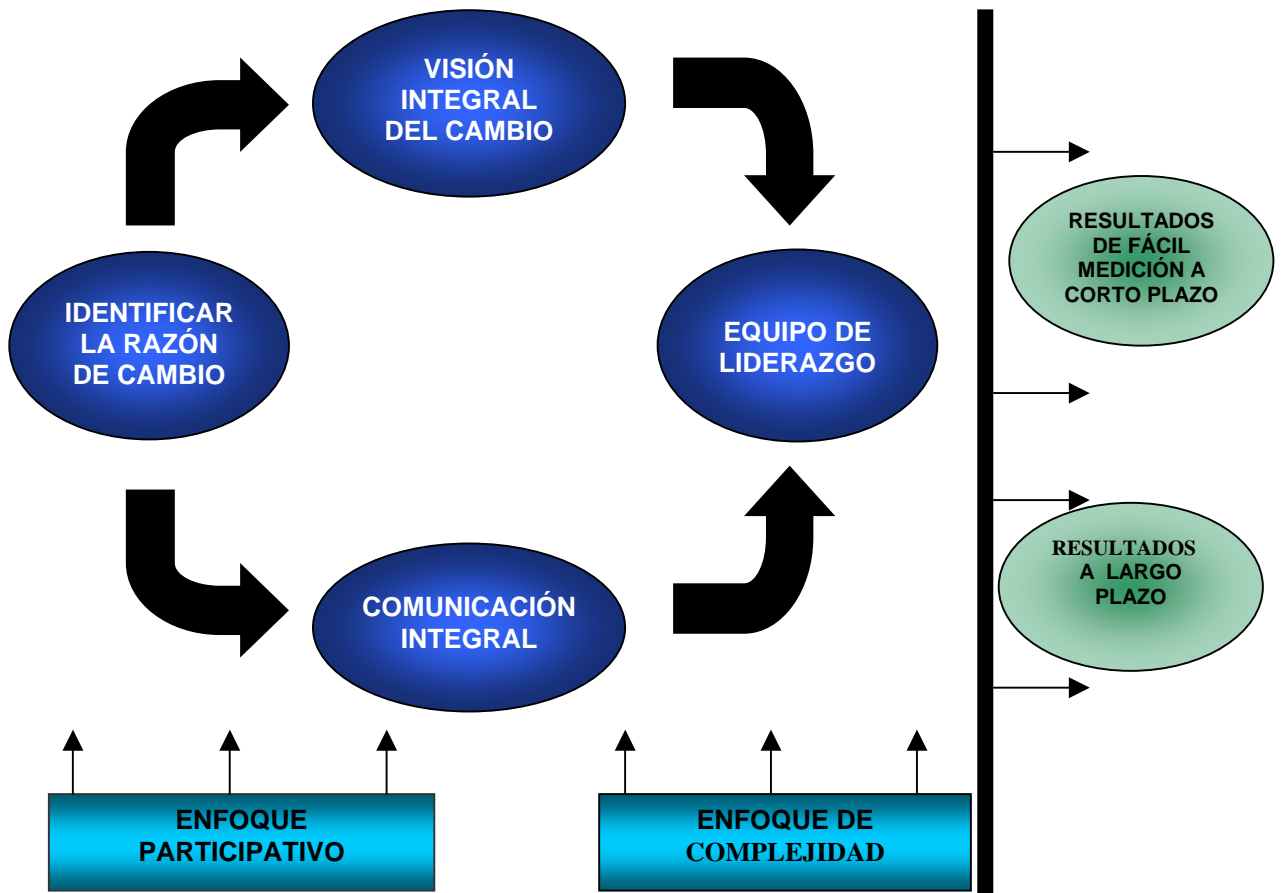
Cuando a las personas no se las involucra en un proceso, o no se les permite involucrarse, normalmente su pensamiento no se transforma, por lo tanto no existirá compromiso y comprensión del cambio.

3. UTILIZAR TÁCTICAS QUE PERMITAN RESULTADOS POSITIVOS INMEDIATOS

Los resultados inmediatos dependen muchas veces de establecer objetivos claros y de fácil medición. Los cuales deben estar dirigidos a los diferentes niveles, o sea satisfacer necesidades de los accionistas, directores y del personal. Es como querer adelgazar y establecer objetivos de reducción de peso al sexto mes, sería inaceptable, la reducción de peso debería lograr resultados inmediatos.

Estos resultados logran un refuerzo positivo de la necesidad de cambio y destruyen la actitud negativa de aquellos que todavía no creen en la necesidad de una transformación.

PROCESO DE GESTIÓN DE CAMBIO



6. Desarrollar un plan de Marketing Integral que tenga en cuenta la conclusión de la estrategia vincular con los médicos de cabecera y la estrategia de franquicia de los consultorios externos. Esta estrategia debería estar implementada bajo el concepto de Customer Relationship Management. Terminología que aclaramos a continuación:

CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT

En el Mercado se ha utilizado una serie de nombres para identificar al marketing de relaciones y han sido los siguientes:

Customer management. Customer information systems, customer value management, customer car, customer centrlicity y customer-centric management.

Todos ellos han desembocado en la denominación CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT.

EL OBJETIVO de la mercadotecnia ha sido:

1. focalización en el cliente o consumidor (uno a uno)
2. Relación perdurable en el tiempo con el cliente o consumidor.
3. Eliminación de la intermediación innecesaria.

En la antigüedad la relación del almacén con el cliente era uno a uno, en la actualidad debido a la tecnología podemos establecer esa relación de manera industrializada.

El CRM viene a generar un proceso de cambios tanto en la estrategia, en el proceso, en el diseño organizacional, y a veces en diseño técnico.

El CRM busca administrar mejor el negocio centrandó su enfoque en la interrelación con el cliente.

Price Waterhouse Coopers en el libro compilado por Santley Brown define que hay tres etapas:

En la primera, la organización debe enfocarse en la incorporación de clientes (CUSTOMER ACQUISITION).

En la segunda se desarrolla una relación a los efectos de identificar los valores que permitan la retención del cliente (CUSTOMER RETENTION).

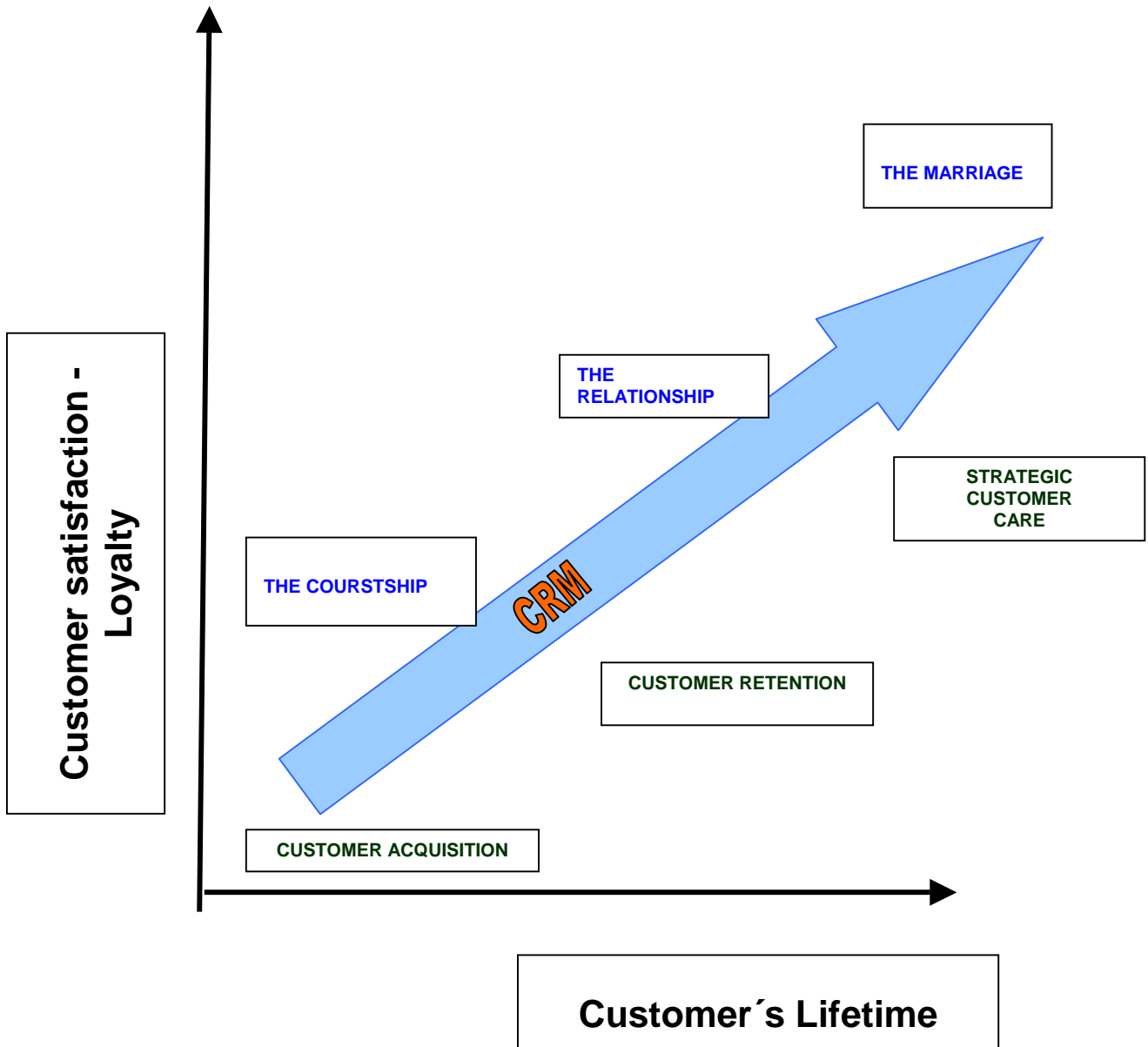
En la tercera se arriba al CRM estratégico, donde el conocimiento completo del cliente, permite establecer los valores relacionales de la vida útil como cliente (STRATEGIC CUSTOMER CARE).

Asimismo la tercera etapa debe ser soportada por los siguientes conceptos:

1. Identificar las características del tipo de cliente más importante para la compañía: Se debe reconocer que algunos clientes son más importantes que otros.
2. Segmentación de clientes en grupos naturales: significa categorizar los clientes a los efectos de ajustar los servicios y productos en función de las necesidades de los mismos.
3. Implementación de relaciones de comunicación a los efectos de conocer con detenimiento las necesidades y posibilidades de los clientes.
4. Inversión en tecnología informática a los efectos de proveer soluciones a los Clientes.
5. Alta gerenciación del cliente mediante proceso de tratamientos consistentes.

Los cinco puntos mencionados apuntalan principalmente la etapa tres del proceso, pero la implementación temprana potencia las etapas primera y segunda.

LAS ETAPAS DEL CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT



FUENTE: Stanley Brown. CRM
Page: 57

Se considera a las propuestas antes enunciadas, como básicas para implementar las siguientes propuestas que solamente se recomienda tener en cuenta si las primeras han iniciado su implementación.

1. Establecer un sistema de carrera médica para todos los servicios médicos: en donde se establezca un sistema de jerarquización y promoción a los efectos de permitir la llegada de los más capaces a la posición de jefe de servicio. Este sistema debe permitir también la participación accionaria del jefe y subjefe de servicio.
2. Establecer un sistema de capacitación del personal médico, para - médico y administrativo.
3. (Continuando don el punto 2) Cambiar el actual sistema informático por uno más moderno que permita establecer la relación cliente servidor. Consideramos a este punto, como muy importante debido a que sin este punto será imposible establecer estrategias modernas y competitivas en el manejo de la información. Esta herramienta está íntimamente vinculada con el éxito del plan de mercadotecnia. Principalmente si se quiere conseguir fidelidad en un escenario competitivo y para ello querer establecer a través de tecnología un esquema de soluciones CRM (Customer Relationship Management).
4. Establecer un sistema de gestión de la calidad formando un comité de calidad para que conjuntamente con los Directivos se implemente un programa. Se recomienda la acreditación del programa bajo las normas ISO.

XII. EL DIANÓSTICO ESTRATÉGICO DEL PRESTADOR Y SU INTERRELACIÓN CON LAS FALLAS DEL MERCADO.

El sector salud en la República Argentina se caracteriza por la existencia de un mercado regulado y otro pseudo libre que ha generado a través de los años la existencia de un **oligopolio bilateral de pago retrospectivo a la oferta**.

Este oligopolio bilateral es provocado por:

- Las fallas del Estado en generar una regulación inadecuada por un lado.
- Las fallas del mercado de la salud que incrementa la brecha de la asimetría de la información entre la oferta de servicios médicos y la demanda ya sea a través de la representación de la demanda (el agente financiador) o la demanda misma (el afiliado o potencial paciente).

Respecto a la oferta, existen muchas organizaciones que surgieron como consecuencia de agrupamientos de profesionales médicos independientes. Estos agrupamientos conformaron sociedades que actualmente se caracterizan por, la falta de coordinación entre los mismos, la permanencia de intereses personales que priman sobre los intereses organizacionales, etc.

Esto provoca en la oferta médica incongruencia de misiones y objetivos en general.

Esta metodología característica de funcionamiento en los prestadores de salud es incompatible para un mercado competitivo.

Normalmente nos encontramos que en general los prestadores de salud exitosos se basan en una estrategia de diferenciación de servicios para mantener su posición oligopólica generada en la asimetría de la información como falla sustancial de mercado, que actúa a su vez como barrera de entrada a otros competidores.

En nuestra opinión, el éxito de los prestadores en la salud se ha basado más en una explotación impensada de las fallas del mercado, que en estrategias diferenciadoras basadas en ventajas competitivas.

PARTE IV

CONCLUSIONES

PROPUESTA DE DESARROLLO DE POSTULADOS ECONÓMICOS CON RELACIÓN A LAS FALLAS DE LOS MERCADOS.

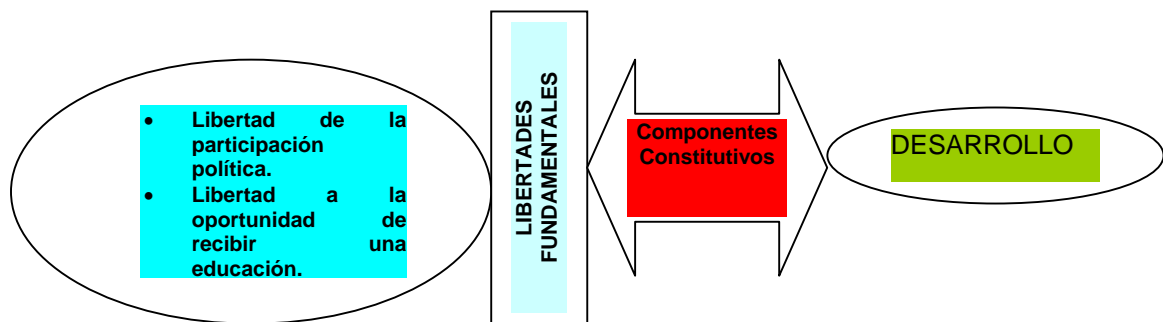
Así como en la contabilidad se postularon principios contables generalmente aceptados, a los efectos de ajustar la información contable a normas que sean de aceptación generalizada. Se propone desarrollar postulados o principios económicos que permitan a los Estados intervenir en los sistemas económicos con el objetivo de reducir las fallas de los mercados y de esta manera lograr un mejor funcionamiento eficiente y equitativo.

A tal fin, propongo los siguientes postulados básicos:

- I. Adecuada separación de la oferta y la demanda. Los agentes económicos representativos de la oferta en principio no deberían cumplir funciones de la demanda, ya que ello llevaría a la deformación del mercado. Aunque este concepto parezca elemental, la realidad económica demuestra que los intereses finales del consumidor no son tomados en cuenta. Muchas veces por avances de la oferta (integraciones verticales y horizontales de las actividades de un sector) sobre la demanda o por regulaciones inadecuadas, el poder de la demanda final se ve disminuido.
- II. Identificación de la intermediación representativa de la oferta y la demandada. Su adecuada separación.
- III. Todos los productos o servicios deben estar adecuadamente definidos tanto para la oferta como para el consumidor. No debería aceptarse los productos o servicios difusos, se deberá delimitar el alcance y garantía del mismo al consumidor.
- IV. La responsabilidad de la información sobre el producto siempre es de la oferta.
- V. El fin principal del Desarrollo es la expansión de la Libertad de los individuos, siendo ésta última a su vez un medio para el Desarrollo. (Desarrollo como Libertad).

Este principio aquí enunciado está tomado del trabajo realizado por el premio novel de economía de 1998, Amartya Sen. En su trabajo enuncia que entre las

libertades instrumentales se encuentran: 1) Las libertades políticas. 2) Los servicios económicos. 3) las oportunidades sociales, 4) Las garantías de transparencias y 5) La seguridad protectora. Las libertades instrumentales se interrelacionan entre sí, y son fomentadas por las Libertades Fundamentales. Amartya Sen considera que las Libertades Fundamentales son los componentes constitutivos del Desarrollo.



Asimismo, Sen manifiesta los siguientes conceptos:

1. Las libertades fundamentales y el Desarrollo tienen una relación causal.
2. Existe una discordancia entre:
 - Renta per. Cápita.
 - La libertad de los individuos para vivir mucho tiempo y para vivir bien.
 Ej. El PBN per cápita es más alto en Brasil que en China pero en ésta última la esperanza de vida es superior.
3. La libertad del individuo para participar en el mercado de trabajo contribuye al desarrollo como el mecanismo de mercado contribuye al crecimiento económico. La denegación de la libertad para participar en el mercado de trabajo atenta contra el desarrollo.
4. La libertad política y la libertad económica de los individuos se refuerzan mutuamente, ya sea en forma negativa o positiva.

5. Los valores sociales y las costumbres influyen sobre las libertades de los individuos y por ende sobre el desarrollo.
-
- VI. La relación Simétrica entre los recursos de la economía fomentan un mejor funcionamiento de los mercados competitivos. La existencia de limitaciones sobre los recursos económicos, ya sea en los Recursos naturales (Tierra), el Trabajo (Físico o del Conocimiento y habilidades) y el Capital, provocan fallas de mercado a favor de determinados agentes económicos.
 - VII. Los valores Culturales de la Sociedad son elementos generadores de barreras socioeconómicas que pueden afectar el funcionamiento de los mercados competitivos. Mismas medidas económicas generan resultados distintos en comunidades diferentes.
 - VIII. Las medidas económicas y el éxito de la economía se miden por sus resultados. Consideramos a los siguientes índices como medidores ciertos del resultado de las medidas adoptadas:
 - i. Longevidad de la población.
 - ii. Distribución de la renta.
 - iii. Índice de mortalidad infantil.
 - iv. tasa de desocupación
 - v. Tasa de pobreza.
 - vi. Índice de educación.
 - IX. Se considera al sistema Democrático como la condición necesaria para el funcionamiento de un sistema de mercado competitivo. Se considera a la Libertad y a la Representatividad Legítima de los intereses de la población como condición suficientes en el nivel de máxima expresión.
 - X. Las innovaciones tecnológicas deberían estar al alcance de la población. Este postulado no implica costo cero de accesibilidad, sino todo lo contrario que esta disponible para todos previo pago por su utilización.

ASPECTOS RELEVANTES DE LA SALUD Y LAS FALLAS DEL MERCADO.

La salud es consecuencia de los siguientes factores:

1. Como producto de la Asistencia Sanitaria.
2. Como resultado de la Conducta individual.
3. Como resultado del esfuerzo Individual y el tiempo asignado.
4. Como resultado del proceso biológico (degradación ocasionado por la edad).

La salud es demandada:

1. Como bien de Inversión (si trabaja genera renta).
2. Como bien complementario del consumo de otros bienes (el consumo de ciertos bienes y servicios son consecuencia de la existencia de salud del individuo).

La inversión en Salud genera:

1. Aumento de días para ser destinados al trabajo o al descanso como concepto integral.
2. Aumento en la retribución por tiempo trabajado siempre y cuando el recurso tenga demanda.

El mercado se inserta en un flujo amplio de interacción social que afectan su normal desenvolvimiento. Solo a través del Estado se puede modificar esas imperfecciones y subordinar los individuos al pleno rigor del mercado de competencia perfecta.

La Competencia Global desregulada (del poder del Estado) transferida a determinados actores del mercado, ha provocado la existencia crónica e insegura de un mundo laboral de tiempo parcial y por contrato, donde no hay relaciones estables. El trabajo ha pasado a ser un commodity. Como dice John Gray existe una tensión natural entre mercados y democracia.

La salud en esta relación se ve seriamente afectada, y eso se debe principalmente que no se han tomado en cuenta las fallas del mercado, como así tampoco la ausencia de

representatividad de los consumidores en la elección de sus coberturas mediante procesos democráticos.

Asimismo Chernichovsky (39) habla de que dentro del sistema de salud están comprometidas tres funciones sistémicas:

- La financiación de los servicios.
- La organización y el manejo del consumo de los servicios.
- La prestación de los servicios.

Y que con relación a estas funciones sistémicas se debe combinar lo siguientes elementos:

- Las ventajas de los sistemas públicos (acceso universal, conjunto básico de prestaciones y un control efectivo del gasto).
- Las ventajas de los sistemas descentralizados de naturaleza privada (satisfacción del usuario y producción eficiente de los servicios).

Por lo tanto, propongo a continuación postulados básicos a los efectos de lograr una mayor eficiencia y eficacia en el cuidado de la salud.

- Debida separación de la oferta de los servicios de salud y la demanda de los mismos. Entendemos como oferta de salud a todos los servicios médicos y paramédicos. La oferta de salud no debería ofrecer productos o servicios que corresponden a la demanda o sus representantes. Entendemos que los servicios de riesgos relacionados con la compra de la oferta de servicios de salud corresponden a la función de demanda. Esta separación significa la adecuada separación del financiamiento, la gestión de compra y la oferta de salud. En nuestra opinión la reparación de la salud no puede ser ofrecida con el producto que cubre el riesgo de aparición de la enfermedad.
- Clara definición del producto o servicio correspondiente a la oferta de salud. Se deberá limitar lo alcances de los mismos como los criterios de calidad y seguridad. Los módulos han sido una

aproximación a este concepto, como así también los denominados DGR.

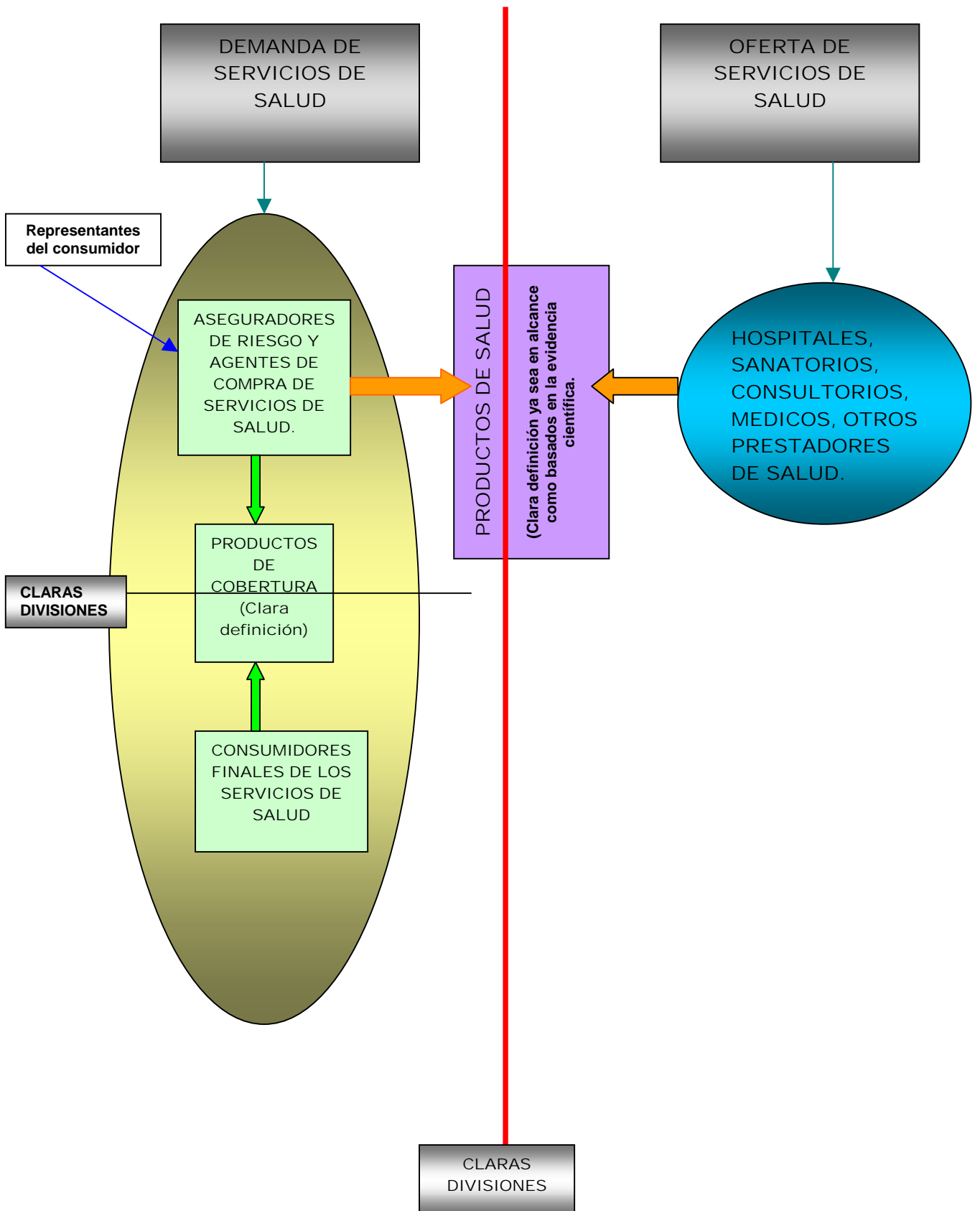
- Clara definición del producto o servicio de riesgo a cubrirse. En la Argentina la ley de Programa médico Obligatorio ha sido un ejemplo de aproximación. Los alcances como sus limitaciones deben ser claramente definidos.
- La obligatoriedad del financiamiento para todas las personas que ejerzan una función como agente económico (Actividades independientes como dependientes), a través de la recaudación del Estado. Este punto es de vital importancia a los efectos de cumplimentar los objetivos de equidad y solidaridad de un recurso fundamental en el funcionamiento de la economía como es la salud de las personas, siendo éstas como actividad del trabajo un recurso de la economía.
 - La legítima representación de la población en la gestión de compra de los servicios de salud. Las organizaciones que se especialicen en la oferta de cobertura del riesgo de salud deberían ser representativas de la población. Ya sea: Por la elección directa del consumidor o por sistemas democráticos de representación en los sistemas de aporte obligatorio.
 - La relación proveedor de coberturas de riesgos en salud y el consumidor debería estar ligadas a productos donde la definición de su alcance es un elemento sustancial. Asimismo se debería ofrecer productos que ante la aparición de la enfermedad se requieran coseguros o copagos, a los efectos de evitar que dichos productos se deformen como bienes públicos. La no-existencia de copagos genera una falla de mercado al convertir al bien de uno

privado en público. Recordemos que bienes públicos son aquellos que están disponibles para su consumo, sin importar quien paga y quién no. Los bienes públicos no son rivales en el consumo, esto significa que el consumo de una persona no disminuye el consumo de otra. El bien público está disponible para todos. El bien público implica la no-exclusión de nadie y no se puede ofrecer de manera redituable. O sea que dentro de una cobertura la no-existencia del copago genera bienes con acceso irrestricto a aquellos que han pagado la prima provocando lo que se denomina abuso moral por parte del consumidor.

- o La prevención y la promoción de la salud son compatibles con la provisión de la cobertura del riesgo en salud y con la oferta de servicios de Salud.

A continuación y a manera de conclusión final, desarrollo un cuadro donde se puede apreciar una adecuada separación de funciones en el sistema de la salud.

ENFOQUE SISTÉMICO DE SEPARACIÓN DE FUNCIONES



NOTA:

Para el desarrollo de este trabajo se ha utilizado la siguiente bibliografía:

PARTES I Y II.

- 1. Evaluación integral. Ricardo Galán Morera.**
- 2. Principios de Economía de Gregory Mankiw**
- 3. Aspects of medical care administration. Donabedian A.**
- 4. Principios de gestión sanitaria. Francisco Errasti. Diaz de santos, 1997.**
- 5. Administración Hospitalaria. Malagón-Morera-Laverde**
- 6. Auditoría en Salud de Malagón Londoño, Galán Morera y Pontón Laverde.**
- 7. Health Care Economics. Paul J. Feldstein. Delmar Publishers Inc.**
- 8. Formas de Organización y Responsabilidad de las Empresas de la Salud de José Luis Monti.**
- 9. Principios Básicos de Management y Marketing para Profesionales de la Salud de Pascual Horacio Berstein.**
- 10. Costos Médicos de Osvaldo A. Cerdeiro.**
- 11. Los Diez mayores descubrimientos de la Medicina de Meyer Friedman y Gerald Friedland.**
- 12. Economía y Salud. Fundamentos y Políticas. De Guillem López i Casanovas y Vicente Ortún Rubio. Encuentro Ediciones 1998.**
- 13. Microeconomía de William McEachern. Cuarta Edición.**
- 14. Nuevas reglas de Juego para la Atención Médica en la Argentina de Susana Belmartino. Lugar Editorial 1999.**
- 15. Nuevas reglas para la nueva Economía. Kevin Kelly. Gránica 1999.**
- 16. Desarrollo y Libertad. Amartya Sen (Premio Nobel de Economía). Editorial Planeta 2000.**

17. **Economía Política de la globalización, Ángel Martínez y González Tablas. Ariel Economía. 1 Edición 2000.**
18. **The Return of Depressions Economics. Paul Krugman. W.W. Norton & Company, N. York – London, 1999.**
19. **El Beneficio es lo que Cuenta, Neoliberalismo y Orden Global. Noam Chomsky. Editorial Crítica, 2000.**
20. **Economía Sanitaria. Universidad Nacional de Río Cuarto. Roberto Tafani. Julio del 2000.**
21. **Economía. En el pensamiento, la realidad y la acción. Daniel Pérez Enrri. Ediciones Macchi, 2000.**
22. **Instituciones, contratos y regulación en Argentina. Manuel Abdala, Pablo Spileer. Temas Editorial 1999.**
23. **Aquí no puede ocurrir, El nuevo Espíritu del Capitalismo. Joaquín Estefanía. Editorial Taurus, 2000.**
24. **La Crisis del capitalismo global, de George Soros. Editorial Sudamericana 1999.**
25. **Revista Gestión Clínica y Sanitaria. (España)**
26. **Turbo - Capitalism. Winners and Losers in the Global Economy. Edward Luttwak. Weidenfeld and Nicolson, London, 1998.**
27. **Gestión Sanitaria, Innovaciones y Desafíos, de Señaris, Ortún Rubio, Martín Moreno, Núñez Cortés y Gené Badía. Masson 1999.**
28. **Gestión Estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios de Jaime Varo.**
29. **Fundamentos de Economía: Karl E. Case/ Ray C. Fair segunda edición.**
30. **VI Jornadas de Investigación y trabajo científico y Técnico de la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Río Cuarto.**
31. **Revista Española de Salud Pública vol. 73 n1 Febrero/1999. Santiago Cervera Soto y José Javier Viñes Rueda. "El ejercicio de la medicina en el contexto médico social del año 2000.**
32. **Diario La Nación, Editorial Domingo 13 de Agosto del 2000, Pág. 26.**

33. Efectos del crecimiento y las reformas económicas sobre la distribución del ingreso. *Revista de la Cepal* 71 • agosto 2000. en América latina Samuel a. Morley.
34. Oscar Altimir y Luis Beccaria en su trabajo editado en la revista de CEPAL, *Distribución del Ingreso en la Argentina*.
35. **La Medicina del 2000. Claves de gestión para Obras Sociales y Prepagas. Mario Kamelman Levitín y Miguel Jaime Pujol. Ediciones A. Macchi. Julio del 2000.**
36. **Economics for Health Care Management. Ann Clewer and David Perkins. Prentice Hall, 1998. University of Kent At Canterbury.**
37. **La quinta Disciplina. Peter Senge. Gránica.**
38. Iglehart, J.K. 1992:the american health Care System. Managed care. *The New England Journal of Medicine*.
39. Chernichovsky, Dov. *Health Sector Reform in Developing Countries*. Harvard University Press.
40. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. CEPAL. Volumen I y II. Daniel Titelman y Andras Uthoff (Compiladores).

PARTE III

41. **Turn – Around. Guillermo Schimitt. Atlántida 1994.**
42. **Las Organizaciones Neuróticas. De la neurosis a la calidad total. Vicente Perel. Ediciones Macchi. 1993.**
43. **Marketing Estratégico. Jean – jacques Lambin. Mc Graw Hill. 1995.**
44. **Los que venden. Método de Venta Relacional. Néstor Braidot. Macchi. 1996.**
45. **Marketing Total. Néstor Braidot. Ediciones Macchi, 4 Edición.**

46. **Leading Change.** James O'Toole.
47. **Clínica Empresaria. Una metodología paso a paso para desarrollar y monitorear un Plan de Negocios.** Gerardo Saporosi. Ediciones macchi.
48. **Mercadotecnia.** Philip Kotler. Tercera Edición. Prentice Hall.
49. **Dirección de Instituciones Sin Fines de Lucro.** Peter Drucker. El ateneo 3 E. 1996.
50. **Reingeniería.** Hammer & Champy. Norma 1994.
51. **Ventaja Competitiva.** Michael Porter. Editorial Rei.
52. **Coste y Efecto.** Kaplan y Cooper. Gestión 2000.
53. **Marketing, Crisis y Recesión.** Hermida y Rico. Ediciones Macchi.
54. **Estrategias de negocios.** Roberto Serra. Editorial Mercado.
55. **Estrategia. Management y el Cambio.** Armando Bertagnini. Editorial Mercado.
56. **Mayonesa. La esencia del marketing. Principios fundamentales del desarrollo competitivo.** Alberto R. Levy. Gránica 1998.
57. **Marketing Avanzado. Un enfoque sistémico y constructivista de los estratégico y de lo táctico.** Alberto R. Levy. Gránica.