

CONTRATOS, MECANISMOS DE PAGO Y PODER DE NEGOCIACIÓN: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD DE CÓRDOBA*

Contracts, payment mechanisms and bargaining power: the case of Cordoba's health care system

Maceira D¹,
Reynoso AM²

1 Ph.D en Economía.
Investigador Tit., Centro
de Estudios de Estado
y Sociedad (CEDES) e
Investigador del CONICET,
Bs. As., Argentina. Dirección:
Sánchez de Bustamante, 27,
(C1173AAA) Buenos Aires,
Argentina, Telefax: (054-11)
4865-1707/04/12, Email:
danielmaceira@cedes.org
2 Lic. en Economía, UBA.
Master en Economía,
Universidad de San Andrés.

* Este documento resume algunos de los resultados alcanzados en una investigación más amplia realizada con el aporte del Programa Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2008. Se agradece la colaboración de Mariana Rodríguez en el trabajo de campo. Los autores guardan entera responsabilidad por las opiniones vertidas en este artículo.

Resumen

Objetivos: Analizar la estructura del mercado de servicios de salud de la Provincia de Córdoba durante el período 2003-2008, considerando las condiciones socio-económico-sanitarias locales, marco institucional, la historia de los actores más relevantes del sector, y las conductas adquiridas como respuesta a la estrategia combinada de tales actores. **Métodos:** Revisión de literatura, mapa de actores, encuestas de campo a establecimientos de segundo y tercer nivel en los sectores públicos y privados de los departamentos de Ciudad de Córdoba, Calamuchita y Tercero Arriba. **Resultados:** Córdoba aparece como un caso de estructura de mercado de competencia monopolística, con pocos competidores por especialidad y alta presencia de instituciones líderes. **Conclusiones:** La diferenciación vertical de producto se constituye en la estrategia elegida por los jugadores donde la infraestructura es el primer criterio para definir la competencia, seguido por la tecnología, ambos indicadores de calidad tanto para pacientes como de financiadores.

Recibido: 12 de julio
2013. Aceptado: 1 de
noviembre 2013

Palabras clave: Sistemas de Salud, Contratos, Descentralización

Abstract

Objectives: To analyze the market structure of healthcare services in the province of Cordoba for the period 2003-2008, considering socio-economic and local health conditions, institutional framework, history of most relevant actors, and behaviors acquired as a response to their combined strategies. **Methods:** Literature review, stakeholder analysis and field surveys of public and private providers at second and third level of care for the departments of the City of Córdoba, Calamuchita and Tercero Arriba. **Results:** Cordoba appears as a case of monopolistic competition, with few competitors, high presence of leading institutions and vertical product differentiation as the strategy chosen by the players. **Conclusions:** Infrastructure is the first criterion to define competition, followed by technology, for both indicators of perceived or actual quality of both patients and financiers.

Key words: Health Systems, Contracts, Decentralization

Introducción

El sistema de financiamiento y atención de la salud en Argentina se caracteriza por su amplitud en términos de cobertura, segmentación en cuanto al número de fondos participantes, con creciente transferencia de riesgo hacia los proveedores con una marcada separación entre las funciones de aseguramiento y provisión.

La cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el sector público, las Obras Sociales Nacionales y Provinciales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud, como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social.

El sector público, por su parte, se encuentra profundamente descentralizado: los fondos utilizados para el funcionamiento del sector provienen mayoritariamente, con excepción de programas verticales y gran parte de las iniciativas con financiamiento internacional, de los presupuestos de cada jurisdicción.

A partir de este esquema descentralizado, las autoridades sanitarias provinciales, con mayor o menor alineamiento con sus pares nacionales, han desarrollado intervenciones relacionadas con aspectos financieros. Ellos se extienden desde la formulación de seguros provinciales de salud y la definición de paquetes básicos de servicios, hasta la puesta en práctica de mecanismos de pago asociados con desempeño, autogestión hospitalaria, y convenios con obras sociales y prepagas para incrementar el recupero de costos. Sin embargo, no existe información acerca de la profundidad de sus efectos desde la perspectiva hospitalaria.

Del mismo modo, existe un vacío en la literatura local sobre el análisis de las estrategias de los fondos de aseguramiento con respecto a la organización y contratación de su red prestadora, y la respuesta institucional del resto de los actores del sector salud. De la interacción entre financiadores (sociales y privados) y prestadores (públicos y privados) es posible identificar los mecanismos de transferencia y/o absorción de los riesgos epidemiológicos y financieros asociados con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad. Ello, a su vez, brinda información sobre la solvencia y la sustentabilidad de los arreglos institucionales de los sistemas provinciales.

Dichas interrelaciones establecen sistemas de servicios de salud construidos sobre condiciones básicas de necesidad, nivel de ingreso e infraestructura. La oferta y demanda efectiva resultantes definen la conducta de proveedores, pagadores y pacientes. Los patrones

de precios, calidad en la prestación de servicios, diversificación de productos, riesgo moral en el consumo, transferencia o absorción de riesgo en la cadena de provisión (financiadore - instituciones hospitalarias - profesionales de salud), son las respuestas de los diversos actores a la estructura de mercado en la que operan. Ello también muestra las necesidades de intervención del Estado en la definición de políticas, como también la efectividad de las iniciativas públicas aplicadas.

En este sentido, analizar la combinación de los elementos condiciones básicas-estructura de mercado-conductas de actores, adquiere primordial importancia. A partir de allí se desprenden los resultados del sistema, en términos de eficiencia, equidad y sustentabilidad. Cualquier cambio de incentivos afecta y/o es afectado por este esquema (Maceira, 1998).

Paralelamente, el diseño e implementación de una estrategia sectorial se desarrolla en un marco de objetivos no necesariamente alineados. Cada uno de los actores que forma parte del sector cuenta con metas de corto y mediano plazo a alcanzar, para lo cual desarrolla planes de acción. Los mismos cuentan con cierta capacidad de ejecución, en función del poder relativo de cada uno de ellos, y de la posibilidad de hallar mecanismos exitosos de cooperación o colisión.

Considerando estos aspectos, el estudio que se presenta a continuación se propone analizar la estructura del mercado de servicios de salud de la Provincia de Córdoba durante los años 2003-2008. Desde esta perspectiva, juega un papel esencial la existencia de información asimétrica entre financiadores y proveedores de salud, como así también entre prestadores y pacientes en cuanto al tipo y necesidad de servicios provistos. Debido a la imposibilidad de monitorear y controlar mediante mecanismos perfectos, el mecanismo de pago es una herramienta para reducir la incertidumbre, a la vez que busca alinear los objetivos de las partes. Sin embargo, ese mismo vector de precios influye sobre la percepción de calidad del servicio brindado requiriendo de estructuras regulatorias eficaces.

Tal como se plantea en la literatura de los servicios de salud en naciones desarrolladas (Shen, 2003), la interacción entre mercado y estructuras de pago define el modo de transferir y absorber el riesgo entre participantes del sistema, lo que lleva a movimientos internos de reorganización. En la medida que los sistemas de financiamiento son múltiples, los modos de organización resultante en la oferta prestacional depende de la combinación de incentivos por parte de los financiadores, como de la capacidad de las partes de imponer/ definir conjuntamente reglas de juego.

Teniendo en cuenta este marco, el presente documento se concentra en la estructura de prestación de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de complejidad de la Provincia de Córdoba. Para ello se propone un enfoque desde la economía de la salud que permita identificar la estructura de mercado, las estrategias de los actores participantes y el desempeño del sistema de salud de la Provincia. Ello permite la determinación de quiénes son los actores con el mayor poder de negociación a partir del análisis de sus incentivos e interrelaciones. El objetivo principal del mismo es inferir cuáles son los hechos y las expectativas que se encuentran detrás del proceso de toma de decisiones de los agentes.

Las hipótesis de trabajo que guían esta investigación son:

- El poder de mercado (la capacidad de imponer unilateralmente reglas de contratación) es ejercido por el financiador de mayor peso en términos de aseguramiento relativo.
- Los prestadores tienen una posición favorable para la redistribución de riesgos financieros, puesto que pueden diversificar su financiamiento entre distintos financiadores, aprovechando un conjunto de contratos diferenciados. Dicho de otro modo, la posibilidad de cada prestador de brindar cuidado a beneficiarios de distintos pagadores (obras sociales/prepagas) les permite brindar servicios similares a precios diferenciales según la capacidad de pago.
- La capacidad de diversificar riesgo por parte de los prestadores está más asociada con la diversidad de financiadores con quienes contrata que con la posibilidad de agruparse en asociaciones de establecimientos.

- El mercado de servicios de salud estudiado se comporta como un mercado de competencia monopolística donde los jugadores toman estrategias variadas para diferenciar su producto. Esta diferenciación se vincula con confort de los servicios involucrados, calidad real o percibida en profesionales, insumos y tecnologías, etc.
- El proceso de descentralización municipal en la Provincia de Córdoba muestra limitaciones en la autogestión hospitalaria, minimizando su impacto. De este modo, decisiones estratégicas siguen residiendo en el ministerio provincial.

Metodología

La metodología del presente trabajo transitó por cuatro etapas:

- La primera consistió en la recolección de datos generales sobre el sistema de salud de la provincia de Córdoba. Las principales fuentes de información fueron el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, las páginas web de otros organismos oficiales involucrados y las bases de datos de las Asociaciones de Clínicas y Sanatorios de la provincia y de los Círculos Médicos locales.
- La segunda etapa metodológica consistió en la preparación de las encuestas de campo: el primer paso radicó en la selección de tres departamentos representativos de la provincia para ser luego visitados por el equipo del proyecto: Ciudad de Córdoba, Calamuchita y Tercero Arriba. El criterio de selección procuró capturar la diversidad existente en la provincia en términos de escala poblacional y necesidades de la población. En cada caso, se seleccionó por tipo de prestador (público y privado) una muestra representativa del conjunto bajo análisis. La Tabla siguiente presenta el detalle de la selección realizada.

Tabla 1: Características de la muestra

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

Fuente:

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

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

El segundo paso consistió en la selección de los actores claves a visitar en cada uno de estos departamentos, contactándose a funcionarios del Ministerio de Salud Provincial, de la Obra Social Provincial –APROSS–, de la Unidad de Gestión Local Córdoba del Pami y a miembros de diversas agrupaciones de profesionales.

- La tercera etapa fue el diseño del cuestionario para entrevistar a estos actores. El mismo tuvo la estructura de un cuestionario guiado sobre diversos tópicos relacionados con percepción de los roles desempeñados en el sistema de salud de la provincia; sus estrategias; la situación de salud y sus conjeturas y conocimientos sobre los objetivos y estrategias de otros actores.

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

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

El sistema de salud cordobés está integrado por un complejo núcleo de actores, cada uno de los cuales desempeña diferentes roles y persigue diferentes intereses.

Desde la perspectiva de dimensiones horizontales (entre subsistemas) y verticales (entre funciones de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios) en un sistema de salud (Maceira, 2001), el caso cordobés se estructura como ilustra la Figura 1. Una lectura desde arriba hacia abajo identifica cuatro niveles en la dimensión vertical, la cual clasifica a los actores según su rol en el sistema de salud. Por su parte, los subsistemas presentes en el modelo argentino son los que definen el horizontal, que permite ubicar a los actores según su pertenencia a los diferentes subsistemas.

Las principales fuentes de fondos del sistema se aprecian en la primera fila de la figura. Las mismas surgen del tesoro público correspondiente a las tres jurisdicciones (provincial, nacional y municipal), más los aportes salariales y patronales recibidos por la Administración Federal de Ingresos Públicos. Los correspondientes a la Obra Social Provincial, complementado por el gasto privado de familias e individuos. Estos fondos son asignados a los aseguradores del modelo. Ellos son fundamentalmente tres (i) el sistema público (provincial y municipal) que organiza su cobertura mediante un esquema de subsidio a la oferta, (ii) la Obra Social Provincial y (iii) la estructura dependiente de la supervisión de la Superintendencia de Servicios de Salud, que define y monitorea los contenidos y costos del Programa Médico Obligatorio (PMO) –del que participan compulsivamente Obras Sociales Nacionales y empresas prepagas-, el Fondo de reintegro de recursos por enfermedades catastróficas y el Fondo Solidario de Redistribución (ambos mecanismos solidarios de financiamiento entre obras sociales).

A partir de estos criterios de planificación estratégica en la asignación de recursos, las distintas unidades participantes diseñan métodos propios o subcontratados en la gestión que derivan en mecanismos de prestación de servicios. Este esquema reproduce con particularidades lo que ocurre en el modelo nacional (Maceira, 2006 y 2010). Complementariamente, el PAMI, a partir de su unidad de gestión provincial, aplica contratos individuales por prestador, sin participación de instituciones intermedias.

Complementando este análisis, los siguientes eslabones verticales en la figura muestran el vínculo entre los tres subsectores del sistema y sus prestadores.

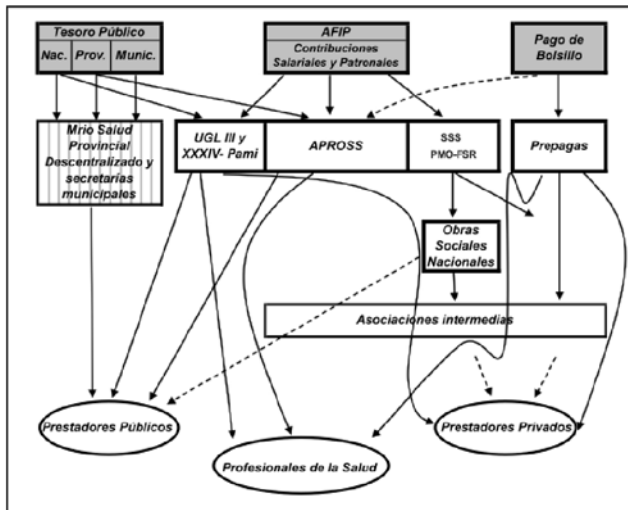


Figura 1.- Actores del sistema de Aseguramiento en la provincia de Córdoba: Dimensión Vertical y Horizontal

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

En tanto la segunda línea en la figura muestra los fondos de aseguramiento en el caso cordobés, la tercera fila la integran los encargados de distribuir los fondos aguas abajo

y de realizar o regular el gasto en salud, a través de la contratación de prestadores o de asociaciones de prestadores. Esta relación entre fondos y prestadores se entabla a partir de la celebración de contratos. Así, el flujo de fondos del APROSS y sus prestadores cuentan con una etapa intermedia de negociación con los consorcios organizados por la Obra Social. Similarmente, AFIP asigna recursos a las Obras Sociales Nacionales, quienes contratan a Asociaciones de Clínicas y Sanatorios para la gestión de recursos.

Resultados

Del análisis surge entonces un complejo entramado entre financiadores y prestadores, donde no existe necesariamente un tipo de prestador (público o privado) que se asocie a algún intermediario en exclusividad. De las instituciones encuestadas durante esta investigación, el 61% (11 establecimientos) cuenta con contrato simultáneo con PAMI y APROSS, y en 5 de esos casos estos dos seguros representan más del 60% del financiamiento de la institución. En dos instituciones, el Pami representa más del 50% del financiamiento y APROSS menos del 20%, mientras que se registra tres situaciones donde la presencia de APROSS en el financiamiento de la institución supera a PAMI. Sólo una institución posee contrato con Pami pero no con APROSS y en otras dos se verifica el caso opuesto.

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

El análisis de actores del sistema de salud de la provincia se completa con la estructura prestacional y sus instituciones intermedias. Entre estas últimas, un rasgo distintivo provincial es su dispersión en tres agrupaciones: CAPPSSA (Cámara Provincial de Prestadores de Servicios de Salud), ACLYSA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba) y CAESCOR (Cámara de Empresas de Salud de Córdoba). Se presume que la razón ulterior de estas organizaciones es facilitar la negociación de contratos, brindando un espacio de acuerdo común entre pares.

Comportamiento de los actores

Una vez caracterizada la estructura del sistema de salud cordobés, se propuso avanzar en el estudio del proceso de toma de decisiones de los actores identificados. La información presentada a continuación surge del relevamiento realizado durante la investigación, mediante el procesamiento de las encuestas a prestadores.

Mecanismos de contratación y pago

El primer objetivo consistió en identificar los mecanismos de retroalimentación existentes entre la estructura del sistema prestador de servicios, el poder de negociación

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

La Figura 2 esquematiza para la fecha de realización de este estudio, los resultados encontrados, mostrando el flujo de transferencia de riesgo entre financiadores, establecimientos, profesionales de la salud y pacientes. Las flechas indican la dirección y el motivo en que se transfiere el riesgo.

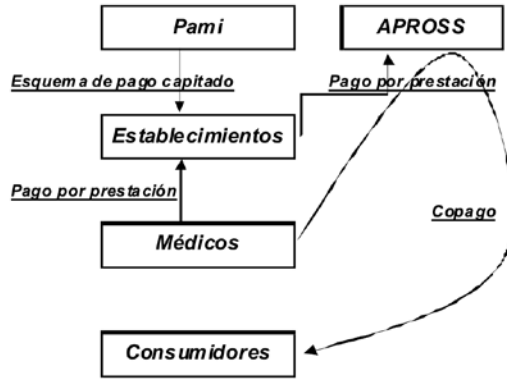


Figura 2. - Esquema de Transferencia de riesgo. Sector privado de la Provincia de Córdoba
Fuente: Elaboración propia

La mayoría de contratos del PAMI, muestra una estrategia de transferencia de riesgo aguas abajo mediante estructuras capitadas. Por su parte, los establecimientos que reciben este riesgo, encuentran en el mercado la oportunidad de acceder a un tipo opuesto de contrato, el de pago por prestación, que les permite diversificar su cartera. En otras palabras, como respuesta a la estrategia del PAMI de pagar por cápitas, los establecimientos logran contratos por prestación con otras instituciones. Este muestra ser la situación para más del 60% de los encuestados que son prestadores de ambos seguros. Por su parte, la estrategia del APROSS es la de establecer modos de riesgo compartido, incluyendo el cobro de copagos.

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

Estrategias de Mercado

En su carácter de oferentes en el sistema de salud, los prestadores privados son competidores en un juego de estrategias donde participan tanto los mecanismos de fijación de precios, como la determinación de variables no-precio que se vinculan con la calidad percibida o real de sus servicios. Se analizó entonces el comportamiento estratégico de estos actores, evaluando la hipótesis de trabajo que asevera que el sector salud cordobés se conforma en un mercado de competencia monopolística. En tanto los planes de acción de cada institución prestadora se basan en sus conjeturas sobre la estructura de mercado, se justifica el uso de encuestas como instrumento de análisis. Para un detalle de los criterios metodológicos, ver Maceira y Poblete (2003) y Maceira et al (2011).

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

En contraposición, la búsqueda de financiamiento incentiva el desarrollo de otro tipo de estrategias, más vinculadas a los costos y a la eficiencia en el manejo de recursos. En efecto, las estrategias mayoritariamente elegidas para captar financiadores son la ubicación geográfica y los precios, indicando que los seguros priorizan contratos con aquellos establecimientos que prestan servicios en zonas de concentración poblacional y cuyos precios son bajos. Pero al mismo tiempo, se deduce de los datos que los financiadores son atraídos por indicadores de manejo eficiente de los recursos, tales como, buenos indicadores de tecnología y capacitación del recurso humano, y bajos “costos de gobernabilidad”, conseguidos a través de la eficiencia administrativa.

Gestión Hospitalaria Pública

La provincia de Córdoba se constituye en una de las provincias de mayor descentralización del gasto a nivel de departamentos y municipios (Maceira 2010). Dentro de este marco, el análisis de los mecanismos de decisión hospitalaria merece especial atención, en la medida en que la autogestión de prestadores públicos es una potencial herramienta de la equidad en un modelo sanitario donde los subsidios cruzados no deseados entre subsectores son un hecho corriente.

Se analizaron así aspectos relevantes del comportamiento del sector público en su rol de proveedor de servicios de salud. El objetivo principal fue testear la hipótesis de descentralización en la provincia de Córdoba, a partir de investigar el grado de desarrollo de la autogestión hospitalaria.

La primera característica identificada para abordar la profundidad del proceso de autogestión hospitalaria corresponde al mecanismo de toma de decisiones y, en particular, al agente del sistema sobre el que recaen las mismas. Sobre la base de dieciseis entrevistas, en profundidad se percibe que las estrategias de recursos humanos y acciones presupuestarias no son directamente instrumentadas por el hospital, lo que limita y desafía el modelo de autogestión hospitalaria. Particularmente, y con respecto a las compras de insumos, en 13 casos (81% de la población encuestada) la decisión recae en manos del director del Hospital. Sin embargo, 9 de 16 encuestados respondieron que algunas acciones en este rubro asimismo se mantienen bajo el control del Ministerio, mientras que en 6 de esos 9 casos, la decisión es compartida.

Un segundo aspecto a analizar es en qué medida los hospitales se solventan financieramente con fondos propios provenientes de una estructura pública integrada, o dependen de los financiadores del sistema a quienes brindan servicios. El 91% del presupuesto del hospital proviene del Estado Provincial. El examen de la dispersión de este indicador, muestra que esta dependencia financiera es la regla prevalente: el establecimiento que menor porcentaje de su presupuesto recibe desde las arcas públicas, representa un 80%. En importancia le sigue la Seguridad Social que representa 5% del financiamiento promedio de los establecimientos públicos distribuidos entre el PAMI (1,67%), APROSS (1,54%) y obras sociales nacionales, con y sin convenio previo firmado con el establecimiento (2,04%). Simultáneamente, existen dos fondos nacionales (Profe y Plan Nacer) que reúnen, en conjunto, el 2,4% del financiamiento promedio del presupuesto de los hospitales. Finalmente, los fondos privados (prepagas, pago de bolsillo y ARTs) son insignificantes en el presupuesto de los prestadores públicos.

Este último resultado desafía la capacidad del sistema sanitario de avanzar en un modelo

de cobertura universal. Si bien el Estado ha desarrollado mecanismos institucionales para proveer los recursos a los hospitales (principalmente a través de su rol protagonista como rector de las decisiones de compra y contratación de personal) existen instancias en las que estas decisiones no pueden integrarse con la gestión del efector, generando desincentivos a la descentralización en las instituciones públicas. En consecuencia, los establecimientos no evidencian capacidad técnica o interés por reducir los márgenes de subsidios o fondos sociales.

Conclusiones

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

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

Los resultados muestran que, de acuerdo a la opinión de los mismos prestadores, los pacientes seleccionan su sanatorio a partir de indicadores de calidad y confort, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten gran valoración. Para el grupo de financiadores, en cambio, se señalaron argumentos vinculados con el “acceso” y el manejo eficiente de recursos (ubicación geográfica, precios, tecnología, capacitación de recursos humanos, eficiencia administrativa, etc.), acordes a un contexto marcado por la competencia entre prestadores para acceder a contratos con instituciones aseguradoras.

Respecto de la distribución del financiamiento, los contratos y los mecanismos de pago, para identificar el poder de mercado y capacidad negociadora de cada actor participante, la información recogida muestra que el PAMI, en primer lugar, y la Obra social provincial –APROSS- en segundo, son los principales financiadores del sector prestacional privado. Asimismo, los datos sugieren que el PAMI concentra su estrategia en atraer prestadores de condiciones de oferta bajas y medias, indicando que tal financiador prioriza el tener el poder de negociación.

Asimismo, al indagar sobre los mecanismos de contratación y de pago, se registran diferencias entre los principales aseguradores. PAMI opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado en tanto; APROSS administra por contratos intermediados y cuyo modo de pago predominante es el pago por prestación. Ello sugiere un esquema de transferencia de riesgo que opera desde el PAMI hacia los prestadores, desde ellos hacia APROSS y desde APROSS hacia los consumidores. En tanto PAMI ejecuta la estrategia de pagar por cápitás, los establecimientos responden diversificando su financiamiento a través de la celebración de contratos con APROSS, que les ofrece mayoritariamente un esquema por prestación. Por su parte, la estrategia del APROSS es la de redistribuir riesgos, y transferir parte del mismo hacia los pacientes a través del cobro de copagos.

El sector público, por su parte, presenta una estructura y una dinámica de funcionamiento particular, donde los actores responden a incentivos diferentes en tanto su estructura de objetivos se concentra en maximizar cobertura exclusivamente. En este caso se evaluó la descentralización en la toma de decisiones y la capacidad de autogestión hospitalaria. Los resultados evidencian importantes desafíos pendientes, en la medida que la definición del presupuesto, las compras, la subcontratación de bienes y servicios y la contratación de personal de planta permanente de los Hospitales se encuentra mayoritariamente centralizada en el Ministerio provincial.

Bibliografía

1. Arce, Hugo, El territorio de las decisiones sanitarias, Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993.
2. Bidart Campos, Germán J., Manual de la Constitución Reformada, T II, 1ª reimpresión, S.A. Editora, 1998.
3. Chawla, M. et. al. Paying the Physician: Review of Different Methods. Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health. Boston, Massachusetts, 1997.
4. Chernichovsky, D; Bolotin, A. y De Leeuw, D. A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing. The European Journal of Health Economics. 2003; Vol. 4, N° 3. pp. 158 – 175
5. Conrad, D.A., Maynard, C, Cheadle, A, et al. Primary Care Physician Compensation Methods in Medical Groups. Journal of the American Medical Association. 1998; 279 (11): 853-8,
6. Deci E., y Ryan R. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour. New York, Plenum Pr. 1985.
- Edición web de la revista de la Dirección de Defensa del Consumidor de la Ciudad de Buenos Aires.
7. Gaynor, M., Rebitzer J. y Taylor L. Physician Incentives in Health Maintenance Organizations. The Journal of Political Economy. Agosto 2004.
8. Hall, P y Taylor, R. Political Science and the Three New Institutionalisms. Journal of Political Studies. 1996; XLIV, 936-957.
9. Indec, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001
10. Langenbrunner, J. y Xingzhu L. How to Pay? Understanding and Using Incentives. The International Bank for Reconstruction and Development – The World Bank, 2004.
11. Maceira, D. Inequidad en el acceso a la Salud en Argentina, Revista del CLAEH, Uruguay, 2010.
12. Maceira, D. Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. en Flood, C., “La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina”, Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina, 2006.
13. Maceira, D, Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud en América Latina y el Caribe. Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Edición Especial 3, 2001.
14. Maceira, D, Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries”, Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.
15. Maceira, D, Cejas, C, Olaviaga, S., Reynoso, A, Sistemas de Salud Locales: Análisis sobre la Relación entre Aseguramiento y Mecanismos de Contratación y Pago, Comisión Nacional Salud Investiga, Buenos Aires, Argentina, 2011.
16. Milgrom, P y Roberts, J. Economics, Organization and Management. Englewood Cliffs, EUA. Prentice-Hall, 1992.
17. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud. Trabajo publicado en: www.deis.gov.ar , Buenos Aires, Argentina, 2000.
18. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos de Salud. Trabajo publicado en: www.deis.gov.ar , Buenos Aires, Argentina, 2000.
19. Prats J. y Zeckhauser R. Principals and Agents. Boston. Harvard Business School Press, 1992.
20. Robinson, J. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. The Milbank Quarterly. 2001; Vol. 79, N° 2. pp. 149 – 177
21. Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. Health Services Research. April 2003; Vol. 38, No. 2, pp. 535-552.
22. SIEMPRO Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001