

Estructura de Mercado
y Mecanismos de Pago en Salud:

Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina¹
1989 - 1999

Daniel Maceira

CON

Cecilia Poblete

Primera Versión enviada: Enero 2002
Versión Final enviada: Septiembre 2003

Resumen

El objetivo de este estudio es el de documentar la asociación existente entre los cambios en mecanismos de pago por servicios de salud, con la estructura de mercado en la provisión de dichos servicios y la respuesta organizacional interna de las instituciones participantes en tres distritos de la provincia de Mendoza, Argentina, a partir de la renegociación de los contratos del PAMI (el sistema de aseguramiento social de los jubilados) en 1991, y seguido posteriormente por otros financiadores. El total de la población de estas tres áreas correspondía a aproximadamente un 80,25% del 1.57 millón de habitantes de la provincia para el período bajo estudio (1989-1999). El objetivo último es el de mostrar cómo los cambios en los incentivos monetarios afectan, y son a su vez afectados, por el tamaño y el poder relativo de mercado de proveedores y financiadores de servicios de salud. La investigación se basa en entrevistas con todos los hospitales públicos y privados de segundo y tercer nivel de complejidad, como también con representantes de organizaciones intermedias en los tres distritos seleccionados. Se confirman las hipótesis de investigación, relacionadas con el poder relativo de negociación de financiadores y proveedores; la influencia del tamaño del mercado en la habilidad relativa de la asociación de clínicas sobre la agrupación médica en la transferencia de riesgo dentro de la cadena de provisión de servicios; y la asociación positiva entre el nivel de competencia de mercado, el nivel de desintegración vertical en la cadena de provisión y el grado de diferenciación de producto.

Abstract

The goal of this study is to document the interaction between changes in provider payment mechanisms in health care with the structure of the market in providing health services and the internal organization of the suppliers. The study was performed in three districts in the province of Mendoza, Argentina, which jointly represented 80,25% of the provincial population of 1,57 million for the period under study (1989-1999). The research focuses on the contract renegotiation performed by PAMI (the social insurance institution for the elderly) occurred during 1991, and followed by other health care financiers. The goal of the paper is to show how changes in monetary incentives affect and are affected by the size of the market and the relative bargaining power of the different participant actors. The research rests on interviews with all secondary and tertiary-level public and private health care providers, as well as representatives of intermediate organizations in the three selected districts. The results support the research hypotheses related to relative power of financiers and providers, the interplay between market size and relative power of physicians and hospital associations, and its influence on the transfer of risk down the chain of service provision. The document also supports a positive association between market competition, vertical deintegration and degree of product differentiation.

¹ Daniel Maceira es Doctor en Economía e Investigador Titular del CEDES - CONICET. Cecilia Poblete es Licenciada en Ciencias Políticas y docente en la Universidad Nacional de Cuyo.

Esta investigación fue financiada con el aporte del proyecto Partnerships for Health Reform, Abt Associates. Los autores agradecen la colaboración e información suministrada por miembros de la Asociación de Clínicas de Mendoza, y gerentes de instituciones privadas y públicas de salud de las áreas de San Martín, San Rafael y el Gran Mendoza, así como los comentarios y apoyo proporcionados por Sara Bennett, Ricardo Bitrán, el equipo de investigación aplicada de proyecto Partnerships for Health Reform, Bethesda, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina, y los asistentes a las Jornadas de la International Health Economic Association en York, Inglaterra.

1- Introducción: Hipótesis de Trabajo

El objetivo del trabajo es documentar la asociación existente entre la estructura del mercado proveedor de servicios de salud, los cambios en los mecanismos de pagos a proveedores por parte del sistema de aseguramiento social, y la respuesta en términos de organización interna y transferencia de riesgo en los tres distritos más populosos de la provincia de Mendoza, Argentina para el período 1991-1999. El fin último es el de mostrar cómo la aplicación de cambios en incentivos monetarios condicionan y son a su vez condicionados por el tamaño y la composición del mercado prestador, y por ende, del poder relativo de cada uno de los actores intervinientes.

Los cambios en los mecanismos de retribución a proveedores de servicios y profesionales constituye uno de los instrumentos más debatidos al momento de instrumentar reformas de sistemas de salud. Numerosos trabajos se han escrito relacionados con este tema, no sólo en cuanto al análisis de los incentivos provocados por la aplicación de mecanismos de pago (Ellis y McGuire, 1986, 1988; Wouters et al., 1998 entre otros), sino también en cuanto a la aplicación práctica de los mismos en diferentes escenarios, principalmente dentro del sistema de provisión de salud en países desarrollados (Contandriopoulos et al., 1990; Shimura, 1988; Wellock, 1995; Wiley et al., 1995, entre otros). Sin embargo, aún persiste el interés en conocer los resultados de su aplicación en naciones en desarrollo, donde los sistemas de salud se caracterizan por contar con una mayor dispersión, no sólo en sus fuentes de financiamiento, sino también en los mecanismos de acceso y en la diversidad y características de la oferta.

La relación entre mecanismos de pago y resultados de los servicios de salud –por ejemplo, el sistema de pago por acto médico incentiva a una sobreprestación de servicios por parte de la oferta, en tanto que el pago por capitación puede provocar subprestación– no necesariamente es unívoca. Ella depende de las condiciones de mercado en las que se produce el cambio en los incentivos. Intuitivamente, es sencillo de comprender que la

aplicación de un sistema capitado tendrá efectos diferentes si se establece en un centro urbano con alta densidad poblacional y nutrida competencia a que se aplicara en un área rural, con población dispersa y baja densidad de profesionales médicos como única oferta. En otras palabras, los cambios en los sistemas de pago afectan los resultados de salud una vez que interactúan con las estructuras y prácticas pre-existentes de oferta y demanda, atenuando, intensificando o aún contradiciendo los resultados propuestos por la teoría.

Partiendo de Maceira (1998) –Figura 1- el mercado de servicios de salud cuenta con ciertas condiciones básicas de oferta (infraestructura, tecnología, información disponible, acceso geográfico, marco legal, condiciones de salubridad) y de demanda (patrones epidemiológicos y de consumo de servicios de salud, habilidad y capacidad de pago). Juntas, estas condiciones establecen una estructura de mercado que definen una conducta de proveedores, pagadores y pacientes, tales como patrones de precios y calidades en la prestación de servicios, diversificación de producto, riesgo moral en el consumo, transferencia o absorción de riesgo en la cadena de provisión (financiadores–instituciones hospitalarias–profesionales de salud). De la combinación de elementos de este esquema de condiciones básicas-estructura de mercado-conductas de actores, se alcanzan los resultados del sistema, en términos de eficiencia, equidad y sustentabilidad. Cualquier cambio de incentivos afecta y/o es afectado por este esquema². El estudio de esta influencia cruzada para el caso particular de la relación financiadores-proveedores privados en Mendoza, Argentina para el período 1991-1999, constituye el objeto de estudio de este trabajo.

Utilizando estas premisas, y en base a la literatura económica asociada dentro del área de la Organización Industrial³, se establecen una serie de hipótesis de trabajo, las cuales serán

² A modo de ejemplo, la inversión en infraestructura de agua potable o en el sistema educativo altera las condiciones básicas del sistema de salud, afectando su estructura, las acciones de sus actores y sus indicadores finales de desempeño. Del mismo modo, cambios en los mecanismos de habilitación de instituciones de salud, o en la certificación de médicos o productos farmacéuticos influyen en los resultados del sector mediante la intervención en la estructura de los mercados de salud. Finalmente, controles de precios y mecanismos de autogestión hospitalaria, por ejemplo, son políticas públicas que provocan cambios en las estrategias de los actores existentes, con implicancias sobre los resultados del sector.

³ Específicamente, se toma de la literatura los conceptos de estructura-conducta-rendimiento, un paradigma de organización usado tradicionalmente para el análisis de comportamiento de los mercados (Scherer y Ross), dentro de un esquema de comportamiento estratégico entre actores en un contexto de agencia. Dentro de este marco, se recurre a la literatura de costos de transacción

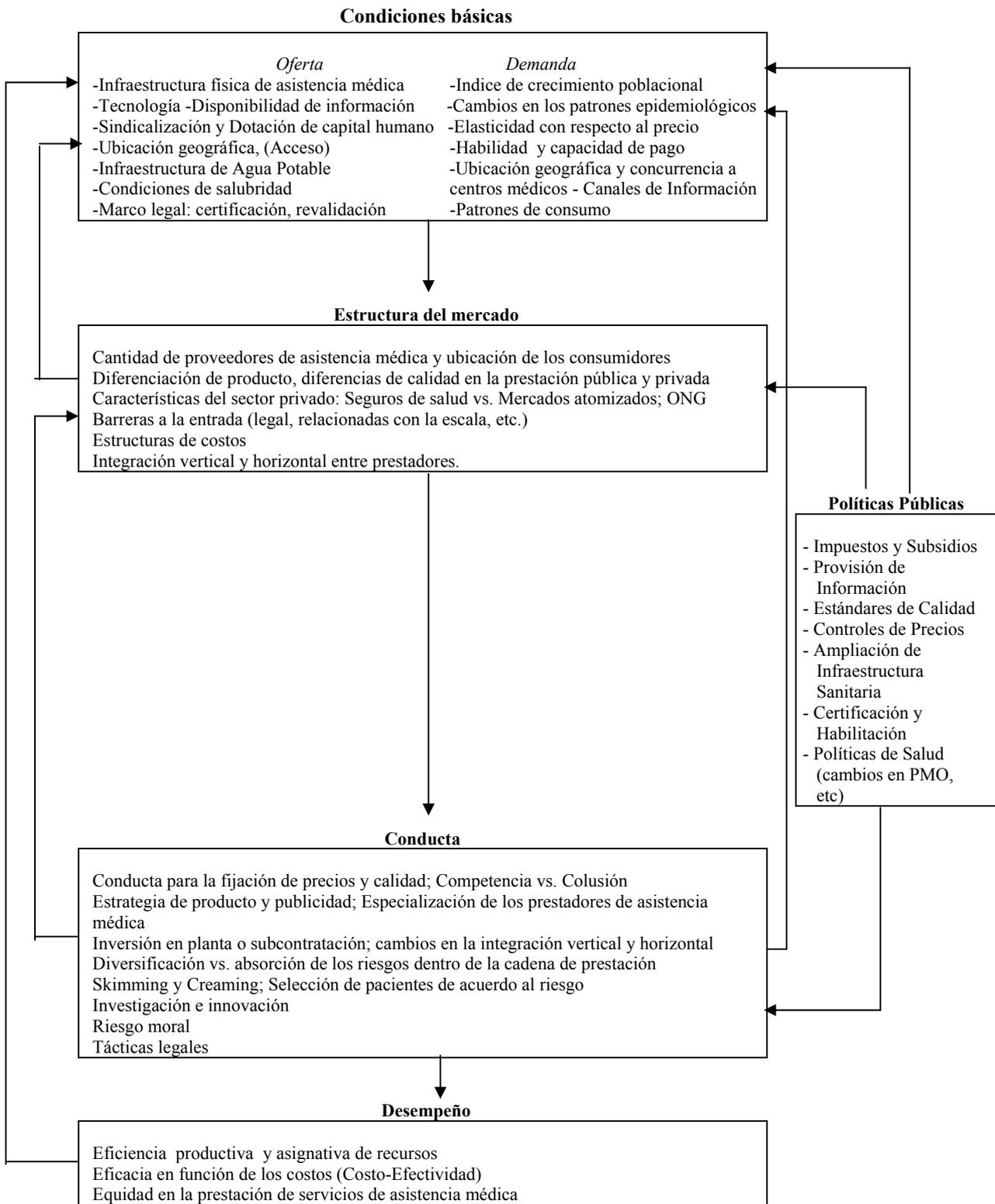
contrastadas con la información recogida a lo largo del trabajo de campo. Ellas son:

- 1- Los cambios en mecanismos de pago son impulsados por los financiadores con mayor poder de negociación,
- 2- Las condiciones de estos nuevos mecanismos de remuneración se encuentran asociados con la estructura de poder relativo entre financiadores y prestadores. A mayor concentración en la oferta de servicios, menor transferencia de riesgo en el mecanismo de pago,
- 3- En la medida en que aumenta el tamaño del mercado –medido en términos de población cubierta, o en número de proveedores– se incrementa el poder relativo de las clínicas y hospitales con respecto a los médicos, formulando un desbalance de “poder de mercado” entre las respectivas asociaciones que los nuclean (Asociación de Clínicas y Sanatorios, Círculos Médicos). Ello conlleva la existencia de mecanismos de pago que generan mayor transferencia de riesgo en perjuicio de los últimos,
- 4- La existencia de mecanismos competitivos en la prestación de servicios de salud, promueve que la transferencia de riesgo hacia abajo en la cadena de atención se vea traducida en menores niveles de integración vertical,
- 5- La “mejor respuesta” de los proveedores de servicios ante una caída de la integración vertical y la mayor transferencia de riesgo, es la de aumentar los mecanismos de diferenciación de producto, a fin de capturar el favor de pagadores y pacientes.

La investigación se concentró en el caso argentino porque éste constituye uno de los pocos ejemplos de cambio masivo en los sistemas de incentivos en países en desarrollo, donde gran parte de la oferta de servicios se encuentra en manos privadas, en tanto que más del sesenta por ciento del financiamiento se realiza a través de esquemas de aseguramiento social que administran los fondos –directamente o vía intermediarios– y subcontratan la provisión.

(Williamson) a fin de extraer ideas para la formulación de las hipótesis de trabajo. Una discusión más extensa de esta literatura y de la justificación de este enfoque puede encontrarse en Maceira (1998).

Figura 1: Paradigma - Estructura - Conducta - Desempeño en los Mercados de Atención de la Salud



Fuente: Maceira, D. (1998)

En particular, los tres distritos seleccionados para el estudio, Gran Mendoza, San Rafael y San Martín, corresponden a la provincia de Mendoza. En ellos se reproduce una estructura típica del sistema de atención del país, con múltiples fuentes de financiamiento -el sistema de atención de salud a la tercera edad (PAMI), el plan de cobertura a los empleados públicos (Obra Social Provincial), otros sistemas de aseguramiento social (Obras Sociales Nacionales) y seguros privados- que contratan con prestadores privados y públicos. Ello genera un entramado de contratos en el cual cada uno de los financiadores define un menú de oferentes (Clínicas y Sanatorios, Profesionales de la Salud), en tanto que cada proveedor cuenta con varias fuentes de pago. Particularmente, los cambios en sistemas de contratación producidos durante la década de los noventa en la provincia de Mendoza permiten un estudio como el proyectado. Asimismo, la selección de tres áreas con diferentes tamaños dentro de la misma provincia, ofrece la posibilidad de comparar la interacción entre formas de pago y la estructura de mercado bajo tres escenarios alternativos.

2- Metodología Empleada

El proceso de investigación que dio lugar a este trabajo contó con tres etapas diferenciadas. En la primera de ellas se recurrió a la información básica sobre servicios de salud de la provincia de Mendoza, proveniente de la Secretaría de Salud provincial, de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Asimismo se consultaron las bases de datos de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la provincia (ACLISA), a fin de identificar las instituciones polivalentes de la provincia de Mendoza que tratan patologías de segundo y tercer nivel de complejidad. A partir de ello fue posible confeccionar una lista de instituciones a ser visitadas y entrevistadas.

En una segunda etapa, se entablaron conversaciones con directivos de la Asociación de Clínicas, de gerentes de sanatorios de la ciudad de Mendoza y de San Rafael, y con directivos de la Secretaría de Salud provincial. Como producto de ellas se pudo acceder a información

sobre los mecanismos de contratación usuales entre financiadores y prestadores de servicios de salud, y entre estos últimos y sus proveedores (médicos generales y especialistas, servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorios). La información recogida sirvió como antecedente para la confección de un cuestionario sobre características del mercado prestador, fuentes de financiamiento y organización interna de los proveedores.

La tercera etapa se concentró en la visita a cada uno de los prestadores incorporados al listado original, con el fin de completar el cuestionario sobre la percepción de impacto asociado con los cambios de los mecanismos de pago en la organización del mercado y la respuesta organizacional interna. En total, fueron visitadas veintiocho instituciones, cinco de ellas públicas y veintitrés privadas, distribuidas en tres áreas geográficas: Gran Mendoza, San Rafael y San Martín. Dieciséis de los prestadores privados se encuentran localizados en el área de Gran Mendoza -correspondiente a los departamentos de Mendoza Capital, Godoy Cruz, Las Heras, Guaymallén, Luján y Maipú- en tanto que San Rafael y San Martín cuentan con cuatro y tres instituciones privadas, respectivamente. El total de acuerdos generados supera los quinientos setenta en las tres jurisdicciones considerando que cada clínica o sanatorio interactúa con más de un prestador y para varias especialidades. La población de estas tres áreas corresponde a un 80,25% del 1.57 millón de habitantes de la provincia.

La falta de información disponible, especialmente en el caso de la reforma en el sistema de pagos del PAMI, que data de 1990, limitó la posibilidad de contar con análisis de series de tiempo. A partir de ello es que se decidió analizar los efectos de las variaciones en las modalidades de pago a través de los cambios en las conductas de los proveedores de servicios antes y después de cada una de las redefiniciones contractuales de cada financiador. Los resultados del informe presentan las principales conclusiones de este experimento.

En términos de las características del mercado prestador de servicios, la determinación de sus límites constituyen el argumento principal para determinar los mecanismos de pago a los proveedores, ya que los mismos influyen no sólo la estrategia de los financiadores sino

también el comportamiento de los prestadores privados. Por lo tanto, la definición de cómo son percibidos los mecanismos de competencia, y cuáles son los competidores relevantes para cada institución prestadora, constituyen parte central de este estudio.

Dos factores resultan importantes en la definición del mercado de salud por especialidad en el caso argentino. Uno de ellos es la localización geográfica, que provee un indicador de acceso físico a los servicios de salud. Sin embargo, en ocasiones la proximidad física no define las "fronteras del mercado", en tanto que la dependencia de contratos de prestación por parte de los proveedores de servicios, o de afiliación institucional, por parte de los pacientes, generan cruces alternativos al generado por cuestiones locacionales. Por ello, un segundo factor para definir al mercado es la afiliación a una obra social, a una prepaga o al tipo de plan médico al que los pacientes pertenecen. En muchos casos, dos establecimientos (físicamente) adyacentes pueden no considerarse competidores entre sí porque cada uno de ellos contrata con diferentes financiadores. Esta discusión se asocia con el concepto de competencia percibida por los prestadores de servicios de salud, la cual definirá su estrategia de mercado.

Las tablas y gráficos presentes a lo largo de este trabajo (con excepción de la Tabla 1) fueron elaboradas a partir de la información recogida en los cuestionarios respondidos mediante el sistema de entrevista individual. La motivación de las preguntas fue la de conocer la estructura del mercado a partir de la percepción de sus miembros, en tanto que es a partir de esa percepción de competencia que cada actor diseña su estrategia de comportamiento. Respetando el compromiso con las instituciones encuestadas, los resultados obtenidos se presentan de forma consolidada, ya sea del total provincial o a nivel de área.

3-Reseña del Sistema de Servicios de Salud Argentino

3.1- Sistema de Servicios de Salud y Rol de las Obras Sociales

La cobertura de servicios de salud en Argentina se encuentra compartida entre el sector

público, el sector de las obras sociales, y el sector privado, con una fuerte interrelación tanto a nivel de la provisión de servicios, como en términos de financiamiento. Al año 2001, aproximadamente el 6% de la población cuenta con cobertura de salud a partir de contribuciones voluntarias a alguna de las 150 empresas de medicina prepaga existentes. A pesar del gran número de compañías presentes en el mercado, sólo un 10% de ellas cubren el 50% de los afiliados del subsector.

El sistema de cobertura social (considerando como tal a aquellos servicios financiados por el sector público nacional/provincial/municipal y por las instituciones de seguridad social con fondos de aportes patronales y salariales) cubren el 94% de la población del país, de acuerdo a la información provista por la Superintendencia de Salud de la Nación. El Sector Público descentralizado brinda atención a aquellos grupos de menores ingresos sin cobertura formal y se constituye en el sistema de atención de última instancia de toda la población. El financiamiento de estos servicios se realiza mediante fondos públicos provinciales y nacionales provenientes de impuestos, y su provisión descansa en instituciones públicas.

La cobertura formal se canaliza a partir de tres tipos de instituciones de seguridad social: (1) alrededor de 270 obras sociales nacionales, organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por sindicatos de trabajadores⁴, (2) 24 obras sociales provinciales, a las que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia, y (3) el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados.

El financiamiento de las Obras Sociales proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador. Del total de ingresos por obra social, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) retiene un 0.9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por el ANSeS, cuya

⁴ Estas instituciones cuentan con un ente regulatorio (la Superintendencia de Servicios de Salud) y con un organismo (el ANSeS) que coordina la recaudación de aportes, la conformación de un Fondo Solidario de Redistribución a partir del valor de un Paquete Médico Obligatorio (PMO), y la distribución de fondos a cada una de ellas. El ANSeS, asimismo, es el encargado de efectuar los pagos a efectores públicos por prestaciones realizadas a afiliados de estas instituciones.

función es promover la equidad en la distribución de recursos entre entidades. El mismo se utiliza para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), los gastos generados por prestaciones a afiliados de la obra social en hospitales públicos de gestión descentralizada⁵.

Juntamente con el PAMI, las Obras Sociales Provinciales dan cuenta de más de la mitad del financiamiento de los servicios de salud provincial. Los niveles de cobertura varían entre provincias, con un mínimo en la provincia de Buenos Aires, cuya obra social financia la provisión del 8% de la población, a provincias como Catamarca o Jujuy donde este porcentaje supera el 40%. En promedio, la mayoría de las obras sociales provinciales cubre entre el 11 y 30% de la población total de su jurisdicción.

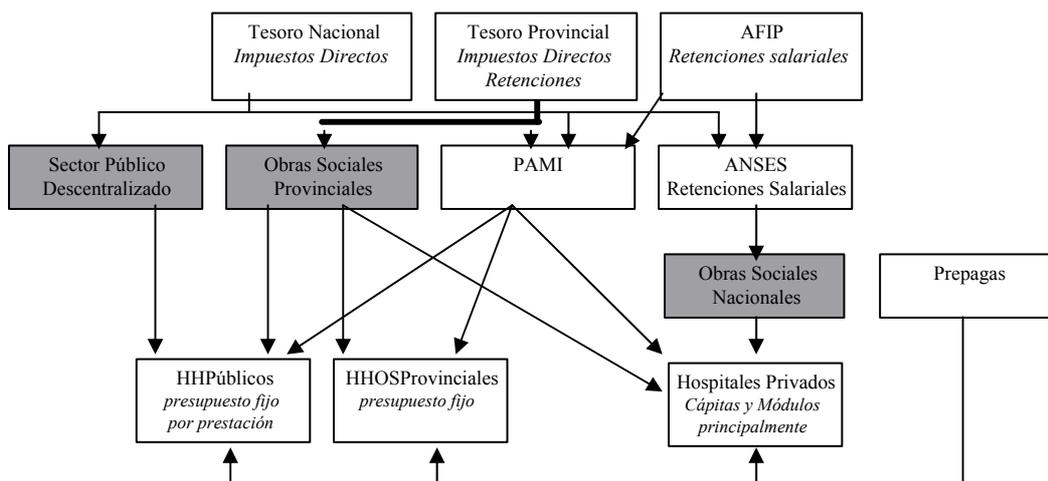
El PAMI, por su parte, es la institución de aseguramiento social más importante del país, con una cobertura del 11.8% de la población y por tanto constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Opera tanto en el área de servicios de salud, como en el de recreación, asistencia geriátrica y funeraria. El origen de su financiamiento para el período bajo estudio proviene de varias fuentes: (1) los aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario -3% aporte personal y 2% patronal -, (2) el aporte de los pasivos, que varía entre 6 y 3% de sus ingresos, según estos superen o no el haber mínimo, y (3) contribuciones del tesoro nacional, que constituyen el 20% de los ingresos de la institución. En 1995 fue incorporado al presupuesto nacional y se autorizó al ANSeS a administrar sus recursos. La Figura 2 sintetiza la relación entre financiamiento, modos de aseguramiento y atención de cada subsistema.

En síntesis, la Argentina cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, principalmente financiada por mecanismos de aseguramiento social. A diferencia de la mayoría de los sistemas de aseguramiento de otras naciones de la región, en la Argentina

⁵ Para 1999, fin del período analizado, la cobertura teórica de estas instituciones ascendía al 32.8% de la población, disminuyendo posteriormente.

existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras – ya sean ellas obras sociales nacionales o provinciales, o prepagas -, y la esfera prestadora de servicios, crecientemente privada. La red de subcontratación es amplia, como así también la variedad de instituciones intermediarias, los mecanismos de incentivos presentes en los contratos y los sistemas de transferencia de riesgo, incluso dentro de las mismas instituciones de salud.

Figura 2: ARGENTINA: Múltiples Fuentes de Financiamiento y Aseguramiento - Descentralización Pública - Red de Contratos Privados - Provisión Mixta



Referencias:

→ Definen transferencias de fondos o pagos

italica Definen modos de recolección de fondos y mecanismos de pago más frecuentes

Fuente: Maceira, D. (2001)

Tabla 1: Ficha Técnica

			GRAN MENDOZA							SAN RAFAEL	SAN MARTIN
		Total Provincia	TOTAL	Mendoza Capital	Godoy Cruz	Las Heras	Guaymallén	Luján	Majpú		
Población	Total de Población, 1998 (1)	1.574.475	979.537	130.513	194.695	175.412	245.505	91.470	141.942	176.041	109.652
	% Población Urbana, 1991 (2)	77.8	87.63	100.00	100.00	94.90	91.70	73.40	65.80	54.20	65.90
	Densidad de Población, 1997 (3)	10.41	1128.23	2278.61	2711.92	20.09	1506.92	18.90	232.91	5.31	69.43
	Población con NBI, 1991 (4)	17.6	16.28	11.00	11.20	21.10	14.20	19.20	21.00	19.90	16.00
Indicadores de Salud	Camas cada 1000 hab.	2.66	2.61	9.97	2.51	0.59	2.29	0.49	0.94	3.35	3.00
	Mortalidad Infantil, 1996 (1)	17.5	14.73	14.1	15.6	22.6	18.3	17.3	15.2	17.1	17.5
Prestadores de Salud	No. Total de Hospitales (1)	23	11	3	2	2	2	0	2	2	1
	No. Total de Camas Públicas (1)	2527	1451	729	97	104	410	0	111	387	206
	Instituciones Privadas con Internación (5)	36	22	15	3	0	1	2	1	4	3
	No. de Camas Privadas (5)	1657	1183	572	392	0	152	45	22	202	123
	Total Camas Públicas + Privadas	4184	2634	1301	489	104	562	45	133	589	329
	% Clínicas c/Internación Afiliadas a ACLISA (5)	88.89	81.82	86.67	66.67	0.00	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Aseguramiento Social (6)	No. Afiliados PAMI	127.947	78.642	13.248	17.573	10.806	19.378	6.814	10.823	18.658	10.500
	No. Afiliados OSEP	290.000	185.000	32.000	44.000	33.000	44.000	14.000	18.000		
	% Afiliados PAMI	8.13	8.03	10.15	9.03	6.16	7.89	7.45	7.62	10.60	9.58
	% Afiliados OSEP	18.42	18.89	24.52	22.60	18.81	17.92	15.31	12.68	0.00	0.00
	% Afiliados Otra OS	31.25	39.57	35.53	36.27	31.43	32.78	37.74	31.49		
	Población sin OS en % para 1991 (2)	42.2	33.51	29.8	32.1	43.6	41.4	39.5	48.2	42.1	43.8

(1) Fuente: Programa de Información al Ciudadano. Gobierno de Mendoza. En www.pic.mendoza.gov.ar

(2) Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. En Situación y Evolución Social Provincial. Mendoza, 1996.

(3) Fuente: Programa de Información Estadística y apoyo a los Municipios (PRINEM) de Indec, en base a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

(4) Fuente: INDEC, 1991, extraído de DEIE: Situación y Evolución Social Provincial, Mendoza 1996.

(5) Fuente: Asociación de Clínicas y Sanatorios de la provincia de Mendoza. Año 1999.

(6) Fuente: Asociación de Clínicas y Sanatorios de la provincia de Mendoza, OSEP (datos aproximados).

3.2- Mendoza: Indicadores Básicos

La provincia de Mendoza se encuentra dividida en 18 departamentos, incluyendo su ciudad capital. El denominado Gran Mendoza está conformado por los departamentos de Capital, Godoy Cruz, Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Las Heras, que ocupan el 11% de la superficie provincial. El departamento de San Martín está ubicado al este de la provincia y el de San Rafael al centro-sur.

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, la población total de Mendoza era de 1.427.664 habitantes, de la cual 78% es urbana. El porcentaje de analfabetismo ascendía al 4.56% de la población total, y el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas representaba el 17.6% de la población mendocina. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para esa misma fecha, el porcentaje de la población con acceso a agua corriente era del 81%. Los departamentos que integran el denominado Gran Mendoza contaban con una población de 979.537 habitantes, San Rafael 176.041 y San Martín 109.652, con una densidad poblacional al año 1997 de 1.128, 5,31 y 69,4 habitantes por kilómetro cuadrado, respectivamente.

Los indicadores de acceso y cobertura de salud muestran que, a pesar de que el mayor número de camas públicas y privadas se ubica en el Gran Mendoza, la densidad de camas cada 1.000 habitantes es mayor en los departamentos de San Rafael y San Martín. Lo mismo sucede con el porcentaje de clínicas con internación afiliadas a la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la provincia de Mendoza (ACLISA).

En términos de aseguramiento social, el porcentaje de la población total afiliada al PAMI es aproximadamente dos veces menor que la afiliada a la obra social provincial (OSEP). El porcentaje de la población no cubierta por obra social o plan médico es para 1991 el 33.5% de los habitantes del Gran Mendoza, el 42.1% y el 43.8% de los habitantes del departamento de San Rafael y de San Martín, respectivamente, quienes debían acudir al sector público en búsqueda de atención médica.

4- Prestación de Servicios de Salud en Mendoza

4.1- Actores, Poder de Negociación y Estructura de Mercado

Los actores identificados en la organización del mercado de salud en el Gran Mendoza, San Rafael y San Martín son los siguientes:

- Los financiadores: PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral a los Jubilados y Pensionados), OSEP (la cobertura de seguridad social de los empleados públicos provinciales), obras sociales nacionales y prepagas;
- Los proveedores privados, ya sean ellos institucionales (las clínicas y los hospitales) o profesionales, y sus asociaciones profesionales, tales como ACLISA y el Círculo Médico, que operan como intermediarios entre los proveedores privados y los financiadores;
- Los establecimientos públicos, instituciones sin fines de lucro financiados por el gobierno provincial descentralizado.

Los mecanismos de pago no se encuentran aislados del contexto en que se aplican, sino que influyen –y a su vez, son producto de– el mercado de atención de la salud. De este modo, dadas ciertas condiciones básicas de oferta y demanda de servicios, se establece una estructura en la que cada una de las partes diseña una estrategia de comportamiento que conlleva a los resultados de atención del sistema de salud. Entre la aplicación del cambio en los sistemas de remuneración y los resultados existe una serie de interacciones entre el mercado de salud y la política sanitaria, y entre ella y la organización interna de los proveedores que se adaptan al nuevo escenario de financiamiento y competencia. Tal como se plantea en la literatura de los servicios de salud en naciones desarrolladas (Swartz et al, 1996), 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, tales como integración y desintegración vertical y horizontal de algunos servicios. En esta misma dirección, la necesidad de asegurar cierto nivel de calidad técnica en la atención puede provocar un proceso de integración de servicios que no se hacía necesario bajo otras

condiciones de pago.

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

A partir de la información recogida mediante encuestas a los prestadores de servicios de salud, en la Tabla 2 se reporta la percepción de competencia y de participación relativa en la cobertura de servicios por parte de cada una de ellas. Se observa un número relativamente alto de competidores promedio encontrados en el universo encuestado (7.57), con liderazgos marcados (el porcentaje de ingresos del líder alcanza el 40%). Asimismo se percibe una gran dispersión tanto en el número de competidores como en el porcentaje de mercado que cada proveedor considera capturar. Se percibe entonces una estructura provincial de servicios de salud heterogénea, con grandes desigualdades al interior de la oferta de los mismos.

Tabla 2: Estructura de Mercado Percibida

	Promedio	Máximo	Mínimo
Número de Proveedores de Servicios que considera competidores de su institución	7,57	30	1
Posición en el mercado: Participación porcentual aproximada en el Total de Ingresos	39,82	100	5

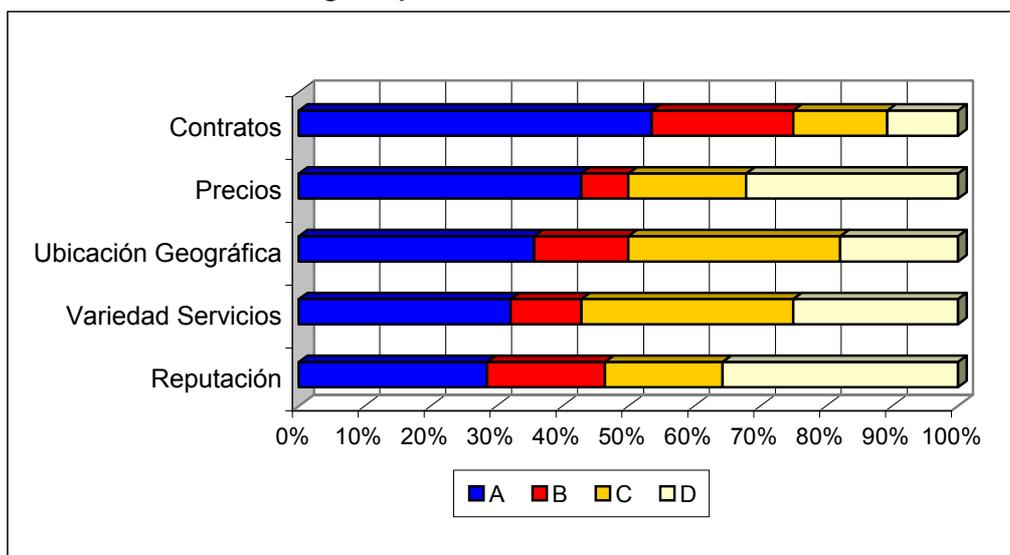
Total de Proveedores (Segundo y Tercer Nivel): 34
Respuestas recibidas: 28

Fuente: Elaboración Propia en Base a Encuestas de Campo

La Figura 3 ordena en cuatro categorías (A: muy importante hasta D: insignificante) las opiniones de los 28 establecimientos entrevistados en términos de los factores determinantes de la competencia. Para la mayoría de los oferentes, la definición de mercado se encuentra asociada fundamentalmente por la firma de contratos con los financiadores (alrededor del 50% lo consideran el determinante más importante y sólo el 10% lo ubica como poco relevante).

Ello refleja la importancia que reviste la estructura de contratación dentro de la estrategia empresarial y su peso como determinante de la demanda. La localización geográfica, junto con el mix de producción es considerada como muy importante por un porcentaje menor al 40%.

Figura 3: Factores Determinantes de la Competencia en la Provisión según Opinión de los Entrevistados



Nota: Número de respuestas 28 instituciones = 100%

La Tabla 3 muestra para 1999 y para los tres distritos seleccionados, el peso relativo de cada sistema de aseguramiento/pago en el ingreso total de las instituciones (en promedio simple, por distrito).

El porcentaje de afiliados a la OSEP dentro del total de población con cobertura explícita, representa entre dos y dos veces y media la población cubierta por PAMI (Tabla 1). Sin embargo, el peso promedio de los pacientes efectivamente atendidos en establecimientos de segundo y tercer nivel refleja la situación opuesta. De acuerdo a la información presentada en la Tabla 2 en el área del Gran Mendoza, y para el promedio de las 16 instituciones, el PAMI es el primer financiador con 35.44% de los ingresos, en tanto que la OSEP aporta un 18.63%. El pago por intermediarios (ACLISA, Círculo Médico, y otros excluyendo PAMI) alcanza el 19.32%, en tanto que los seguros privados contribuyen con el 9.06%. Los pagos directos de bolsillo sólo representan el 2% de los ingresos de estos establecimientos. Ello sugiere que es el

PAMI el principal aportante al sistema de salud privado, con la consecuente importancia en su poder de contratación y negociación.

Tabla 3: Distribución del Ingreso

FINANCIADORES	MENDOZA			SAN RAFAEL			SAN MARTIN		
	No. de Instituciones: 16			No. de Instituciones: 4			No. de Instituciones: 3		
	MEDIA	MINIMA	MAXIMA	MEDIA	MINIMA	MAXIMA	MEDIA	MINIMA	MAXIMA
PAMI	35.44	20	60	68.75	36	60	52.00	50	90
OSEP	18.63	20	30	8.25	10	30	20.00	15	18
ACLISA	9.56	3	30	5.25	2	2	0.67	5	6
SEGUROS PRIVADOS	9.06	3	50	0	0	0	0.00	0	0
OTROS SEGUROS DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS(*)	8.13	10	70	0	0	0	0.00	0	0
OTRAS OBRAS SOCIALES NACIONALES(*)	7.44	4	20	0	6	6	2.00	0	0
OTROS INTERMEDIARIOS	5.44	5	22	7	46	46	15.33	13	15
CIRCULO MEDICO	4.22	0.5	15	10.75	10	20	10.00	5	15
PAGO EN EFECTIVO	2.09	3	11	0	0	0	0.00	0	0

Nota: Para el período analizado OSEP desarrolla diferentes estrategias de contratación de prestadores, canalizando por ACLISA sus acuerdos para el Gran Mendoza y con el Círculo Médico en San Martín. En San Rafael, contrata los honorarios médicos con el Círculo Médico y con las dos clínicas más importantes los servicios de internación.

(*) No incluidos en los contratos gestionados por ACLISA y el Círculo Médico.

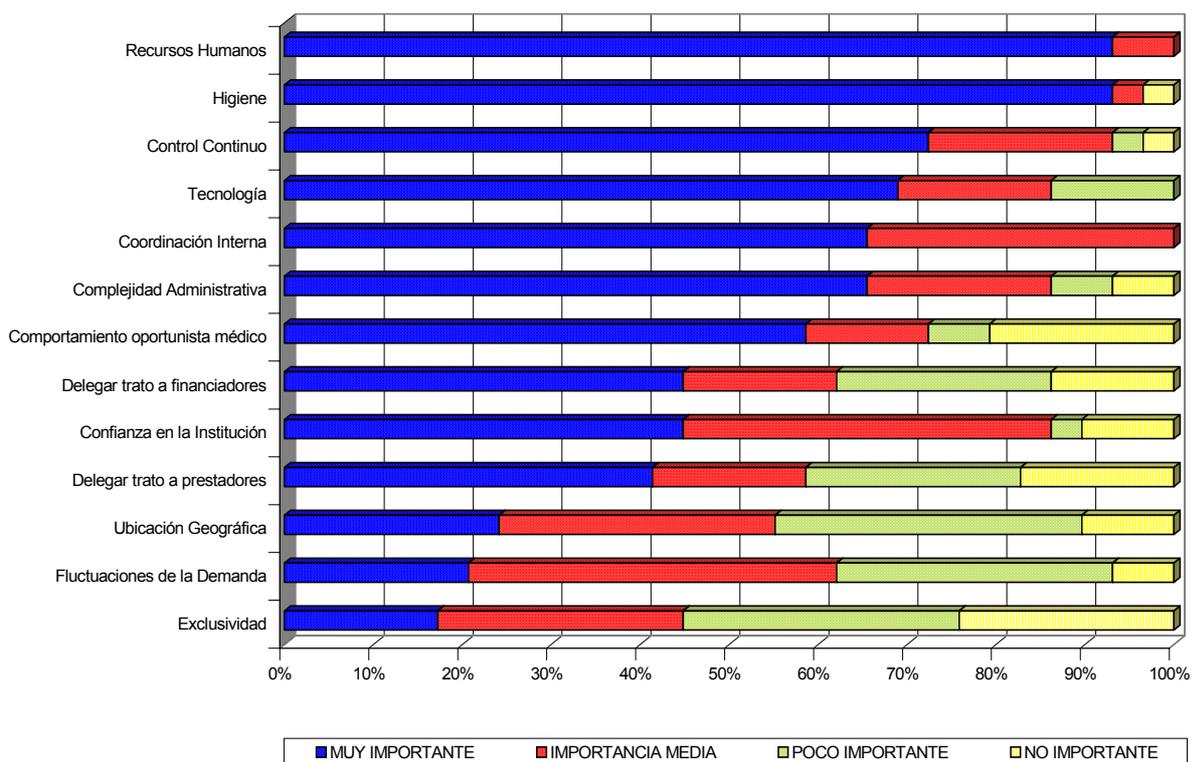
Fuente: Elaboración Propia en Base a Encuestas de Campo.

En los otros dos distritos, el poder de mercado del PAMI se vuelve aún más manifiesto, superando en ambos casos el 50% de los ingresos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad (el 52% en el de San Martín y 68.75% en el de San Rafael). En ambos, se reduce drásticamente el número de financiadores participantes con respecto a la situación en la zona del Gran Mendoza, como así también la dispersión en las canastas de financiamiento de los prestadores. De este modo, el 93% de las fuentes de ingreso de los servicios de salud de San Rafael se encuentra concentradas en tres instituciones financiadoras/intermediarias, en tanto que en el departamento de San Martín el 97% se encuentra en manos de cuatro instituciones de financiamiento. Esta situación contrasta con lo que sucede en el Gran

Mendoza, con mayor magnitud tanto en términos de oferta como de demanda, donde las principales cuatro instituciones de financiamiento e intermediación de fondos distribuyen el 67.85% de los ingresos.

La Figura 4 tiene como objeto conocer, a la vista de los oferentes privados de salud, los requerimientos cualitativos más relevantes en la prestación de servicios de internación. El propósito de esta pregunta es el de identificar los "determinantes de la competencia", interpretados por los mismos actores del mercado, una vez establecido que la existencia de contratos con los mismos financiadores y la localización geográfica, eran los factores que definen las "fronteras" del mercado.

Figura 4: Requerimientos Cualitativos - Servicios de Internación



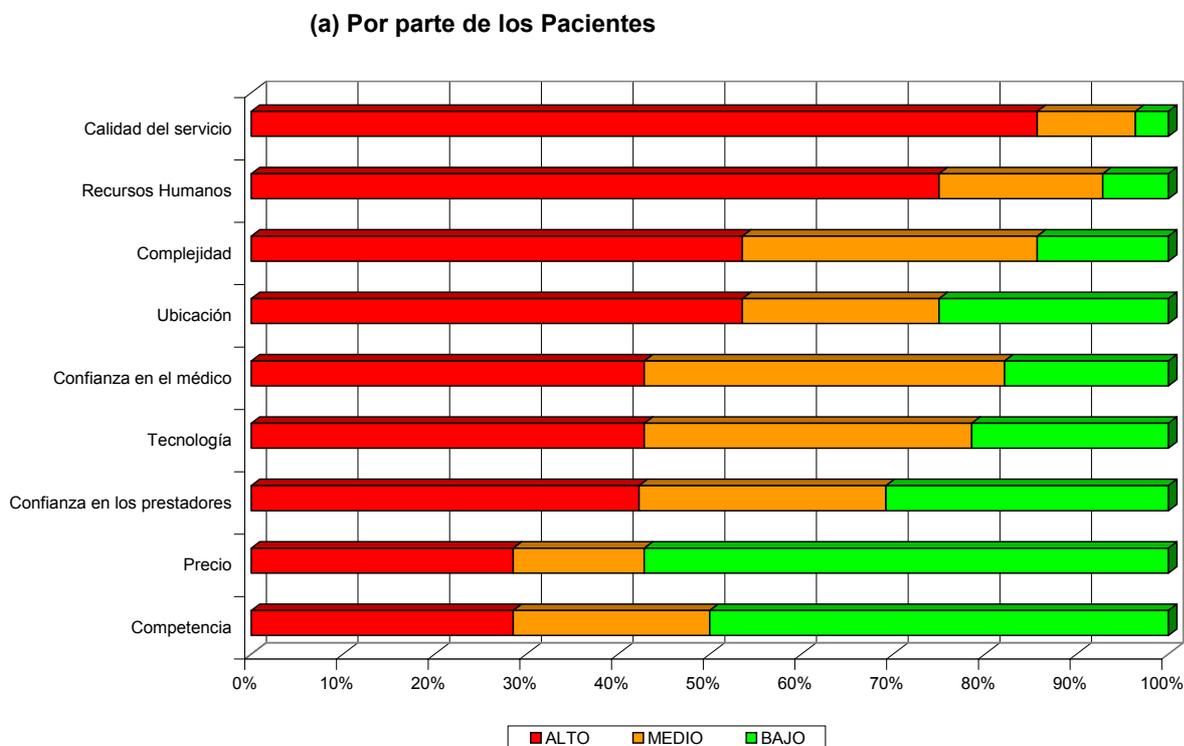
Como en el caso anterior, cada uno de los proveedores ordenó por nivel de importancia una serie de requerimientos establecidos en el cuestionario distribuido, a los que debía ubicar en cuatro categorías (muy importante, importante, poco importante, e insignificante). La Figura ilustra que aquellos requerimientos asociados con la calidad médica del servicio (recursos humanos, higiene, control interno y tecnología) se encuentran ubicados en los cuatro primeros puestos para al menos el 70% de los entrevistados, en tanto que los factores relacionados con las características de la demanda, tales como ubicación, fluctuaciones en demanda, confianza y exclusividad se encuentran relegados, adjudicándoles una relevancia menor al 30%. Finalmente, y ubicados en el centro de la Figura, se encuentran todos aquellos requerimientos afines con la organización interna del establecimiento sanitario, como son la coordinación interna, la complejidad administrativa, los esfuerzos para limitar el comportamiento oportunista de los médicos y los sistemas de delegación de tareas financieras y de trato con el cliente.

La lectura de esta información muestra un mercado donde la estructura de los contratos establece la formación de clientelas cautivas al interior de áreas geográficas determinadas, por lo que aquellos factores asociados con fluctuaciones en la demanda no son relevantes. Asimismo, la estructura de requerimientos cualitativos al interior del mercado se encuentra asociada no tanto con los mecanismos internos de eficiencia y reducción de costos, sino por aquellos factores que hacen a la diferenciación del producto "hacia afuera": prestigio médico, tecnología e higiene. La separación entre elementos que tienden a diferenciar el producto (típico de mercados de atención médica de internación) de aquellos relacionados con la organización interna/eficiencia es, sin embargo, drásticamente marcada por las opiniones de los oferentes.

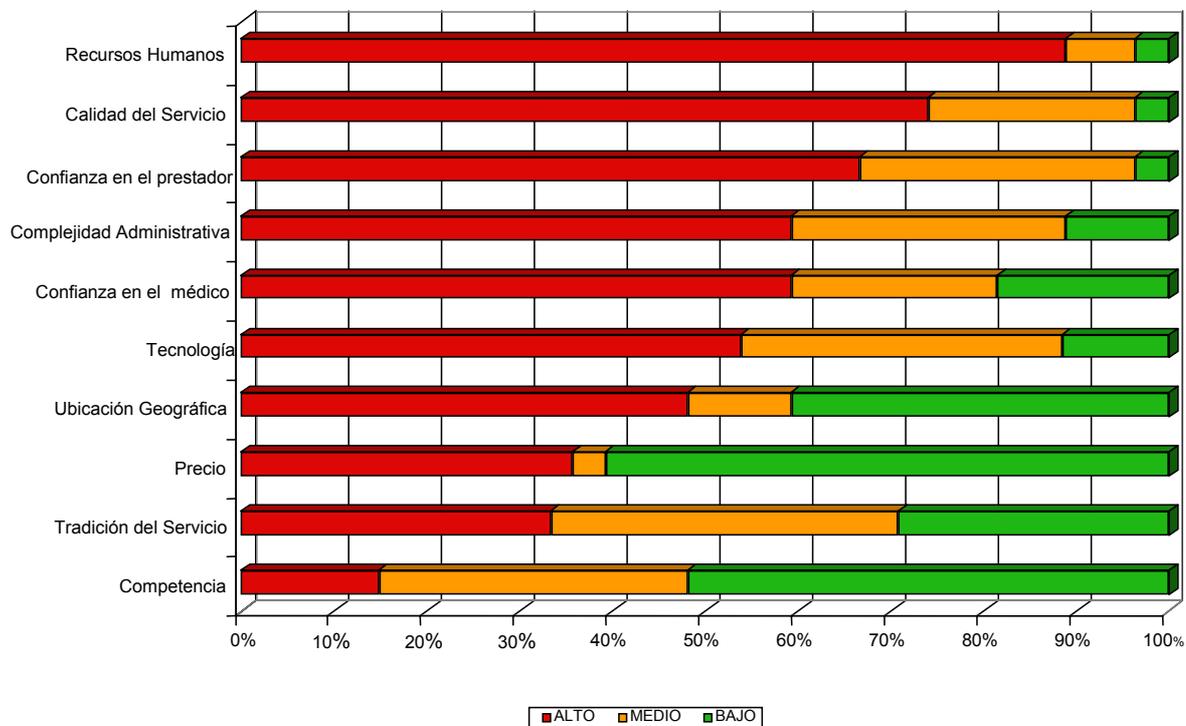
Finalmente, y de acuerdo a la opinión expresada por las instituciones de salud entrevistadas, los criterios utilizados por los sistemas de aseguramiento de servicios de salud para la contratación de prestadores no difieren mayormente de aquellos considerados por los pacientes al momento de escoger su centro de atención.

En ambos casos, como lo sugieren las Figuras 5 (a) y (b), la calidad del servicio y del recurso humano están ubicados como los dos factores preponderantes en las preferencias de ambos grupos (financiadores y pacientes). Asimismo, el precio y la competencia son ubicados en el extremo opuesto de la valoración de ambos grupos. Ello se atribuye a que los pacientes descansan en el "tercer pagador", quien es el que establece de antemano (directamente o mediante intermediarios) los montos a abonar. Sólo los factores geográficos y de confianza institucional alteran esta simetría. En el primer caso, se considera que el financiador asigna importancia a la ubicación espacial en tanto debe garantizar cierta cobertura mínima para sus afiliados, mientras que los pacientes deciden su prestador dando prioridad a aspectos de respeto y confianza hacia el centro de salud de consulta.

Figura 5: Elección de Servicios de Internación por parte de Pacientes y Pagadores: Criterios Percibidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



(b) Por parte de los Financiadores



5. Efectos de los Cambios en Sistemas de Pago:

5.1- Evolución de los Mecanismos de Pago: Análisis Comparativo

De acuerdo con los gerentes de las instituciones de salud y los expertos entrevistados, hasta el primero de enero de 1990 la financiación de los servicios de salud se encontraba a cargo de las Obras Sociales, el PAMI y las empresas de medicina prepaga, quienes contrataban a través de los círculos médicos, asociaciones bioquímicas y algunas asociaciones de clínicas. El pago de los servicios se hacía mediante un nomenclador nacional, que a partir de una lista de enfermedades y prácticas asignaba un puntaje para cada prestación, distinguiendo honorarios médicos y gastos sanatoriales de cada prestación. Los precios de cada unidad eran establecidos mediante disposición del Gobierno, mientras que cada uno de los prestadores intervinientes facturaba la porción que le correspondía por su participación en la misma. Las compañías de medicina prepagas, las obras sociales empresarias, y las

compañías de seguros abonaban por encima del nomenclador nacional, multiplicándolo por un factor de aumento. El PAMI, por su parte, utilizaba un sistema de cápita con la federación médica, pero el pago a los prestadores se realizaba por unidad de atención.

A partir de 1990, la organización del mercado de atención de servicios de salud del Gran Mendoza, San Martín y San Rafael, fue afectado por tres cambios asociados con incentivos monetarios:

- En 1990 el PAMI cambió de intermediario. El nuevo contrato fue firmado con ACLISA quien introdujo el pago por capitación como mecanismo prevalente de pago a proveedores de servicios de salud⁶.
- En 1994 gran parte de las obras sociales nacionales y prepagas pasaron de un esquema de pago por servicios al de capitación o pago por módulo⁷. Sin embargo, dependiendo de la ciudad, el intermediario fue diferente - ya sea ACLISA, el Círculo Médico o alguna empresa privada independiente -, reflejando el poder de negociación relativo de cada actor.
- Hacia mediados de 1998, OSEP también alteró su estructura de pagos, pasando al pago por módulo en el área del Gran Mendoza. Como en el caso de PAMI, ACLISA se transformó en la contraparte subcontratante de las clínicas y hospitales privados. En San Rafael, OSEP definió un acuerdo diferente, en base a un presupuesto fijo conjunto con los dos centros de salud más importantes del departamento. Este presupuesto conjunto se distribuía entre los dos proveedores de servicios de salud basado en los casos atendidos por cada uno. Tal acuerdo requirió de un monitoreo constante, incluyendo la contratación de una auditoría externa en cada una de las instituciones.

En esta sección se presentará un análisis comparado a partir de la información recogida en las entrevistas con los proveedores de servicios, y que se resume en la Tabla 4,

⁶ Tales contratos capitados definían que los proveedores de servicios de salud recibieran por cada individuo particular (en el caso de la afiliación directa a Hospitales) o por cada afiliado de Obras Sociales o prepagas, una suma que daba cobertura para todos los servicios pactados en el contrato, y que cualquier beneficiario pudiera requerir. Dicha suma era recibida por el proveedor independientemente que el afiliado hiciera o no uso de los servicios médicos. De aquellos contratos capitados, el de PAMI fue el más importante, tanto en términos de ingresos para los prestadores como en términos de población cubierta.

⁷ El pago por módulo se establece por patología, y su valor incluye honorarios médicos, medios diagnósticos, hotelería, interconsultas, medicamentos, descartables, cirugía, anestesia y anatomía patológica.

correspondiente a las características de los contratos entre financiadores y prestadores, para los tres distritos seleccionados.

Dicha Tabla se divide en dos partes: la mitad superior establece los actores participantes en la negociación de los contratos de atención, en tanto que la segunda mitad de la tabla presenta el mecanismo de pago estipulado para cada caso. Asimismo, ambas características son analizadas para los cinco grupos de instituciones financiadoras participantes: PAMI, OSEP, Obras Sociales Sindicales con intermediación de ACLISA, Obras Sociales Sindicales con intermediación del Círculo Médico y contrato directo entre el proveedor y la obra social. Para cada caso se establece el período en que los cambios en contratación tuvieron lugar. Finalmente, las últimas dos columnas resumen el total de los cambios de contratos antes de la primera variación (1989) y el modelo final, en 1998.

En el caso del Gran Mendoza se observa la caída del poder relativo del Círculo Médico, que reduce su participación de 56 a 11 contratos en el lapso de nueve años a partir de la pérdida del PAMI y OSEP, y un aumento del poder de ACLISA, con un saldo a favor de 45 contratos nuevos. Por su parte, la contratación directa de hospitales se mantuvo estable, con una caída de cuatro negociaciones, pero manteniendo su participación porcentual.

Asimismo, el modo de remuneración en los contratos siguió un mismo patrón de cambios, pasando del tradicional pago por prestación en 73 de los 74 casos registrados, a sólo un 28% al final del período. Como contrapartida, se observa un aumento sustancial de los contratos capitados, principalmente los del PAMI (17 para 1998) y de los contratos modulados (por caso), llegando estos últimos a 36, el 50% del total.

En San Rafael, por su parte, también se observa una caída del poder relativo del Círculo Médico, en manos de la Asociación de Clínicas, aunque su tasa de "retención" es superior al caso de la capital provincial. Sin embargo, y a diferencia del Gran Mendoza, el Círculo logra mantener el contrato por honorarios médicos separado del pago a hospitales. Coincidiendo con el caso anterior, el pago por servicio deja lugar a las cápitadas (PAMI), los

presupuestos fijos por hospital (OSEP) y otros contratos modulados. De este modo, del 86% de los contratos originales abonados mediante pago por prestación, se evoluciona a un escenario final que muestra sólo un 29.5% bajo esta modalidad.

El caso de San Martín, el menor de los tres distritos, presenta una mayor concentración de poder por parte del Círculo Médico (siete de once contratos continúan bajo su gestión) y una mayor dispersión en el modelo final de mecanismos de pago (tres contratos capitados, cuatro pagados por prestación y tres con presupuesto fijo por hospital).

En resumen, se evidencia un incremento relativamente mayor de la presencia de la Asociación de Clínicas en el centro urbano más densamente poblado y con mayor diversidad prestacional (Gran Mendoza), en tanto que el distrito más pequeño continúa hegemonizado por los médicos. El caso de San Rafael refleja un punto intermedio: en una localidad con la oferta de servicio altamente concentrada la negociación por el control del financiamiento de mercado se divide entre dos centros de atención y los médicos, a pesar de que varios actores claves participan en ambas instituciones. Un resultado de esta distribución de poder es el contrato de OSEP, donde el pago se distribuye entre ambas instituciones. De este modo, los casos presentados apoyarían la tercera hipótesis propuesta, que asocia tamaño de mercado con mayor poder de negociación de las clínicas con respecto a los médicos.

Como fuera mencionado anteriormente, el PAMI, como principal pagador (por monto y por número de afiliados), lideró las negociaciones tanto en San Rafael como en el Gran Mendoza. En ambos casos, con menor concentración de proveedores, su capacidad de negociación fue mayor, aumentando significativamente el número de contratos capitados, es decir, transfiriendo riesgos a los prestadores. En el caso de San Martín sin embargo, el PAMI no encabezó el cambio en remuneraciones, y la estructura de contratos fue mucho menos homogénea que en los otros dos distritos. Estos argumentos apoyan las dos primeras hipótesis, que asocian mayor liderazgo y transferencia de riesgo con menor concentración de mercado.

5.2- Efectos de los Mecanismos de Pago sobre la Organización Interna de los Proveedores: Contratos y Transferencia de Riesgo Vertical

Un análisis sobre los mecanismos de contratación entre financiadores y proveedores de servicios es analizado, para cada uno de los tres distritos, en las Tablas 5, 6 y 7. Las mismas, siguiendo la misma apertura por financiador, presentan los cambios en mecanismos de pago a (a) médicos generales, (b) médicos especialistas, (c) anestesiólogos, (d) laboratorios y (e) servicios de diagnóstico por imágenes. Asimismo, se identifican aumentos o disminuciones de la tasa de subcontratación y el mecanismo de pago empleado.

La Tabla 5 (Gran Mendoza) muestra, para el caso de los médicos generales, una importante transferencia de riesgo desde la clínica, especialmente en el caso de los contratos con PAMI, OSEP y los negociados a través de ACLISA. En los tres casos, los pagos por prestación, que superaban el 70% de la modalidad, a finales de los ochenta no supera el 40% en el momento siguiente a la renegociación. Los mecanismos alternativos utilizados son el pago capitado, directo o indirecto, o los salarios fijos. La transferencia de riesgo, si bien creciente, es significativamente menor en los casos de médicos especialistas y laboratorios. En el caso de diagnóstico por imágenes, el mecanismo de pago fluctúa en función del financiador, aunque en todos los casos el pago por prestación supera el 45%. Las clínicas de mayor tamaño han tendido a tercerizar servicios como el de laboratorio, medios de diagnóstico y alta complejidad. Por el contrario, las clínicas pequeñas incorporaron los servicios que antes tenían tercerizados como laboratorio y radiología.

En cuanto a los niveles de subcontratación, los mismos aumentan para todos los contratos analizados, y superan el 50% de los recursos utilizados. Esta transferencia de riesgo, sin embargo, se neutraliza en parte por el método de pago mayoritariamente utilizado (por servicio) para los cinco tipos de contratos. A pesar de ello, en los dos principales casos (PAMI y OSEP), se observa un aumento en la capitación.

En el caso de PAMI -el contrato que mayormente ha impactado en la organización de los proveedores por su número de afiliados, y que representa entre un 50% y un 60% de los ingresos de las clínicas y sanatorios- se observa una mayor tendencia a la subcapitación o al sueldo fijo como forma de controlar el gasto. Se subcapitan o se pagan honorarios fijos (esto último en las clínicas más pequeñas) los servicios de consultorio, honorarios médicos de internación, anestesia, laboratorio, y radiología, en tanto los otros medios de diagnóstico se pagan generalmente por prestación.

En el caso de otros contratos capitados, el número de servicios subcapitados o por pago de sueldos fijos depende del porcentaje de población incorporada al contrato y de las características de dicha población. La clínica que cuenta al menos con un 50% de sus ingresos capitados, administra todos sus contratos (capitados y modulados) como si fueran un mismo paquete, en tanto que las instituciones que poseen sólo el contrato de PAMI capitado optan por no subcapitar, sino abonar por prestación los servicios contratados.

Adicionalmente, y sin importar la forma del contrato ni la población involucrada, en todos los casos se ha verificado un desarrollo creciente de auditorías médicas, en tanto el riesgo es transferido de la obra social a los prestadores, quienes deben realizar auditorías permanentes para balancear sus presupuestos. Como consecuencia de ello, se verifica una disminución en el consumo de medios de diagnóstico, especialmente de alta complejidad. Asimismo, los convenios capitados han implicado una baja en el promedio de días-camas de hasta un 25%.

En el caso de San Rafael, presentado en la Tabla 6, se observa una marcada transferencia de riesgo hacia los proveedores, especialmente en los contratos de PAMI y aquellos negociados vía ACLISA. En ambos, el sistema de pago por prestación es mayoritariamente abandonado, ganando preponderancia los sistemas de capitación. En el caso de OSEP y de los contratos gestionados a través del Círculo Médico, como era de esperar, el sistema de pago preeminente es por prestación. Cubriendo todos los modelos de remuneración, la subcontratación se incrementó dramáticamente, siendo el método de pago

más usual el de capitación.

Finalmente, en San Martín (Tabla 8) se observan menos cambios en los mecanismos internos de pago a partir de la alternación en los contratos por parte de los financiadores. Como en el Gran Mendoza, los contratos a través de PAMI y de ACLISA son los que concentran mayor transferencia de riesgo a los profesionales de la salud (aunque ello no sucede en el caso de laboratorios y diagnóstico por imágenes). Por el contrario, los contratos de OSEP, también repitiendo el caso del Gran Mendoza, cuentan con un mayor componente de riesgo compartido entre las instituciones prestadoras y sus profesionales. En todos los casos, y respondiendo a un patrón común en los tres distritos, se observa un aumento en la tasa de subcontratación, aunque el método de pago se encuentra totalmente asociado con la unidad de servicio.

De este modo, la cuarta hipótesis presentada en la primera sección de este trabajo se ve apoyada por la evidencia del caso mendocino: la transferencia de riesgo entre financiador y proveedor (clínica y sanatorio) se transfiere al profesional médico, especialmente al generalista, y en menor medida a los métodos de diagnóstico. Asimismo, se presenta un mayor grado de "desintegración" vertical. Sin embargo, la evidencia presentada por este trabajo no sugiere una asociación directa entre tamaño de mercado y nivel de transferencia de riesgo.

6- Conclusiones

El presente trabajo analiza los eslabonamientos entre mecanismos de pago, estructura de mercado y organización interna, a partir de la experiencia de los sistemas de aseguramiento social y sus proveedores en tres áreas urbanas de la provincia de Mendoza en la República Argentina durante los noventa.

A partir de entrevistas con proveedores y miembros de las organizaciones intermediarias de la región, se obtuvo soporte para las hipótesis de trabajo planteadas. La aplicación de diferentes mecanismos de pago en los sistemas de salud constituye un método idóneo para alterar los incentivos de los prestadores de servicios, produciendo cambios en la

estructura del mercado, y en la organización interna de los mismos. Tal como se prueba a lo largo del trabajo, el PAMI, como principal pagador (por presupuesto y por número de afiliados), lideró los cambios tanto en San Rafael como en el Gran Mendoza. En ambos casos, su capacidad de negociación fue mayor, aumentando significativamente el número de contratos capitados, transfiriendo riesgos a los prestadores. En el caso de San Martín, sin embargo, la estructura de contratos es mucho menos homogénea que en los otros dos distritos y los cambios en mecanismos de pago son impulsados por los financiadores con mayor poder de negociación.

Adicionalmente, la intensidad de los cambios se encuentra asociada al tamaño del mercado. En la medida en que éste aumenta –medido en términos de población cubierta, o en número de proveedores– se incrementa el poder relativo de las clínicas y hospitales con respecto a los médicos, formulando un desbalance de “poder de mercado” entre las respectivas asociaciones que los nuclean (Asociación de Clínicas y Sanatorios, Círculos Médicos). Ello conlleva la aplicación de estructuras de remuneración que generan una mayor transferencia de riesgo en perjuicio de los últimos.

Al interior de las instituciones se observa que a partir de la difusión de contratos capitados las clínicas y hospitales de mayor tamaño han tendido a aumentar la subcontratación de servicios de laboratorio, medios de diagnóstico y alta complejidad. Las clínicas pequeñas, por el contrario, han incorporado los servicios que antes tercerizaban, como laboratorio y radiología. Estas clínicas prestan servicios de primer y segundo nivel solamente, con muy pocas camas de terapia intensiva y menor poder de fijación de precios. De este modo, los motivos que han llevado a estas unidades prestadoras a comprar servicios parecen ser los mismos que llevaron a las clínicas grandes a subcontratar a terceros esos mismos servicios: el cambio tecnológico y la reducción de costos, asociados con los requerimientos de las nuevas formas de contratación.

Surge de esta investigación que la transferencia de riesgo entre financiadores y

proveedores (clínicas y sanatorios) no es siempre absorbida por la institución hospitalaria, sino que se extiende al profesional médico, especialmente al generalista, y en menor medida a los métodos de diagnóstico. El mismo modo de transferencia de riesgo en la cadena de provisión lleva a un mayor grado de tercerización y por ende a un menor grado de integración vertical. Sin embargo, la evidencia presentada por este trabajo no sugiere una asociación directa entre tamaño de mercado y nivel de transferencia de riesgo.

Las conclusiones presentadas tienen fuertes implicancias de política pública: el cambio en mecanismos de pago no produce efectos homogéneos en los mercados prestadores de servicios de salud. Su impacto se encuentra asociado con el modelo prestacional en el que estos mecanismos son utilizados, afectando la intensidad del cambio. Asimismo, estos cambios alteran la estructura de transferencia de riesgos entre actores, los cuales son absorbidos, de acuerdo con los casos analizados, por los eslabones más débiles de la cadena prestacional. Sin embargo, los actores que absorben los riesgos del sistema no necesariamente son los mismos, sino que varían de acuerdo con el esquema original de poder de negociación relativa.

En el caso argentino, el trabajo presenta un importante elemento a ser profundizado en una agenda futura: siendo el PAMI el financiador de mayor importancia y el cual define las tendencias en las estructuras de contratación y pago de otros pagadores, un esquema de política pública debería concentrar en esta institución los mayores esfuerzos para el diseño de un nuevo modelo prestacional eficiente desde el punto de vista asignativo. Ello redundaría no sólo en un cambio de incentivos a nivel de financiadores, sino también en el modo prestacional de organización y transferencia de riesgos. Más aún, y desde la perspectiva de eficiencia de política, una medida de esta índole lograría maximizar el impacto con la menor -más específica- intervención posible.

7- Referencias

- Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Mendoza (1999) Anales.
- Bitrán, R. y W. Yip, (1998) "A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries

- in Asia and Latin America”, Working Paper 1, Major Applied Research Series: No.2 on Provider Payment Mechanisms, Partnerships for Health Reform, Abt Associates.
- Contandriopolous, A.; Champagne, F. y Baris, E. (1990) "Physician Compensation and Health Care System Objectives: An Appraisal of International Experiences", mimeo.
 - Dranove, D. (1988) "Pricing by Non-Profit Institutions. The Case of Hospital Cost-Shifting", Journal of Health Economics, 7.
 - Ellis, R. and McGuire, T. (1986) "Provider Behavior under Prospective Reimbursement." Journal of Health Economics, 6.
 - Ellis, R. and McGuire, T. (1988) "Insurance Principles and the Design of Prospective Payment Systems." Journal of Health Economics, 7.
 - INDEC (1970, 1980, y 1991) Censo Nacional de Población y Vivienda.
 - INDEC (1991) Programa de Información Estadística y Apoyo a los Municipios (PRINEM).
 - Maceira, D., (1998) "Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries", Working Paper 2, Major Applied Research Series: No.2 on Provider Payment Mechanisms, Partnerships for Health Reform, Abt Associates.
 - Maceira, D. (2001) "Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en Salud de América Latina y el Caribe", Iniciativa para la Reforma en Salud de América Latina y el Caribe, Serie Ediciones Especiales, no3, USAID - OPS - PHR - FPMD - DDM.
 - Mendoza, Gobierno de la Provincia de; Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Departamento de Bioestadística www.economia.mendoza.gov.ar
 - Mendoza, Gobierno de la Provincia de; Programa de Información al Ciudadano, www.pic.mendoza.gov.ar
 - Sherer, F. y D. Ross, (1990) Industrial Market Structure and Economic Performance, 3ra. Edición. Houghton Mifflin.
 - Shimmura, K. (1988) "Effects of Different Remuneration Methods on General Medical Practice: A Comparisson of Capitation and Fee-for-Service Payment", International Journal of Health Planning and Management, 7.
 - Swartz, K. y T. Brennan, (1996) "Integrated Health Care, Capitated Payment, and Quality: The Role of Regulation", Annals of Internal Medicine, 124 (4).
 - Wiley, M; Laschober, M. y Gelband, H. (1995) "Hospital Financing in Seven Countries", International Differences in Health Care Technology and Costs, Informe OTA-BP-H-148.
 - Wellock, M. (1995) "Is a Diagnosis-Based Classification System Appropriate for Funding Psychiatric Care in Alberta?", Canadian Journal of Psychiatry, 40 (9).
 - Williamson, O. (1979) "Transaction Costs Economics: The Governance of Contractual Relations", Journal of Law and Economics, 22.
 - Wouters, A. et al. (1998) Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care

Delivery. PHR Primers for Policymakers. Bethesda, Maryland.

Tabla 4: Características de los Contratos

			PAMI		OSEP		OS Sindical contradas con ACLISA		OS Sindical contradas con Circulo Medico		contrato directo de OSs		TOTAL	
			Cambio de contrato fecha:1989		Cambio de contrato fecha:1998		Cambio de contrato fecha:1992		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1989 y 1998	
			Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Gran Mendoza	Total Instituciones con Contrato		15	15	16	18	15	15	17	11	11	14	74	73
	obtención de contratos con los financiadores	negociación directa del hospital			9	3	2				7	11	18	14
		negociación via ACLISA		15		15		15						45
		negociación via Circulo Medico	15		7		13		17	11	4		56	11
método de cobro de la clínica al intermediario o financiador	capitado		15							1	2	1	17	
	por servicio	15		16		15		17	11	10	9	73	20	
	módulo				18		15				3		36	
San Rafael	Total Instituciones con Contrato		4	4	2	2	4	4	4	4			14	14
	obtención de contratos con los financiadores	negociación directa del hospital				2								2
		negociación via ACLISA		4				4						8
		negociación via Circulo Médico	4		2		4		4	4			14	4
método de cobro de la clínica al intermediario o financiador	capitado		4										4	
	por servicio	4				4	1	4	4			12	5	
	módulo						3						3	
	presupuesto fijo por hospital			2	2							2	2	
San Martín	Total Instituciones con Contrato		3	3	3	3	3	3	3	2			12	11
	obtención de contratos con los financiadores	negociación directa del hospital												
		negociación via ACLISA		3				1						4
		negociación via Circulo Médico	3		3	3	3	2	3	2			12	7
método de cobro de la clínica al intermediario o financiador	capitado		3										3	
	por servicio	3		3		3	2	3	2			12	4	
	módulo						1						1	
	presupuesto fijo por hospital				3								3	

Fuente: Elaboración Propia en Base a Encuestas de Campo

Tabla 5: Gran Mendoza: Mecanismos de Pago y Organización de los Servicios de Salud, por Contrato y en Porcentaje

SUJETO DE PAGO	MODO DE PAGO	PAMI		OSEP		OS Sindical contradas con ACLISA		OS Sindical contradas con Círculo Médico		contrato directo de OSs		TOTAL	
		Cambio de contrato fecha:1989		Cambio de contrato fecha:1998		Cambio de contrato fecha:1992		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1989 y 1998	
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		15	15	16	18	15	15	17	11	11	14	74	73
Pago de honorarios a médicos internos	paga el intermediario x prestación	100.00		18.75		60.00		70.59	54.55	16.67		54.67	8.22
	paga Intermediario x módulo				38.89	60.00	60.00						21.92
	paga la clínica por módulo				16.67						14.29		6.85
	paga la clínica por salario fijo		46.67		11.11						7.14		13.70
	paga la clínica por prestación		20.00	50.00	33.33	40.00	40.00	29.41	45.45	75.00	71.43	37.33	41.10
	paga el financiador			31.25								6.67	
	paga clínica x cápita		33.33							8.33	7.14	1.33	8.22
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		15	15	16	18	15	15	17	11	12	14	75	73
Pago de honorarios a médicos especialistas	paga el intermediario	100.00		53.33	55.56	60.00	60.00	76.47	63.64	27.27	6.67	65.75	36.49
	paga la clínica por salario fijo		46.67		5.56					9.09	6.67	1.37	12.16
	paga la clínica por prestación		20.00	33.33	38.89	40.00	40.00	23.53	36.36	54.55	73.33	28.77	41.89
	paga el financiador			13.33						9.09	6.67	4.11	1.35
	capitado		33.33								6.67		8.11
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		15	15	15	18	15	15	17	11	11	15	73	74
Pago de honorarios a laboratorios	paga el intermediario	100.00		80.00		90.91		76.92	42.86	27.27	7.14	75.44	7.14
	paga clínica x %		7.69						14.29				3.57
	paga la clínica por salario fijo		23.08		36.36	9.09	27.27	15.38	28.57			5.26	21.43
	paga la clínica por prestación		46.15		45.45		54.55	7.69	14.29	54.55	78.57	12.28	51.79
	paga el financiador			20.00						9.09	7.14	5.26	1.79
	capitado		23.08		18.18		18.18			9.09	7.14	1.75	14.29
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		12	13	10	11	11	11	13	7	11	14	57	56
Pago de honorarios diagnóstico por imágenes	paga el intermediario	100.00		66.67		81.82		61.54	50.00	42.86	30.00	72.73	11.76
	paga clínica x %				7.69			7.69		14.29	10.00	3.64	3.92
	paga la clínica por salario fijo		33.33	8.33	46.15	18.18	50.00	15.38	33.33	14.29	10.00	10.91	35.29
	paga la clínica por prestación		58.33	8.33	46.15		50.00	15.38	16.67	14.29	40.00	7.27	45.10
	paga el financiador			16.67								3.64	
	capitado		8.33							14.29	10.00	1.82	3.92
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		12	12	12	13	11	10	13	6	7	10	55	51
Pago de honorarios a anestesiólogos	paga el intermediario	100.00	16.67	100.00	37.50	85.71	18.18	88.24	72.73	63.64	53.85	88.73	39.68
	paga la clínica por módulo						9.09						1.59
	paga la clínica por salario fijo				6.25						7.69		3.17
	paga la clínica por prestación		58.33		50.00	14.29	63.64	11.76	27.27	27.27	30.77	9.86	46.03
	capitado		25.00		6.25		9.09			9.09	7.69	1.41	9.52
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		13	12	16	16	14	11	17	11	11	13	71	63
Recursos físicos utilizados	propios	66.67	46.67	75.00	50.00	53.33	46.67	58.82	36.36	75.00	50.00	65.33	46.58
	subcontratados	33.33	53.33	25.00	50.00	46.67	53.33	41.18	63.64	25.00	50.00	34.67	53.42
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		15	15	16	18	15	15	17	11	12	14	75	73
modo de pago a recursos físicos subcontratados	capitado	20.00	25.00	20.00	25.00	14.29	14.29	100.00	100.00	33.33	14.29	14.81	16.22
	por servicio	80.00	75.00	80.00	50.00	85.71	85.71			66.67	85.71	85.19	78.38
	paga clínica x %				25.00								5.41
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		5	8	5	8	7	7	7	7	3	7	27	37

Fuente: Elaboración Propia en Base a Encuestas de Campo

Tabla 6: San Rafael: Mecanismos de Pago y Organización de los Servicios de Salud, por Contrato y en Porcentaje

SUJETO DE PAGO	MODO DE PAGO	PAMI		OSEP		OS Sindical contradas con ACLISA		OS Sindical contradas con Círculo Médico		contrato directo de OSs		TOTAL	
		Cambio de contrato fecha:1989		Cambio de contrato fecha:1998		Cambio de contrato fecha:1992		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1989 y 1998	
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	16	17
Pago de honorarios a médicos clínicos	paga el intermediario x prestación	100		100	100	100		100	100	100	100	0	0.00
	paga la clínica por módulo						25						0.00
	paga la clínica por prestación						75						0.00
	paga clínica x cápita		100										0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	16	17
Pago de honorarios a médicos especialistas	paga el intermediario	100		100	100	100		100	100	100	100	100	0.00
	paga la clínica por módulo						25						0.00
	paga la clínica por prestación						75						0.00
	capitado		100										0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	16	17
Pago de honorarios laboratorios	paga el intermediario	100		100	100	100		100	100	100	100	100	0.00
	capitado		100				100						0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	16	17
Pago de honorarios diagnóstico por imágenes	paga el intermediario	100		100	100	100		100	100	100	100	100	0.00
	paga la clínica por módulo						25						0.00
	paga la clínica por prestación						75						0.00
	capitado		40 60										0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	6	2	2	4	4	4	4	2	3	16	19
Pago de honorarios a anestesiólogos	paga el intermediario	100		100	100	100		100	100	100	100	100	0.00
	paga la clínica por módulo						25						0.00
	paga la clínica por prestación						75						0.00
	capitado		25 75										0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	16	17
Recursos físicos utilizados	propios	100		100		100		100	100	100		100	0.00
	subcontratados		100		100		100				100		0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	16	17
modo de pago a recursos físicos subcontratados	capitado		60				50						0.00
	por servicio		40		50		50				100		0.00
	módulo				50								0.00
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		0	6	0	4	0	8	0	0	0	3	0	21

Fuente: Elaboración Propia en Base a Encuestas de Campo

Tabla 7: San Martín: Mecanismos de Pago y Organización de los Servicios de Salud, por Contrato y en Porcentaje

SUJETO DE PAGO	MODO DE PAGO	PAMI		OSEP		OS Sindical contradas con ACLISA Cambio de contrato fecha:1992		OS Sindical contradas con Círculo Médico Cambio de contrato entre 1992 y 1995		contrato directo de OSs Cambio de contrato entre 1992 y 1995		TOTAL Cambio de contrato entre 1989 y 1998	
		Cambio de contrato fecha:1989		Cambio de contrato fecha:1998		Cambio de contrato fecha:1992		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1992 y 1995		Cambio de contrato entre 1989 y 1998	
		Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	15	10
Pago de honorarios a médicos clínicos	paga el intermediario x prestación	100	66	100	100	100		100	100	100		100	70
	paga la clínica por prestación						100				100		10
	paga clínica x cápita		33										20
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	15	10
Pago de honorarios a médicos especialistas	paga el intermediario	100		100	100	100		100	100	100		100	52.5
	paga la clínica por prestación capitado		100				100				100		12.5
													25
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	1	3	3	3	1	3	2	3	1	15	8
Pago de honorarios a laboratorios	paga el intermediario	100		100	100	100		100	100	100		100	50
	paga la clínica por prestación capitado		33				100				100		30
			66										20
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	15	10
Pago de honorarios diagnóstico por imágenes	paga el intermediario	100	66	100	100	100		100	100	100		100	70
	paga la clínica por prestación		33				100				100		30
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	15	10
Pago de honorarios a anestesiólogos	paga el intermediario	100	66	100	100	100		100	100	100		100	70
	paga la clínica por prestación capitado		33				100				100		10
													20
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	15	10
Recursos físicos utilizados	propios	66				66		66		66		53.3	0
	subcontratados	33	100	100	100	33	100	33	100	33	100	46.6	100
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	15	10
modo de pago a recursos físicos subcontratados	por servicio	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
													0
<i>Total Instituciones con Contrato</i>		1	1	3	3	3	1	3	2	3	1	13	8

Fuente: Elaboración Propia en Base a Encuestas de Campo