

Documento de trabajo N° 16

**ACTORES, CONTRATOS Y MECANISMOS DE PAGO:
EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD DE SALTA**

DANIEL MACEIRA Y CINTIA CEJAS

Septiembre 2008



Esta publicación se realizó conjuntamente con el
**Centro de Estudios de Estado y Sociedad -
CEDES**

Agradecimientos

Se agradecen las contribuciones de Ana Reynoso, Martín Peralta, Cristina Segal y Manuel Calderón, así como a los referentes de las instituciones locales consultadas que brindaron su tiempo y colaboración para el desarrollo de este trabajo:

Alberto Briones, Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta
Alberto Velazquez, Asociación de Clínicas del Interior de Salta
Amalia Chale, Clínica La Merced
Bernardo Ramírez, PAMI, Unidad de Gestión Local Salta
Carlos Gianzanti, Instituto de Medicina CENESA
Federico Berruoso, Instituto Provincial de Salud (IPS)
Federico Saravia Toledo, Hospital Privado Tres Cerritos
Graciela Party, Sanatorio El Carmen
Héctor Molina, Hospital Nuestra Señora del Rosario
Jaime Castellani, Hospital San Bernardo
Jorge Llaya, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta
Juan C. Ocampo, Clínica San Antonio
Juan Llatzer, Sanatorio Asociación El Parque
Laura Rodríguez, Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales de la República Argentina (ADECRA)
Liliana Gaspar, Instituto de Medicina CENESA
Mabel Soraire, Clínica Lourdes
Magdalena Valderrama, Hospital Nuestra Señora del Rosario
Mariano Abdo, Clínica Cruz Azul
Mario del Barco, Hospital El Nuevo Milagro
Nicolás Salazar, Círculo Médico de Salta
Patricia Gómez, Sanatorio Asociación El Parque
Roque Mascarello, ex Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta
Silvia Ramos Figueroa, Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta
Susana Tapia, Hospital Privado Santa Clara de Asís
Walter Olmos, Clínica Divina Misericordia

El presente documento forma parte de la investigación **“Sistemas de salud locales: análisis sobre la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago”** dirigida por Daniel Maceira, llevada a cabo desde CIPPEC y CEDES en el marco de los Estudios Colaborativos Multicéntricos financiados por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, agosto 2008
Correspondencia a dmaceira@cippec.org o ccejas@cippec.org

INDICE

1- INTRODUCCIÓN	5
2 - MARCO TEÓRICO	5
3- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y SANITARIAS DE SALTA	9
4- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE SALTA Y SUS PRINCIPALES ACTORES	14
5 - ANTECEDENTES DE LOS PRINCIPALES ACTORES	18
6 - PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA	21
7 - COMPORTAMIENTO DE LOS ACTORES EN EL MERCADO	25
8 - CONTRATOS	30
9- SUBSECTOR PÚBLICO	36
10 - CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de salud argentino se encuentra descentralizado y por ello las autoridades sanitarias provinciales tienen la capacidad de desarrollar un grupo de intervenciones que 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, convenios con obras sociales y prepagas para incrementar el recupero de costos, etc., mediante mecanismos normativos de definición y seguimiento.

Sin embargo, no existe demasiada información acerca de la respuesta institucional del resto de los actores del sector salud, sobre todo del subsector privado y de la seguridad social, como tampoco de los instrumentos desarrollados por cada uno de estos actores (prestadores y financiadores) para transferir o compartir los riesgos epidemiológicos y financieros asociados con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

Considerando estos aspectos, el objetivo del presente documento es analizar la asociación existente entre la estructura del mercado proveedor de servicios de salud, los mecanismos de pagos a proveedores por parte del sistema de aseguramiento social, y la respuesta en términos de organización interna y transferencia de riesgo en la provincia de Salta.

Para ello se realizó un mapeo de actores claves del sector público y privado de la salud, y se indagó sobre las características de la estructura del mercado privado de salud de la provincia (número de competidores y concentración de la oferta); el grado de competencia y diferenciación de producto entre los proveedores, y sus estrategias para captar a sus principales (financiadores y pacientes); las características de los contratos y los mecanismos de pago, el peso relativo de los actores en las negociaciones para establecerlos y finalmente los modos de transferencia y absorción de riesgo entre aseguradores y prestadores.

El estudio permite concluir que la estructura del mercado privado de Salta presenta marcadas diferencias entre la capital y el interior. A medida que aumenta la escala poblacional se generan escenarios de mayor nivel de competencia entre prestadores y la consecuente pérdida de poder relativo del principal competidor. A su vez, bajo condiciones de mayor competencia se desarrollan mayores incentivos a diferenciarse mediante estrategias diferentes a los precios como la reputación, hotelería e infraestructura.

La Obra Social provincial, las Obras Sociales nacionales y el PAMI respectivamente, son los principales financiadores del sector privado. No obstante, se registran marcadas diferencias entre la capital y el interior donde el PAMI tiene mayor participación. Además, se comprobó que PAMI contrata clínicas más pequeñas, medidas en términos de camas, a las cuales le puede transferir el riesgo mediante un mecanismo de pago capitado, contrariamente a lo que sucede con la Obra Social provincial.

Por su parte, el subsector público posee una dinámica con características diferentes al privado vinculado no sólo a su objetivo social sino a las particularidades y restricciones vinculadas a su gestión. Se comprobó que el grado de descentralización en la toma de decisiones varía a medida que se registra un mayor nivel de autogestión medido en términos de participación de otros financiadores distintos al Estado provincial.

1- INTRODUCCIÓN

La estructura de la demanda y de la oferta de servicios de salud actúa como condicionante fundamental del esquema de negociación y posterior implementación de una estructura de pagos a su vez condiciona el desempeño del sector medido en términos de sub o sobreprestación de servicios, calidad de atención, sesgo preventivo, etc.

A su vez, la estrategia de cada actor depende en última instancia de la estructura del mercado de servicios caracterizada por el número y distribución de los demandantes y oferentes, el grado de diferenciación de los mismos, la presencia o no de barreras a la entrada, etc. Así, el poder de negociación de financiadores y prestadores se encuentra fuertemente condicionado por tales factores.

Desde esta mirada, el objetivo del presente documento es analizar la asociación existente entre la estructura del mercado proveedor de servicios de salud, los mecanismos de pagos a proveedores por parte del sistema de aseguramiento social, y la respuesta en términos de organización interna y transferencia de riesgo en la provincia de Salta.

La **segunda sección** pretende brindar un marco de referencia para el estudio de los mecanismos pago en salud y su aplicación en Argentina. En las **secciones tres, cuatro y cinco** del documento se hace referencia al contexto en el se desarrollan estos mercados. Para ello se realiza una breve descripción socioeconómica y sanitaria de la provincia, así como una aproximación de la estructura del sistema sanitario en Argentina, las particularidades que adquiere en la provincia de Salta, y una referencia a los antecedentes de los principales actores que contribuyen a configurar el escenario actual.

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

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

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

2- MARCO TEÓRICO

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

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

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

La esencia de la teoría de la agencia radica en que un individuo u organización – el principal – contrata a otro individuo u organización – el agente – para que realice un conjunto de acciones o sea el responsable de tomar ciertas decisiones. Sin embargo, existen obstáculos que impiden que dicha relación se desarrolle de la manera en la cual el principal la desea. Ello se atribuye a que los objetivos del agente pueden no estar alineados con aquellos del principal y, ante un escenario de información asimétrica, y monitoreo imperfecto, la parte más informada puede comportarse oportunísticamente.

Particularmente en los sistemas de salud, la presencia del “tercer pagador” (el seguro de salud contratado por el paciente) lleva a la identificación de dos principales (paciente y seguro) y un agente (el prestador de servicios). La teoría de la agencia se focaliza entonces, en el diseño de instrumentos que permitan minimizar dicha desarticulación. Entre ellos se encuentran, los mecanismos de selección de los agentes, el diseño de alternativas de monitoreo, y principalmente el más relevante en función del objeto del presente estudio, el diseño de los mecanismos de pago.

El diseño de un sistema de remuneración que alinee los esfuerzos de los agentes con los objetivos del principal deberá basarse en dos componentes: el “nivel de pago” y la “estructura de pago”. El “nivel” deberá ser igual o mayor a la compensación que el agente podría recibir en otras circunstancias similares e implícitamente podría tener en cuenta consideraciones sociales respecto a la profesión (costo de oportunidad). La “estructura del pago” debe ser diseñada de manera que provea el más alto premio al agente por su esfuerzo, de modo de motivar la acción deseada del agente. En todo caso, este esquema de incentivos responde a factores estrictamente monetarios, más allá de las motivaciones no-monetarias que impulsan el accionar de los actores en el sistema de salud (solidaridad, compromiso social, prestigio, trabajo en equipo, etc.)

Cada método de pago presenta diferentes impactos en términos de eficiencia, calidad y equidad. Tradicionalmente los mecanismos de pago más utilizados han sido cuatro relativamente simples: capitación, pago por prestación, salarios (presupuesto si el pago se efectúa a una institución), y pago por diagnóstico o módulo.

1. **Capitación.** Bajo este sistema, los prestadores reciben un monto de dinero por cada persona enrolada, para cubrir un nivel específico de cuidado de la salud y ofrecer un paquete definido de servicios, por un período de tiempo predeterminado. Es por lo tanto un mecanismo de pago de tipo prospectivo. Los proveedores reciben un monto fijo por paciente, y luego de descontar todos

los costos del tratamiento, retienen el excedente como un ingreso propio. Es por ello, que el riesgo financiero del pagador es bajo y el del proveedor es alto.

El pago por cápita induce a la eficiencia siempre que los recursos asignados se encuentren asociados con el tamaño de la población atendida y sus problemas sanitarios. Así, una cápita muy baja puede generar racionamiento y selección de riesgos por parte de los prestadores. A medida que el valor de la cápita incluya ajustes para perfiles epidemiológicos específicos el esquema se hace más equitativo.

2. Pago por prestación. Bajo este sistema los prestadores reciben un ingreso de acuerdo con el número y tipo de servicios brindados al paciente. Este es un sistema de pago retrospectivo.

En este caso, el riesgo financiero lo asume el pagador, ya que debe efectuar desembolsos por cada prestación que le factura el prestador. Esto a su vez puede generar una tendencia de los proveedores a incrementar el número de servicios (demanda inducida), muchos de los cuales en ciertas ocasiones no son requeridos. Por este motivo, en ocasiones, el mecanismo de pago por prestación puede ser acompañado por techos de desembolso (presupuesto con techo prestacional).

3. Salarios. Bajo este sistema, los profesionales de la salud reciben una remuneración en función de una cantidad fija de horas trabajadas. Este esquema tiene su correlato en el presupuesto fijo histórico de las instituciones sanitarias. Como tal, el monto del salario no guarda relación con el número de visitas, de la cantidad de pacientes, el número de casos, la severidad de los mismos, etc., lo que genera un incentivo a la subprestación de servicios, en tanto el ingreso neto se vincula con una reducción en los costos de operación. Asimismo, a menor el nivel de salario y presupuesto, mayor es el incentivo a reducir los costos operativos, profundizando el riesgo de subprestación.

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

La teoría del principal – agente argumenta que, dados los problemas de información imperfecta, aversión al riesgo, múltiples tareas y eficiencias asociadas al trabajo grupal, especialmente observadas en el mercado laboral de la salud (Robinson, 2001), para contrarrestar los efectos no deseados de los mecanismos de pago tradicionales, es necesario diseñar acuerdos de tipo “mixtos”. Es por ello que para paliar la deficiencia que poseen los instrumentos anteriormente nombrados, se han diseñado algunas alternativas que buscan combinar elementos prospectivos y retrospectivos.

2.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS MECANISMOS DE PAGO: ESTRUCTURA DEL MERCADO, PODER DE NEGOCIACIÓN Y RACIONALIDAD

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

financieros al tiempo que optimice la calidad de los servicios que brinda. Es por ello que los contratos de salud se encontrarán en función, en primera instancia, del poder de negociación de las partes, y en segundo lugar, de la función objetivo que presenten los actores.

La literatura económica, a través del enfoque tradicional de la *Organización Industrial* plantea como marco general de análisis el paradigma Estructura-Conducta-Desempeño. Según el mismo, el **desempeño** en una industria o mercado particular (el logro de los objetivos propuestos) depende de la **conducta** de los demandantes y oferentes (dado por el comportamiento estratégico de los agentes que hacen parte de la oferta, como la política de fijación de precios, mecanismos de pago, publicidad, investigación y desarrollo, cooperación, fusión comercial, estrategias legales y demás). A su vez, la conducta depende en última instancia de la **estructura** del mercado, el cual se puede caracterizar por el número y distribución de los demandantes y oferentes, que depende a su vez, del tamaño de las empresas, el número de competidores y demandantes, el grado de diferenciación de los mismos, la presencia o no de barreras a la entrada y la estructura de costos.

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

A modo de ejemplo, en un caso de demanda concentrada (aseguradora que cubra a la mayor parte de la población de una región) y oferta atomizada (elevado número de prestadores con similares porcentajes de población cubierta), el poder de negociación del primero aumentará considerablemente la posibilidad de encontrarnos con un contrato que favorezca más a la demanda, vía transferencia de riesgo, como ser, a través de un pago capitado. Por su parte, una demanda atomizada con una oferta concentrada inclinará el poder de negociación hacia éstos últimos, traduciéndose en contratos que probablemente reduzcan la ponderación de la eficiencia en la utilización de los recursos médicos y transfieran el riesgo a los financiadores, como ser a través de contratos por prestación. Los casos que no permiten un análisis tan lineal serán los que presenten atomización o concentración simultáneamente tanto desde el lado de la oferta como desde la demanda. En estos casos, son mayores las posibilidades de que surjan contratos mixtos, que impliquen la absorción compartida de riesgos.

Grafico 1: Esquema de negociación con transferencia de riesgo.

		Demanda: <i>Financiadores</i>	
		Baja Concentración	Alta Concentración
Oferta: <i>Prestadores</i>	Baja Concentración	<i>Mixto</i>	<i>Pago capitado</i>
	Alta Concentración	<i>Pago por prestación</i>	<i>Mixto</i>

Fuente: elaboración propia

En síntesis, el poder de negociación define la capacidad de los actores de imponer su función objetivo, la cual ponderará de manera diferencial cada uno de los propósitos del sistema de salud. Dado que este análisis se enmarca dentro de la microeconomía bajo incertidumbre, no es posible conocer la función objetivo de los agentes. Ahora bien, empíricamente lo que representa información conocida es aquella asociada a las características de los agentes, la estructura de mercado y el resultado de la negociación (a través del mecanismo de pago que resulta en equilibrio). De esta manera, a partir de esta información será posible inducir la función objetivo de los mismos y determinar el grado de racionalidad de los actores.

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

3- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y SANITARIAS DE SALTA

La provincia de Salta está caracterizada por una significativa concentración de la población en pocos departamentos: la Capital provincial, San Martín y Orán concentran el 67% de la población en tanto quince de los veintitrés departamentos cuentan con poblaciones rurales superiores al 25 % del total.

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

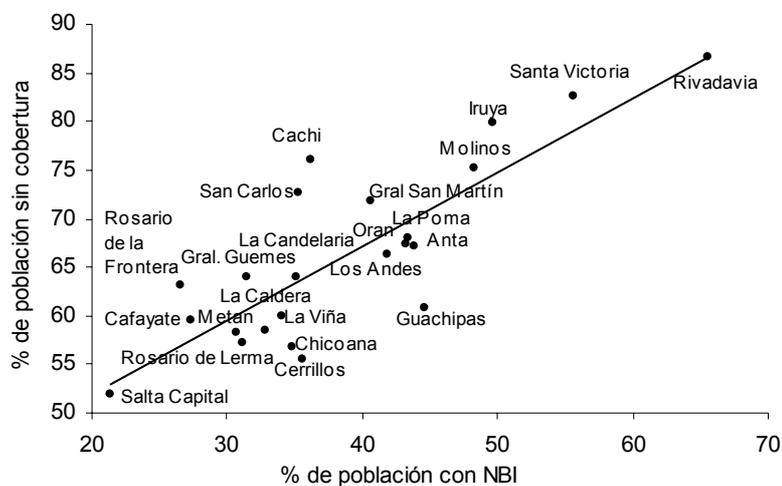
Tabla 1- Indicadores socio-demográficos (por departamento)

Partido	Población en 2001	Porcentaje de la población provincial	Porcentaje de población con NBI	Porcentaje de población sin cobertura	Porcentaje de población rural
Anta	49.841	4,6	43,9	67,1	36,6
Cachi	7.280	0,7	36,2	75,9	69,9
Cafayate	11.785	1,1	27,4	59,5	9,1
Cerrillos	26.320	2,4	35,6	55,5	37,8
Chicoana	18.248	1,7	34,9	56,8	35,7
General Guemes (Salta)	42.255	3,9	31,4	64,1	10,8
General José de San Martín	139.204	12,9	40,7	71,8	18,6
Guachipas	3.211	0,3	44,7	60,8	100,0
Iruya	6.368	0,6	49,7	79,9	100,0
La Caldera	5.711	0,5	32,8	58,4	47,8
La Candelaria	5.286	0,5	35,1	63,9	55,9
La Poma	1.735	0,2	43,4	68,0	100,0
La Viña	7.152	0,7	34,1	59,9	52,9
Los Andes	5.630	0,5	41,9	66,3	24,1
Metán	39.006	3,6	30,6	58,2	16,4
Molinos	5.565	0,5	48,4	75,2	100,0
Orán	124.029	11,5	43,2	67,3	10,7
Rivadavia	27.370	2,5	65,5	86,7	86,6
Rosario de la Frontera	28.013	2,6	26,6	63,0	20,7
Rosario de Lerma	33.741	3,1	31,2	57,2	25,5
Salta Capital	472.971	43,8	21,3	51,9	0,8
San Carlos	7.208	0,7	35,3	72,6	100,0
Santa Victoria	11.122	1,0	55,7	82,6	100,0
Total Provincia	1.079.051	100,0			

Fuente: Censo Nacional 2001

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

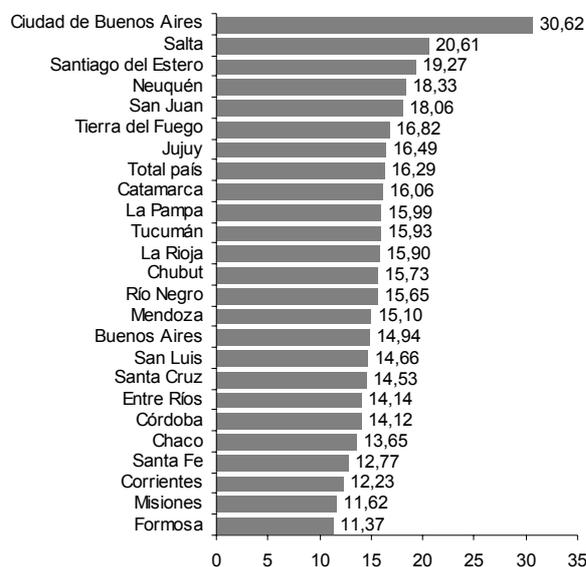
Gráfico 2 - Salta. Relación entre NBI y ausencia de cobertura sanitaria (por departamento)



Fuente: Censo Nacional 2001

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

Gráfico 3 - Gasto en salud como porcentaje del gasto total. Comparación provincial
(promedio 1993-2004, en porcentajes)



Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

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

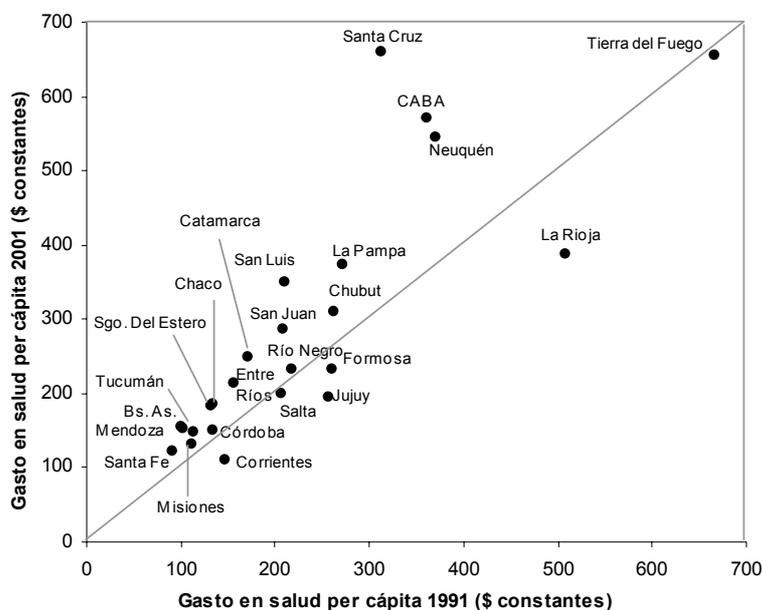
Tabla 2 - Acceso a servicios básicos (por departamento)

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

Fuente: Censo Nacional 2001

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

Gráfico 4 - Posicionamiento relativo de las provincias en cuanto a gasto en salud por habitante, años 1991 y 2001 (en pesos constantes)

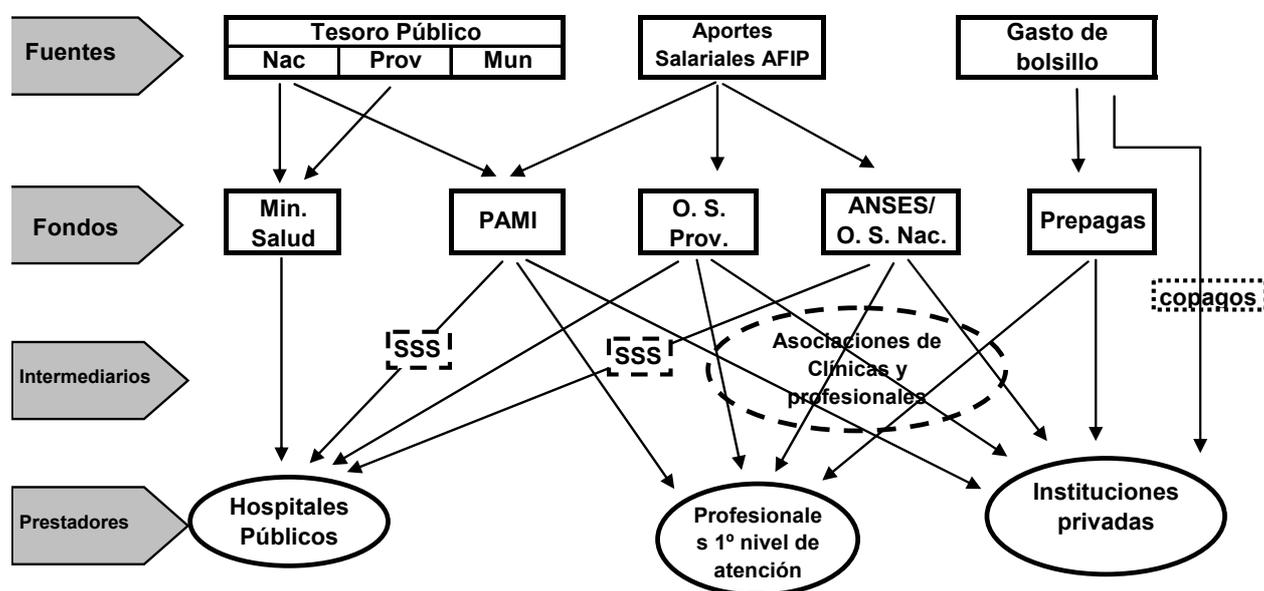


Fuente: Ministerio de Economía y Producción de la Nación

4- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE SALTA Y SUS PRINCIPALES ACTORES

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

Gráfico 5 - Estructura de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios del sistema de salud. Provincia de Salta.



Fuente: Elaboración propia

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

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

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

El PAMI, por su parte, brinda cobertura al 11,8% de la población nacional. Su financiamiento proviene de aportes de los trabajadores autónomos en actividad, del personal en actividad, la contribución de los pasivos que varía entre un 3% y 6%, según superen o no el haber mínimo; y los aportes del tesoro nacional que determina la Ley de Presupuesto Nacional anualmente.

El subsector público de Salta, a través de su red de centros asistenciales, brinda asistencia al 60.4% de la población. Esto es 651.995 personas que no poseen cobertura de obras sociales ni prepagas¹. De acuerdo con la guía de establecimientos actualizada mediante entrevistas

¹ INDEC, 2001

personalizadas para esta investigación, el sector público cuenta con 50 establecimientos con internación y 467 centros de atención primaria.

La provincia de Salta ha sido históricamente una pionera en reformas de su sistema de salud, desde el modelo de atención primaria desarrollado durante las últimas décadas hasta el lanzamiento de Seguros Provinciales de Salud con gestión departamental y modelos de autogerciamiento hospitalario, administración mixta y tercerización.

Uno de los principales financiadores del sistema de salud de Salta, es la obra social provincial denominada Instituto Provincial de Salud de Salta (IPS), definido por la ley 7127 del 2001 como una entidad autárquica con personería jurídica dotada de individualidad administrativa, económica y financiera. Actualmente brinda cobertura a 201.836 personas, esto es el 18.7 % de la población de Salta². La afiliación es obligatoria para todos los empleados de la administración pública provincial y municipal; los jubilados y pensionados del sistema de previsión social de la Provincia, y el personal temporario y contratado que cumpla funciones en organismos provinciales y municipales. También puede captar afiliados adherentes voluntarios. El IPS concentra sus actividades en la administración de los servicios de salud que brinda a sus afiliados, a través de prestadores contratados y/o mediante sus servicios propios de farmacia y óptica.

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

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

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

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

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

³ Superintendencia de Servicios de Salud. 2006-200.

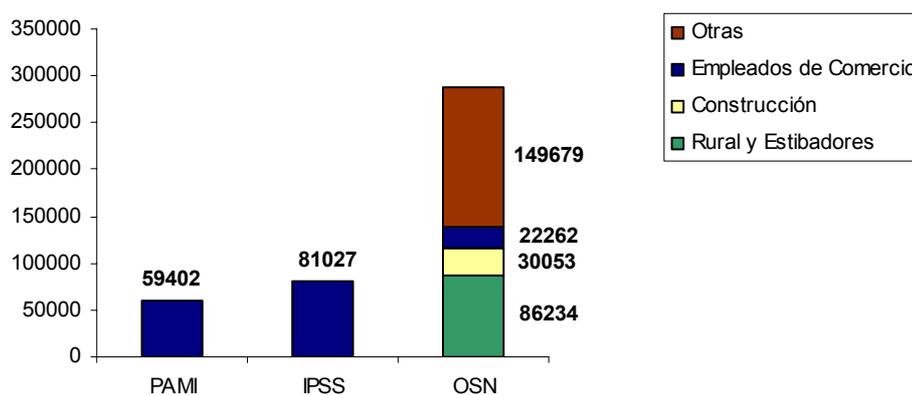
⁴ Superintendencia de Servicios de Salud. Afiliados a Obras Sociales Nacionales. 2006-2007

Tabla 3 - Afiliados a Obras Sociales Nacionales en la Provincia de Salta (2006-2007)

Obra Social	Afiliados	% del total
Os Pers. Rural Y Estibadores De La Rep. Arg.	86.234	29,92
Os Del Personal De La Construccion	30.053	10,43
Os Empleados De Comercio Y Actividades Civiles	22.262	7,72
Os Del Personal Del Azucar Ingenio San Martin	10.445	3,62
Os De Ejecutivos Y Del Personal De Direccion De Empresas	9.929	3,44
Os Pers. Hotelero Gastronomico. Union Trabaj. Gast. Rep.Arg.	9.030	3,13
Os Del Personal De La Actividad Del Turf	6.708	2,33
Os Para La Actividad Docente	6.177	2,14
Os Del Personal De La Sanidad Argentina	5.576	1,93
Os Del Personal De La Industria Del Tabaco	5.433	1,88
Os Del Personal De Instalaciones Sanitarias	5.128	1,78
Os Superv. Industria Metal Mecanica De La Rep. Arg.	4.972	1,73
Os Conductores Camioneros Y Pers. Transp. Aut. De Carga	4.947	1,72
Os Del Petroleo Y Gas Privados	4.916	1,71
Os Union Personal Civil De La Nacion	4.695	1,63
Os Conductores De Transp.Colectivo De Pasajeros	3.706	1,29
Otras OS	68.017	23,60
Total Afiliados a OS Nacionales en la provincia	288.228	100,00

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Gráfico 6 - Distribución del aseguramiento en Salta



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

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

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

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

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

5 - ANTECEDENTES DE LOS PRINCIPALES ACTORES

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

Hacia 1995 la ciudad de Salta contaba con 20 establecimientos de salud privados con internación y 1144 camas (1026 generales y 118 de terapia intensiva y unidad coronaria). Para 2006, la cantidad de establecimientos se redujo a 13 y las camas a 820 (707 generales, 113 de

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

terapia intensiva y unidad coronaria). En estos años, el número de establecimientos privados se redujo un 35% y el de camas un 28.32% ⁶.

No sólo se registró una disminución real de la oferta privada, sino también en relación a la población que en dicho período se multiplicó. En 1995, la provincia de Salta contaba con una población estimada de 855.851⁷ habitantes de las cuales en la ciudad de Salta residían 377.015⁸. En 2006, el total provincial había ascendido a 1.181.886⁹ y la ciudad de Salta a 522.375 ¹⁰.

Tabla 4 - Variación de población y oferta de servicios privados de salud en la ciudad de Salta. 1995-2006

	1995	2006
<i>Población</i>	377.015	522.375
<i>Establecimientos</i>	20	13
<i>Camas</i>	1144	820
<i>Hab. por cama</i>	329,6	637,0

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

De este modo, y de acuerdo con la información provista por la Asociación de Clínicas y Sanatorios, en el año 2000, PAMI convoca a Concurso Público y Abierto para la atención de sus beneficiarios. La Asociación de Clínicas se presenta resultando ganadora, adjudicándosele 30.000 camas para cubrir la zona de Salta Capital, Orán y Rosario de la Frontera. El resto de la población de PAMI fue asignada directamente al IPS. El convenio con PAMI tuvo su inicio de ejecución a partir de julio de 2000 a un valor de cápita global de \$18.90 para cubrir los 3 niveles de atención. La Asociación subcapitó a las clínicas de acuerdo a la cantidad de afiliados, reteniendo el 3% para gastos de gerenciamiento y para la cobertura de prestaciones extraordinarias no incluidas en el paquete convenido.

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

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

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

⁸ Serie Análisis Demográfico N°8. INDEC.

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

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

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

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

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

El conflicto afectó especialmente a los afiliados de la capital provincial a quienes el IPS pagaba por prestación, a diferencia del interior donde se trabajaba bajo un sistema capitado. Hacia 2001, la Asociación de Clínicas del Interior llegó a un acuerdo sobre la cápita del IPS. Para un padrón de 82.000 afiliados, se pactó un precio de \$917 por mes, a los que se deducían los débitos por derivaciones.

Mediante la ley 7185 de 2002 el IPS quedó intervenido por el gobierno provincial. Entre las causas que llevaron a su intervención se destaca el desequilibrio entre ingresos y egresos en los ejercicios 2000 y 2001 de \$6.500.000 y \$18.500.000 respectivamente. De acuerdo al texto de la ley que regula la intervención, dicho desajuste estuvo motivado tanto por una notoria disminución en los ingresos del IPS, como también por un incremento en sus gastos de servicios médicos.

Intervenido el IPS, se modificó la modalidad de contratación y pago. Se firmaron convenios por prestación pero con techo financiero móvil, sujeto a contingencias preestablecidas como por ejemplo: inflación y aumento de salarios. Eso significaba la firma de convenios con asociaciones intermedias (Asociación de Clínicas, Cámara de Empresas Médicas de Salta y Círculo Médico) y pago de acuerdo a lo facturado hasta un techo presupuestario que redujera la potencial sobreprestación y la exposición financiera del asegurador. Este sistema se mantiene en la actualidad y un exceso de ese límite es absorbido por los prestadores a través del débito solidario.

Otro actor relevante es el Círculo Médico de Salta, cuyo principal financiador en la actualidad es el IPS. Antes del 2000, el Círculo tenía un contrato con PAMI mediante el cual se le proveía del servicio de médicos de cabecera. Al ser el contrato actual del PAMI gerenciado por la ACLISASA, el Círculo pasó a proveer solamente los médicos del interior de la provincia y en la actualidad no poseen contrato alguno con PAMI.

6 - PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

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

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

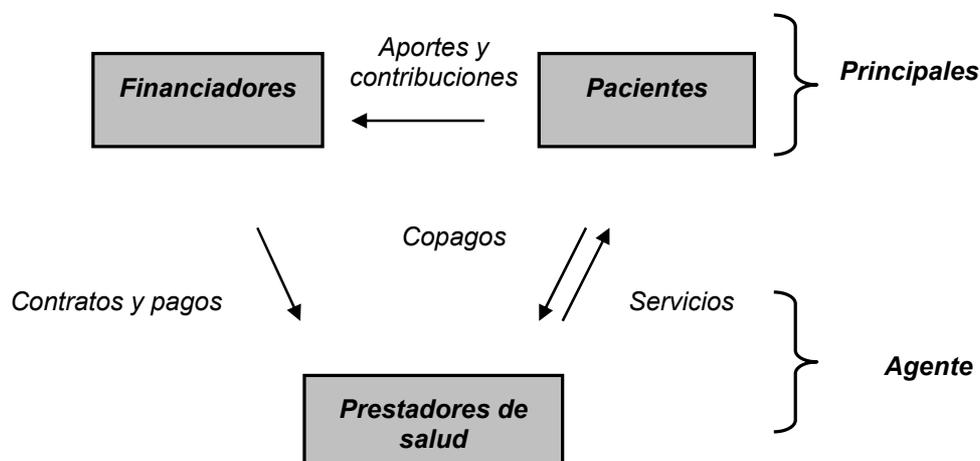
¿Qué características posee la estructura del subsistema privado de servicios de salud en los departamentos seleccionados de la provincia de Salta?; ¿Cuál es la percepción de los prestadores de servicios de salud entrevistados acerca del lugar que ocupa el líder en el mercado?; ¿Cómo se posicionan ellos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

- 2- En la medida en que aumenta el tamaño del mercado y existen parámetros de competencia diferenciados distintos a los precios, las preguntas que surgen son: ¿Cuáles son los mecanismos que determinan la competencia en el sector salud de Salta?; ¿Qué lugar ocupan los precios y los contratos como mecanismos de competencia vis a vis variables de calidad de servicios percibida?

- 3- Los prestadores definen sus estrategias con respecto a sus dos principales, los financiadores y pacientes, de acuerdo a lo que perciben como importante para ellos. Como lo expresa el Gráfico 6, el prestador celebra un contrato con el financiador y presta servicios al paciente. A su vez, el paciente contrata al financiador a través del sistema de aseguramiento que a su vez contrata a prestadores. Este conjunto de relaciones pone de manifiesto la existencia de un agente (el prestador) y dos principales (el financiador y los pacientes). El problema surge cuando la divergencia entre los intereses de ambos principales se profundiza, lo cual implica el desarrollo de estrategias más complejas por parte del prestador y un alineamiento relativo con los objetivos de alguna de las partes.

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

Gráfico 7 - Relación entre principales y agentes en el sector salud



Fuente: Elaboración propia

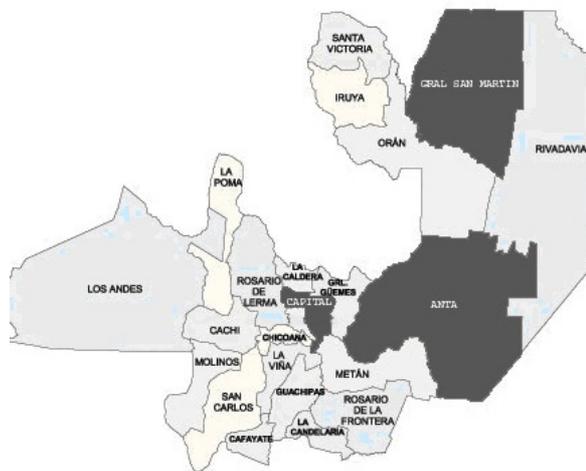
- 4- Considerando la existencia de diversos financiadores con peso relativo en Salta, las cuestiones a responder son: ¿Existe homogeneidad de cobertura entre las jurisdicciones?; ¿Quién define las características del contrato?
- 5- A fin de evitar la situación de asimetría entre los prestadores y sus financiadores, los primeros se agrupan. En esta dirección las preguntas son: ¿Qué capacidad de negociación tienen las Asociaciones frente a los financiadores?; ¿Cuales son los incentivos para asociarse? y a partir de ello, ¿existe transferencia de riesgo de los financiadores a los prestadores?
- 6- Finalmente, y desde la perspectiva de política pública ¿Cuales son las características de este subsistema de provisión de servicios de salud que lo diferencia del subsector privado?

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

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

estos cambios en la organización interna y en el financiamiento de las entidades financiadoras y proveedoras.

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



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

Tabla 5: Total de establecimientos públicos y privados de Salta

	Nº total de establecimientos*	Nº de establecimientos encuestados	%
Públicos	50	6	12,00%
Privados	26	15	57,69%

(1y2) Elaboración propia sobre la base de la Guía de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud. 2000, y la actualización con información del relevamiento de campo y el mapeo de actores realizado.

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 6: Establecimientos públicos y privados seleccionados

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

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 7 - Características generales de las instituciones encuestadas

Variable Estadístico	Establecimientos Públicos			Establecimientos Privados			Total		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Mtrs²	9666,67	14000	5000	2384,40	4500	1000	4065,00	14000	1000
Nº de camas	162,43	400	40	53,53	110	20	88,00	400	20
Nº de consultas promedio mensuales (1)	18738,57	80000	1739	1406,82	3000	300	8147,00	80000	300
Nº de egresos promedio mensuales	1835,00	5800	197	224,25	450	16	761,00	5800	16
Promedio días cama	4,70	7,5	3,4	3,58	10	2	3,92	10	2

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

(1) Para los públicos: no incluye las consultas por guardia.

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

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

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

En términos de consultas y como muestra la Tabla 7, la relación es de casi 13 a 1 entre los establecimientos públicos y los privados, sin embargo en términos de egresos de internación la relación solo alcanza 8.1.

En cuanto al promedio de días cama, el sector público supera al privado en 1.12 días, aunque la dispersión en el sector privado es mucho mayor que en el sector público. Dentro del sector

privado las clínicas que superan el promedio de días cama son aquellas que cuentan con convenios con PAMI, lo que requiere más días de internación promedio.

7 - COMPORTAMIENTO DE LOS ACTORES EN EL MERCADO

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

Tabla 8 - Estructura percibida del mercado

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

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

A partir de la información recogida mediante encuestas a los prestadores privados de servicios de salud, en la Tabla 8, se reporta la percepción de la competencia y de participación relativa en la cobertura de servicios por parte de cada una de ellas.

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

Respecto a la percepción de la posición que ocupa el líder, en términos de ingresos monetarios, se advierte la presencia de liderazgos marcados (la proporción de ingresos del líder alcanzando en promedio el 50%). En Salta, ese porcentaje es del 37,50%, lo cual demuestra la presencia de varios liderazgos que compiten entre sí. En San Martín, alcanza el 67,50% verificándose la presencia de un líder y en Anta al no generarse una competencia, ambas instituciones se posicionan como líderes. Respecto a cómo se perciben a sí mismas las instituciones encuestadas y qué porcentaje de los ingresos del mercado poseen, nuevamente Salta muestra un mayor tamaño de mercado que el resto, donde la competencia es mayor y la concentración y la porción del mercado que ocupa cada uno es menor.

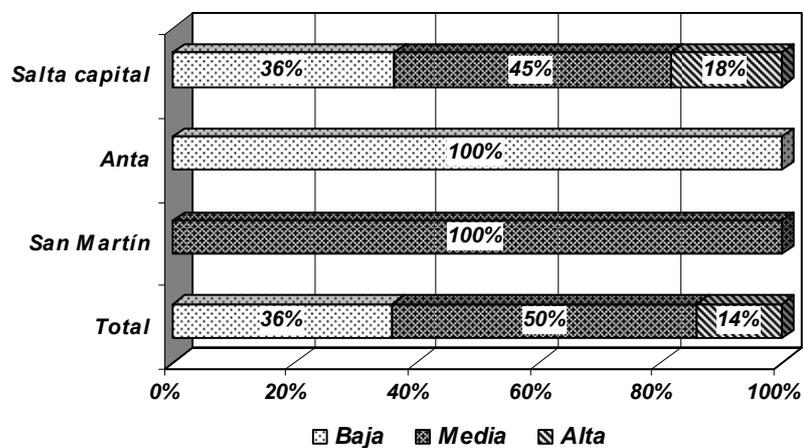
Del departamento de Anta, el promedio del mercado que manifestó poseer la institución encuestada es levemente menor respecto al que ocupa el líder. Esto podría alentar la creencia

de una gran diferenciación de servicios, y por lo tanto mayor poder relativo, para definir condiciones de contratación y oferta.

El Gráfico 8 confirma la percepción del nivel de competencia de las instituciones encuestadas. Mientras que en Salta un 18% considera que el nivel de competencia es alto, seguramente marcado por las instituciones líderes, un 45% considera que es medio y un 36% que es bajo. En San Martín, el nivel de competencia percibido es relativamente medio y en Anta no se percibe competencia. De este modo se confirma una de las hipótesis de trabajo que sostiene una relación directa entre tamaño de mercado, medido en términos de población con mayor competencia (número de prestadores y participación de cada uno), y los incentivos a diferenciarse.

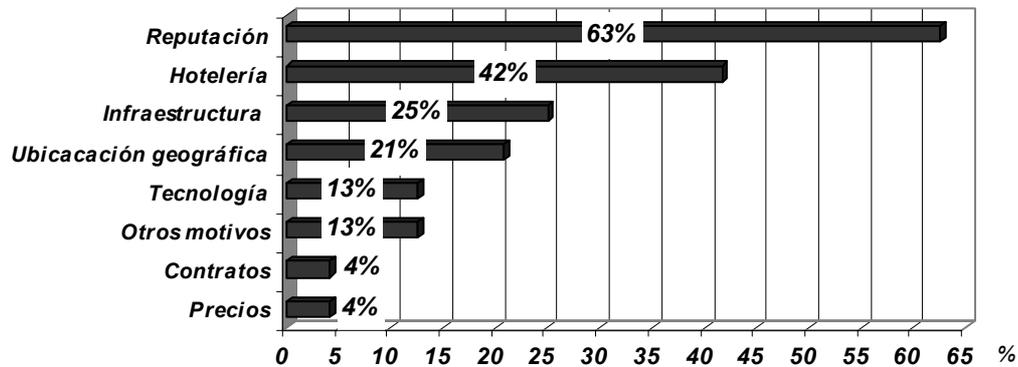
Por su parte, el Gráfico 9 indica cuáles son los motivos de competencia percibidos por los encuestados (expresados como porcentaje del total de entrevistados que se eligieron para cada opción como relevante). Reputación (63%), hotelería e infraestructura (42%) son los más reconocidos, mientras que los precios (4%) y los contratos (4%) no son considerados relevantes como fuentes de competencia. Esto puede atribuirse a que la definición de precios y contratos una vez negociados, dejan de ser una variable de diferenciación entre instituciones. De forma contraria, si el aseguramiento de la demanda disminuyera y los pacientes pagaran de su bolsillo, la variable “precio” de los servicios debería determinar la elección entre prestadores.

Gráfico 8 - Nivel de Competencia



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

Gráfico 9 - Motivos de competencia



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

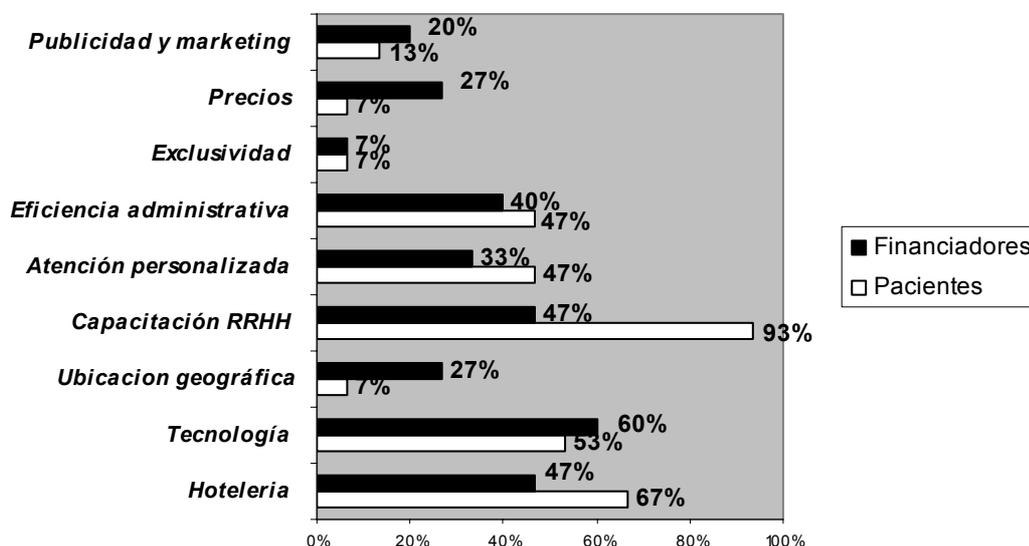
De acuerdo con la opinión expresada por las instituciones de salud entrevistadas, las estrategias para atraer pacientes difieren con respecto a las estrategias para atraer financiadores.

El Gráfico 10 muestra el porcentaje de respuestas afirmativas, la percepción de los motivos que condicionan la elección de las clínicas por parte de los pacientes y los mecanismos de aseguramiento.

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

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

Gráfico 10 - Estrategias para atraer pacientes y financiadores



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

La Tabla 9 muestra para los tres departamentos seleccionados, el peso relativo de cada sistema de aseguramiento/pago en el ingreso total de las instituciones, el promedio departamental y total, con sus valores mínimos y máximos. Mientras que en Salta capital y en Anta, el principal financiador es la Obra Social provincial, con una participación promedio del 34,18% y 30% respectivamente en el presupuesto de los prestadores, en San Martín ocupa este lugar el PAMI con una participación promedio del 50%.

De los 15 prestadores entrevistados, 6 manifestaron recibir aportes de PAMI, de los cuales 3 pertenecen al interior de la provincia. Si bien la participación de esta institución en el presupuesto de las entidades de la capital provincial es relativamente bajo, al analizar los valores máximos se destaca la existencia de al menos un prestador cuyo presupuesto depende en un 85% de su aporte. En San Martín, los 2 clínicas entrevistados también dependen de los aportes del PAMI aunque en proporciones muy diferentes: 80% y 20% respectivamente.

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

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

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

Tabla 9 - Participación relativa (en %) de los fondos de aseguramiento en el financiamiento institucional

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

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

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

Al analizar el financiamiento de los establecimientos entrevistados de acuerdo a la pertenencia de algún tipo de asociación se verifica que la Asociación de Clínicas del Interior es la que concentra la mayor cantidad de prestadores que alcanzaron acuerdos con PAMI, mientras que, un solo prestador de la ACLISASA y uno de la Cámara de Empresas Médicas brindan servicios a esa institución. La Tabla 10 presenta por agrupación intermedia y para el total, las fuentes de fondos sanatoriales.

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

Tabla 10 - Participación relativa (en %) de los fondos de aseguramiento en el financiamiento de prestadores agrupados por asociación

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

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

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

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

8 - CONTRATOS

De acuerdo con los establecimientos entrevistados y como se desprende de la Tabla 11, PAMI brinda asistencia a través de seis establecimientos: tres en la ciudad de Salta, dos en el departamento de San Martín y uno en el de Anta. Sin embargo, cuatro de ellos mencionaron que desde que el PAMI dejó de ser gerenciado a través de instituciones intermedias, no poseen contratos sino actas acuerdo o cartas de intención que se renuevan cada 30 días. En el momento de administrar este cuestionario, dos clínicas se encontraban en el proceso de negociación de contratos por 2 a 3 años. No obstante, tres son negociados directamente entre el prestador y el financiador y otros tres se canalizan vía Asociación de establecimientos.

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

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

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

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

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

Tabla 11 - Mecanismos de negociación de los contratos

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

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

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

Respecto al plazo de vigencia de los contratos, en su mayoría, son renovados automáticamente incluyendo los cambios de precios mediante un acta modificatoria del convenio. Sólo con Osde se registraron contratos con plazos establecidos entre seis meses y un año, y entre uno y dos años.

Tabla 12 - Mecanismos de pago

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

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

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

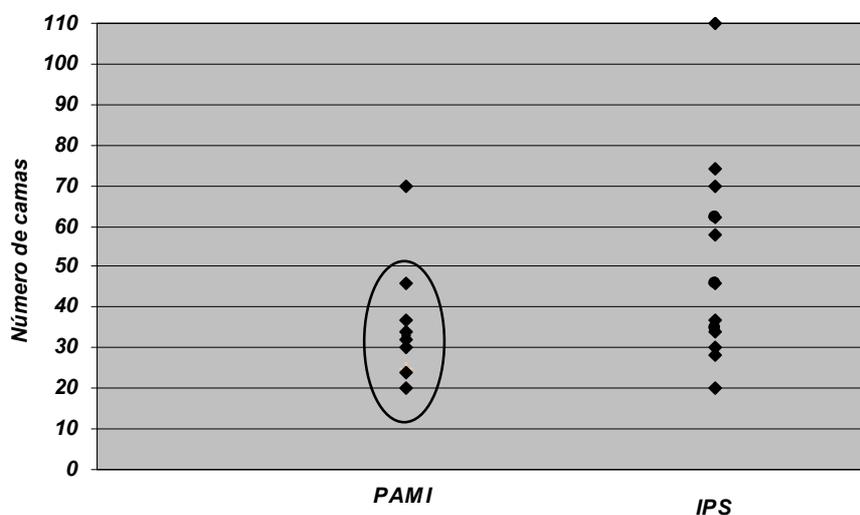
De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas de campo, la cápita de PAMI incluye en el 40% de los casos baja complejidad, en el 100% media complejidad y sólo en el 20% alta complejidad, registrado en una clínica del interior provincial. El 40 % de los que declararon trabajar con PAMI reciben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

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

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

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

Gráfico 11 - Distribución del PAMI y el IPS según tamaño de sus prestadores



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

De acuerdo con los datos que muestra el Gráfico 11, PAMI contrata clínicas más pequeñas, medidas en términos de camas, a las cuales le puede transferir el riesgo mediante un sistema capitado.

El pago de coseguros por parte de los afiliados, no es permitido por PAMI, en tanto que el IPS cobra el 20% del valor de la prestación, luego descontado por la Obra Social al sanatorio sobre el total de la facturación.

Respecto a las Obras Sociales sindicales, casi la mitad de los sanatorios entrevistados afirmó que se cobran coseguros.

El 75 % de las clínicas entrevistadas que trabajan con PAMI expresaron que se aplican débitos unilateralmente, esto significa que el financiador hace los descuentos correspondientes sin consultar con el prestador. Si bien esta situación supone mayor poder de negociación del lado del financiador, en el caso del PAMI, se trata de un poder dado por una normativa nacional.

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

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

A fin de establecer el criterio aplicado por el IPS, se propuso analizar los potenciales determinantes de la conducta diferencial. Dado que los débitos unilaterales suponen un

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

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

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

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

Tabla 13 - Criterios para la aplicación de débitos

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

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

De acuerdo con la Tabla 13, los resultados de la correlación arrojan que el tipo de débito no se vincula con el nivel de dependencia financiera del prestador con respecto al IPS y al tamaño del prestador (medido en camas), y lo hace débilmente con la ubicación geográfica y la asociación a la que pertenece.

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

Respecto a los mecanismos de pago, tanto a los médicos generales como a especialistas, es por prestación en todos los casos, como surge de la lectura de la Tabla 14.

Tabla 14 - Pago de honorarios a médicos generales

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

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

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

Finalmente, en relación a los médicos que prestan servicios a beneficiarios de Obras Sociales Sindicales, en el 42% de los casos paga el establecimiento, en el 22% algún intermediario, en el 14% el financiador y en otro 22% se establece un mecanismo mixto. Esta variedad de mecanismos refieren al diferencial de poder relativo de cada institución intermedia (institucional y profesional) en función del organismo pagador y de la localización del servicio.

Tabla 15 - Pago de honorarios a médicos especialistas

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

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

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

9- SUBSECTOR PÚBLICO

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

Su principal y casi exclusivo financiador es el Estado provincial, que asigna anualmente un presupuesto destinado a brindar servicios a quienes acuden en búsqueda de atención y mayoritariamente no poseen cobertura formal. Ello se realiza por medio de su red de prestadores (hospitales, centros de salud, postas sanitarias, etc.). El Estado nacional participa de este proceso mediante la descentralización de recursos (monetarios o en especie) canalizados a través de programas tales como el Plan Nacer, Remediar, entre otros. Finalmente, las Obras Sociales y el PAMI, en considerable menor medida, participan del financiamiento de los hospitales públicos configurando un esquema de autogestión que varía de acuerdo al porcentaje de facturación y cobro efectivo a dichas instituciones.

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

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

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

9.1 ESTRUCTURA DEL SUBSECTOR PÚBLICO

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

Mediante el art. 41, la salud es reconocida como un bien social. Si bien conforma un derecho inherente a la vida, presenta un doble rol que otorga a la persona el deber de preservarlo. Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades.

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

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

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

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

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

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

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

fin de la contribución de dichos gobiernos, para la financiación de las prestaciones destinadas a satisfacer las necesidades de los oriundos de unas y otros, mientras no se radiquen en la provincia de conformidad con el ordenamiento, y otros similares.

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

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

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

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

En la actualidad el sistema se encuentra organizado en cuatro regiones sanitarias que a su vez contienen redes de atención.

(i) Norte: red de atención Orán y de red de atención Tartagal

(ii) Sur: red de atención Gral. Quiroga y red de atención Metán

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

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

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

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

Cada red de atención está conformada por un hospital de referencia y otros establecimientos de distintos niveles de complejidad. En total, Salta cuenta con 50 hospitales públicos (35 de

nivel 2, 8 de nivel 3 y 7 de nivel 4) y 467 centros de salud y puestos sanitarios articulados en distintos niveles de atención:

- El primer nivel de atención está formado por puestos fijos (no cuentan con personal sanitario permanente); puestos sanitarios (cuentan con atención de enfermería permanente) y centros de salud (con o sin internación y ofrecen atención médica y de enfermería diaria y de otros profesionales de la salud en forma permanente o programada. Pueden tener atención odontológica diaria y otros servicios como laboratorio, radiología etc.)
- El segundo nivel de atención está constituido por servicios de salud con atención ambulatoria y de internación brindados por médicos generalistas. Se dispone de odontología y servicios de diagnóstico y tratamiento como bioquímica, radiología y en algunos casos tienen guardias activas o pasivas y atención especializada en forma periódica.
- Conforman el tercer nivel de atención los establecimientos de salud con atención ambulatoria y de internación, con especialidades básicas, además de odontología, bioquímica, radiología, farmacia, hemoterapia, anestesiología, quirófanos con resolución de especialidades traumatológicas y quirúrgicas de bajo y mediano riesgo.
- Finalmente, cuarto nivel de atención está representado por hospitales de alta complejidad que permiten resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población. Son establecimientos de referencia en las regiones sanitarias y, algunas ocasiones lo son de la jurisdicción provincial o región.

9.2 DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO

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

A continuación se presenta la Tabla 16 que caracteriza tres modelos de gestión donde se pone de manifiesto diferenciales de gerenciamiento de los hospitales salteños.

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

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

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

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

Tabla 16 - Distribución del financiamiento por tipo de gestión

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

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

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

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

9.3 PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

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

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

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

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

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

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

Tabla 17 - Responsabilidad en la toma de decisiones por tipo de decisor

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

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

La Tabla 17 y 18 resumen las atribuciones y responsabilidades en la gestión hospitalaria para tres indicadores claves (definición del presupuesto, contratación de personal y compras) por tipo de decisor y por características de la institución prestadora.

Tabla 18 - Responsabilidad en la toma de decisiones por tipo de prestador

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

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

10 - CONCLUSIONES

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

características de los contratos y los mecanismos de pago, el peso relativo de los actores en las negociaciones para establecerlos y finalmente los modos de transferencia y absorción de riesgo entre aseguradores y prestadores.

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

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

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

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

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

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

La información recogida muestra que la Obra Social provincial, las Obras Sociales nacionales y el PAMI respectivamente, son los principales financiadores del sector prestacional privado. No obstante, se registran marcadas diferencias entre la capital y el interior donde el PAMI tiene mayor participación. Además, se comprobó que PAMI contrata clínicas más pequeñas, medidas en términos de camas, a las cuales le puede transferir el riesgo mediante un mecanismo de pago capitado.

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

Finalmente, en relación al financiamiento del subsistema privado es importante destacar la presencia de las Obras Sociales nacionales aportando cerca del 40% del financiamiento al subsistema privado.

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

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

El financiador más destacado del sistema público es el propio Estado provincial. No obstante, el caso salteño presenta cierta variedad de sistemas de gestión que se extienden desde hospitales altamente centralizados en el Ministerio de Salud provincial, hasta otros con participación de organizaciones no gubernamentales.

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

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez B., Pellisé, L. y Lobo, F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington. Vol.8 n.1-2. July/Aug, 2000.

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.

Chernichovsky, D; Bolotin, A. y De Leeuw, D. A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 4, N° 3. pp. 158 - 175, 2003.

Langenbrunner, J. y Xingzhu L. *How to Pay? Understanding and Using Incentives*. The International Bank for Reconstruction and Development - The World Bank, 2004.

Llaya, Jorge. *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino*. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Salta, Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, WP N°4, Buenos Aires, Argentina, Agosto 2007

Maceira, D. *Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud: La Experiencia Argentina*. CIPPEC, Buenos Aires, Enero 2008.

Maceira, D. *Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. en Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina, 2006.

Maceira, D. y Poblete, C. *Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: Experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999*. *Desarrollo Económico*, vol.43, N°171 octubre-diciembre 2003.

Milgrom, P. y Roberts, J. *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs, EUA. Prentice-Hall, 1992.

Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de Establecimientos de Salud*. Trabajo publicado en: www.deis.gov.ar , Buenos Aires, Argentina, 2000.

Petersen, L. et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?. *Annals of Internal Medicine*. Agosto, 2006.

Prats J. y Zeckhauser R. *Principals and Agents*. Boston. Harvard Business School Press, 1992.

Robinson, J. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, N° 2. pp. 149 – 177, 2001.

Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Services Research*, Vol. 38, No. 2., pp. 535-552, Abril 2003.

Autores

Daniel Maceira, Coordinador del Proyecto

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

Cintia Cejas

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