

# CEDES

## **Nuevos Documentos CEDES**

es una serie monográfica periódica del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Su objetivo es contribuir al avance del conocimiento científico por medio de la difusión de investigaciones de las diferentes áreas que conforman la institución.

Esta publicación se edita en formato electrónico y es de libre acceso.

Disponible en:  
[http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue\\_doc\\_c.html](http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.html)

ISSN 1851-2429

Numero 57, Año 2008

**Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad  
Coordinación Técnica**  
Sandra Raiher  
**Centro de Información - CEDES**  
[cicedes@cedes.org](mailto:cicedes@cedes.org)

CEDES  
Sanchez de Bustamante 27  
(C1173AAA) Ciudad Autónoma de  
Buenos Aires  
Argentina  
E-mail: [cedes@cedes.org](mailto:cedes@cedes.org)  
<http://www.cedes.org>

**CIPPEC**

CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS  
PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO

**Nº57/2009**

## **Nuevos Documentos Cedes**

### **Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud de Córdoba**

#### **Autores**

Daniel Maceira<sup>1</sup>

Ana María Reynoso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ph.D en Economía. Investigador Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Investigador Adjunto Conicet, Buenos Aires, Argentina. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

<sup>2</sup>Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires. Master (c) en Economía, Universidad de San Andrés. Investigadora Asistente, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. Correspondencia a [anareynoso@cedes.org](mailto:anareynoso@cedes.org)

**Cedes, Buenos Aires, 2008**

## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

Dichas interrelaciones se establecen en sistemas de servicios de salud los cuales cuentan con condiciones básicas de oferta (infraestructura, tecnología, información disponible, acceso geográfico, marco legal, condiciones de salubridad) y de demanda (patrones epidemiológicos y de consumo de servicios de salud, habilidad y capacidad de pago) que definen la conducta de proveedores, pagadores y pacientes. Los patrones de precios, calidad en la prestación de servicios, diversificación de productos, riesgo moral en el consumo, transferencia o absorción de riesgo en la cadena de provisión (financiadores – instituciones hospitalarias – profesionales de salud), son las respuestas de los diversos actores a la estructura de mercado en la que operan. Ello también muestra las necesidades de intervención del Estado en la definición de políticas, como también la efectividad de las iniciativas públicas aplicadas.

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

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

Considerando estos aspectos, y sobre la base de la literatura económica asociada con este tópico, el estudio que se presenta a continuación se propone analizar la estructura del mercado de servicios de salud de la Provincia de Córdoba durante los últimos cinco años, considerando las condiciones socio-económico-sanitarias locales, el marco institucional, la historia de los actores más relevantes del sector, y las conductas adquiridas como respuesta a la estrategia combinada de tales actores.

Desde esta perspectiva, juega un papel esencial la existencia de información asimétrica entre financiadores y proveedores de salud, como así también entre prestadores y pacientes en cuanto al tipo y necesidad de servicios provistos. Debido a la imposibilidad de monitorear y controlar mediante mecanismos perfectos, el mecanismo de pago es una herramienta para reducir la incertidumbre, a la vez que busca alinear los objetivos de las partes.

Tal como se plantea en la literatura de los servicios de salud en naciones desarrolladas (Swartz et al, 1996), la interacción entre mercado y estructuras de pago define el modo de transferir y absorber el riesgo entre participantes del sistema, lo que lleva a movimientos internos de reorganización, tales como integración y desintegración vertical y horizontal de servicios. En la medida que los sistemas de financiamiento son múltiples, los modos de organización resultante en la oferta prestacional depende de la combinación de incentivos por parte de los financiadores, como de la capacidad de las partes de imponer/definir conjuntamente reglas de juego.

Teniendo en cuenta este marco, el presente documento se concentra en la estructura de prestación de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de complejidad de la Provincia de Córdoba. Para ello se propone un enfoque desde la economía de la salud que permita identificar la estructura de mercado, las estrategias de los actores participantes y el desempeño del sistema de salud de la Provincia. Asimismo, concentra su mirada en la determinación de quiénes son los actores con el mayor poder de negociación a partir del análisis de sus incentivos e interrelaciones. El objetivo principal del mismo es inferir cuáles son los hechos y las expectativas que se encuentran detrás del proceso de toma de decisiones de los agentes. Se parte de la hipótesis recogida de la literatura económica que los mismos, si bien toman decisiones individuales, interactúan estratégicamente, definiendo una conducta que determinará, en última instancia, los resultados y desempeños que los mismos evidencian en el sistema de salud y aseguramiento social. En última instancia, esta interacción estratégica influye en el modo de transferir y absorber riesgos sanitarios y financieros y en la eficiencia y equidad del conjunto.

Las hipótesis de trabajo que guían esta investigación son:

- El poder de mercado es ejercido por el financiador de mayor peso en términos de aseguramiento relativo.
- Los prestadores tienen una posición favorable para la redistribución de riesgos, puesto que pueden diversificar su financiamiento entre distintos financiadores, aprovechando un conjunto de contratos diferenciados.
- La capacidad de diversificar riesgo por parte de los prestadores está más asociada con la diversidad de financiadores con quienes contrata que con la posibilidad de agruparse en asociaciones de establecimientos.
- El mercado de salud se comporta como un mercado de competencia monopolística donde los jugadores toman estrategias variadas para diferenciar su producto.
- El proceso de descentralización en la Provincia de Córdoba muestra limitaciones en la autogestión hospitalaria, minimizando su impacto.

En la siguiente sección se presenta el marco teórico en que se encuentra ubicado el presente estudio. La sección 3, por su parte, presenta los recursos metodológicos que

se utilizaron para la realización del mismo. La cuarta sección explora la estructura del sector salud en la provincia, estudiando las características de sus actores, los vínculos que tienen entre sí, los aspectos sobresalientes del flujo de financiamiento del sector y las características de la función de producción de servicios. En la sección 5 se investiga el comportamiento de los actores en el mercado. Como punto de partida se determina la elección de prestadores por parte de los financiadores. Luego, se estudian las estrategias que persiguen estos dos grupos de actores en el proceso de negociación de contratos, determinando el actor que tiene el mayor poder de negociación y los incentivos de los agentes en términos de manejo de riesgo. Por último, se estudian las estrategias del sector público en su carácter de prestador de servicios. Finalmente, la sección 6 resume las principales conclusiones alcanzadas.

## 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.).

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 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 o 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. 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.

De las características que presenta un contrato de salud se desprenderá 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.

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*, está representada por los pacientes y 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. 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.

Grafico 1: Esquema de negociación con transferencia de riesgo.

		Demanda: Financiadores	
		Baja Concentración	Alta Concentración
Oferta: Prestadores	Baja Concentración	Mixto	Pago capitado
	Alta Concentración	Pago por prestación	Mixto

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- METODOLOGÍA**

La metodología del presente trabajo transitó por cuatro etapas:

La primera consistió en la revisión de literatura y recolección de datos generales sobre el sistema de salud de la provincia de Córdoba. Ello persiguió los objetivos de alcanzar una comprensión general del sistema de salud cordobés y de identificar a los actores claves del sistema. Las principales fuentes de información fueron el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, las páginas web de otros organismos oficiales involucrados y las bases de datos de las Asociaciones de Clínicas y Sanatorios de la provincia y de los Círculos Médicos locales.

La segunda etapa metodológica consistió en la preparación de las encuestas de campo.

El primer paso radicó en la selección de tres departamentos representativos de la provincia para ser luego visitados por el encuestador. Luego de agrupar a las localidades cordobesas en tres conjuntos de acuerdo a su escala poblacional (“baja”, “media” o “alta”), en cada grupo se seleccionaron los departamentos con una oferta de servicios de salud relativamente significativa, teniendo en cuenta para ello la cantidad de camas, médicos e instituciones públicas y privadas con internación polivalentes. Luego, se tuvieron en cuenta las posibles estacionalidades que podrían presentar los sitios, como turismo, afluencia de inundaciones y otros desastres naturales, etc. En vista a estos criterios quedaron seleccionados, tres departamentos en la provincia: la Ciudad de Córdoba, Calamuchita y Tercero Arriba.

El segundo paso consistió en la selección de los actores claves a visitar en cada uno de estos departamentos, conforme a la información previamente recogida en la etapa metodológica anterior. De esta manera se contactó a funcionarios del Ministerio de Salud Provincial, de la Obra Social Provincial –APROSS–, de la Unidad de Gestión Local Córdoba del Pami y a miembros de diversas agrupaciones de profesionales.

El último paso fue el diseño del cuestionario para entrevistar a estos actores. El mismo tuvo la estructura de una conversación guiada sobre diversos tópicos relacionados con percepción de los roles desempeñados en el sistema de salud de la provincia; sus estrategias; su percepción sobre la situación de salud y sus conjeturas y conocimientos sobre los objetivos y estrategias de otros actores.

Este primer conjunto de reuniones con actores del sistema de salud de Córdoba tuvo como resultado el acceso a información más específica sobre el funcionamiento de la salud provincial. Así se tuvo acceso a la variedad de mecanismos de pago imperantes en el mercado y se recolectó una serie de hipótesis acerca del poder de mercado e importancia relativa de las instituciones prestadoras. Asimismo, y gracias a la descripción del sistema realizada por los informantes clave, se pudo confeccionar un

listado actualizado de las instituciones polivalentes de cada departamento seleccionado. La tercera etapa metodológica consistió en la realización de encuestas de campo a prestadores del sector público y privado de la salud.

En el sector privado, se eligieron establecimientos polivalentes que atendieran media y alta complejidad provincial. En el caso de los hospitales públicos, la muestra elegida consistió en establecimientos polivalentes de distinta jurisdicción (provincial y municipal) y complejidad.

Seguido de ello se confeccionó el cuestionario cuyos dos objetivos principales fueron, por una parte, completar la información recogida en la primera etapa metodológica y, por otra, proporcionar los insumos necesarios para el testeo de las hipótesis de investigación que fueron planteadas en la introducción del presente trabajo. El cuestionario estuvo estructurado en módulos, para recoger información sobre datos generales de la institución, datos de producción, características percibidas por el entrevistado sobre el mercado y la competencia, características de los contratos, relación con financiadores y mecanismos de pago. Adicionalmente, el cuestionario para prestadores públicos incluyó una sección destinada a conocer el mecanismo de toma de decisiones de la institución.

La Tabla 3.1 muestra, para cada departamento seleccionado, el porcentaje de establecimientos encuestados.

**Tabla 3.1.- Municipios encuestados**

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

Fuente:

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

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

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

La tabla 3.2 muestra los promedios y la dispersión de las variables de oferta relevadas en las encuestas, establecimientos públicos, privados y para el total de encuestados.

**Tabla 3.2.- Estructura de oferta de cada establecimiento**

Variable   Estadístico	Establecimientos Públicos			Establecimientos Privados			Total		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Mtrs <sup>2</sup>	22991,67	100000	2000	3299,60	15000	274	12051,63	100000	274
Nº de camas	166,36	1000	16	65,59	200	9	122,44	1000	9
Nº de consultas promedio mensuales	13173,96	102000	110	7386,67	25000	160	10633,20	102000	110
Nº de egresos promedio mensuales	865,56	5800	35	298,78	850	20	582,17	5800	20
Promedio días cama	5,01	15	1	3,75	6	2	4,32	15	1

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

A partir de la información recogida para esta investigación, los establecimientos privados son, en promedio, de menor escala que los públicos, presentando los primeros un promedio de 3299,6 metros cuadrados, en tanto los públicos ofrecen una superficie marcadamente superior. Los establecimientos privados, además, presentan una mayor dispersión en este indicador, siendo el establecimiento de mayor superficie 54 veces mayor a aquel de menor superficie relativa,, al tiempo que esta relación entre las instituciones públicas es de 1 a 50 veces.

El número de camas promedio, de los oferentes públicos más que duplica al promedio de los privados, con valores extremos y brechas entre ambos marcadamente superiores. Las variables de producción promedio, tanto para el número de consultas como el de egresos en los establecimientos públicos superan a los privados, siendo la dispersión mayor en el grupo de los públicos.

Finalmente, el promedio de días cama por tipo de establecimiento es sensiblemente superior en el sector público probablemente vinculado con el sesgo epidemiológico de la población objetivo de cada grupo.

#### **4- SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA: ESTRUCTURA DEL MERCADO Y PRINCIPALES ACTORES**

El sistema de salud cordobés está integrado por un complejo núcleo de actores, cada uno de los cuales desempeña diferentes roles y persigue diferentes intereses. La presente sección analizará la relación entre los distintos integrantes del sistema y explicitará sus características principales, con el objeto de presentar una fotografía de la estructura de mercado del sistema de salud cordobés.

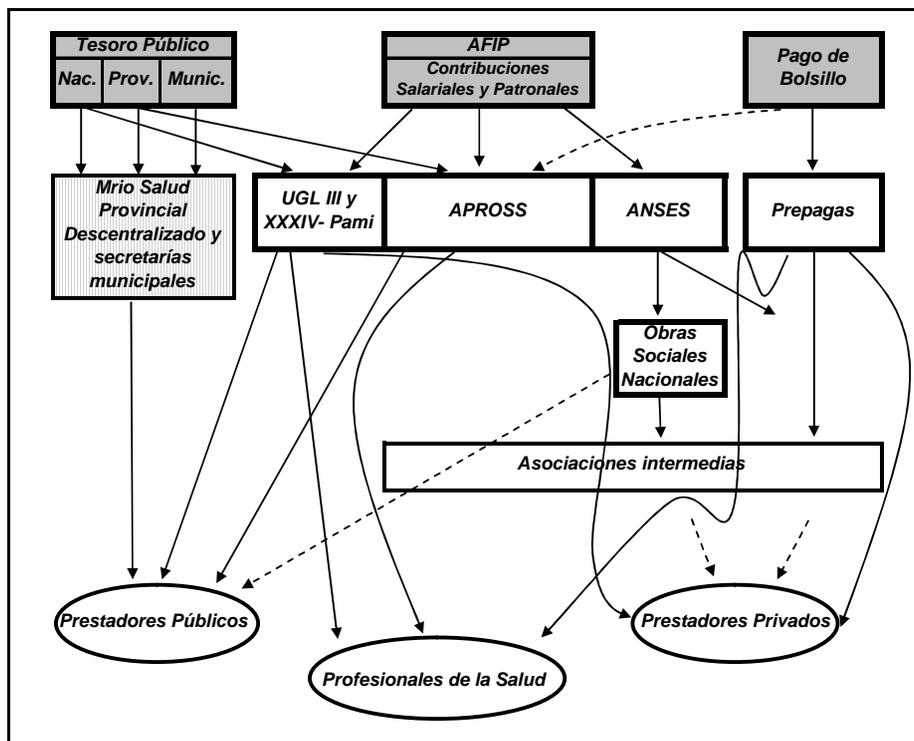
Desde la perspectiva de las dimensiones verticales y horizontales (Maceira, 2001), el sistema de salud cordobés se estructura como ilustra la Figura 4.1. Por un lado, una lectura desde arriba hacia abajo en la figura identifica cuatro niveles en la dimensión vertical, la cual clasifica a los actores según su rol en el sistema de salud. Estos niveles están comprendidos, por las fuentes de los fondos destinados a salud (los cuadrados sombreados en gris), en la primera fila, los mecanismos organizadores de fondos de aseguramiento y gerenciadore, en la segunda y tercera filas, y los prestadores y profesionales de la salud de los sectores público y privado, en la última fila.

Por su parte, los subsistemas presentes en el modelo argentino son los que definen el eje para la dimensión horizontal, que permite ubicar a los actores según su pertenencia a los diferentes estratos de aseguramiento. De izquierda a derecha se encuentran el sector público descentralizado, la seguridad social (compuesta por la Obra Social Provincial, las Unidades de Gestión Local del Pami y las Obras Sociales Nacionales) y el sector privado (empresas de medicina prepaga) y prestadores no públicos, con o sin fines de lucro.

Las principales fuentes de fondos del sistema se aprecian en la primera fila del cuadro. Los mismos surgen del tesoro público correspondiente a las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), de los aportes salariales y patronales gerenciados por la Administración Federal de Ingresos Públicos y del gasto privado de las familias e individuos. Como se ve en la figura, estos fondos son asignados a los financiadores de maneras muy diversas, reflejando lo que ocurre en el modelo nacional (Maceira, 2001).

Complementando este análisis, los siguientes eslabones verticales en la figura 4.1 muestran el vínculo entre los tres subsectores del estrato de financiadores del sistema (Sector Público Descentralizado, Seguridad Social y Sector Privado) y los prestadores.

**Figura 4.1.- Actores del sistema de Aseguramiento en la provincia de Córdoba: Dimensión Vertical y Horizontal**



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

En tanto la segunda línea de actores muestra los fondos de aseguramiento en el caso cordobés, la tercera fila la integran los encargados de distribuir los fondos aguas abajo y de realizar o regular el gasto en salud, a través de la contratación de prestadores o de asociaciones de prestadores. Esta relación entre fondos y prestadores se entabla a partir de la celebración de contratos, que incluyen normas para la compra de insumos, la determinación de los mecanismos de pago al establecimiento y a profesionales y a otros empleados de la salud, las disposiciones sobre cobro de copagos a pacientes, entre otros ítems. Una característica de tales contratos es el tipo de intermediación existente, esto es, si la misma es directa con los prestadores o si se realiza a través de alguna asociación de establecimientos, colegios médicos e instituciones intermedias. Así, el flujo de fondos del APROSS y los prestadores pasa por una etapa intermedia de negociación de con los consorcios organizados por la Obra Social. Similarmente, el ANSES asigna recursos a las Obras Sociales Nacionales quienes contratan a Asociaciones de Clínicas y Sanatorios para la gestión de recursos. Estas últimas se conforman como grupos de establecimientos unidos para la negociación que, como veremos más adelante, persiguen distintos objetivos a la hora de agruparse.

El Ministerio de Salud de la Provincia (MINSa) está organizado a través del Ministro y dos secretarías que dependen de él. La Secretaría de Administración, Regulación y Fiscalización Sanitaria y la Secretaría de Salud.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios, el sector público, según información de la Secretaría de Salud del MINSa, cuenta con 37 hospitales de jurisdicción provincial y 100 de jurisdicción municipal de los que, a su vez, dependen 1000 centros de atención primaria.

Por su parte, la Obra Social Provincial cuenta desde 2006, con una variedad de servicios (desde primer nivel de atención médica hasta transplantes de órganos,

pasando por salud mental, radioterapia y oncología, entre otros) que han pasado a ser gerenciados directamente por APROSS, al tiempo que el segundo y tercer nivel de atención son ofrecidos a través de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud (UGPS).

El Sector Público Descentralizado y el APROSS representan en el año 2005 621 millones de pesos, de los cuales el 62% correspondió al concepto "Atención Pública de la salud", mientras que el restante 38% correspondió al gasto en atención de la Obra Social Provincial, APROSS (Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica, 2008).

Asimismo, y desde el año 2006 el Pami ha implementado el Nuevo Modelo Prestacional en la Provincia de Córdoba, basado en una reforma en el esquema de pago y de modalidad de contratación y pago a los prestadores.

En términos de cobertura, y de acuerdo a los testimonios recogidos de los informantes encuestados, la Obra Social Provincial –APROSS- cuenta con aproximadamente 474.000 afiliados, de los cuales 28.327 son voluntarios, en tanto PAMI asegura a más de 300.000 cordobeses. Si a ello se suman los beneficiarios pertenecientes a Obras Sociales Nacionales y prepagas (1.124.000, de acuerdo a la información provista por la Superintendencia de Servicios de Salud)<sup>1</sup>, los seguros sociales formales alcanzan al 64% de la población de la Provincia. De este modo, la cobertura pública teórica sería inferior al 38% del padrón provincial, porcentaje inferior al del último dato censal, que se establece en torno del 48,1%.

Surge entonces un complejo entramado entre financiadores y prestadores, donde no hay un tipo de prestador (público o privado) que se asocie a algún intermediario en particular. En esta dirección, la siguiente Tabla muestra el valor promedio y la dispersión del porcentaje que representa cada financiador en el financiamiento total de las instituciones encuestadas.

**Tabla 4.1.- Participación de intermediarios en el financiamiento total de la institución, por tipo de financiador**

Financiadores	Capital			Tercero Arriba			Calamuchita		
	Media	Mín	Max	Media	Mín	Max	Media	Mín	Max
<b>PAMI</b>	37,78	5	100	33,33	10	50	35	30	40
<b>Obra Social provincial</b>	17,50	15	40	16,67	10	25	25	20	30
<b>Obras Sociales nacionales</b>	35,50	5	75	31,67	10	60	10	10	10
<b>Prepagas</b>	11,30	5	30	11,67	10	15	15	15	15
<b>Profe</b>	2,14	5	10	0	0	0	0	0	0
<b>Estado provincial</b>	0,29	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>Gasto de bolsillo</b>	11,43	15	30	6,67	10	10	15	15	15
<b>ART</b>	2,50	15	15	0	0	0	0	0	0
<b>Otros intermediarios</b>	1,25	15	15	0	0	0	0	0	0

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

<sup>1</sup> Dentro de este grupo, 23 Obras Sociales representan el 70% del total, donde OSECAC con 12%, Peones Rurales con 10% y Construcción con 6,5%, liderando la cobertura del sub-sector.

De las instituciones encuestadas durante esta investigación, el 61% (11 establecimientos) cuenta con contrato simultáneamente con Pami y APROSS y en 5 de esos casos, estos dos seguros representan más del 60% del financiamiento de la institución. En dos instituciones, el Pami representa más del 50% del financiamiento y APROSS menos del 20%, mientras que se registra sólo tres casos en los que la presencia de APROSS en el financiamiento de la institución supera a la del Pami. Sólo una institución posee contrato con Pami pero no con APROSS y en otras dos se verifica el caso opuesto.

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

El análisis de actores del sistema de salud de la provincia se completa con la estructura prestacional y sus instituciones intermedias. Entre ellos, un rasgo distintivo es que las mismas están agrupadas en tres agrupaciones: CAPPSSA (Cámara Provincial de Prestadores de Servicios de Salud), ACLYSA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba) y CAESCOR (Cámara de Empresas de Salud de Córdoba). Los motivos que llevaron a sus conformaciones y adherencia son variados y su efectividad será discutida en la próxima sección. En todo caso, se presume que la razón ulterior de estas organizaciones es facilitar la negociación de contratos, brindando un espacio de acuerdo común, al tiempo que aumenta la capacidad de negociación ante financiadores de mayor poder de mercado.

## **5- COMPORTAMIENTO DE LOS ACTORES**

Una vez caracterizada la estructura del sistema de salud cordobés, se propone avanzar en el estudio del proceso de toma de decisiones de los actores identificados. La sección se dividirá en tres partes. En la primera se investigará la interrelación estratégica entre financiadores y prestadores del sector privado a partir del análisis de los términos de los contratos que los vinculan entre sí, buscando identificar poderes relativos de negociación. Posteriormente se estudiará la interdependencia estratégica entre los oferentes del sector privado, y el tipo de competencia que caracteriza a este particular mercado. Por último, se aborda el comportamiento del sector público, y particularmente de su proceso de descentralización.

### **5.1. Mecanismos de contratación y pago**

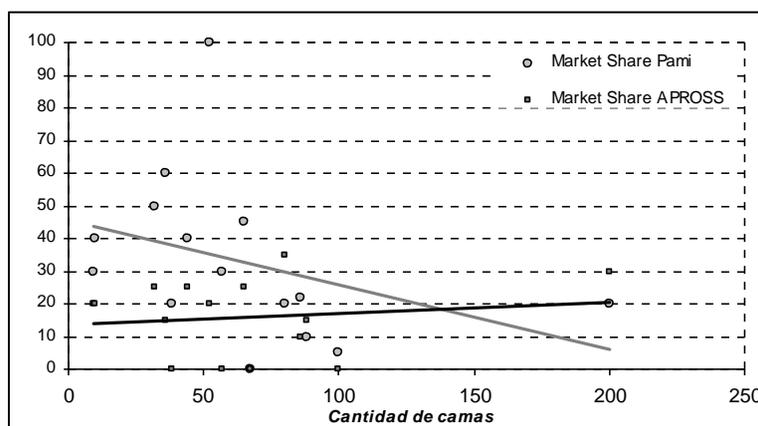
El objetivo de esta sección es identificar los mecanismos de retroalimentación existentes entre la estructura del sistema prestador de servicios, el poder de negociación de las partes (financiadores, asociaciones, prestadores) y su correlato con las estructuras de contrato y modos de pago en el sistema de salud de Córdoba.

Como punto de partida, se analiza la relación planteada entre los dos principales financiadores del sistema (Pami y APROSS) y sus prestadores. La siguiente Figura ilustra el criterio de selección de clínicas seguido por cada uno de ellos: muestra la relación entre el porcentaje del financiamiento de clínicas y sanatorios vinculado con cada financiador (tasa de dependencia financiera) el número de camas de cada una de ellas.

Para el total de establecimientos entrevistados se confirma que el Pami tiene mayor presencia relativa que APROSS. Del análisis del gráfico surge que Pami se concentra y tiene mayor presencia en establecimientos de características de oferta medias y bajas, al tiempo que APROSS se impone sobre Pami sólo en un caso extremo de un establecimiento con 200 camas. Aún así, el porcentaje de sus fondos en el financiamiento de estas instituciones no supera el 30%.

Por otro lado, la tendencia negativa que presenta Pami en esta relación sugiere que este financiador privilegia los contratos que le proveen la mayor capacidad de negociación. En contraposición, la Obra Social de la Provincia evidencia una relación levemente positiva entre las variables en cuestión, lo que indica que su estrategia se apoya en la reducción de los costos de transacción, estando relativamente más presente en instituciones de mayor escala.

**Figura 5.1. - Criterio de selección de prestadores - Pami y APROSS**  
 - Participación porcentual sobre cantidad de camas y de consultas por cama -



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

La siguiente tabla muestra la modalidad de negociación de estos contratos, en términos porcentuales, para cada financiador.

Los datos arrojados en esta tabla por los representantes de la oferta confirman lo expresado por los funcionarios de las instituciones. Para el caso de PAMI, el mecanismo de negociación mayoritario es el de acuerdo directo entre las partes, sin participación de instituciones intermedias, convalidando la transformación del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados hacia un modelo de contratación directa con los prestadores. Por otro lado, el mayor peso relativo de las modalidades de contratación *Vía otro intermediario*, mayoritariamente, y *Vía Asociación de Establecimientos*, seguidamente, es evidencia práctica del modelo de APROSS, basado en contratación a través de redes de profesionales y establecimientos.

**Tabla 5.1. – Mecanismo de negociación de contratos**  
*Por financiador, en %*

<b>Mecanismo de negociación de contratos</b>	<b>PAMI</b>	<b>APROSS</b>	<b>Otro</b>
Directa con el financiador	71,43%	7,14%	70,59%
Vía Asociación de establecimientos	14,29%	28,57%	5,88%
Vía otro intermediario	14,29%	64,29%	23,53%

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

Normalmente, cuanto menor sea el grado de agrupamiento de los prestadores, mayor poder tendrán los financiadores al momento de diseñar los contratos e imponer reglas de juego. De esta manera, la modalidad “directa” denota un mayor poder de mercado a favor de los financiadores, mientras que las modalidades que implican algún tipo de asociación de prestadores tienden a reforzar la posición de éstos en la negociación. De los datos obtenidos en el campo se sigue que Pami apuesta a concentrar mayor fuerza negociadora en los convenios firmados vis a vis el planteo de APROSS, brindándole potencialmente poder de negociación con prestadores.

Otra manera de estudiar las diferencias en poder de negociación entre establecimientos y financiadores es considerando los mecanismos de pago. Los esquemas capitados o de monto fijo, por ejemplo, implican una transferencia de riesgo desde el financiador hacia el prestador, que debe usualmente internalizar la fluctuación de costos no sistematizados. Como contrapartida, y dependiendo de los montos abonados, se generan incentivos a la subprestación. En el otro extremo, los esquemas de pago por prestación implican una absorción de riesgo de mecanismos de aseguramiento e incentivos a la sobreprestación.

La tabla 5.2 muestra, para cada financiador, el porcentaje de importancia de cada mecanismo de pago, de acuerdo a la información provista por las instituciones encuestadas. La suma de los porcentajes de incidencia de cada modo no es 100%, debido a la presencia de pagos mixtos.

**Tabla 5.2. – Mecanismo de pago**  
*Por financiador, en %*

<b>Mecanismo de pago</b>	<b>PAMI</b>	<b>APROSS</b>	<b>Otro</b>
<b>Cápita</b>	86,67%	28,57%	5,88%
<b>Módulo</b>		21,43%	47,06%
<b>Prestación</b>	6,67%	64,29%	52,94%
<b>Monto Fijo</b>	6,67%	14,29%	11,76%

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

Los datos sugieren que Pami es la institución con mayor capacidad para transferir el riesgo aguas abajo, con un 86% de los establecimientos con quien mantienen contratos con una modalidad capitada y sumándose 7% de vinculado a presupuesto fijo. Por su parte, tanto APROSS como las Obras Sociales Nacionales siguientes en importancia cuentan con más del 50% de las instituciones bajo el mecanismo de pago por prestación, evidenciando la tendencia opuesta, hacia la absorción de riesgo. Particularmente APROSS constituye un caso intermedio, puesto que 6 de 14 instituciones (algo más del 40%) se encuentran bajo el modelo de cápita o monto fijo.

La transferencia de riesgo no se da únicamente entre prestadores y financiadores, involucrando asimismo a los usuarios de los servicios. Tal derivación de riesgos hacia el paciente toma dos modalidades principales. La primera es la caída de la calidad y/o oportunidad de la atención (el prestador “traslada” el riesgo transmitido por el seguro). La segunda es el incremento del gasto de bolsillo de los hogares. Este último elemento interactúa con la potencial presencia de riesgo moral que mediante copagos disminuye el incentivo a aprovechar indiscriminadamente tales servicios por parte del paciente, pero potencialmente permite la inducción de demanda por parte del sistema prestador. De la encuesta surge que la mayoría de las instituciones que contratan con APROSS (casi el 93% de las encuestadas), que cuenta mayoritariamente con contratos por prestación, cobran un coseguro al afiliado. Análogamente, las Obras Sociales Nacionales cuentan con un alto porcentaje de instituciones que cobran coseguros. En el extremo opuesto se encuentra el Pami, cuya totalidad de contratos no incluye coseguros. En línea con lo aquí argumentado, ello podría deberse a que los sistemas de pago capitado tienden naturalmente a la sub-prestación (minimización del esfuerzo no verificable), por lo que el mecanismo de coseguros resulta vano para la solución del problema de incentivos.

Existen circunstancias en las que la transferencia de riesgo desde los financiadores hacia los prestadores no está ligada con la capacidad de los primeros de imponer reglas que les sean oportunas, sino con las fluctuaciones a que se ven sujetos como respuesta a los factores exógenos.

Una de estas situaciones ocurre cuando los mecanismos de aseguramiento sufren shocks de solvencia que impiden honrar sus contratos o lo fuerzan a hacerlo fuera de tiempo.

Este tipo de riesgo ha probado ser relevante en la provincia de Córdoba en los años de crisis económica, en que la mora y cesación de pagos de los financiadores, junto con la Ley de Emergencia Nacional, redundaron en la quiebra de muchos establecimientos. En efecto, 72% de los encuestados declararon que se cerraron instituciones en su zona de influencia en los últimos 5 años y que ello se debió a la cesación de pagos devenida por la crisis económica de principio de década. Desde entonces, sin embargo, la situación mostró un claro recupero. Para la muestra de establecimiento entrevistada, ningún financiador supera los 16 días de retraso en pagos. Más aún, en una mayoría de casos la mora es nula: 11 de 14 establecimientos que contratan con Pami, 9 de 14 de APROSS y 9 de 16 de Otro seguro social o privado.

La Tabla 5.3 resume las principales características de los contratos analizados agrupando a los establecimientos a partir de las asociaciones de clínicas de pertenencia. Algunas conclusiones al respecto son:

- No se verifican diferencias significativas en lo que respecta a mecanismos de negociación y pago entre los establecimientos agrupados entre sí, y entre éstos y los no agrupados. En general, los sanatorios y clínicas privadas muestran que no logran imponer las cláusulas de pago y negociación. Ellas cambian según el financiador, con independencia de su categoría e institución de pertenencia.
- El PAMI exhibe contratos con cláusulas más estandarizadas entre sus prestadores cuando éstos pertenecen a la red CAPSSA y ACLYSA. En el caso de CAPSSA, todos sus prestadores tienen negociación directa y pago capitado, al tiempo que en el de ACLYSA todos sus prestadores recurren a la negociación directa y sólo uno al pago no capitado.

**Tabla 5.3. – Características principales de los contratos de cada agrupación de establecimientos**  
*Por financiador, en cantidad de instituciones sobre el total de respuestas favorables*

		ACLYSA			CAESCOR			CAPPSSA				No agrupadas				
		Pami	APROSS	Otro	Pami	APROSS	Otro	Pami	APROSS	Otro	Pami	APROSS	Otro			
Mecanismo de Negociación de los contratos	Directa con el financiador	2/2	0/2	1/2	0/1	1/3	3/3	6/6	0/4	5/7	2/5	0/5	3/5			
	Vía asociación de establecimientos	0/2	1/2	0/2	0/1	1/3	0/3	0/6	0/4	0/7	2/5	2/5	1/5			
	Vía otro intermediario	0/2	1/2	1/2	1/1	1/3	0/3	0/6	4/4	2/7	1/5	3/5	1/5			
Mecanismo de pago	Cápita	2/3	0/2	0/2	0/1	1/2	1/3	6/6	0/4	0/4	0/4	0/7	0/7	5/5	0/3	0/5
	Módulo	0/3	0/2	1/2	0/1	1/2	2/3	0/6	1/4	0/4	1/7	4/7	0/5	0/3	0/5	
	Prestación	1/3	2/2	1/2	0/1			0/6	1/4	1/4	1/7	2/7	0/5	3/3	3/5	
	Monto Fijo	0/3	0/2	0/2	1/1	0/2	0/3	0/6	0/4	1/4	0/7	0/7	0/5	0/3	2/5	
Plazo de pago establecido en el contrato	Media	37,5	45	37,5	30	55	45	35	63,75	64,29	42	60	66			
	Mínimo	30	45	30	30	45	30	30	45,00	30,00	30	60	60			
	Máximo	45	45	45	30	60	60	45	90,00	90,00	60	60	90			
Días de mora promedio		7,5	30	37,5	30	5	0	0	11,25	25,71	6	0	0			

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

- Los días de mora promedio de PAMI son mayores para las instituciones pertenecientes a la red de CAESCOR que para las restantes, mostrando ausencia de mora para las instituciones de CAPPSSA. APROSS, por otro lado, muestra un mayor incumplimiento con las instituciones de la red ACLYSA, con 30 días de mora promedio y un límite inferior de 5 días promedio, para las instituciones de CAESCOR, y ningún día de mora para los establecimientos no agrupados.

Por último se analizará el mecanismo interno de pago, aguas abajo en cada establecimiento, particularmente a médicos clínicos y especialistas.

Las Tablas 5.4 a 5.7 muestran para el total de instituciones encuestadas, el peso porcentual de honorarios pagados directamente por la clínica, por el prestador y por instituciones intermediarias, por fondo de aseguramiento y por mecanismos de pago. El análisis se presenta separadamente para médicos clínicos y para especialistas.

**Tabla 5.4. – Responsable del pago de honorarios a médicos clínicos**  
Por financiador, en %

	PAMI	OSP	Otro
Intermediario	13,33%	23,08%	
Establecimiento	26,67%	15,38%	100,00%
Financiador	60,00%	53,85%	
Otro		7,69%	

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

**Tabla 5.5. – Mecanismo de pago entre el establecimiento y los médicos clínicos**  
Por financiador, en %

	PAMI	OSP	Otro
Módulo	16,67%	16,67%	
Prestación	66,67%	66,67%	86,67%
Salario fijo	16,67%	16,67%	13,33%

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

Los datos exhibidos en las primeras dos tablas, corroboran el avance del Nuevo Modelo Prestacional (NMP) de contratación directa del primer nivel de atención del Pami en la provincia de Córdoba, puesto que la mayoría de los contratos de Pami tienen pago directo a los médicos clínicos (60% de los establecimientos encuestados). El APROSS, por su parte, también muestra una presencia mayoritaria como pagador directo a médicos clínicos en sus contratos, mientras que lo usual entre las Obras Sociales Nacionales es el pago a cargo del establecimiento. Para aquellas instituciones que son responsables del pago a los médicos clínicos, el contrato modal es el de pago por prestación, lo que sitúa a los médicos en una situación favorable respecto al criterio de absorción de riesgo.

**Tabla 5.6. – Responsable del pago de honorarios a especialistas**  
Por financiador, en %

	PAMI	OSP	Otro
Intermediario		7,14%	
Establecimiento	93,33%	64,29%	94,12%
Financiador	6,67%	21,43%	5,88%
Otro		7,14%	

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

**Tabla 5.7. – Mecanismo de pago entre el establecimiento y los especialistas**  
Por financiador, en %

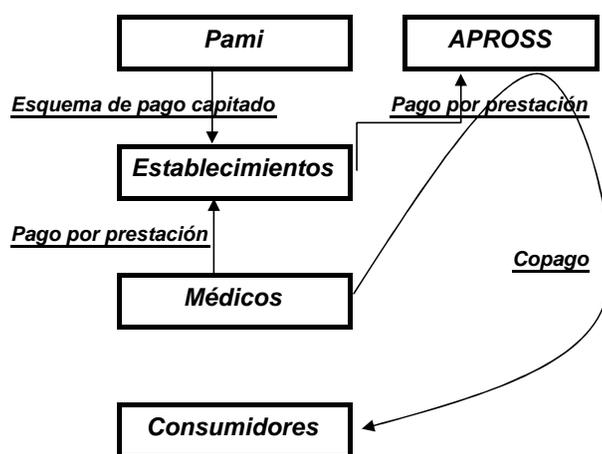
	PAMI	OSP	Otro
Módulo	14,29%	7,69%	6,25%
Prestación	64,29%	61,54%	75,00%
Mixto	7,14%	15,38%	6,25%
Salario fijo	14,29%	15,38%	12,50%

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

Esta situación se reproduce para el caso de los médicos especialistas que, bajo los tres tipos de financiadores, obtienen mayoritariamente contratos por prestación, tal como muestra la tabla 5.7. Sin embargo, existe un punto de desencuentro con el caso anterior: para los médicos especialistas predomina el pago a cargo de los establecimientos. En el caso del Pami, nuevamente estos datos corroboran el avance del NMP, en tanto no existe ningún contrato que contemple el pago a través de un intermediario.

La figura 5.2 esquematiza, a modo de conclusión, los resultados encontrados en esta sección, mostrando el flujo de transferencia de riesgo entre financiadores, establecimientos, profesionales de la salud y pacientes. Las flechas indican la dirección y el motivo en que se transfiere el riesgo.

**Figura 5.2. - Esquema de Transferencia de riesgo**  
Sector privado de la Provincia de Córdoba



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de contratos capitados del PAMI, muestra una estrategia de transferencia de riesgo aguas abajo. Por su parte, los establecimientos que reciben este riesgo, encuentran en el mercado la oportunidad de acceder a un tipo opuesto de contrato, el de pago por prestación, que les permite diversificar su cartera redireccionándolo hacia otro financiador. En otras palabras, dado que el Pami ejecuta la estrategia de pagar por cápitas, los establecimientos responden diversificando su financiamiento a través de contratos por prestación con otras instituciones. Este muestra ser la situación para más del 60% de los encuestados que son prestadores de ambos seguros. Por su parte, la estrategia del APROSS es la de establecer modos de riesgo compartido, incluyendo el cobro de copagos.

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

## 5.2. Estrategias de mercado

En su carácter de oferentes en el sistema de salud, los prestadores privados son competidores en un juego de estrategias donde participan tanto los mecanismos de fijación de precios, como la determinación de variables no precio que se vinculan con la calidad percibida de sus servicios. En esta sección se analiza el comportamiento estratégico de estos actores, evaluando la hipótesis de trabajo que asevera que el sector salud cordobés se conforma en un mercado de competencia monopolística.

Una primera aproximación al análisis del comportamiento estratégico de los actores consiste en explorar sus creencias acerca de la estructura de tal mercado, esto es, sus percepciones acerca del lugar que sus competidores y ellos mismos ocupan. La Tabla 5.8 resume esta información y presenta un indicador de escala que permite cotejar los resultados obtenidos en las encuestas de campo con las predicciones que arroja la teoría económica.

**Tabla 5.8.- Percepción sobre estructura de mercado y competencia**

	Nº Camas			Nº de competidores			Market Share institución encuestada (%)			Market Share institución líder (%)		
	Media	Max	Mín	Media	Max	Mín	Media	Max	Mín	Media	Max	Mín
<b>Total establecimientos encuestados</b>	<b>64,31</b>	<b>200</b>	<b>9</b>	<b>5,20</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>24,73</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>37,00</b>	<b>100</b>	<b>5</b>
<b>Córdoba</b>	76,91	200	36	7,00	15	3	8,10	40	1	25,91	70	5
<b>Tercero Arriba</b>	54,67	88	32	1,67	2	1	46,67	70	30	60,00	70	50
<b>Calamuchita</b>	9,50	10	9	1,50	2	1	75,00	100	50	75,00	100	50

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

El número promedio de camas aumenta conforme crece la escala poblacional entre departamentos, registrándose el mayor promedio en la Ciudad de Córdoba (77 camas) y el menor en Calamuchita (entre 9 y 10 camas por establecimiento). Junto con este resultado, la dispersión en el número de camas al interior del departamento es mayor cuanto mayor es la población de esa jurisdicción. Mientras que en Córdoba Capital el establecimiento encuestado con más camas supera en más de cinco veces el indicador para el establecimiento que presenta el valor mínimo, en Tercero Arriba tal relación es de tres veces y en Calamuchita, es aproximadamente 1 a 1. En suma, el indicador de escala y su dispersión aumentan con el tamaño del mercado, incrementando asimismo la probabilidad de diferenciación de servicios.

La siguiente columna muestra la percepción promedio de los encuestados acerca de la cantidad de instituciones que compiten con ellos. A simple vista surge que en aquellos departamentos donde la población es mayor, el mercado es más competitivo. Teniendo en cuenta la totalidad de los establecimientos, el mínimo número de competidores percibido corresponde a los departamentos menos poblados.

Cuanto mayor es la escala poblacional y mayor el número de competidores, la expectativa promedio sobre la posición de la propia institución es menos optimista: siendo, en promedio para la Ciudad de Córdoba del 8,10% del mercado, en Tercero Arriba de del 45% y en Calamuchita del 75%. Por otro lado, la dispersión en las creencias se acrecienta cuando menor es la participación percibida en el mercado. En

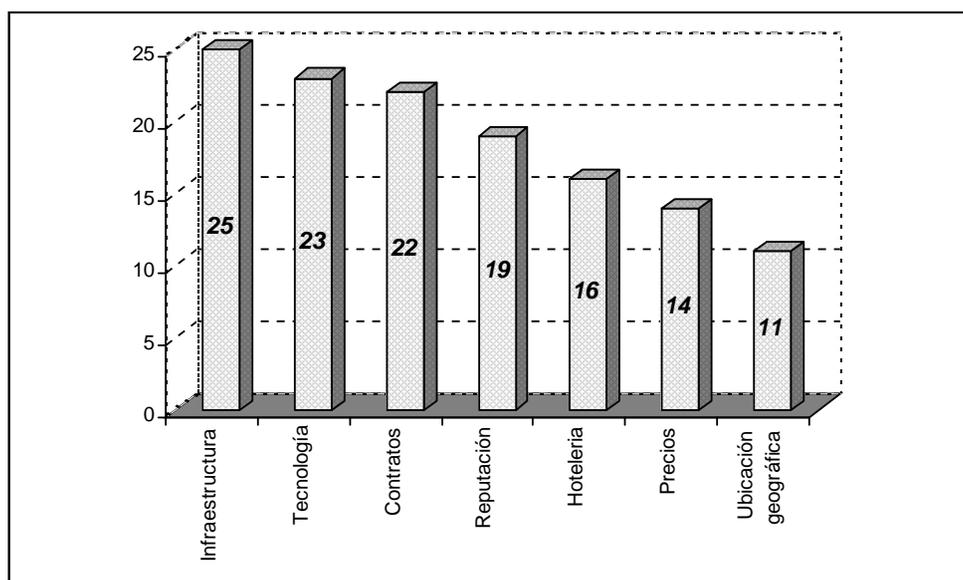
Córdoba, la institución que cree tener una mayor presencia en el mercado representa 40 puntos más que la que cree tener la menor percepción, mientras que en Tercero Arriba y Calamuchita esta relación se ubica en torno del doble.

Por último, la Tabla muestra que la propia posición en el mercado se relaciona inversamente con la distancia hacia la posición de la institución considerada líder. En efecto, la participación promedio percibida de la institución líder en la Ciudad de Córdoba representa el triple de la percepción propia. Siendo en Tercero Arriba 1,3 veces y en Calamuchita, las instituciones encuestadas creen en promedio no diferenciarse del líder.

De este modo, el sistema prestador cordobés se enfrenta a un modelo de competencia imperfecta, con un número significativo de clínicas y sanatorios ofreciendo servicios bajo un esquema de segmentación de fondos.

Dada esta evidencia, cabe indagar sobre los motivos de diferenciación de producto, es decir, acerca de las características de los servicios de salud ofrecidos que cada competidor trata de destacar con el fin de ser preferidos por financiadores y/o usuarios.

**Figura 5.3. - Mecanismos de diferenciación vertical de producto**



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

En esta dirección, la Figura 5.3 muestra los motivos por los cuales los sanatorios entrevistados declararon competir medidos con porcentaje de respuestas afirmativas para cada caso.

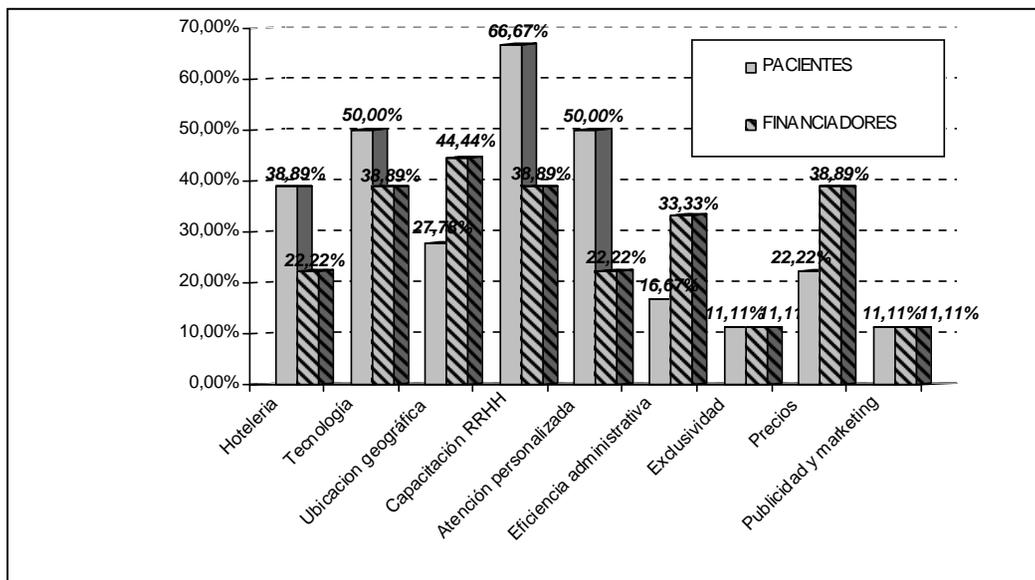
La primera conclusión es que la competencia es primordialmente “no-precio” y “no-espacial” (o geográfica). Esto avala la hipótesis de diferenciación vertical de producto (basada en criterios de calidad real o percibida), puesto que la interacción estratégica se vincula con las características del producto o servicio ofrecido.

La Infraestructura Edilicia y la Tecnología son los criterios señalados como los más importantes a la hora de competir. De ello se deduce que los mecanismos primordiales de diferenciación de producto se basan en la capacidad instalada, lo que una cierta idea de costo-efectividad social.

Los siguientes dos criterios se asocian con cualidades del producto que refuerzan la confianza de los usuarios. El primero de ellos corresponde al mecanismo de segmentación del mercado (contratos), que en la cartilla de elección de los consumidores permite la presencia de la clínica o sanatorio. El segundo, es la reputación, un indicador de la calidad percibida por parte de los demandantes.

De esta manera, los prestadores intentan construir submercados y desarrollan estrategias para atraer pacientes y financiadores. De las encuestas de campo surge que los prestadores no consideran a estos dos grupos coincidentes en términos de presencias. La Figura 5.4 presenta el orden de prioridades de pacientes y fondos financiadores, desde la percepción de los prestadores de servicios entrevistados en la provincia. Para cada motivo de diferenciación, se identifica el porcentaje de establecimiento que consideraron esa opción, a partir de los cuales se identifica un orden conjunto de importancia de cada tópico.

**Figura 5.4. – Estrategias para atraer pacientes y financiadores**



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

De lo declarado por los encuestados, surge que las principales características percibidas que valoran los consumidores de servicios de salud son los Recursos Humanos Capacitados, la Atención Personalizada, la Tecnología y la Hotelería. Estos criterios evidencian cuestiones vinculadas con medidas objetivas de calidad y calidez en el trato por parte de los profesionales y no profesionales de la salud, así como con el confort brindado por los establecimientos. Por el contrario, las estrategias de exclusividad, eficiencia administrativa y precio no son relevantes para los pacientes. En contraposición, la búsqueda de financiamiento incentiva el desarrollo de otro tipo de estrategias, más vinculadas a los costos y a la eficiencia en el manejo de recursos. En efecto, las estrategias mayoritariamente elegidas para captar financiadores son la ubicación geográfica y los precios, indicando que los financiadores priorizan los contratos de aquellos establecimientos que prestan servicios en zonas de concentración poblacional y cuyos precios son bajos. Pero al mismo tiempo, se deduce de los datos que los financiadores son atraídos por indicadores de manejo eficiente de los recursos, esto es, buenos indicadores de tecnología y capacitación del recurso humano y bajos “costos de gobernabilidad”, conseguidos a través de la eficiencia administrativa (pago en tiempo, orden en las cuentas, etc)

En suma, los prestadores desarrollan ciertos planes de acción con el fin de ganar consumidores y financiadores. Mientras intentan influir sobre la calidad percibida por parte de los consumidores a la hora de captarlos, se concentran en criterios de diferenciación precio y espacio y de eficiencia en los costos para atraer financiadores.

### 5.3. Gestión hospitalaria pública

La provincia de Córdoba, dentro del contexto descentralizado en el financiamiento del sistema de salud argentino, se constituye en una de las provincias de mayor regionalización del gasto a nivel de departamentos y municipios. Dentro de este marco, el análisis de los mecanismos de decisión hospitalaria merece especial atención en la medida en que la autogestión de prestadores públicos es una potencial herramienta de gestión para la equidad en un modelo sanitario donde los subsidios cruzados no deseados entre subsectores son un hecho corriente.

Esta sección analizará aspectos relevantes del comportamiento del sector público en su rol de proveedor de servicios de salud. El objetivo principal es testear la hipótesis de descentralización en la provincia de Córdoba, a partir de investigar el grado de desarrollo de la autogestión hospitalaria. Para esta sección se ha realizado una encuesta de campo y entrevistas a prestadores clave del sector prestador público. La base de datos resultante comprende una muestra de 16 hospitales de jurisdicción provincial lo que representa el 45% del sistema hospitalario.

#### **Toma de decisiones**

La primera característica identificada para abordar la profundidad del proceso de autogestión hospitalaria corresponde al mecanismo de toma de decisiones y, en particular, al agente del sistema sobre el que recaen las mismas. En el siguiente cuadro, y sobre la base de 16 entrevistas, se identifican las responsabilidades del sistema en términos de definición de presupuesto, contratación de personal y compras de insumos.

**Tabla 5.9. – Responsabilidad en la toma de decisiones**

	<b>Presupuesto</b>	<b>Contratación de personal</b>	<b>Compras</b>
<b>Ministerio Salud Provincial</b>	16/16	15/16	9/16
<b>Director del Hospital</b>	2/16	1/16	13/16
<b>Acuerdo de partes</b>	-	3/16	-

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

Se muestra que el presupuesto del hospital es decidido por las autoridades del Ministerio de Salud Provincial para todos los encuestados y en sólo dos casos la decisión es compartida con el director de la institución. Por su parte, el 94% de los encuestados declaró que la contratación de su personal también se encuentra a cargo del MINSA, mientras sólo en un caso esta decisión recae en las autoridades del hospital<sup>2</sup>. Esto sugiere que las estrategias de recursos humanos y presupuestarias no son directamente instrumentadas por el hospital, lo que limita y desafía el modelo de autogestión hospitalaria.

Con respecto a las compras de insumos, en 13 casos (81% de la población encuestada) la decisión recae en manos del director del hospital. Sin embargo, 9 de 16 encuestados respondieron que algunas acciones en este rubro asimismo recaen bajo el control del MINSA, evidenciando que en 6 de esos 9 casos, la decisión es compartida.

<sup>2</sup> Técnicamente, la contratación de personal recae administrativamente en la Dirección General de Personal de la Provincia.

### **Fuente del financiamiento y recupero de costos**

Un segundo aspecto a analizar es en qué medida los hospitales se solventan financieramente con fondos propios provenientes de una estructura pública integrada, o dependen de los financiadores (obras sociales y prepagas) del sistema a quien es brindan servicios.

La Tabla 5.10 muestra el porcentaje en el financiamiento total de la institución que representan los aportes de los distintos financiadores del sistema de salud.

Como puede apreciarse, el 91% del presupuesto del hospital proviene de l Estado Provincial. El examen de la dispersión de este indicador, evidencia que esta dependencia financiera es la regla prevalente: el establecimiento que menor porcentaje de su presupuesto recibe desde las arcas públicas, representa un 80%.

**Tabla 5.10. – Fuente del financiamiento de hospitales provinciales**  
*Porcentaje del financiamiento total de la institución - Estadísticos descriptivos*

	<i>Media</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Estado Provincial</i>	91	80	100
<i>Profe</i>	2	0	10
<i>Pami</i>	1,67	0,5	2,5
<i>APROSS</i>	1,54	0,2	5
<i>OSN sin convenio</i>	1,52	0,1	2,5
<i>OSN con convenio</i>	0,52	0,1	2,5
<i>Plan Nacer</i>	0,40	0	2
<i>Prepagas con convenio</i>	0	0	0
<i>Prepagas sin convenio</i>	0	0	0
<i>Estado Municipal</i>	0	0	0
<i>Gasto de Bolsillo</i>	0	0	0
<i>ARTs</i>	0	0	0

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

En importancia le sigue la Seguridad Social que representa algo más del 5% del financiamiento promedio de los establecimientos públicos distribuidos entre el PAMI (1,67%), APROSS (1,54%) y obras sociales nacionales, con y sin convenio previo firmado con el establecimiento (2,04%). Simultáneamente, existen dos fondos nacionales (Profe y Plan Nacer) que reúnen, en conjunto, el 2,4% del financiamiento promedio del presupuesto de los hospitales. Finalmente, los fondos privados (prepagas, pago de bolsillo y ARTs) son insignificantes en el presupuesto de los prestadores públicos.

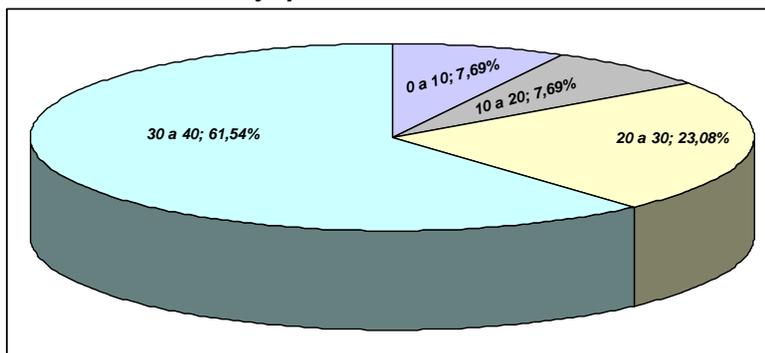
Este último resultado desafía la capacidad del sistema sanitario de avanzar en un modelo de cobertura universal. La Figura 5.5 muestra que de los 13 encuestados que contestaron la pregunta, 8 (esto es, el 61,54% de los que respondieron y el 50% del total de encuestados) declararon que a su establecimiento asiste entre un 30 y un 40% de pacientes que ya cuentan con una cobertura formal, porcentaje claramente superior al incorporar como fuente de financiamiento institucional.<sup>3</sup>

De este modo, y si bien el Estado ha desarrollado mecanismos institucionales para proveer los recursos a los hospitales (principalmente a través de su rol protagonista como rector de las decisiones de compra y contratación de personal) existen instancias en las que estas decisiones no puede integrarse con la gestión del hospital, generando desincentivos a la descentralización en las instituciones públicas de

<sup>3</sup> Complementariamente, el 23% de los que constestaron (18,75% del total) declaró que el porcentaje de pacientes de su hospital con cobertura oscila entre 20 y 30%.

prestación. En efecto, los establecimientos no evidencian capacidad técnica o interés por reducir los márgenes de subsidios o fondos sociales. Aproximadamente el 35% de los encuestados declaró que sobre el presupuesto total del establecimiento que dirige le factura hasta el 10% a la población con cobertura.

**Figura 5.5. – Porcentaje de la población que asiste al hospital y que tiene cobertura**



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

Por su parte, el 17,65% de los encuestados respondió que la facturación a población con cobertura alcanza entre el 10 y el 20% del presupuesto total del hospital. Es decir que en ningún caso lo facturado supera el 20% del presupuesto, a pesar de que, como se dijo, la mayoría de los hospitales reciben hasta un 40% de población cubierta. Sin embargo, sólo una proporción menor de tal facturación resultó ser efectivamente cobrada por el hospital.

Sólo una de las instituciones entrevistadas declaró que lo recuperado efectivamente es cercano al 100% de lo facturado, en tanto una aseguró que tal porcentaje se ubica entre 70% y 80%. El resto de las instituciones sólo alcanza a cobrar hasta el 20% de lo facturado, registrándose tres hospitales donde este porcentaje no supera el 10%.

Estos valores coinciden con el promedio de 5% de los presupuestos hospitalarios que provienen de frentes vinculados a fondos de aseguramiento social o privado.

## 6- COMENTARIOS FINALES

El presente capítulo plantea el estudio de la estructura del sistema de salud de la provincia de Córdoba, los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan, y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo. Con este objetivo 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, los interrogantes se plantearon 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.

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

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

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

Caracterizada la estructura de mercado percibida por los prestadores del sistema de salud cordobés, 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 el PAMI, en primer lugar, y la Obra social provincial –APROSS-, en segundo, son los principales financiadores del sector prestacional privado. Asimismo, los datos sugieren que el PAMI concentra su estrategia en atraer prestadores de condiciones de oferta bajas y medias, indicando que tal financiador prioriza el tener el poder de negociación.

Asimismo, al indagar sobre los mecanismos de contratación y de pago, se registran diferencias entre los principales aseguradores. Mientras PAMI opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado; APROSS opta por contratos intermediados y cuyo modo de pago predominante es el pago por prestación. Ello sugiere un esquema de transferencia de riesgo que opera desde el PAMI hacia los prestadores, desde ellos hacia APROSS y desde APROSS hacia los consumidores. Esto es, dado que PAMI ejecuta la estrategia de pagar por cápitas, los establecimientos responden diversificando su financiamiento a través de la celebración de contratos con APROSS, que les ofrece mayoritariamente un esquema por prestación. Como hemos visto, éste es el caso para más del 60% de los encuestados que son prestadores de ambos seguros. Por su parte, la estrategia del APROSS ante el comportamiento de los establecimientos en el mercado es transferir parte del riesgo hacia los pacientes a través del cobro de copagos.

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

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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.

Arce, Hugo, El territorio de las decisiones sanitarias, Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993. Bidart Campos, Germán J., Manual de la Constitución Reformada, T II, 1ª reimpression, S.A. Editora, 1998, pág. 108.

Arrow, K. *Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, Vol. 53, Nº 5 pp. 941 – 973, 1963.

Bueres, Alberto J. Responsabilidad civil de los médicos, Buenos Aires, 2º edición, 1994, Ed. Hammurabi, pág. 43.

Buglioli M., Gianneo O., Gustavo M. Modalidades de pago de la atención médica. Revista Médica del Uruguay. 2002.

Bustamante Alsina Jorge, Nota del fallo - “Badín, Rubén y otros C/ Provincia de Buenos Aires” – Corte Suprema de Justicia de la Nación – LL 1996-C.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Working Paper presentado en el taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, Toronto, Canada, 17 de junio 2002.

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, Nº 3. pp. 158 – 175, 2003.

Conrad, D.A., Maynard, C, Cheadle, A, et al. Primary Care Physician Compensation Methods in Medical Groups. Journal of the American Medical Association 279(11):853-8

Deci E., y Ryan R. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour. New York: Plenum Pr. 1985.

Edición web de la revista de la Dirección de Defensa del Consumidor de la Ciudad de Buenos Aires.

Fairbrother, G. et al. The Impact of Physician Bonuses, Enhanced Fees, and Feedback on Childhood Immunization Coverage Rates. American Journal of Public Health. 1998

Gauri, V. Are Incentives Everything? Payment Mechanisms for Health Care Providers in Developing Countries. Development Research Group. The World Bank. World Bank Policy Research Working Paper No. 2624, 2001.

Gaynor, M., Rebitzer J. y Taylor L. Physician Incentives in Health Maintenance Organizations. The Journal of Political Economy. Aug 2004.

Ghersi, Carlos Alberto. Contratos civiles y comerciales, Buenos Aires, 1990, Ed. Astrea, p. 3 y sgts..

Hall, P. y Taylor, R. Political Science and the Three New Institutionalisms. Journal of Political Studies, XLIV, 936-957. 1996.

Holmstrom, B. y Milgrom P. Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design. Journal of Law, Economics and Ownership 7:24-52.

Kralewski, J. Rich, E.C., Feldman, et al. The Effects of Medical Group Practice and Physician Methods on the Costs of Care. Health Services Research 35(3):591-614.

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

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. Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.

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, Nº171 octubre-diciembre 2003.

Maceira, Daniel Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino, Cap. 8, en Vargas de Flood, M.C. “Política del Gasto Social, la experiencia argentina”. Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, Daniel, Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las obras sociales provinciales en contexto, Serie Seminarios Salud y Política Pública, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Marienhoff, Miguel S., Tratado de Derecho Administrativo, T II, 3ª Edición actualizada, Abeledo Perrot, Bs. As, pág. 32.

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.

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

Mosset Iturraspe, Jorge y Lorenzetti, Ricardo L. Contratos médicos. Buenos Aires, 1991, Ed. La Rocca.

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.

Prendergast, C. The Provision of Incentives in Firms. *Journal of Economic Literature* N° 37 pp. 7-63, 1999.

Revista Temas del Consumidor de la Subsecretaria de Defensa del Consumidor, Relevamiento de cuotas del mes de abril de 2005, página web.

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

Salisbury D., Some Issues Related to the Practice of Immunization. *International Journal of Infectious Diseases*. 1997; 1:119-125.

Scott A. Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non pecuniary job characteristics. *Journal of Health Economics*, 20:329 - 47. 2001

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

SIEMPRO Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001

Tobar, Federico, "Dimensiones económicas de los sistemas de salud en Argentina", citado por la revista de la Dirección de Defensa del Consumidor de la Ciudad de Buenos Aires, en su página web. -

Williamson, Oliver E.. *The Economic Institutions of Capitalism*, Yale University, The Free Press. London, 1987.

Wouters A. *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery*. Partnerships for Health Reform. Primers for Policymaking. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc., 1998.