

---

## financiamiento del desarrollo

# Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina

Ernesto Báscolo

Santiago de Chile, diciembre de 2008



Este documento fue preparado por Ernesto Báscolo, Consultor de la Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto “Assistance for the inclusion of the European “Nordic Model” in the debate on Reform of Social Protection Schemes in Latin America and the Caribbean” (SWE/05/001), ejecutado por CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564-4197

ISSN versión electrónica 1680-8819

ISBN: 978-92-1-323266-8

LC/L.2991-P

N° de venta: S.08.II.G.97

Copyright © Naciones Unidas, Diciembre de 2008. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Introducción</b> .....	5
<b>I. Los cambios de los mercados de servicios de salud en el sistema de seguridad social en Argentina</b> .....	7
1.1 Marco regulador .....	9
<b>II. Modelo de organización de la demanda y la oferta de servicios de salud</b> .....	15
2.1 La organización de los servicios de salud durante las décadas del 70 y los 80 .....	15
2.2 Los mercados de servicios durante la década del 90: cambios en la relación entre compra y la provisión de servicios.....	19
2.3 Cambios producidos desde el 2001: (la consolidación de las redes integradas entre compradores y proveedores de servicios).....	28
<b>III. Cambios del mercado de servicios, modelos de integración y formas de distribución de la renta</b> .....	37
3.1 Modelos de apropiación de la renta en los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina en las distintas etapas .....	37
3.2 Reforma y desregulación, cambios en la regulación de los servicios, y dinámica del sector privado .....	41
<b>IV. Conclusiones</b> .....	43

<b>Bibliografía</b> .....	47
<b>Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados</b> .....	49
<b>Índice de tablas</b>	
Tabla 1 FINANCIAMIENTO DE LOS DISTINTOS ESQUEMAS DE ASEGURAMIENTO DEL SECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA EN EL PERIODO 2002-2006 .....	14
Tabla 2 DIMENSIONES DE LOS CAMBIOS EN EL MERCADO DE SERVICIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL .....	22
Tabla 3 MOTIVOS DE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN EN DIFERENTES ESCENARIOS .....	32
Tabla 4 MODELOS, ACTORES Y RELACIONES .....	33
<b>Índice de recuadros</b>	
Recuadro 1 EVOLUCIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS EN EL PERIODO 1990 – 2005 .....	20
<b>Índice de gráficos</b>	
Gráfico 1 FINANCIAMIENTO COMO PORCENTAJE DEL PBI DE LOS DISTINTOS ESQUEMAS DE ASEGURAMIENTO DEL SECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL 1980-2006.....	12

## Introducción

---

Durante las dos décadas pasadas se han producido numerosas reformas para mejorar la eficiencia y la equidad en los sistemas de salud en América Latina (Titelman et al 2000, Almeida, 2002). Como parte de esta tendencia, Argentina ha introducido y experimentado cambios relevantes en los esquemas de aseguramiento y en los mercados de servicios de salud. Las innovaciones que se producen en el sistema de salud en Argentina presentan características comunes a las registradas en otros contextos, y algunas especificidades que especialmente se destacan dentro de su sistema de seguridad social nacional.

La discusión sobre la naturaleza, el alcance y los resultados de estos cambios abarca diferentes capítulos que combinan los propósitos de las reformas y el análisis sobre diferentes relaciones y mercados que integran el sistema de seguridad social. La dinámica de estos cambios se estudia en función de las relaciones que se establecen entre marco regulatorio, las estrategias y trama de actores públicos y privados involucrados, los cambios de la demanda y las condiciones del contexto económico que afectan la disponibilidad de recursos financieros.

Es necesario definir el modelo de financiamiento, las funciones de aseguramiento y el mercado de servicios. El modelo de financiamiento integra la recaudación, el aseguramiento y la compra de servicios (o asignación de recursos a los proveedores). La recaudación de recursos y distribución de recursos comprende el análisis de las fuentes de financiamiento, sus factores condicionantes y las capacidades de las agencias responsables de tales funciones. Las funciones de

aseguramiento están asociadas con las relaciones entre asegurados (o beneficiarios) y entre instituciones aseguradoras (obras sociales, prepagos).

El mercado de servicios comprende las relaciones entre las organizaciones con función de compra y las que ofrecen los servicios de salud. Este análisis se realiza a través de las modalidades de asignación de recursos (precios, productos, distribución del riesgo), los espacios o niveles de determinación de los mismos (macro-nacional, meso-regional, o micro-local al interior de redes de prestadores) y la caracterización de los actores involucrados. El mercado de servicios es un condicionamiento importante sobre la oferta de los servicios, caracterizada por su modelo de organización y atención de la salud.

Este trabajo analiza los cambios en la relación entre compradores y proveedores de servicios en el marco de las reformas de la seguridad social, como subsector del sistema de salud en Argentina durante la década del noventa y hasta el año 2007. La relevancia de esta temática se fundamenta por razones sociales, económicas y políticas. En primer lugar, las formas de organización de servicios de salud determinan las efectivas condiciones de acceso a los mismos. Analizar las características y naturaleza de los cambios permite reconocer su adecuación a las necesidades de salud de la población. En segundo lugar, el estudio de la dinámica de los mercados privados representa el análisis de los mecanismos de asignación de recursos, la racionalidad de sus inversiones y su proceso de innovación tecnológica. En otras palabras, los cambios en la estructura institucional tienen implicancias sobre la eficiencia y la equidad de los servicios. Por último, dada la debilidad del Estado como regulador del sistema de seguridad social, es necesario reconocer la trama institucional que opera en el sector privado, considerando su influencia sobre la organización y dinámica del sistema.

El trabajo se estructura de la siguiente forma. En primer lugar se presentan los cambios en la relación entre compra y provisión de servicios de salud que se producen desde inicios de la década de los noventa hasta la actualidad. Para este fin, se incluyen las reformas del marco regulatorio y los condicionantes macroeconómicos del modelo de financiamiento. El punto central es la descripción de los mercados de servicios sanatoriales y médicos y sus cambios durante la década del noventa y los producidos en los últimos años. Posteriormente, se presentan aportes conceptuales y teóricos que sirven para sistematizar los modelos de puja distributiva y su relación con la función de compra, los procesos de integración y regulación de los procesos asistenciales. A continuación se presenta una aplicación de dimensiones conceptuales sobre las reformas producidas y en especial sobre las tramas institucionales que operan en los mercados privados en la actualidad. Finalmente, se realizan comentarios generales en donde se discuten los argumentos principales de las reformas del sistema de seguridad social, sus resultados y principales problemas.

## **I. Los cambios de los mercados de servicios de salud en el sistema de seguridad social en Argentina**

---

En esta sección se describen los cambios en los mercados privados de los servicios de salud desde inicios de la década del noventa hasta la actualidad. El sistema de seguridad social ha ocupado desde finales de la década del sesenta un rol importante en el modelo de financiamiento, cobertura de gran parte de la población y de la dinámica del mercado de bienes y servicios privados. Sus rasgos más importantes están identificados con la segmentación (distintos esquemas de aseguramiento), fragmentación (falta de articulación e integración entre organizaciones e instituciones) e inequidad en términos de las condiciones de acceso a los servicios de salud.

Es necesario destacar que al interior del sistema de seguridad social conviven diferentes esquemas de aseguramiento con instituciones, marcos de regulación y organizaciones con especificidades. Se destacan tres principales esquemas de financiamiento, aseguramiento y cobertura que conforman el sistema de seguridad social: existen 280 obras sociales nacionales (OSN), 24 obras sociales provinciales (OSP) y el Instituto Nacional de servicios sociales de jubilados y pensionados (INSSJyP)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Conocido también como PAMI (Programa de Atención Médica Integral).

En Argentina, se llaman obras sociales a las organizaciones de aseguramiento de recursos financieros destinadas a la cobertura de servicios de salud. Las obras sociales nacionales están conformadas por organizaciones que dan cobertura a los trabajadores del sector privado que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares<sup>2</sup> (reguladas por la Superintendencia de Servicios de salud).

Los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, están asegurados en las “OSP”. Las mismas, no conforman un sistema articulado y no son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud<sup>3</sup>. Las OSP se han estructurado como organizaciones provinciales y autárquicas, que brindan atención de salud a los agentes de las administraciones públicas provinciales y los grupos familiares respectivos en forma obligatoria<sup>4</sup>.

El INSSJyP es una institución destinada a proveer servicios de salud a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares. Teniendo en cuenta la notable expansión del sistema previsional argentino, el INSSJP da cobertura a un elevado porcentaje de la población de mayor edad, siendo la obra social con mayor número de beneficiarios en el país<sup>5</sup>. Cada uno de estos diferentes esquemas de aseguramiento cuenta con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios generando especificidades en la estructura y dinámica de sus mercados de servicios médicos y sanatoriales.

El análisis se hará en torno a los cambios en el marco regulador y a los condicionamientos macroeconómicos. Las innovaciones de estos ejes de análisis se presentan teniendo en cuenta las siguientes tres etapas: i) el modelo de “pacto corporativo” de 1970 a 1990; ii) las cambios durante la década del noventa y iii) desde el 2002 hasta el 2007. Estas etapas permiten ordenar ciertas regularidades y rupturas en la estructura y funcionamiento de los mercados de servicios médicos y sanatoriales.

La descripción del modelo que comprende las décadas del 70 y los 80 tiene como función identificar las características institucionales del sistema de seguridad en forma previa a los cambios experimentados desde la década del 90, hasta la actualidad. La diferenciación de la segunda y tercera etapa está determinada por la crisis económica en Argentina en el período 2001/2. Con el propósito de ofrecer un marco de análisis comprensivo, se presenta una síntesis de la evolución del marco regulador y de los principales condicionamientos macroeconómicos con influencia sobre las fuentes de financiamiento de la seguridad social<sup>6</sup>. Posteriormente, en la segunda parte se presenta la estructura y la dinámica de cambios en los mercados de servicios de salud, principal objeto de análisis de este trabajo.

---

<sup>2</sup> El 70% de los beneficiarios se encuentra concentrado en alrededor de 30 entidades. Los aportes y contribuciones patronales (3 y 6% del salario) son obligatorios para todos los trabajadores en relación de dependencia. Representan el 87% del gasto mientras que el 13% restante tiene otras fuentes (pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores).

<sup>3</sup> Están agrupadas en la COSPRA (Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina).

<sup>4</sup> Incluyen atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes entre 1 y 6,4%), a empleados municipales, así como también afiliados voluntarios o adherentes particulares (según estimaciones parciales, entre el 2 y el 8%). Se financian con aportes y contribuciones de afiliados y el estado provincial en un rango entre 3-5% y del 4-6%, respectivamente, copagos por parte de los usuarios e irregulares transferencias de los gobiernos provinciales para cubrir déficits financieros.

<sup>5</sup> El financiamiento del INSSJP provienen de los aportes (3%) y contribuciones (2%) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3 – 6%) según el monto de los haberes percibidos. También los aportes del Tesoro Nacional han sido una importante fuente de financiamiento. Los beneficiarios pueden ser las personas titulares de un beneficio de jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y del Régimen Nacional de Previsión, los veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo.

<sup>6</sup> El análisis de los factores condicionantes de las fuentes de recursos relacionados está vinculado con las características de los modelos contributivos de la seguridad social. El mercado de trabajo, (su estructura y dinámica), el nivel de salarios reales y los aportes y contribuciones tienen incidencia sobre el flujo de fondos destinados a la seguridad social.



## 1.1 Marco regulador

El análisis de la evolución del marco normativo se concentra en los cambios de las OSN. Con el propósito de sistematizar estos cambios, se clasifican las normas y sus cambios según las relaciones entre actores/organizaciones/instituciones y las funciones de recaudación, redistribución, aseguramiento, compra y provisión de servicios que integran el sistema de seguridad social que han sido objeto de cambio.

En primer lugar se reconoce la función de recaudación y distribución de recursos, incorporando la generación de recursos y el flujo financiero hacia las obras sociales (se incluye las medidas de regulación del fondo de redistribución). En segundo lugar, se atiende la relación entre beneficiarios y “obras sociales” (la cautividad versus libre elección de los afiliados a escoger el destino de sus recursos). Por último, se analiza la relación entre obras sociales y la oferta de servicios. En este punto se incluye las modalidades de asignación de recursos hacia los proveedores y la estructura de distribución del riesgo económico del gasto asistencial. En cada caso, se especifica las innovaciones más relevantes que se producen los principales cambios.

### a) Recaudación y distribución

Desde la década de los setenta se institucionaliza el sistema de seguridad social a través de la obligatoriedad de los aportes y contribuciones de las OSN y el INSSJP<sup>7</sup> (Katz J. y Muñoz A. 1988). La relación entre asegurados y aseguradores tiene también un carácter obligatorio, sin posibilidad de elegir por parte de los beneficiarios la institución a cargo de administrar los recursos y cobertura de salud. La función de recaudación corresponde a cada obra social<sup>8</sup> y se crea el Fondo de Redistribución<sup>9</sup> para la asistencia financiera de las obras sociales que por especiales circunstancias la requieren. Se crea y regula<sup>10</sup> la relación contractual entre las obras sociales y las instituciones representativas de la oferta a través de un nomenclador nacional de prestaciones de salud. El nomenclador nacional es la definición (codificación) de servicios, precios, basados fundamentalmente sobre un pago por servicios. El nomenclador funciona como norma reguladora de precios juega un papel determinante, ya que cumplía las siguientes funciones centrales: definía la unidad de cuenta homogénea para las transacciones en el mercado de servicios médicos (galeno) y de servicios sanatoriales, y establecía sus precios relativos (entre prestaciones). Esta definición pública a nivel nacional servía como inductor del modelo de provisión, como incentivos en la orientación de inversiones y garantía sobre tasas internas de retorno sobre las innovaciones en servicios de alta complejidad e intensivas en capital.

Asimismo, el Estado asume una función de regulación macro sobre el funcionamiento general del sistema, árbitro de los precios relativos y las formas de asignación de recursos. Los cambios de

<sup>7</sup> Se establece la obligatoriedad de los aportes en las OSN por ley 18.610 y al INSSJP por Ley 19.032.

<sup>8</sup> Se estima una evasión de estos aportes desde el 10 al 33% en 1983

<sup>9</sup> A través de la ley 22.269 se asigna el manejo del Fondo de Redistribución a cargo del INOS, financiado por recursos de las obras sociales de aportes y contribuciones (10%), el 60% de ingresos de las obras sociales provenientes de recursos de distinta naturaleza no basados en la masa salarial para asistir a las OSN más pobres.

<sup>10</sup> La ley 18.912, crea el marco legal de contratación entre las OSN y los proveedores privados, a través de contratos estableciendo aranceles y tarifas sanatoriales de acuerdo con el nomenclador nacional. Se creaba un organismo permanente de jurisdicción nacional con participación paritaria de las entidades prestatarias de las entidades prestatarias por una parte y las obras sociales nacionales. Posteriormente, la ley 19.710 incorpora distintas modalidades de contratación y se crea también la Comisión Paritaria Nacional, para concentrar los precios de los contratos prestacionales de aplicación obligatoria. Estos precios y la definición de los servicios médicos y sanatoriales se explicitan en el nomenclador nacional en el marco del INOS. En 1976 y ley 21.371 el Poder Ejecutivo Nacional asume la función de actualización de los valores del nomenclador, retomando la Comisión Permanente de Concertación en 1983, por decreto 353. En 1980, se dicta la ley 22.269 que regirá durante toda una década a través de la cual se obliga a cumplir a los proveedores privados con los valores del nomenclador. Aunque se consideraban diferentes modalidades de contratación, el pago por servicios (por prestación) representa la principal forma de contratación.

regulación más importantes abarcan innovaciones en la función de recaudación, en los mecanismos de asignación de recursos hacia las obras sociales nacionales y el INSSJP, entre obras sociales nacionales y en la relación entre éstas y los proveedores.

Los cambios reguladores más importantes de la década del noventa se producen en el período 91 y 97, y se vinculan con la centralización de la función de recaudación<sup>11</sup> del sistema por parte del estado y una mayor institucionalización (minimizando la discrecionalidad) de la distribución del flujo de fondos hacia las instituciones aseguradoras (obras sociales)<sup>12</sup>. Asimismo, se reducen los aportes hacia la seguridad social como resultado de una medida que se adecuaba a la política macroeconómica del período, buscando reducir el costo de la mano de obra como estrategia de mejorar los niveles de competitividad de los salarios formales<sup>13</sup>.

Los cambios más anunciados<sup>14</sup> de esta etapa se basaron en el argumento que la promoción de competencia (managed competition) en el mercado de seguros (la desregulación entre beneficiarios y obras sociales) promovería incentivos necesarios para producir innovaciones más eficientes (managed care) en la provisión de los servicios (Enthoven, 1993; Enthoven, 1997).

Si bien en la tercera etapa no se producen cambios relevantes en cuanto a las funciones de recaudación y distribución de recursos, es posible destacar que en este periodo se revierte la reducción de los aportes obligatorios que financian el sistema de seguridad social. A partir del año 2007, se elevan los aportes y en especial de los beneficiarios de mayores ingresos.

## **b) Obras sociales y beneficiarios**

La implementación efectiva<sup>15</sup> de la libre elección entre beneficiarios y asegurados se produce a finales de la década de los noventa cuando los cambios organizacionales más relevantes ya se habían desencadenado. Su principal consecuencia es sobre la orientación de afiliados con menor riesgo de enfermarse (jóvenes) y de mayores ingresos que utilizan sus aportes para obtener mejores ofertas de cobertura en obras sociales<sup>16</sup> y administraciones de prepagas (Mèdici, 2002).

La regulación sobre funciones del aseguramiento incluye la aparición de un nuevo actor, la superintendencia de servicios de salud (SSS)<sup>17</sup>, como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional y la explicitación de las prestaciones bajo cobertura (Programa médico obligatorio-PMO) para el conjunto de todas las obras sociales nacionales. El PMO se formula como un paquete de servicios asegurados, pero sin condiciones y garantías de acceso a los

---

<sup>11</sup> Con los Decretos 2284 y 2741 del año 1991, los aportes de las Obras Sociales que hasta entonces se dirigían al INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) pasan a ser dirigidos por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES – organismo creado por el Decreto 2741) quién se va a ocupar de las transferencias de recursos hacia las distintas Obras Sociales. En 1993, esos recursos son canalizados hacia la Dirección General Impositiva.

<sup>12</sup> El Decreto Nro. 292 de 1995 establece la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución y la eliminación de múltiples coberturas y unificación de aportes para las Obras Sociales.

<sup>13</sup> Decreto 2609 de 1993 y el decreto 495 de 1995.

<sup>14</sup> Decreto 9 de 1993.

<sup>15</sup> Decreto 1.141 establece que la libre elección de obras sociales se inicia en enero de 1997.

<sup>16</sup> Las consecuencias parecen haber sido un proceso de concentración del mercado (Mèdici, Op. Cit) y el llamado “descreme del mercado”, donde algunas Obras Sociales, en especial las mayores y con más solvencia financiera, pasaron a buscar “uno a uno” los usuarios de mayores ingresos y menor riesgo de enfermedad generando un efecto regresivo sobre la equidad del sistema. Las Obras Sociales con un importante número de pasivos y una diferencia marcada de niveles de ingreso (Ferroviarios, Seguros, Bancarios, etc.), se quedaron con beneficiarios de menor aporte y mayor riesgo de enfermar, provocando la imposibilidad de su sostenimiento (Torres, 2007). Silvia Montoya y Jorge Colina (2002) incluyen, además del nivel de ingresos, otros factores que inciden en la mayor probabilidad del cambio de Obra Social: menor edad de los beneficiarios, no tener grupo familiar a cargo, y contar con una mayor información sobre las opciones.

<sup>17</sup> La SSS fue creada por el Decreto 1.615/96 como fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS).

servicios, dadas las condiciones de crisis financiera en la mayoría de las obras sociales y debilidad del Estado para regular la prestación efectiva de servicios (Belmartino S. 1998).

El Decreto Nro. 504 de 1998 permitió a las Obras Sociales a contraprestar a los nuevos afiliados el PMO (aun cuando ésta sea una cobertura que se ubique por debajo de la que brindaban a sus afiliados) y permitió la emergencia de planes diferenciales, lo que profundizó rasgos de fragmentación e inequidad al interior de cada obra social (Cetrángolo et al, 2007). Esta medida quiebra la solidaridad intra-rama, que había sido característica en la etapa previa. (Repetto y Alonso, 2004).

### **c) Obras sociales y proveedores**

Con respecto a la relación entre obras sociales y proveedores, se avanza en la expresa intención de liberación de tales relaciones<sup>18</sup>, lo cual modifica uno de los aspectos estructurales e institucionales más importantes de la etapa previa. Este cambio significa la desaparición del nomenclador como instrumento público de regulación de la relación entre compradores y proveedores de servicios. Adicionalmente, se inhiben a las corporaciones profesionales a contratar con las OSN y se promueven condiciones de competencia en estas contrataciones. Sin embargo, las reformas regulatorias se sancionan cuando tales relaciones ya habían evidenciado cambios desde finales de la década de los ochenta, como resultado del agotamiento del proceso de expansión y acumulación de capital del período anterior (Belmartino, 1998). Si bien la oferta desarrolla estrategias defensivas para reproducir el modelo de acumulación previo, tal como la agremiación y la restricción en la entrada de nuevos proveedores o médicos (Katz y col., 1993), entre finales de los ochenta y principios de los noventa se precipita un proceso de fragmentación institucional en las federaciones sanatoriales y profesionales en los principales centros urbanos. Asimismo, es necesario explicitar una brecha importante entre los objetivos de las normas mencionadas y lo alcanzado efectivamente<sup>19</sup>.

Desde el 2000, los cambios del marco regulatorio han tenido un impacto muy limitado con resultados que se compensan en términos redistributivos. Por un lado se produce un aumento del rol del fondo de redistribución<sup>20</sup> hacia las obras sociales y se introduce un sistema de ajustes por riesgo. Por otro lado, durante la crisis financiera del 2002 se restringe la cobertura del PMO<sup>21</sup> y aumentan los copagos (pagos adicionales a cargo del beneficiario en la utilización de los servicios con impactos negativos en la equidad).

Existen algunos pasos que emulan rasgos del período 70/80. Sin embargo, estos cambios se producen sin un plan rector o estratégico de largo plazo con medidas orientadas hacia un nuevo modelo institucional. Contrariamente, los cambios surgen como respuesta a nuevas condiciones políticas y económicas. En primer lugar, el aumento de aportes a la seguridad social ha buscado fortalecer las fuentes de financiamiento del sistema, favoreciendo las obras sociales y a los actores con funciones e intereses asociados con el aseguramiento (sindicatos y aseguradores privados). En segundo lugar, en 2006 y 2007<sup>22</sup>, en forma incipiente la superintendencia de servicios de salud retoma un papel de árbitro nacional en el proceso de actualización de precios del sector en las negociaciones entre obras sociales y representantes de los proveedores.

Sin embargo, el Estado permanece limitado en cuanto a la producción y control de normas sobre los modelos de provisión de servicios que garanticen condiciones de accesibilidad y calidad de los servicios. Mientras en la primera etapa analizada, la regulación sobre el modelo de provisión

<sup>18</sup> Decreto 9 del año 1993.

<sup>19</sup> Es importante señalar las limitaciones en los alcances y efectividad de las políticas que promovieron la "reconversión" de las obras sociales nacionales y su fortalecimiento financiero e institucional.

<sup>20</sup> Decreto 446/2000.

<sup>21</sup> Decreto 486 del año 2002.

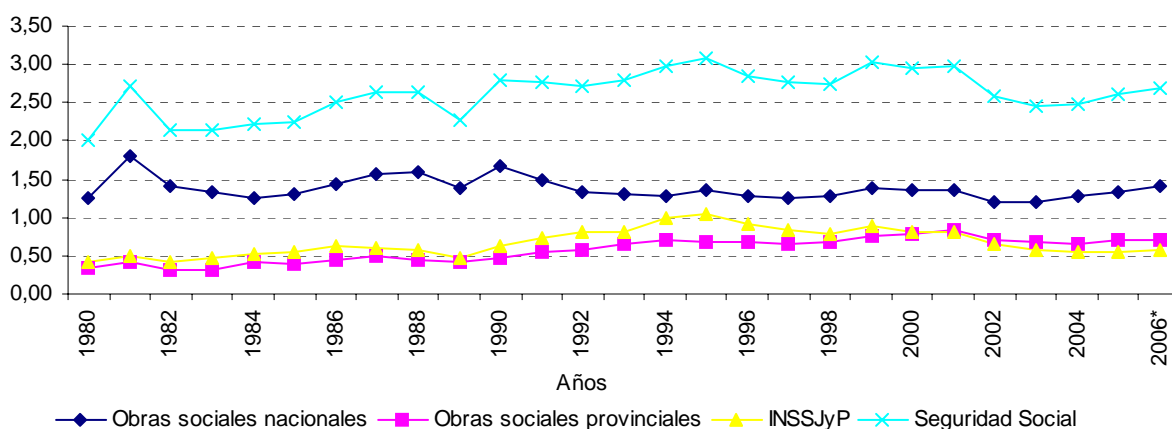
<sup>22</sup> Resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud de 2006 y 13 de noviembre de 2007.

de servicios quedaba en la órbita de la autonomía profesional como espacio y poder de regulación de la forma de provisión de servicios, en las dos etapas siguientes la regulación de la organización de los servicios se ubica en las decisiones de los grupos privados de proveedores. La participación del Estado como rector se restringe a decisiones de aseguramiento con escasa incidencia sobre las condiciones efectivas de provisión de servicios (Belmartino S., 1998).

En síntesis, el marco regulatorio presenta cambios relevantes en las tres etapas consideradas. El pacto corporativo es modelo de acuerdo entre instituciones representativa de la demanda (obras sociales) y de la oferta (federaciones profesionales y asociaciones de clínicas y sanatorios), con regulación del estado en la definición de productos y precios del mercado. La etapa correspondiente a la década del noventa presenta desregulación en la relación entre afiliados y obras sociales, y liberación de los mecanismos contractuales de los mercados de servicios (desaparición del nomenclador, en cuanto a la definición de productos y precios relativos). Finalmente, la última etapa, posterior a la crisis del 2001/2, solamente se produce innovaciones menores, con aumento de aportes hacia las obras sociales y un mayor fortalecimiento del rol de la superintendencia en la regulación del mercado de servicios. 2.2. Condicionantes de las fuentes de financiamiento.

Las características contributivas del sistema de seguridad social y la inestabilidad de las condiciones macroeconómicas en Argentina durante las últimas cuatro décadas condicionaron la evolución de la disponibilidad de recursos financieros, en forma desigual en los distintos esquemas de aseguramiento (OSN, OSP y el INSSJP). En el gráfico número 1 se presenta la evolución del financiamiento del total de la seguridad social y de los diferentes esquemas de aseguramiento desde la década del ochenta hasta el año 2006. Es posible verificar un aumento de la primera etapa, inestabilidad durante la década del 90 y abrupta caída en la crisis del 2002; y finalmente, un crecimiento desde 2002 hasta el 2006.

**GRÁFICO 1**  
**FINANCIAMIENTO COMO PORCENTAJE DEL PBI DE LOS DISTINTOS ESQUEMAS**  
**DE ASEGURAMIENTO DEL SECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL 1980-2006**



Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Economía.

En la primera etapa, a pesar de la inestabilidad macroeconómica (que afectó el nivel de empleo asalariado y en especial con una tendencia decreciente de salarios reales), el aumento del financiamiento se produce a través del aumento del porcentaje de los aportes y contribuciones y por la incorporación de nuevas entidades (OSP) con recursos suficientes para financiar el desarrollo de la oferta privada.

La segunda etapa (década del 90) se caracteriza por la implementación de reformas estructurales en las condiciones macroeconómicas que impactan negativamente sobre las fuentes de financiamiento de las OSN (aumento del desempleo, caída de salarios reales y del empleo formal) y que se agudiza con la retracción del empleo privado formal y con la reducción de los aportes y contribuciones. Esta situación impacta negativamente sobre el porcentaje de la población cubierta con sistemas de seguros (privados y de la seguridad social) que va desde el 63% en 1990 al 52% en el 2001<sup>23</sup>. La Encuesta de Condiciones de Vida, aplicada a la población urbana los años 1997 y 2001, confirman estos datos, con una reducción sensible en los sectores de menores ingresos<sup>24</sup>.

En esta década, el financiamiento de las OSP se fortalece en términos relativos en comparación con la retracción de las OSN y las debilidades financieras del INSSJP en la última etapa de los noventa. Esta situación es resultado de un flujo de recursos más estables, vinculados con el empleo público provincial y municipal (con menor variabilidad que el empleo privado).

El rol de las OSP adquiere especial importancia en dos aspectos. En primer lugar, representan el comprador de servicios médicos con mayor estabilidad en cuanto a los contratos institucionales. A diferencia de las OSN que introducen “las gerencadoras<sup>25</sup>” y del INSSJP que promueve contratos con redes conformadas con grupos de proveedores privados, en la mayoría de las OSP se producen cambios contractuales pero incluyendo a las corporaciones de profesionales. Por esta razón, se transforman en un soporte financiero de estas instituciones en el marco de inestabilidad contractual durante toda la década del noventa<sup>26</sup>. En segundo lugar, a pesar de varias iniciativas en diferentes provincias<sup>27</sup>, y el peso relativo creciente de las OSP (e incluso su posición hegemónica en algunas jurisdicciones), no son exitosas las políticas públicas para desarrollar seguros públicos con capacidad de concentrar los recursos de los diferentes esquemas de aseguramiento. Los intereses de la conducción gremial de las OSN y las instituciones representativas de la oferta perciben estas iniciativas como amenaza e impiden la viabilidad de su implementación.

Después de la crisis 2001-2002, se inicia un proceso de expansión de la economía, acompañado por una reducción en las tasas de desocupación y creciente “blanqueo” del mercado de trabajo. Desde mediados de 2003 se observa una recuperación del nivel de salarios tanto de trabajadores formales como informales. Hay que agregar la revitalización de las negociaciones colectivas de trabajo como parte de un cambio en la forma de determinación de los salarios diferente a la que primara en los 90. Desde el punto de vista de la seguridad social, luego de varias décadas en que el comportamiento del empleo y las remuneraciones ejercieran un efecto negativo en los fondos destinados a la protección social y en el número de beneficiarios, actualmente parecen avizorarse resultados positivos. Sin embargo, aunque las tasas de desempleo bajan a valores cercanos a los registros de finales de los ochenta algunas características del mercado de trabajo no se reproducen. Tanto la calidad del empleo (formalidad) como la segmentación de salarios por rama de actividad y tipo de empresas son claramente diferentes.

---

<sup>23</sup> Censo realizado por el INDEC.

<sup>24</sup> Fuente: ECV (1997 y 2001).

<sup>25</sup> Son organizaciones intermediarias y con fines de lucro. Se desarrollan sus estructuras de gobierno más adelante.

<sup>26</sup> En la obra social provincial de Córdoba se modifica estructuralmente el contrato, implementando reformas a través de licitaciones que promueven el desarrollo y competencia de redes. En esta provincia, la corporación federativa de los profesionales pierde total poder en la seguridad social.

<sup>27</sup> En Salta, Mendoza, Córdoba, Río Negro.

En la tabla numero 1, se presenta la evolución de los distintos esquemas de aseguramiento, durante el período entre 2002 y 2006.

**TABLA 1**  
**FINANCIAMIENTO DE LOS DISTINTOS ESQUEMAS DE ASEGURAMIENTO DEL SECTOR**  
**DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA EN EL PERIODO 2002-2006**

(En porcentajes)

<b>Financiamiento % PBI</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005*</b>	<b>2006*</b>
<b>Total del sector de la seguridad social en el sistema de salud</b>	<b>2,58</b>	<b>2,47</b>	<b>2,48</b>	<b>2,6</b>	<b>2,68</b>
Obras sociales nacionales	1,2	1,2	1,27	1,33	1,4
Obras sociales provinciales	0,72	0,68	0,65	0,71	0,7
INSSJ y P	0,67	0,58	0,55	0,56	0,58
<b>Participación %</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005*</b>	<b>2006*</b>
<b>Total del sector de la seguridad social en el sistema de salud</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Obras sociales nacionales	47	49	51	51	52
Obras sociales provinciales	28	28	26	27	26
INSSJ y P	26	23	22	22	22

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Economía.

Por un lado, la caída en la participación del financiamiento total del PAMI que se había registrado durante el último lustro de los noventa, se profundiza hasta alcanzar el 22%. Por otro lado, se evidencia un aumento del gasto de las OSN de casi el 20%, con una recuperación de su participación relativa que llega hasta el 51% del total.

El crecimiento de las OSN está relacionado con los cambios en las condiciones macroeconómicas y en especial el mercado de trabajo privado. Complementariamente, el aumento de los aportes y contribuciones favorece esta recuperación.

La situación de las obras sociales provinciales se mantiene con mayor estabilidad ubicándose en torno del 26 y 27% en los últimos cinco años. Nuevamente, esta situación responde a la mayor estabilidad de las condiciones de trabajo del sector público en las provincias.

Los cambios de las condiciones de financiamiento tienen implicancias importantes para entender la dinámica de funcionamiento de los mercados de servicios en las tres etapas consideradas. El crecimiento durante las década del setenta y ochenta han servido para financiar la expansión de la oferta de servicios. La inestabilidad de la década del noventa ha sido contexto de la crisis y depuración de gran parte de los establecimientos con capacidad de internación. Finalmente, el crecimiento desde el año 2002 ha sido el contexto de la recuperación de la oferta privada. Este desarrollo sirve de referencia general para dar cuenta de los cambios en la organización y funcionamiento del mercado de servicios privados en la sección siguiente.

## **II. Modelo de organización de la demanda y la oferta de servicios de salud**

---

En esta sección se presentan los cambios de la relación entre compradores y proveedores de servicios de salud. Para facilitar su comprensión se presentan las principales innovaciones en diferentes etapas (la década del 70 y los 80, los cambios durante la década del noventa y la situación durante la presente década). Si bien las últimas dos etapas representan el objeto de análisis de este trabajo, se presentan las características principales del modelo de organización de la demanda y oferta de servicios durante las década del 70 y 80, como referencia de análisis de las innovaciones de las dos etapas posteriores.

### **2.1 La organización de los servicios de salud durante las décadas del 70 y los 80**

Tanto los profesionales, como las organizaciones con capacidad de internación o de realización de intervenciones quirúrgicas o diagnóstico se vinculan con las obras sociales a través de las instituciones que lo representan. Durante este período, se consolida el modelo privado de provisión de servicios a través del financiamiento del sistema de seguridad social. Las instituciones consideradas corporaciones profesionales asumen un rol importante ya que concentran funciones de representación gremial y cumplen un rol de intermediarias en el proceso de facturación y pago a proveedores (Belmartino y Bloch, 1994).

Las obras sociales sólo tomaron un rol pagador pasivo en la relación con los proveedores directos. Es relevante mencionar que un rasgo idiosincrático del sistema de seguridad social nacional en Argentina es la presencia de los sindicatos en la administración y gestión de las obras sociales nacionales. Esta característica tiene implicancias en la agenda política del estado en la conformación del sistema y negociación de la reforma durante la década del noventa.

En cuanto a los contratos entre obras sociales y la oferta, en muchos casos, los contratos sólo reproducen la aplicación del nomenclador nacional e incluso la aceptación explícita de libertad de elección del médico por parte del afiliado y la autonomía profesional del médico como modelo liberal de prestación de los servicios profesionales. En este marco, los sistemas de registro del proceso de atención y las funciones de revisión de utilización son muy escasos.

Dado el poder central del profesional médico en las decisiones del proceso de atención médica, la autonomía profesional se transforma en el principal mecanismo de regulación desde un nivel micro. Las decisiones sobre la intensidad del consumo de servicios diagnósticos y terapéuticos, y la orientación del paciente (en distintos servicios, organizaciones, especialidades o niveles de atención) son casi exclusivamente de los médicos individuales y en forma descentralizada (Belmartino S. 2005). Esta situación se presenta tanto en los espacios de consultorios individuales como en organizaciones sanatoriales más complejas.

El desarrollo de nuevos servicios y organizaciones especializados en cirugías y prácticas diagnósticas de alta complejidad producen una mayor complejidad de los procesos productivos basadas en relaciones profesionales (interinstitucionales) sin mecanismos formales de derivación y coordinación. Dadas las características de pago por servicios con débiles funciones de coordinación y control por parte del comprador de servicios (obra social), no existen incentivos de contención de costos y promoción de modelos de eficiencia productiva (Katz y Muñoz 1988). Durante la década de los ochenta, se difunden estrategias comerciales por parte de las instituciones de producción de servicios de alta complejidad con la participación de “comisiones” o “incentivos” a los profesionales prescriptores, con implicancias de aumento del consumo de los servicios respectivos.

Este modelo adquiere características de oligopolio bilateral (instituciones nacionales representativas de la oferta y las obras sociales como compradores). En distintos momentos, el espacio de concertación de precios y productos (con aplicación obligatoria) se ubica en la Comisión de Paritarias Nacional o la Comisión Permanente de concertación. De esta forma, la unificación arancelaria a través del Nomenclador Nacional explicita la principal herramienta de regulación contractual entre aseguradores y proveedores de servicios (Katz y Muñoz 1988).

De esta forma, el estado se reserva un rol de árbitro o veedor, ofreciendo e institucionalizando el “espacio” de negociación entre las corporaciones de la oferta y la demanda. En este sentido aprueba las condiciones económicas y organizativas que resultan del acuerdo de las negociaciones entre los actores privados. Por esta razón, Belmartino y Bloch (1995), llaman este modelo como “pacto corporativo”.

Estos acuerdos se enmarcan con regulación de precios de los medicamentos y de servicios (a través del nomenclador nacional), lo cual condiciona el flujo de recursos hacia los diferentes actores. Asimismo, estos mismos mecanismos son los que expresan el agotamiento y crisis del sistema al final de esta etapa.

Durante este período, el mercado de la seguridad social nacional determina (“de hecho”) las condiciones de contratación entre obras sociales y organizaciones de la oferta (nomenclador nacional) del conjunto del sistema de seguridad social (extendiéndose a los otros dos esquemas de aseguramiento).



### **Expansión del financiamiento y la oferta**

La consolidación de las instituciones intermedias (obras sociales en la demanda y profesionales en la oferta), el rápido crecimiento del sector privado y la debilidad regulatoria del Estado representan los rasgos salientes de esta etapa (Belmartino S. y Bloch C. 1995). Esta etapa se sustenta en un proceso de expansión de la demanda (ampliando la cobertura y alcance del sistema de seguridad social como sistema de financiamiento de atención médica) y de la oferta. El crecimiento de la demanda estuvo dado por la extensión de la población con cobertura de la seguridad social y aumento de los aportes financieros. En este período, la seguridad social se expande hasta los límites de la población con capacidad contributiva (75% de la población) con cuotas uniformes de contribución (Belmartino, y Bloch, 1995)

Katz y Muñoz (1988) explican el modelo de apropiación de rentas (puja distributiva) a partir de la estrategia de los agentes que integran la oferta de servicios, el marco regulatorio y los procesos de innovación.

El aumento de la oferta se produce por el mayor crecimiento de capacidad instalada, con un incremento del 50% entre 1970 y 1980. Las condiciones de precios y rentabilidad son señales de altos niveles de inversión e introducción de profesionales con nuevas especialidades. Katz y Muñoz (1988:88) describen y explican el crecimiento de la oferta de la siguiente forma: “cinco mil nuevos médicos por año- en un país que ya cuenta con cuatrocientos veinticinco habitantes por médico-, una oferta de camas sanatoriales privadas que crece al 4,2% anual frente a una población que se expande al 1,7% anual y, finalmente, 350 nuevos fármacos que ingresan por año a un mercado que exhibe un estándar de consumo -50dólares/habitantes/año- que ya es alto en una comparación internacional, configuran una situación masiva y generalizada de expansión de la oferta de insumos y servicios en el mercado de salud.” Entre las razones de este aumento reconocen “la expansión y rotación de la curva de la demanda, originada en el crecimiento de la población cubierta por la seguridad social...la población cubierta por la seguridad social ha crecido en nuestro medio a una tasa del orden del 5,1% anual en el curso de las últimas dos décadas”.

Como segundo factor, Katz y Muñoz consideran a “la naturaleza del cambio tecnológico que el sector salud ha ido incorporando y en la relación entre el cambio tecnológico y los precios de mercado. El cambio tecnológico se refiere tanto a nuevas prácticas médicas o a nuevos productos (medicamentos, prótesis, etc.) como a nuevos procesos que permiten llevar a cabo a menor costo (o con mayor calidad) la fabricación de productos ya conocidos, o la realización de prácticas médicas preexistentes”. El nomenclador representa un instrumento clave, ya que al definir precios y productos influye sobre las conductas de inversión de equipamientos, organizaciones e incorporación de profesionales en especialidades. La desagregación (y fragmentación) de la codificación de servicios médicos y sanatoriales como los precios relativos definidos a favor de aquellos más intensivos en capital y tecnologías de alta complejidad de tratamiento y diagnósticos han representado los rasgos más importantes de los cambios producidos en el nomenclador, en sus múltiples variaciones durante la década del setenta y ochenta.

En forma complementaria, el marco cambiario opero como incentivo de inversiones de alta complejidad, condicionando el perfil productivo del modelo de provisión de servicios. El modelo de distribución de riesgo es funcional a la expansión de la oferta. El gasto de los diferentes sectores es un resultado ex post, ya que la forma de pago retrospectiva (la más común en esta etapa) permite develar el déficit o excedente con posterioridad a la realización del proceso de producción de los servicios de salud. La combinación de puja distributiva entre mercados vía precios relativos con modalidades de pagos por servicios y riesgos asumidos por el asegurador tiene en consecuencia costos prestacionales crecientes. En momentos de expansión de la oferta (en cantidad e incorporación de nuevas tecnologías que rápidamente se generalizan su utilización), el modelo de asignación de recursos basado en el pago por servicios tiene consecuencias de costos crecientes y déficit frecuentes en las obras sociales.

### **Reproducción, crisis y agotamiento del modelo**

Como resultado de la tendencia de costos crecientes y las inestabilidades macroeconómicas y del mercado formal de trabajo, gran parte de la década del ochenta convive con crisis de financiamiento. Como medida compensatoria, el sistema de la seguridad produce mecanismos compensatorios formales (tales como aumentos de los porcentajes de aportes y contribuciones) e informales (caída de calidad y reducción en las condiciones de accesibilidad en los servicios). Sin embargo, estos ajustes alimentan un sistema que en forma recurrente ofrece síntomas de agotamiento y crisis financieras recurrentes.

Desde mediados de la década del ochenta, las crisis financieras del sistema de seguridad social se resuelven a través de nuevas fuentes y soportes. En condiciones inflacionarias, el retraso en el pago de los servicios representó una modalidad de transferencia de los problemas financieros hacia los proveedores (Katz y colaboradores 1993)

Adicionalmente, dada las condiciones de “cautividad” en la relación entre beneficiarios y obras sociales, la conflictividad en la contratación de servicios y retrasos en los pagos produjeron situaciones de “corte” de servicios en donde se paraliza el devengamiento de gastos asistenciales por parte de los prestadores, aunque con continuidad de la recaudación de recursos financieros, ya que la obligatoriedad de los aportes y la imposibilidad de los asegurados de buscar otras opciones en la selección de instituciones aseguradoras sirvió como estrategia de recuperación financiera de las mismas obras sociales.

En estas situaciones, el pago directo del afiliado representó la fuente financiera más frecuente para resolver esta crisis. Ya sea como mecanismo formal y gestionado por la obra social (co pagos) o como pagos “impuestos” por el proveedor o profesional (plus), los aportes directos de los beneficiarios sirvieron de soporte financiero con implicancias negativas en términos de equidad en el sistema. Estos ajustes recaen en aquellos beneficiarios que utilizan los servicios y que pertenecen a las obras sociales con menores aportes promedios. Por esta razón, las “salidas” de estas situaciones de crisis tienen repercusiones regresivas sobre la población beneficiaria.

El contexto inflacionario de la década del ochenta tiene implicancias importantes en este modelo de financiamiento, favoreciendo el rol de las organizaciones de la demanda (obras sociales) y la oferta (federaciones). La cautividad de los afiliados a las obras sociales favorece una conducta discrecional de las obras sociales para regular el flujo de pago a las organizaciones de la oferta. Asimismo, en un contexto de proveedores (profesionales y sanatorios) sin capacidad de contratar en forma directa, sus entidades representativas tienen capacidad de obtener rentas financieras en su rol de intermediación entre la recepción (cobranza) de fondos y pago a sus miembros.

Finalmente, el pago directo de afiliados ya sea a las obras sociales (copagos) como el plus a los proveedores son mecanismos adicionales de financiamiento que ocupan mayor importancia en contextos de crisis de financiamiento, con resultados perjudiciales a la equidad (la propensión del pago de bolsillo tiene mayores repercusiones en la población pobre y con mayores propensiones de enfermarse).

Los factores que influyen sobre el agotamiento del modelo se relacionan con la dificultad del sistema de reproducir el aumento de la demanda para financiar una oferta de servicios con problemas de ineficiencia institucional y organizacional.

Es necesario reconocer que las fuentes de financiamiento de este modelo están amenazadas por el proceso hiperinflacionario y la caída del peso relativo de la masa salarial del mercado de trabajo formal. Mientras el proceso inflacionario podría ser “funcional<sup>28</sup>” a la dinámica de puja distributiva en los setenta y ochenta, la hiperinflación (superando los tres dígitos anuales, altera la sustentabilidad del sistema, y los recursos producidos por los aportes dejan de ser suficientes para

---

<sup>28</sup> Aún, produciendo inequidad en el sistema.

garantizar costos fijos de las estructuras sanatoriales y la reproducción de las condiciones sociales de vida de los profesionales. Más aún, esta situación se produce junto a una caída del peso relativo de la masa salarial del mercado de trabajo formal que no se recompone en forma significativa una vez superado el proceso inflacionario (Katz y colaboradores 1993).

Por el lado de la oferta, es necesario destacar el fenómeno de saturación de los mercados e ineficiencia sistémica, sin economías de escala, sin estructuras de incentivos adecuados para generar innovaciones y escasos mecanismos de coordinación (sistémica) entre los distintos niveles de atención. Esta situación tiene importantes implicancias en los cambios de la trama institucional del sistema y en las conductas de actores estratégicos. En primer lugar, desde finales de los ochenta, algunas obras sociales inician una estrategia de delegación del riesgo financiero y de las funciones de aseguramiento y compra de servicios hacia otros actores. Esta situación se produce a través de la implementación de contratos capitados (están definidos en nota pie 29 pero quizás sea mejor aquí) y administrados por nuevas organizaciones (gerenciadoras sin capacidad instalada) o grupos sanatoriales (independientes de las instituciones representativas de la oferta) (Katz y colaboradores 1993). En segundo lugar, se producen las primeras manifestaciones de fragmentación institucional de las corporaciones sanatoriales y profesionales ya que algunas clínicas y profesionales comienzan gestiones de contratación directa con las obras sociales.

## **2.2 Los mercados de servicios durante la década del 90: cambios en la relación entre compra y la provisión de servicios**

Durante la década de los 90 se consolidan transformaciones institucionales relevantes en la relación entre obras sociales y proveedores, iniciadas desde finales de los ochenta. Estos cambios se expresan en la fragmentación institucional de las instituciones tradicionales de la oferta, con modificaciones relevantes en el mapa de los actores involucrados, innovaciones contractuales hacia modalidades de pagos capitados a las organizaciones de prestadores (con la consiguiente delegación del riesgo económico) y en la definición de precios relativos de servicios médicos y sanatoriales (Báscolo E. y Belmartino S. 1995).

La fragmentación de las instituciones representativas de la oferta se expresa en el debilitamiento del oligopolio de la oferta, ya que muchos proveedores buscan caminos alternativos de contratación, ya sea a través de contratos directos con los compradores de servicios o a través de la conformación de UTE (Uniones transitorias de empresas) con estrategias activas de comercialización.

Por el lado de la demanda, las gerenciadoras representan otro nuevo actor, asumiendo contratos prestacionales, con un rol de intermediación, asumiendo por un lado el riesgo financiero a través de formas capitadas y contratando a proveedores con capacidad de producción. La característica idiosincrásica del sistema de seguridad social en Argentina, con sindicatos con presencia hegemónica en la administración y gestión de las obras sociales tiene consecuencias importantes en las innovaciones y emergencia de nuevas organizaciones a cargo de la compra de servicios. Más concretamente, en algunas gerenciadoras existe participación de algunos líderes sindicales o actores cuyo capital crítico se basa en las relaciones políticas personales que habilitan la extensión de estos nuevos emprendimientos con mecanismos de distribución de la renta poco transparentes.

La celebración de diversas modalidades de contratos de “riesgo<sup>29</sup>” desde las obras sociales hacia diversos actores que integran el mercado (gerenciadoras, UTE, instituciones representativas

---

<sup>29</sup> Se desarrollan nuevas formas de pagos prospectivos, tales como presupuestos, capitados (importe según cantidad de beneficiarios) o cartera fija (importe global con una cantidad de beneficiarios estimada de referencia pero sin explicitación).

de profesionales y clínicas, o proveedores individuales) modifica el modelo de pago por prestación, característico del modelo anterior.

Otro de los cambios que altera uno de los pilares de la estructura institucional del modelo previo es la liberación de precios relativos tanto en los mercados de los servicios médicos, sanatoriales e incluso de medicamentos.

#### **RECUADRO 1 EVOLUCIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS EN EL PERIODO 1990 – 2005**

Del análisis de la evolución de los precios de los medicamentos ofrecidos en el mercado argentino durante las dos últimas décadas, pueden observarse comportamientos disímiles en diversas etapas.

Para este análisis se han tomado precios implícitos para los medicamentos ofrecidos en el mercado argentino, considerando dos índices (el ratio pesos por unidad de medicamento y dólares por unidad de medicamentos), ambos medidos a valores corrientes.

En una primera etapa, al inicio de la década de los '90 se producen dos fenómenos concurrentes. En primer lugar, la liberación de precios de medicamentos generó un aumento de sus precios relativos. En segundo lugar, la liberalización de precios de la economía doméstica, en un contexto expansivo generado por la institucionalización del sistema de convertibilidad de la moneda local provoca un incremento sostenido y pronunciado de los precios de todos los productos.

La etapa de la crisis del plan de convertibilidad y el abandono del sistema de caja de conversión muestra un cambio sustantivo en los precios relativos de los medicamentos medidas en ambas monedas (dólares y pesos). Entre el año 2001, período de crisis, y el año 2002, se observó un descenso abrupto de los precios implícitos de los medicamentos medidos en dólares, lo cual obedece casi exclusivamente a la recesión que sufría la economía argentina en ese momento, el desplome del consumo agregado. La devaluación producida en este periodo produce un aumento de los precios medidos en pesos. En el caso particular del consumo de medicamentos, deben tenerse en cuenta algunos hechos adicionales, vinculados al desfinanciamiento y al corte de los servicios provistos por las obras sociales, conjuntamente con el aumento del desempleo. También debe mencionarse los problemas de abastecimiento de insumos importados utilizados por la industria farmacéutica local en ese momento.

Por último, luego del año 2002, la economía argentina inicia una fase de recuperación sostenida, que se vio reflejado también en un aumento importante del consumo agregado, que incluye nuevamente a los medicamentos. Tal comportamiento ha sido condescendiente con el comportamiento de los precios locales de los medicamentos, que se ve en la evolución que muestran los precios implícitos medidos tanto en pesos como en dólares. Sin embargo, en este caso debe hacerse una diferencia sustantiva respecto de la evolución de ambas series en el último tramo de tiempo analizado. La evolución positiva de los precios implícitos de los medicamentos medidos en dólares se halla vinculada en parte a factores externos a la recuperación que experimentó la economía interna.

Fuente: Elaboración propia en base a IMS. Health – Pharmaceutical Market.

El nomenclador de servicios y prestaciones ambulatorias y de internación deja de ser usado como patrón en la definición de productos y fijación de precios a nivel nacional y es sustituido por la negociación de contratos locales o regionales entre comprador y la organización a cargo de la provisión de los servicios de salud. De esta forma, adquiere relevancia el peso de la capacidad de negociación entre prestadores y entre éstos y los actores con responsabilidad en la gestión de contratos.

Estos nuevos contratos de riesgo tienen implicancias relevantes en cuanto a la configuración institucional de la oferta integral de servicios, la definición de precios finales y la distribución del riesgo entre los actores involucrados.

Como los nuevos contratos de riesgo definen un monto financiero por la cobertura y el acceso de un conjunto de prestaciones (de internación y ambulatorias), los precios finales y el riesgo económico que afecta los ingresos de los proveedores de cada práctica se definen en el espacio de la organización que administra tales contratos. Esta definición de precios finales y distribución del riesgo a los proveedores directos de servicios depende de la configuración institucional de cada modelo.

Báscolo y Belmartino (1995) denominan como “tramas prestacionales” al tipo de organizaciones que conforman estas nuevas configuraciones y representan el espacio de definición del modelo de gestión de los contratos de riesgo. La configuración institucional de las tramas

prestacionales incluye la identificación de los actores involucrados, sus relaciones contractuales, distribución del riesgo y la renta, los mecanismos de coordinación utilizados (normas o incentivos) y los espacios o nodos en donde se determinan aspectos claves de la asignación de recursos.

En cuanto a los actores y sus relaciones es necesario identificar la naturaleza de la organización a cargo de tales contratos (corporación profesional, clínica y sanatorios o gerenciadora), las características del proveedor (profesional individual, clínica con capacidad de internación o proveedor de alta complejidad) del tipo de interrelaciones (alianzas y colaborativas de largo o corto plazo o competitivas), y la capacidad de negociación que se establece entre ambos (organización a cargo de la administración del contrato y proveedor).

En cuanto a los instrumentos de gestión utilizados en la administración de tales contratos de riesgo se puede mencionar el diseño y aplicación de mecanismos normativos y de incentivos para la distribución de los recursos y contener los costos prestacionales.

Los modelos de gestión incluyen modelos normativos que definen o limitan criterios de prescripción de prácticas, autorización del consumo de prestaciones, programación de cirugías y la contratación selectiva de proveedores en función de los recursos disponibles y las características de la población beneficiaria. Este último punto adquiere importancia ya que determina condiciones de accesibilidad, en cuanto al número y calidad de los proveedores incluidos en la cartilla de proveedores.

Los incentivos están determinados por los precios relativos que se definen al interior de la trama de proveedores, la implementación de nuevas modalidades de pago (tales como pago por caso o módulo) y la distribución del riesgo hacia los diferentes proveedores y prácticas. En algunos casos, se implementa un sistema que incluye la definición de presupuestos asignados a las diferentes tipos de prácticas<sup>30</sup>. De esta forma, la producción y facturación que excede estos montos presupuestados se expone a “descuentos o quebrantos” que se aplican al conjunto de proveedores de tales prácticas. Sin embargo, los diferentes proveedores no tienen las mismas capacidades de regular su propia producción para evitar altos porcentajes de quebrantos y estos descuentos tienen diferentes implicancias ya que los aranceles facturables no tienen relación con la estructura real de costos de producción (Belmartino et al 2003).

Los rasgos principales del cambio de las relaciones contractuales e institucionales en los mercados de servicios de salud en la seguridad social se pueden sistematizar en las dimensiones del siguiente cuadro. Los actores representan a los jugadores que participan y con influencia en el modelo de organización de la producción de servicios y la distribución de recursos financieros. Los mecanismos de coordinación identifican los principales instrumentos que regulan la asignación de recursos y el riesgo económico. Los espacios de negociación señalan el nivel y punto nodal en donde se definen tales mecanismos. Por último, las modalidades de pago, la distribución de riesgo y los precios relativos fijados a cada práctica representan dimensiones resultantes de la configuración institucional.

---

<sup>30</sup> En la administración de los sistemas capitados, se establecen diferentes sistemas de distribución del riesgo financiero. En general, los quebrantos resultantes de la diferencia entre los montos asignados y montos ejecutados o facturados por segmento de prácticas producen precios finales reales netos “post quebranto”. De esta forma, los precios que figuran en la facturación de cada práctica no son los reales. Por esta razón, es necesario considerar los precios nominales (facturables), y los quebrantos resultantes para conocer los precios relativos que operan en los mercados de servicios médicos y sanatoriales.

**TABLA 2**  
**DIMENSIONES DE LOS CAMBIOS EN EL MERCADO DE SERVICIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL**

<b>Dimensiones</b>	<b>Modelo regulado de Acuerdo corporativo - (hasta finales de los ochenta)</b>	<b>Hacia un nuevo modelo contractual con flexibilización de precios.</b>
<b>Actores</b>	Obras sociales (sindicatos) e Instituciones representativas (federaciones profesionales y asociación de clínicas y sanatorios) a nivel nacional de la oferta de servicios y el Estado como árbitro de la negociación	Se incorporan nuevos agentes privados con funciones de intermediación y compra de servicios (gerenciadoras, UTE, prestadores directos), sin participación del Estado. Estos agentes privados incluyen actores de naturaleza muy diversa (desde capitalistas sanatoriales, hasta grupos de sindicalistas).
<b>Mecanismo de coordinación de los servicios</b>	Nomenclador nacional y opinión profesional en forma individual	Precios internos y modelos particulares de distribución del riesgo en la relación local entre compradores y proveedores, y mecanismos normativos de contención de costos.
<b>Espacios de Negociación y definición de precios</b>	Nacional	Local/regional
<b>Modalidades de pago y distribución del riesgo</b>	Pago por prestación, con riesgo asumido por el comprador de servicios	Contratos de riesgo, (capitados, cartera fija, con diferentes modalidades de distribución del riesgo asignado a los proveedores de servicios.
<b>Precios relativos</b>	Regulados y definidos a nivel nacional a través del Nomenclador Nacional de prestaciones	Des-regulados, se fijan por contratos particulares entre cada obra social y proveedores.

Fuente: Elaboración propia

### **2.2.1 Innovaciones en los diferentes esquemas de aseguramiento dentro de la seguridad social**

Estas diferentes innovaciones están presentes en los mercados de servicios de los distintos esquemas de aseguramiento de la seguridad social en Argentina (OSN, INSSJP y OSP), aunque con algunas particularidades en función de cada mercado institucional. En este período, cada esquema de aseguramiento adquiere algunos rasgos idiosincrásicos en cuanto a los mecanismos de contratación con la oferta. Se apartan de las tradicionales normas nacionales de precios y productos. Si bien, las OSN son las primeras en modificar estas condiciones, las innovaciones contractuales son particulares en cada esquema de aseguramiento y en cada escenario regional y local.

A continuación se identifican los principales rasgos de los cambios producidos en los distintos esquemas de aseguramiento del sistema de seguridad social durante la década del noventa.

#### **a) Innovaciones en las OSN**

En las OSN, la fragmentación institucional se expresa a través de la aparición de nuevos actores, “gerenciadoras” actuando con un nuevo rol de intermediarios entre las obras sociales nacionales y los proveedores. La emergencia de gerenciadoras (organizaciones privadas con fines de lucro y sin capacidad instalada) tiene la figura de intermediarias, “tenedoras” de contratos de riesgo cedidos por las obras sociales, y con poder de contratar profesionales y clínicas y hospitales privados con capacidad instalada de internación y tecnología diagnóstica prestadores y brindar cobertura a los afiliados de una determinada región de la obra social correspondiente. (Belmartino S. et al 2003). Asumen de esta forma, una función de coordinación meso se produce en el marco de la desregulación contractual y precios que sustituye la regulación macro que establecía en el modelo

anterior precios relativos, definición de productos o servicios y formas de pago definidos en el nomenclador nacional.

Este es un fenómeno que se inicia en obras sociales chicas, con dificultades para gestionar sus recursos, dada la pequeña escala de sus afiliados, la tendencia creciente de costos y las perspectivas de inestabilidad financiera. Posteriormente, este fenómeno se extiende hacia un mayor número de las OSN, principalmente aquellas con mayores dificultades financieras. Este fenómeno de creación y desarrollo de gerencadoras en las OSN con un rol de intermediario en la contratación de proveedores se expande sin ninguna planificación en el sistema de seguridad social nacional. El impulso más importante que promueve estos cambios es el decreto número 9 del 93 que prohíbe a las corporaciones profesionales actuar como contratistas de las obras sociales nacionales.

En estos casos, las gerencadoras son sociedades con fines de lucro, integrada con agentes con experiencia en gestión de obras sociales y negociación con prestadores y en algunos casos con relación política con dirigentes de los sindicatos. Sus ventajas competitivas son comerciales y gerenciales. Por un lado, se sustenta por sus relaciones sociales con dirigentes sindicales y se estructuran en base a un “know how” de contratación selectiva y capacidades de desarrollo y aplicación de modalidades de pago a los proveedores con capacidad de “disciplinamiento” de los comportamientos de sobreprestación y sobrefacturación de servicios.

De esta forma se logra trasladar el riesgo financiero desde la obra social nacional hacia las gerencadoras y éstas pueden delegarlo hacia los proveedores (o sus organizaciones) en función de su capacidad de negociación en cada escenario particular.

Durante la primera mitad de los noventa, estas gerencadoras tienen como estrategia la contratación individual con proveedores directos. Esta situación representa una innovación importante ya que produce una fragmentación institucional de las instituciones tradicionales de representatividad de la oferta (tanto las asociaciones de clínicas y sanatorios como las que agrupan a los profesionales). Los proveedores directos buscan contratos de servicios por fuera de las instituciones que tradicionalmente los agrupaban. La negativa inicial de las instituciones representativas de aceptar contratos de riesgo favorece comercialmente el crecimiento de estas gerencadoras. En el marco de un escenario de reducción del financiamiento de las OSN, pérdidas de contratos de las instituciones tradicionales, sus asociados buscan nuevos contratos en forma independiente a sus instituciones representativas.

Más adelante (mediados de los noventa) las instituciones representativas de los profesionales adquieren mayor flexibilidad comercial y viabilidad política para aceptar contratos de riesgo con obras sociales nacionales y o gerencadoras. En general, en estos nuevos contratos las instituciones profesionales asumen contratos capitados con inclusión selectiva de profesionales que aceptan condiciones de riesgo en el pago de los servicios y que se adaptan a las exigencias de los contratos.

De esta forma, la evolución del mercado de las OSN es heterogénea y diversa. Está compuesta de distintas iniciativas innovadoras en manos de gerencadoras que promueven contratos de riesgo y contratación selectiva. Las principales motivaciones es implementar formas de contención de costos y apropiación de rentas comerciales de corto plazo<sup>31</sup> asociadas con la intermediación entre las OSN y los proveedores. En muchos casos, la duración de estos contratos es corta e inestable. Cambian los tenedores de tales contratos con frecuencia sin previsibilidad de escenarios futuros.

La posición de las corporaciones tradicionales se fue modificando durante este período. Durante la primera mitad de la década, las limitaciones políticas fueron causas de la imposibilidad de aceptar contratos con gerencadoras y trasladar el riesgo económico a los proveedores. Sin embargo, en la segunda mitad de los noventa, las instituciones profesionales dan señales importantes de adaptación.

---

<sup>31</sup> No sustentadas en estrategias empresariales de mediano y largo plazo.

Frente a la necesidad de obtener financiamiento y sustentabilidad institucional se celebran contratos en las OSN con gerencadoras con innovaciones en términos de riesgo (capitados), y trasladando estos riesgos a los propios profesionales o proveedores. Otra innovación importante de las corporaciones profesionales es el desarrollo de nuevas formas asociativas tales como sociedades anónimas, sociedades de responsabilidad limitada y fideicomisos.

La pérdida del peso relativo de las OSN debido a la reducción de afiliados, la debilidad financiera de tales entidades y la inestabilidad de la duración de los contratos y de la cobranza de los mismos han sido factores que influenciaron negativamente sobre las fuentes de financiamiento de la oferta privada.

### **b) Innovaciones en el INSSJP**

Los cambios producidos en el INSSJP tienen una diferencia importante al producirse desde una sola institución de aseguramiento. Tiene un peso relativo distinto, ya que esta sola institución representa más de la tercera parte del mercado de la seguridad social a principios de los noventa. Por esta razón, los cambios son el resultado de diferentes administraciones políticas de la institución que se suceden durante el período estudiado (Tobar, 2000).

A finales de la década del 80, uno de los aspectos distintivos de esta obra social es la introducción y extensión de la figura del “médico de cabecera propios”, a cargo de un número de beneficiarios, responsable de su salud. Este rasgo en el modelo de atención se mantiene durante todo el período con especificidades en diferentes regiones y provincias y algunos cambios en distintos momentos. Inicialmente el rol del modelo de cabecera tiene un rol importante como parte de una estrategia de reforma del modelo de atención. Sin embargo, este propósito se desdibuja en futuras estrategias más concentradas sobre innovaciones contractuales y de contención de costos. La diversidad de distintas situaciones en el país se expresa con escenarios en donde el rol de médico de cabecera adquiere una función estrictamente de control de gastos, mientras en otros casos tiene un carácter de responsabilidad de la salud más integral de la población.

Es posible distinguir diferentes etapas con innovaciones graduales en las modalidades de contratación, en los actores involucrados y las estructuras de gobierno de las tramas de provisión de servicios de atención médica.

Hacia finales de la década de los ochenta, la obra social empieza a modificar las características de sus contratos con los proveedores y profesionales. Se implementan módulos asistenciales (un precio total por un evento de internación) y se desarrollan contratos cerrados y selectivos con proveedores en determinadas prestaciones (psiquiatría, geriatría, etc.).

A principios de la década de los noventa se implementan en algunos escenarios provinciales contratos capitados con las instituciones corporativas de la oferta (organizaciones de profesionales y asociaciones sanatoriales). Estos contratos representan cambios sustantivos en la delegación del riesgo financiero a las instituciones representativas de la oferta. El tamaño de los contratos (en número de afiliados y monto de recursos) y su peso relativo en cada escenario local son los factores condicionantes para aceptar estas nuevas modalidades. La figura del médico de cabecera contratado por el INSSJP se impone como componente importante del modelo de provisión, concentrando la decisión sobre la atención del primer nivel y sobre la prescripción y derivación al segundo y tercer nivel de atención.

Desde el año 1996, el INSSJP inicia una serie de licitaciones de contratos capitados integrales. Esta innovación promueve la formación de nuevas organizaciones conformadas por diferentes actores privados y con capacidad de ofrecer y administrar esta oferta. En algunos casos, estos actores son las mismas instituciones representativas de la oferta. En otros casos (en los grandes aglomerados urbanos: Buenos Aires, Rosario, Córdoba) los actores integrantes de tales gerencadoras lo forman prestadores privados (clínicas y sanatorios) con capacidad instalada de



internación y alta tecnología. Con la implementación de contratos capitados integrales y sin mecanismos de regulación por parte de la obra social, ni del estado, se delega la función de coordinación a los actores con responsabilidad de gestión de tales redes de servicios. Dado que no existía una conformación madura de tales tramas, estas licitaciones inducen su formación, y por lo tanto se completan como resultado “ad hoc” de estas contrataciones.

El alcance regional de los contratos integrales generó diversos fenómenos. Por un lado, condicionó la agrupación de los proveedores de distintas localidades en una misma oferta contractual, conformando nuevas condiciones oligopólicas. Por otro lado, esta modalidad de contratación profundizó el proceso de fragmentación institucional de las organizaciones representativas tradicionales de la oferta (federaciones de profesionales, y asociaciones de clínicas y sanatorios) ya que sus miembros participan de diferentes ofertas regionales que compiten entre sí en las licitaciones realizadas.

A pesar del rol importante de la obra social (por su peso relativo en el sistema de seguridad social), al menos cuatro factores inciden negativamente para construir un modelo de atención con aceptables niveles de acceso, calidad y eficiencia en la provisión de los servicios.

En primer lugar, durante este período se suceden diferentes gestiones con inestabilidad en cuanto a sus políticas formuladas e implementadas. En forma complementaria, es posible considerar una ausencia de una estrategia que busque incidir sobre el sistema de seguridad social en su conjunto. En tercer lugar, la debilidad financiera provoca una conducta muy irregular en cuanto a su conducta de pago y transferencias de recursos a los proveedores. Esta situación produce condiciones de incertidumbre difíciles para construir estrategias de largo plazo en el modelo de provisión de servicios. Por último, el retroceso de las capacidades organizacionales del instituto en cuanto a sus funciones de compra, gestión y control de la provisión de los servicios deterioran su potencial posición para influenciar sobre la organización de servicios de salud.

### **c) Innovaciones en las OSP**

En el caso de las OSP, se producen innovaciones contractuales en donde adquieren importancia las nuevas formas de pago con distribución del riesgo económico a los proveedores y mayor especificación del objeto contractual asistencial por parte de las OSP. Asimismo, estas innovaciones contractuales están asociadas con un proceso de fragmentación institucional de las instituciones tradicionales representativas de la oferta médica.

En un estudio de casos (Báscolo et al 2003) se analizan los contratos entre OSP y las entidades profesionales en cuatro escenarios provinciales (Rosario, Chaco, Salta y Buenos Aires) durante la década del 90. Se evidencia una fragmentación (y desintegración) en la organización institucional de la representación de la oferta médica. Se pueden reconocer diferentes manifestaciones de la fragmentación institucional de la oferta asistencial, en función de: a) la presencia de los nuevos agentes, b) una fragmentación manifestada en una delegación de la gestión de los contratos en entidades de representación local con un carácter colaborativo o complementario, y c) una participación de las entidades gremiales (locales, departamentales o provinciales) con un carácter competitivo de la entidad federativa o provincial<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> El caso de Rosario muestra la introducción de un nuevo actor (Acto Médico S.A.) con una lógica institucional y organizativa alternativa a las estructuras corporativas y gremiales tradicionales. En Buenos Aires se manifiesta una fragmentación con casos de rasgos de complementariedad (o alianza) en la participación y delegación de la gestión del contrato prestacional en representaciones departamentales (Bahía Blanca), mientras en otros casos la participación de delegaciones locales se constituye en competitivas a la alternativa federativa (La Plata). El caso de Salta, el contrato objeto de análisis sólo abarca una parte del área geográfica de la provincia, fragmentando el contrato provincial anterior. En este caso, la resistencia de la gremial médica de la ciudad de Salta, coloca en una situación competitiva y no complementaria al conjunto de las organizaciones gremiales de la provincia. Por último, el caso del

Las formas de pago muestran un claro cambio, desde pagos por prestación hacia diferentes modalidades de pagos prospectivos con riesgos trasladados a los proveedores.

Otra de las innovaciones contractuales ha sido el mayor desarrollo o explicitación de los requerimientos definidos por las obras sociales provinciales, como la introducción de nuevos programas de salud (materno infantil o de prevención), el desarrollo de especificaciones en la categorización de los proveedores de servicios o la definición de modalidades de provisión de servicios. Previamente, los contratos tenían un diseño muy sencillo, limitándose a una especificación de las prestaciones convenidas y sus precios individuales y basadas en un modelo liberal de atención médica. Este punto puede explicarse como resultado de la evolución de las capacidades de compra de servicios por parte de las obras sociales. El contrato, deja de contener sólo la definición de un listado de precios y prácticas individuales, para contener un desarrollo de nuevos requerimientos del modelo de atención y de “las reglas de juego” de la gestión del contrato. Los contratos han adquirido una función como instrumentos de gobierno de los procesos de cambio de los modelos de provisión de servicios de salud.

Como resultado del cambio de las reglas de juego en las OSN, OSP y el INSSJP y de la crisis del financiamiento del sistema se produce el cierre y quiebra de muchas instituciones con capacidad de internación durante la década. Se estima que durante la década del noventa, la reducción alcanza entre el 30 y el 40% de la cantidad total de establecimientos privados con internación. De esta forma, se detiene un sendero de crecimiento y expansión de la oferta total durante tres décadas. Gran parte de estos cierres están relacionados con cuestiones comerciales y financieras, más que productivas. El incumplimiento de pagos de las obras sociales y la pérdida de contratos por no pertenecer a redes constituidas son las principales causas de quiebras. Es necesario reconocer que este proceso de reducción de la capacidad instalada (en especial establecimientos de internación) representa una depuración de la oferta privada, en un marco de gran incertidumbre y crisis generalizada del sistema de financiamiento.

### **2.2.2 Reforma, fragmentación y heterogeneidad regional y local**

Un ensayo de construcción y caracterización de escenarios locales en cuanto a las instituciones representativas de los profesionales presentes en la década de los noventa ha sido producido por Belmartino S. et. al. 2003. Este trabajo pondera la trayectoria histórica instituida entre los actores estratégicos involucrados en el sistema de seguridad social en Argentina. Se parte de la hipótesis que existe una relación entre las formas institucionales previas a la emergencia del proceso de cambios y las estrategias desarrolladas por los principales actores para adecuarse a las nuevas condiciones del mercado

Sobre esta premisa, es necesario enfatizar las especificidades del sistema de seguridad social en Argentina, referidas a la naturaleza de los actores involucrados y su trama relacional. En cuanto a la demanda o compra de servicios, sobresale la conformación de organizaciones (obras sociales nacionales), cuyos recursos son administrados por los propios sindicatos. La delegación de la gestión de contratos a nuevos actores (gerenciadoras o UTE con participación de sindicalistas y capitalistas), con capacidad de comprar servicios en cada escenario local o regional conforma un escenario idiosincrásico del caso Argentino.

Por el lado de la oferta, se enfatizan aspectos relacionales entre las federaciones de profesionales y las asociaciones de clínicas y sanatorios. La naturaleza de la relación entre éstas instituciones representativas de la oferta se clasifica en términos de: i) competencia y conflicto, ii)

---

Chaco, aunque no se firma un nuevo convenio, la firma de un nuevo contrato prestacional directo con la organización gremial de Resistencia fragmenta también en un modo competitivo a organización gremial tradicional.

colaboración, y iii) unidad y o hegemonía. Entre los casos analizados, Rosario se encuentra en el primer grupo, Salta, Mendoza, Chaco y Avellaneda en el segundo grupo, y Bahía Blanca en el último (Belmartino S. et. al. 2003)

Se identifican los actores en relación con su percepción de cambio. Mientras las instituciones representativas de los profesionales reconocen como amenaza las innovaciones en marcha, las gerenciadoras y los principales sanatorios y prestadores de alta complejidad advierten un marco de nuevas oportunidades de desarrollo. Justamente son estos últimos los que lideran el desarrollo de redes prestacionales que se producen como parte de un proceso de fragmentación institucional de las instituciones tradicionales intermediarias de los contratos con las OSN. (Belmartino S. et. al. 2003).

Otra de las clasificaciones realizadas sobre el análisis de estos casos es la adaptación temprana o tardía por parte de las entidades gremiales sobre los procesos de cambio. Se agrupan en la primera categoría a las OSP de las provincias en las cuales se encuentran los casos de Rosario, Bahía Blanca, Avellaneda y Chaco. En Rosario, las entidades gremiales de los profesionales médicos son instituciones que desarrollan cambios tempranos y adquieren estrategias en función de presiones competitivas y de saturación de la oferta. En condiciones de fragmentación institucional y con la introducción de gerenciadoras y redes de grupos de sanatorios como alternativas competitivas de contratos integrales obliga a la corporación profesional a adquirir sanatorios para contar con una oferta completa y competir por los contratos de las OSN o del INSSJP.

En Bahía Blanca, la entidad gremial conserva un liderazgo en su región con un control de la asociación de clínicas y sanatorios. Su propiedad de sanatorios privados de prestigio en la ciudad garantiza su dominio sobre la disputa de los contratos prestacionales. En el Chaco, la percepción de amenaza del proceso de desregulación y la potencial aparición de nuevos actores lleva a un acuerdo estratégico entre la organización de representación de los profesionales y de sanatorios para “resistir” la imposición de contratos de riesgos. En Avellaneda, en un contexto de saturación de la oferta en el conurbano de Buenos Aires, y de conflictividad política al interior de FEMEBA (Federación Médica de Buenos Aires), la organización médica se fragmenta con el desarrollo de FEMECON (Federación Médica del Conurbano), como organización contratante de los profesionales del conurbano.

Los casos de Mendoza y Salta pueden clasificarse como escenarios de adaptación tardía. En ambos casos los cambios de las estrategias de las corporaciones profesionales se producen durante la última mitad de la década de los noventa. Son escenarios en donde se introducen gerenciadoras y se organizan redes de clínicas privadas compitiendo por los contratos. (Belmartino S. et. al. 2003).

En términos generales, la necesidad de adaptación dependió de la competencia entre los actores que integran la oferta de servicios. En grandes centros urbanos, con mayor saturación de la oferta y en presencia de rivalidad entre las federaciones de profesionales y la asociación de clínicas y sanatorios, se registraron las mayores presiones de adaptación. La capacidad de la oferta para generar innovaciones organizacionales e institucionales y garantizar su continuidad o reproducción institucional dependió de tres factores claves: i) la continuidad y liderazgo político de la conducción de estas entidades, minimizando la fragmentación de sus miembros, ii) sus capacidades técnicas y financieras para integrarse con emprendimientos productivos (compra de clínicas diagnósticas y de internación), lo cual permitió asegurar una oferta integral, ofreciendo servicios ambulatorios y de internación, y iii) las relaciones políticas con la obra social provincial que permitió un soporte básico de financiamiento.

Para finalizar esta sección, es necesario destacar que el proceso de reforma hasta el año 2000 modifica condiciones estructurales en las relaciones entre los actores involucrados del sistema de seguridad social (beneficiarios-obras sociales-proveedores), aunque en forma parcial e inconclusa. Es una reforma parcial ya las reformas del sistema de seguridad social nacional sólo representan una porción de la población beneficiaria por la seguridad social del país. Es una reforma inconclusa, ya

que a pesar de inicialmente se concibe como la introducción de la lógica de mercado y capitalista, sustituyendo los acuerdos oligopólicos corporativos del modelo previo, el nuevo marco institucional y mapa de actores resultante conserva la idiosincrasia previa, aunque sin participación regulatoria del estado.

En cuanto a los resultados obtenidos, si bien se producen cambios sustantivos en la trama institucional, no se logran mejoras relevantes en cuanto a eficiencia y equidad. Se llevan a cabo estrategias de contención del gasto, pero en un contexto de subprestación, restricciones al acceso de servicio y a la calidad de los servicios.

### **2.3 Cambios producidos desde el 2001: (la consolidación de las redes integradas entre compradores y proveedores de servicios)**

Esta etapa tiene algunas especificidades por la crisis macroeconómica del 2001/2002 y su fuerte recuperación a partir del año 2003 hasta el 2007. Como vimos, la producción del marco normativo no tiene cambios sustantivos sobre las reglas del juego definidas durante la década del noventa. Más aún, a pesar de los cambios registrados en esta etapa, es posible considerar la inexistencia de un plan con orientación explícita sobre el funcionamiento y los cambios promovidos en la organización de los servicios. Sin embargo, es posible reconocer rasgos de esta etapa que combinan “continuidades y consolidación de innovaciones organizacionales desde la década pasada, y “rupturas”, con algunos retornos de rasgos tradicionales previos a las reformas de la etapa previa.

Las “continuidades y consolidación de trayectorias innovativas” están relacionadas con el desarrollo de modelos integrados en las estructuras de gobierno de la organización de los servicios de salud. Estas “tramas” organizacionales tienen diferentes orígenes durante la década del noventa (Báscolo E. y Belmartino S. 1995). Diferentes organizaciones lideran su conformación y su alcance (nacional o local) depende de la naturaleza de las instituciones involucradas.

En primer lugar, varias gremiales médicas han iniciado procesos de integración (Rosario, Bahía Blanca, Santa Fe, Rafaela) hacia organizaciones con internación, logrando contar con una oferta integral de primer, segundo y tercer nivel de atención. En segundo lugar, sanatorios y clínicas privadas (desprendimientos de la fragmentación de las asociaciones de clínicas y sanatorios) han conformado grupos privados con instalación de internación, desarrollo de servicios diagnósticos de alta complejidad y una red de servicios ambulatorios y capacidad (comercial y administrativa) en la gestión de contratos. En tercer lugar, diferentes obras sociales nacionales han desarrollado capacidad propia de provisión de servicios del primer nivel de atención. Cada una de estas redes tiene especificidades organizacionales que son desarrolladas más adelante. Por último, emerge como nuevo actor el desarrollo de prepagas que utilizan (a través de convenios con obras sociales) los aportes de beneficiarios con altos aportes como clientes de sus planes de cobertura. Estas prepagas, con mayor desarrollo en grandes centros urbanos se integran en la ciudad de Buenos Aires con sanatorios y clínicas privadas.

Otro rasgo que se mantiene desde la década del noventa es la definición de precios relativos en las negociaciones entre actores ubicados en los escenarios locales y provinciales. La capacidad de negociación entre los actores integrados en tales redes define los productos, precios y distribución del riesgo.

Las “rupturas” están vinculadas con la caída de las gerenciadoras como actores intermediarios con un rol importante en el mercado con capacidad de contratación a proveedores individuales y la emergencia de contratos estratégicos de largo plazo entre algunas obras sociales y grupos locales de prestación. Este modelo sustituye un modelo contractual con apropiación de

rentas de corto plazo de intermediarios y alta incertidumbre sobre el cumplimiento de acuerdos por un modelo de alianzas estratégicas. Las modalidades de pago también tienen cambios, ya que se retorna en algunos contratos a modalidades por prestación. Mejores condiciones financieras de las obras sociales y mayores capacidades de control y definición de requerimientos son rasgos comunes en la celebración de los nuevos contratos. El resultado es una combinación de diferentes modalidades de pago, dependiendo de los diferentes esquemas de aseguramiento.

### **2.3.1 Cambios recientes en los diferentes esquemas de aseguramiento**

Las OSN representan nuevamente el segmento de financiamiento con mayores cambios con respecto a la etapa previa. Su fortalecimiento financiero y en un escenario de mejores capacidades organizacionales para gestionar contratos representa un contexto claramente diferente. El fortalecimiento financiero obedece a los cambios macroeconómicos, y en especial el aumento del empleo formal.

Con respecto a las capacidades organizacionales de las obras sociales, es necesario reconocer que los instrumentos de gestión desarrollados e implementados en la gestión de contratos durante la década del noventa (ejemplo: gestión de la utilización de prácticas, sistemas de medición de tasas de uso, desarrollo de sistemas de primer nivel como puerta de entrada al sistema y control de costos, programación de cirugías y turnos, etc.) se encontraban difundidos y apropiados por gran parte de la estructura gerencial del sistema de seguridad social. Mientras a principios de la década, estas habilidades representaban tecnologías de gestión reservadas como conocimientos críticos y especializados, en esta nueva etapa las obras sociales se encuentran como mejores chances para implementar y emular medidas e instrumentos ya utilizados en el mercado.

En este nuevo marco, las OSN modifican las modalidades de contratación, al prescindir de las gerencadoras como intermediarios en la contratación con la oferta y se fortalecen otras estrategias promovidas por parte de las mismas obras sociales. En primer lugar, algunas OSN fortalecen iniciativas de desarrollo de un modelo integrado con fuerte regulación del primer nivel de atención. En segundo lugar, algunas obras sociales buscan estrategias de integración virtual con grupos prestadores privados, con acuerdos de más largo plazo (combinando formas de pago capitados, por módulos y por prestación).

La gestión del INSSJP se concentra en la necesidad de garantizar condiciones de acceso a servicios críticos en un marco de continuidad de restricción financiera. Las políticas de compra y relación con la oferta tienden a minimizar la figura de las gerencadoras locales, promoviendo la contratación directa de servicios a los proveedores. Se descrea sobre el rol de las redes de atención con capacidad autónomas de organización, gestión y regulación interna. Este es un proceso gradual, como fruto de negociaciones regionales y locales continuas. Gradualmente, se busca mejorar la capacidad de regulación y compra activa de servicios. En esta institución también se puede observar una introducción de formas de pago por prestación que convive con modalidades capitadas, dependiendo del tipo de prestaciones contratadas. Por último, cabe aclarar, que aunque el INSSJP no depende del Ministerio de Salud de la Nación, su conducción depende de los cambios políticos y del gobierno nacional. A diferencia de las OSN (dependiendo de la conducción de los sindicatos) y las OSP (dependiendo de gobiernos provinciales), la conducción política del INSSJP busca una gestión con diferenciación de la trayectoria política del instituto durante la década del noventa.

La gestión de contratos prestacionales de las OSP tiene pocas variaciones. Se recuperan financieramente en los primeros años de esta etapa y mantienen los contratos con las instituciones representativas de la oferta (fundamentalmente de profesionales), compartiendo el riesgo financiero hacia el grupo prestador e influenciando sobre la determinación de los precios relativos que se definen localmente en las instancias de gestión interna de las redes constituidas.

A partir de este período, se consolida otro segmento de la población asegurada. Corresponde a la población de altos aportes y jóvenes que eligen planes de cobertura de organizaciones aseguradas privadas. Este segmento adquiere importancia dada las diferencias de valores de los aportes promedios de esta población en relación con los otros esquemas de aseguramientos, las menores probabilidades de enfermarse y las mayores exigencias en términos de calidad, acceso, servicios de hotelería en la internación y de la inclusión de nuevas tecnologías intensivas en capital. Este segmento es desarrollado por grandes empresas aseguradoras, aunque también se incluyen los emprendimientos de prepagas desarrolladas por las federaciones médicas y las clínicas privadas.

### **2.3.2 Las nuevas formas integradas de organización de servicios de salud: Tipología de redes integradas**

Las innovaciones institucionales y organizativas que se presentan desde la década del noventa modifican el modelo de puja distributiva ya que ubica el proceso decisorio sobre la regulación de la producción de los servicios, los precios relativos, y el control financiero y distribución de riesgo en una relación entre compradores y proveedores de cada escenario local / regional . Las contribuciones de la teoría de las cadenas de valor (Gereffi et al 2005), sirven para distinguir y caracterizar modelos de apropiación de rentas en distintas estructuras de gobierno presentes en diferentes modelos de redes (o tramas prestacionales).

Las dimensiones conceptuales que sirven para caracterizar estas tramas son: la posición relativa de los actores involucrados, las formas de distribución de recursos, la regulación de los procesos de producción y las formas de integración.

La naturaleza de los actores que lideran estas tramas pueden dividirse teniendo en cuenta su función de origen (en la oferta o la demanda de servicios) y según sus objetivos formales (con fines de lucro o sin fines de lucro). De esta forma, se pueden encontrar cuatro distintas redes lideradas por: grupos clínicas privadas (con origen de la oferta y con fines de lucro), federaciones profesionales (con origen de la oferta y sin fines de lucro), obras sociales (con origen de la demanda y sin fines de lucro) y prepagas (con origen de la demanda y con fines de lucro). Es necesario recordar, que las especificidades de la trama de actores involucrados en el sistema de seguridad social en Argentina involucran a los sindicatos en la administración de los recursos financieros y puede incluir hasta la compra y provisión de servicios.

Los mecanismos de asignación de recursos comprenden tanto la definición de precios relativos internos como la distribución del riesgo (pagos por prestación o asignación de presupuestos). A su vez, están determinados por la capacidad de negociación y los intereses de los actores involucrados.

La regulación sobre el modelo de atención adquiere diferentes formas que influyen (directa o indirectamente) sobre la modalidad en la producción de las distintas unidades y actores que operan en la red. Es posible encontrar i) instrumentos de control de la producción (a través de mecanismos de control de gestión a través de auditorías, y de revisión de la producción y utilización de servicios con sistemas de información), ii) estrategias que regulan la demanda de servicios de segundo y tercer nivel a través de médicos generalistas o de familia, iii) la concentración de prácticas en determinados servicios y o la distribución de la producción de servicios entre proveedores (definiendo el perfil de producción de distintas clínicas y sanatorios) y iv) la coordinación entre los proveedores de segundo nivel y tercer nivel.

La definición y aplicación de los mecanismos de asignación de recursos y de regulación sobre el modelo de atención, depende de los actores que lideran cada una de estas redes. Ambos instrumentos son utilizados por los agentes que administran los recursos financieros, y compran y coordinan los servicios de salud. La forma en cómo se diseñan e implementan estos instrumentos tiene diversas implicancias. Sobre el funcionamiento de los servicios, estos mecanismos inciden

sobre el grado de autonomía de profesionales y proveedores. Sobre el desempeño de los servicios, es posible reconocer efectos sobre la eficiencia, el acceso a los servicios y la calidad.

Si bien en todas las redes presentadas existen diferentes formas de integración entre la compra y la provisión de servicios, las razones que motivan tales procesos de integración tienen ciertas particularidades.

La naturaleza de los procesos de integración pueden dividirse en dos grupos: integración vertical con adquisición de la propiedad por parte del actor que lidera la red, o integración virtual a través de contratos de largo plazo como marco de alianzas más estables. Estos procesos de integración pueden ser “hacia abajo”, cuando el financiador (obra social o asegurador privado) se integra hacia la provisión de servicios, o “hacia arriba” cuando un proveedor (federación de profesionales o clínicas y sanatorios) adquiere la función de compra y o aseguramiento.

Las motivaciones de tales procesos de integración entre la compra y la provisión de servicios pueden caracterizarse en función de los actores que lideran tales iniciativas. La diversidad y especificidad de los actores involucrados explica que los cambios institucionales y organizaciones obedecen a diversos intereses. En muchos casos, estos se manifiestan en forma contradictoria y difusa ya que conviven intereses políticos y económicos<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Ejemplo: Los sindicatos y federaciones representativas de profesionales tienen intereses políticos, asociados a la representación de sus afiliados, junto con intereses económicos de sus emprendimientos. Los empresarios privados tienden a tener objetivos de maximización de ganancias.

**TABLA 3**  
**MOTIVOS DE LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN EN DIFERENTES ESCENARIOS**

Escenarios	Corporaciones profesionales	Obra Social integradas hacia el primer nivel	Asegurador Privado integrado
Problemas que motivan el desarrollo de APS (atención primaria de la salud) como estrategia de integración.	<p>Integración virtual: Razones Comerciales. Fortalecer su capacidad de oferta de servicios de acuerdo con las necesidades contractuales de los compradores de servicios.</p> <p>Desarrollar mecanismos de articulación con los proveedores de segundo y tercer nivel de atención.</p> <p>Desarrollo de condiciones de la oferta asistenciales con capacidad de contener costos crecientes.</p>	<p>Integración vertical. Accesibilidad a los servicios,</p> <p>La mejora de la calidad técnica de los servicios.</p> <p>Posición competitiva en el proceso de desregulación.</p> <p>Aumentar la gamma de servicios y controlar los costos.</p> <p>Aumentar la capacidad resolutive, coordinar con otros niveles de atención.</p> <p>Desarrollo de un modelo de atención que garantice contención de costos y accesibilidad de los servicios en respuesta a las necesidades específicas de la población beneficiaria (activos estratégicos).</p>	<p>Integración virtual. Mejorar la accesibilidad al sistema de salud, Abordar la fragmentación del modelo de atención, a través de la intervención de un médico responsable.</p> <p>Contención de los costos del sistema y desarrollo de planes con precios competitivos.</p> <p>Aumentar la cobertura del sistema de seguro.</p>
Integración con el segundo nivel de atención	<p>Integración vertical: Necesidad de revertir la debilidad competitiva presente en un marco de desregulación contractual, garantizando una oferta integral en los distintos niveles.</p> <p>Emprendimientos con sociedades con actores estratégicos.(Desarrollo estratégico)</p>	<p>Integración virtual. Contratación selectiva y contratos con riesgo compartido. (Contención de costos).</p>	<p>Integración vertical: Desarrollo de servicios propios y captura de organizaciones con prestigio científico y de confort con impacto comercial (desarrollo estratégico).</p>

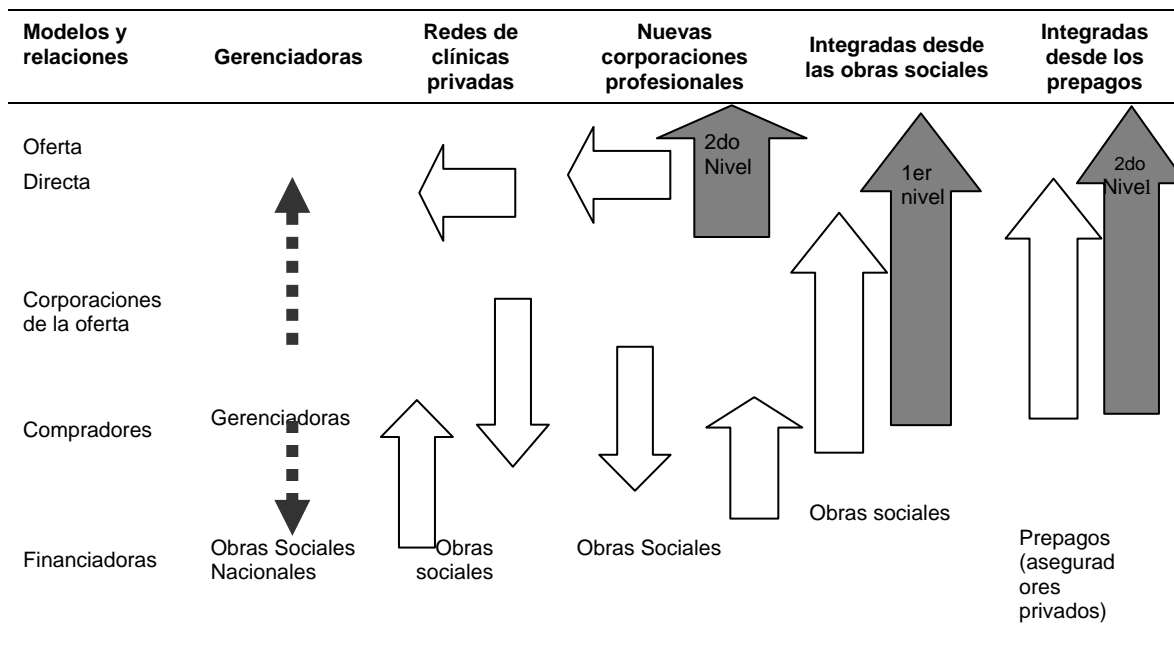
Fuente: Elaboración propia.

Una mayor descripción de las redes o tramas institucionales que prevalecen en la década del 2000 a través de la identificación de los distintos procesos de integración permite caracterizar las estrategias de los actores con mayor influencia.

Los procesos de integración se presentan en la figura 1, que son clasificados en integración vertical o virtual en los distintos modelos.



**TABLA 4**  
**MODELOS, ACTORES Y RELACIONES<sup>34</sup>**



Fuente: Elaboración propia.

El modelo de gerenciadoras (emergente durante la década del noventa) se caracterizó por la intermediación con débiles compromisos de largo plazo como rasgo principal de la relación entre estas organizaciones con las obras sociales y los proveedores de servicios. Es un modelo de débil integración, dado su fragilidad para que sus contratos o acuerdos puedan construir formas institucionales estables de asignación de recursos y de organización de servicios.

Los últimos cuatro modelos integrados que se presentan en el cuadro anterior prevalecen durante la última etapa. La integración de las redes de clínicas privadas hacia la compra de servicios representa la conformación de consorcios o sociedades para administrar contratos prestacionales (flecha descendente). La integración desde las obras sociales sobre estas redes representan los acuerdos a largo plazo que se establecen entre las obras sociales y estos consorcios (flecha ascendente). La flecha horizontal marca las alianzas entre diferentes proveedores que conforman la red.

Las redes de las corporaciones profesionales tienen diversas líneas de integración. Adquieren la propiedad de establecimientos con internación y por lo tanto se integran verticalmente hacia la provisión directa de servicios (flecha ascendente ancha). Al mismo tiempo, para completar la red prestacional se incluyen otras alianzas con otros prestadores (flecha horizontal). Los procesos de integración virtual hacia la compra de servicios corresponden a su participación en la gestión de contratos prestacionales. En varias oportunidades, estas redes buscan acuerdos estratégicos con las propias obras sociales, las cuales se integran con estos grupos locales en proyectos de gestión de contratos de largo plazo (flecha ascendente).

Los últimos dos casos corresponden a redes integradas desde el financiador con diferencias marcadas por la naturaleza del actor que lideran cada caso. En las redes integradas desde las obras

<sup>34</sup> Las flechas con líneas de puntos representan contratos de corto plazo. Las flechas más anchas y blancas muestran procesos de integración virtual (con contratos), mientras las grises representan procesos de integración vertical (adquisición de propiedad).

sociales la integración se produce por la instalación y desarrollo del primer nivel de atención, como eslabón estratégico para control de costos y de las condiciones de acceso (flecha ascendente ancha). Este tipo de redes también celebran contratos de largo plazo con proveedores de segundo y tercer nivel (flecha ascendente delgada). En estos casos, es interesante observar que aquellas redes lideradas por obras sociales pueden ser proveedoras de servicios de otras OSN.

Por último, el caso de las redes integradas desde los prepagos, se integran hacia sanatorios y clínicas privadas (flecha ascendente ancha), mientras que la integración con otros servicios (de internación o médicos y ambulatorios) se realiza en forma virtual a través de contratos selectivos con profesionales y clínicas (flecha ascendente delgada). Estos modelos están menos regulados y están orientados a obtener ganancias en ambos mercados (aseguramiento y provisión de servicios).

Las redes en donde los actores con mayor hegemonía son clínicas privadas y proveedores de alta complejidad, el principal mecanismo de integración es “hacia arriba” desde la función de provisión de servicios hacia la función de gestión de contratos y por lo tanto de compra de servicios. También se integran como aseguradores ya que desarrollan sus propios “prepagos” con asociación de obras sociales para “captar” afiliados con altos ingresos de la seguridad social. En estas redes, los precios de estos servicios tienen una posición relativa favorable en relación a los otros servicios y productos. La regulación de su prescripción y producción depende del tipo de contratos. En caso que los contratos sean capitados, los ingresos de estas prácticas están más protegidos frente al riesgo económico y financiero o se regula el máximo de prácticas que puedan realizarse. Cuando los contratos son por prestación, no se aplican mecanismos de control y regulación de sus prescripciones ya que se busca la maximización de su producción.

Las redes lideradas por asociaciones de profesionales se integran “hacia abajo” adquiriendo sanatorios o clínicas con capacidad de internación o cirugías, y “hacia arriba” tanto por la administración de contratos como también a través del desarrollo de sus propios prepagos que en asociación con obras sociales incorporan afiliados de la seguridad social y otros clientes voluntarios. Los mecanismos de asignación de recursos son más complejos ya que dependen tanto del poder de influencia político de distintos grupos de profesionales al interior de las corporaciones, y del tipo de alianzas o acuerdos producidos con actores privados sanatoriales o sindicales. Los mecanismos de regulación utilizados también dependerán no sólo de los intereses económicos vinculados con la propiedad de servicios de alta complejidad (que requieren precios diferenciales y sin exposición al riesgo económico de los contratos), sino de la viabilidad política de establecer restricciones y normas de prescripción a sus propios profesionales. Es importante destacar que la misión de estas redes es fortalecer su influencia sobre las condiciones de trabajo médico en el ámbito de la seguridad social y para lograrlo han buscado estrategias comerciales y productivas (de integración vertical con compra de sanatorios) para sobrevivir a condiciones competitivas.

Cuando los actores que lideran estas redes son las mismas obras sociales, compradores de servicios que se integran en la provisión de servicios, existen mecanismos de regulación (de control administrativo para la autorización de prácticas o a través de normas asistenciales con médicos de familia o generalistas) con objetivo de control de costos. Con respecto a la determinación de los precios y su rol en la asignación de los recursos, se puede encontrar acuerdos con precios acotados cuando la escala de beneficiarios es importante y se logran relaciones contractuales más estables. En otros casos se establece un valor o presupuesto estimado, con revisión de los resultados. Sin embargo, en todos estos casos los precios relativos de la alta complejidad tienen un menor valor relativo que las otras redes. Es posible también encontrar diferentes valores relativos en las consultas entre las diferentes especialidades, con mejor posicionamiento de las consultas de médicos generalistas (en relación a las otras redes).

Por último es posible reconocer como una trama organizacional adicional a la que se configura desde las organizaciones de aseguramiento privado (prepagos). Se estima que el 50% del sector privado asegurador corresponde a beneficiarios de altos ingresos que han derivado sus

aportes desde la seguridad social desde finales de la década del noventa. Aquellas prepagas con mayor crecimiento (Ej. SWISS MEDICAL), se han integrado verticalmente adquiriendo clínicas y sanatorios de mediana y alta complejidad (segundo y tercer nivel de atención), con profesionales de alta reputación y altos servicios de hotelería. El diseño contractual con las prestaciones ambulatorias es a través de contratación directa con clínicas y profesionales individuales. El principal mecanismo de regulación utilizado es la concentración de los servicios de alta complejidad en sus propios servicios.

Esta situación evidencia que las formas de organización de los servicios privados dependen del modelo de financiamiento. En primer lugar, las redes tienen vínculos con los distintos esquemas de aseguramiento (OSN, INSSJP y OSP) con distintos pesos relativos. Claramente, aquellas redes lideradas por obras sociales nacionales se financian con este esquema de aseguramiento. Las redes lideradas por corporaciones profesionales o grupos de proveedores privados se basan en esquemas de aseguramiento del INSSJP y las OSP. Por último, las redes lideradas por aseguradores privados se financian con aseguramiento voluntario y con los altos aportes de las OSN. Por este motivo, aunque varias de los tipos de redes presenten combinación de contratos de las distintas obras sociales que conforman el sistema de seguridad social, el peso relativo de estas combinaciones es diferente. Otro rasgo que define las diferencias de financiamiento es el promedio de aporte y las capacidades de pago de los usuarios. De esta forma, se explicita que la desregulación de las OSN alcanza impacto sobre la organización de las tramas prestacionales durante la última etapa.

### **2.3.3 Los nodos de control de las redes o desde donde se construye y redirecciona la red para captar valor**

El análisis de los diferentes modelos de integración que se presentan en los tipos de tramas prestacionales observadas permite reconocer que las funciones críticas que permiten acceder a posiciones de jerarquía estratégica (funcional upgrading) o la producción de servicios con un mayor valor unitario y capacidad de apropiación de renta (product upgrading). En ambos casos, se otorgan oportunidades ventajosas en la distribución de la renta al interior de cada trama de servicios. Es posible reconocer diferentes tipos de upgrading (jeraquización) que dependen de la naturaleza de cada red y de los objetivos de los actores que las lideran.

En todos los casos, la función de compra vinculada a la administración de los contratos es una función estratégica que ofrece una posición de jerarquía al interior de la red. En los casos de las redes lideradas por instituciones proveedoras, sus procesos de integración en consorcios para administrar contratos les permite mayor influencia sobre la determinación de los precios relativos y la distribución del riesgo económico y financiero. En las redes lideradas por financiadores (obras sociales y prepagos) estas posiciones ya están asumidas por la naturaleza de los mismos actores que la conforman.

La función de financiador de altos aportes puede adquirir una jerarquía especial al interior de aquellas redes que mantienen una acumulación relevante vía innovación tecnológica. En las redes lideradas por actores de la oferta, el desarrollo de prepagos con capacidad de captar afiliados con altos ingresos tiene una posición de poder diferencial entre las diferentes cadenas de financiamiento. Las integraciones de las instituciones profesionales y de grupos de clínicas privadas con desarrollo de prepagos con este perfil representan estrategias de upgrading de esta naturaleza.

La producción de servicios puede representar un “product upgrading” en aquellos casos en donde se busca obtener rentas innovativas con nuevos servicios de alta complejidad, logrando mejores precios relativos al interior y por fuera de la red. Esta situación comprende tanto a las redes lideradas por grupos de clínicas privadas, federaciones profesionales, o empresas prepagas. En estos últimos dos casos, se producen procesos de integración vertical para asumir esta posición de provisión de alta complejidad e introducción de innovaciones tecnológicas. En el caso de las redes

de grupos de clínicas privadas, esta posición está asumida originalmente por aquellos actores que lideran el desarrollo de la red y se integran hacia la gestión de contratos para garantizar sus rentas innovativas.

### **III. Cambios del mercado de servicios, modelos de integración y formas de distribución de la renta**

---

#### **3.1 Modelos de apropiación de la renta en los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina en las distintas etapas**

Para describir los cambios en las reglas del juego que determinan los modelos de apropiación de renta se separan sus componentes más importantes de la siguiente forma: el tipo de normas vinculadas a la asignación de recursos y coordinación de servicios, los niveles y espacios de determinación de las mismas y los actores estratégicos con influencia en su formación e implementación. En segundo lugar, en cada etapa se presenta la forma en que opera el cambio tecnológico en los distintos modelos de “puja distributiva”. En particular, se presentan las formas de apropiación de rentas “innovadoras” en las distintas etapas.

Por último, se describen los diferentes modelos de organización de redes presentes en diferentes escenarios contemporáneos desde la perspectiva de la teoría del valor. Se busca de esa forma, sistematizar

los mecanismos de coordinación y asignación de recursos que modelan la “jerarquía” de los distintos actores al interior de las redes y sus modelos de atención resultantes.

### **3.1.1 Modelo de distribución de la renta durante el 70 y los 80**

Katz y Muñoz (1988) enfatizan que este modelo de puja distributiva tiene lugar entre diferentes mercados, ya que los medicamentos, los servicios médicos y los servicios sanatoriales tienen diferentes capacidades de introducción de nuevos productos y de influenciar sobre la determinación de los precios relativos del sector a nivel nacional. El nomenclador es la principal norma de asignación de recursos, ya que es el instrumento que define los productos y sus precios relativos. La representación nacional de laboratorios, profesionales y dueños de clínicas y sanatorios es una estrategia y expresión de la forma y lugar en donde se producen las normas de asignación de recursos.

La estrategia de introducir nuevos productos sirve para mejorar la capacidad de captar rentas innovativas, pero no necesariamente genera mayores niveles de efectividad, eficiencia y condiciones de acceso a los servicios. Más aún, el modelo de atención resultante y su expansión tiene características fragmentadas. La ausencia de normas sobre la organización de los servicios es parte de los rasgos de este modelo. El Estado se restringe a convalidar la determinación de precios como norma de asignación de recursos en los mercados de servicios del sistema de seguridad social y las formas de atención están delegadas en la autonomía profesional como principal mecanismo de coordinación de los procesos de atención médica. Como resultado, el desarrollo y expansión del complejo industrial médico privado de la seguridad social en Argentina durante la década del setenta y ochenta produce un modelo de organización de servicios que puede caracterizarse como fragmentado<sup>35</sup>.

### **3.1.2 Modelo de distribución de la renta en los 90**

La década del noventa es un período de ruptura del modelo previo de puja distributiva y expansión de la oferta privada. Gran parte de las formas emergentes pueden ser vistas como transiciones e innovaciones diversas en función de las estrategias promovidas por las diferentes organizaciones con función de compra en los distintos esquemas de aseguramiento. No se presenta un esquema estable y homogéneo. Sin embargo, se pueden señalar las principales rupturas y rasgos de los modelos en desarrollo.

Las innovaciones en las formas de pago también incorporan nuevas definiciones de servicios médicos y sanatoriales ya que muchas prestaciones que se pagaban por servicio (por unidad) se modifican para ser pagadas en forma de “módulos” (que representan un episodio completo de internación con la inclusión del gasto del conjunto de prácticas y servicios que se consumen en esta producción).

La pérdida de vigencia del nomenclador nacional como definición de precios relativos a nivel nacional es uno de los cambios radicales de esta nueva etapa. La liberación (des-regulación) de los productos y sus precios relativos, con negociación en cada contrato local entre comprador y la oferta y sus proveedores. Este cambio en el lugar de determinación local de las normas de asignación de recursos tiene correlato con modificaciones en la conformación de los actores involucrados.

La definición de quiénes participan en esta definición se relaciona con factores de la demanda y de la oferta. En la demanda, los distintos esquemas de aseguramiento tienen diferentes modalidades en la gestión de los contratos. Mientras las OSN y en INSSPJ, delegan definición de

---

<sup>35</sup> Tomando la expresión de Robinson de “fragmentación del modelo de atención médica” como la caracterización de una oferta creciente sin mecanismos de coordinación al interior de las organizaciones y entre diferentes organizaciones y niveles de atención.

los mecanismos de asignación de recursos a los nuevos administradores (gerenciadoras o redes) en las OSP persiste su influencia sobre los precios relativos que se pagan en estos contratos de riesgo.

Con respecto a la oferta, en primer lugar es necesario destacar que la fragmentación institucional de las organizaciones representativas debilita la presencia y presión política de sus entidades nacionales en estas negociaciones. Viejos actores (federaciones o asociaciones de profesionales) y nuevos actores (redes de clínicas privadas y sanatorios) tienen que negociar las formas de pago y sus correspondientes aranceles en cada contrato prestacional. Los precios relativos y la forma de distribuir el riesgo económico de los contratos capitados dependen de la capacidad de negociación que tienen los diferentes actores de la oferta de servicios médicos y sanatoriales.

El papel de los incentivos económicos diseñados en estos contratos tiene un papel importante. Las formas de introducir incentivos son combinadas en diferentes maneras en los contratos de riesgo. En este punto se puede incluir desde el papel de los precios relativos definidos en cada contrato, los incentivos de los médicos generalistas que podrán aumentar sus honorarios (o evitar su descuento) en función del gasto prescripto, y según los criterios de traslación del riesgo económico a diferentes segmentos de prácticas. En este último caso, se establecen presupuestos a grupos de práctica y los montos facturados en exceso se descuentan entre estos prestadores.

Las normas organizacionales como criterios explícitos de organización de los procesos de atención solo se introducen como criterios de contención de costos y de forma muy dispar. La figura de los médicos de primer nivel con un rol de gatekeeper, la concentración de prácticas en determinados servicios y organizaciones para obtener economía de escala y mejores precios, o la normatización de prescripción de insumos caros (ej. prótesis) son algunos ejemplos. La escasa previsibilidad en la duración y cumplimiento de los contratos dificulta la implantación de formas organizativas que garanticen la combinación de eficiencia y acceso. En muchos casos, las medidas más utilizadas sirven para restringir el acceso como forma más eficaz de contener costos crecientes.

En este marco, la introducción de tecnología y la apropiación de rentas innovativas dependen de la capacidad de los empresarios de influenciar sobre los precios relativos que se negocian localmente y de minimizar su exposición al riesgo económico de los contratos. Por esta razón, su poder ya no sólo depende de su condición oligopólica a nivel local, sino de su influencia sobre la obtención y gestión de los contratos prestacionales. Por este motivo, los principales empresarios de alta complejidad, con capacidad de inversiones sobre nuevos servicios de diagnósticos se integran en la función de compra, desarrollando “lobby” para obtener y gestionar los nuevos contratos y capacidades para el armado de redes prestacionales que actúan como administradoras de contratos de riesgo. En otras palabras, quien es el dueño de los contratos no sólo logra influenciar sobre la definición de productos y precios relativos locales, sino que garantiza la realización de rentas innovativas a través de reglas de juego locales. Dada la imprevisibilidad de los contratos y la inestabilidad de la conformación de las redes, las rentas innovativas son apropiadas por proveedores individuales sin mecanismos de distribución al conjunto de la red.

Dado que la libre elección de las obras sociales se efectiviza a finales de esta década, no tiene implicancias evidentes en esta etapa en las condiciones de acceso a los servicios. Por el contrario, el proceso político que antecede la aplicación de la libre elección ubica la posición de los diferentes actores involucrados (a favor o en contra de esta medida), definiendo sus estrategias empresariales para alcanzar sus intereses. Si bien, su implementación efectiva más tardía e inconclusa retrasa sus resultados, las consecuencias se evidencian claramente desde inicios de la etapa siguiente.

### 3.1.3 Modelo de distribución de la renta desde el 2002 y 2007

El modelo de puja distributiva de este período tiene continuidades sobre la etapa previa en cuanto a determinación de precios a nivel local aunque en un contexto macroeconómico claramente diferente<sup>36</sup>. Es necesario remarcar que en esta etapa los cambios del mercado de servicios se producen bajo el condicionamiento de un contexto de “descreme” de los beneficiarios.

El quiebre de la convertibilidad y la gran devaluación del peso modifica los precios relativos en perjuicio de los servicios (no transables internacionalmente). La crisis financiera del sistema de seguridad social durante la década pasada y en especial durante el período de crisis 2001/02 deja a muchas clínicas privadas en situación de grave endeudamiento y vulnerabilidad financiera y económica. En estos años, la puja distributiva sobre los recursos disponibles se expresa en estrategias de supervivencia, con retraso de pagos a las obligaciones fiscales, a los profesionales y a proveedores de insumos y una marcada restricción en el consumo de servicios. La declaración de emergencia económica y la moratoria de deudas fiscales para los proveedores privados permiten contener o amortiguar la situación de crisis financiera del sector proveedor privado.

Durante los años de recuperación de 2003 y 2007, se mantiene la negociación local/regional (y al interior de las tramas) sobre precios relativos entre los actores involucrados en la gestión de los contratos prestacionales. Esta situación es producto de innovaciones de la década del noventa que se mantienen durante la última etapa, en un marco de debilidad del Estado como regulador del funcionamiento de estos mercados.

En cuanto a la identificación de actores con influencia sobre la determinación de los precios relativos, el cambio más importante es la desaparición de las gerencadoras en la crisis del 2001/02 en los contratos con las OSN y en los contratos directos en el INSSJP. Los actores que sustituyen a las gerencadoras son aquellos que lideran o integran las redes de servicios o tramas institucionales identificadas anteriormente.

Otra modificación importante es el retorno de la modalidad de pago por prestación. Los compradores de servicios de esta etapa, que sustituyen a las gerencadoras ejercen capacidad de definir precios y productos con contratos de largo plazo y asumir el riesgo en un contexto de mejores perspectivas financieras.

Si bien durante los años 2001-2004 el ritmo de introducción de nuevas prácticas se detiene sensiblemente, durante el período 2005-2007 se recuperan las innovaciones tecnológicas en diferentes segmentos de alta tecnología (prácticas diagnósticas bioquímicas y de imágenes). Las estrategias generalmente utilizadas para incorporar estas nuevas prácticas es a través de su incorporación en planes diferenciales ofrecidos por las obras sociales o bien por los prepagos (aseguradores privados).

Es necesario recordar que en el marco de la desregulación, la posibilidad de las obras sociales de ofrecer planes de cobertura diferenciales como estrategia de captar afiliados permite al sector privado proveedor canalizar la introducción de nuevos productos y obtener rentas innovativas en tales segmentos de la población.

Durante los últimos años (2005-2007), la instancia nacional de la superintendencia de servicios de salud (SSS) recupera un rol de “resonancia” sobre la dinámica de los mercados privados. Sin embargo, esta intervención es claramente diferente al período del pacto corporativo (70-80). Si bien no emerge un nuevo nomenclador con especificación de productos y precios relativos de aplicación obligatoria a nivel nacional, emergen nuevas modalidades de intervención

---

<sup>36</sup> En un primer momento las condiciones generales estuvieron determinadas por la aguda crisis financiera, de empleo y producción. Posteriormente, el aumento del empleo mejora la condición de las OSN y su posición relativa en el sistema de seguridad social.



más indirectas. En cuanto a precios, la SSS produce en 2006 y 2007 resoluciones que sugieren recomposición de aranceles en los servicios médicos y sanatoriales. Esta situación se produce en el marco de una presión de las organizaciones de la oferta para recuperar el nivel de precios de los servicios de salud, retrasados en relación al aumento de salarios de los trabajadores de la sanidad y la evolución de los precios generales. Esta presión no afecta los precios relativos entre productos del conjunto de servicios médicos y sanatoriales, sino que busca influenciar sobre la definición del nivel de precios de estos mercados.

Este nuevo sendero de expansión de la oferta se produce desde un punto de partida de escasez relativa de la capacidad instalada, teniendo en cuenta los cierres masivos de establecimientos con internación durante los últimos años y el aumento de la población cubierta. Asimismo, esta recuperación se realiza en el marco de las tramas organizacionales integradas durante la década del noventa, aunque con mayor madurez en cuanto a la definición de liderazgos internos y mecanismos organizacionales de coordinación entre servicios al interior de tales redes. Es todavía prematuro definir si las rentas innovativas que se producen en el escenario de estas redes son apropiadas por proveedores individuales, sin mecanismos que retroalimenten la consolidación de la red en su conjunto<sup>37</sup>. Para reconocer la relación entre los mecanismos de asignación de recursos, de regulación de la coordinación de los procesos de atención y la producción y apropiación de rentas innovativas es necesario un análisis de mayor profundidad sobre el funcionamiento y características institucionales de las diferentes redes.

### **3.2 Reforma y desregulación, cambios en la regulación de los servicios, y dinámica del sector privado**

Los cambios de la década del noventa se expresan por el paso desde un modelo con regulación macro (entre corporaciones de la oferta y demanda y el estado) de las reglas de juego de la distribución de la renta y autonomía profesional en la regulación de la prestación de los servicios hacia un modelo des-regulado contractualmente (sin definición macro en precios relativos, definición de productos y distribución del riesgo). En las OSN, este modelo se expresa con el auge de gerencadoras, intermediarias sin capacidad instalada, que buscan una coordinación explícita de la producción de los servicios y la definición de nuevas reglas en cuanto a distribución de la renta (precios, productos y riesgo) a través de contratos directos con proveedores. Sin embargo, este modelo no logra sustentabilidad. Los contratos y alianzas de corto plazo entre gerencadoras y proveedores no logran constituir o reformar un modelo de prestación de servicios que garantice contención de costos y accesibilidad al mismo tiempo.

Durante la crisis del 2001, y con el auge de financiamiento posterior a esos años, gran parte de las OSN recuperan su función de compra de servicios con los proveedores y organizaciones de la oferta. Aunque en la última etapa no puede asegurarse que se evidencia una tendencia definitiva en cuanto al modelo de organización de las redes de servicios, representa un período de consolidación de tramas institucionales que emergen desde finales de los noventa. La diversidad institucional de estas redes contienen distintos modelos de distribución de la renta. El análisis de los grados de regulación de las diferentes redes de servicios teniendo en cuenta la naturaleza e intereses de los actores (con mayor liderazgo) permiten entender la determinación de los modelos de distribución de la renta y las trayectorias posibles de desarrollo de cada trama institucional. En otras palabras, quién asume la función de coordinación explícita y el rol de compra son aspectos claves que determinan la distribución de la renta en cada escenario.

---

<sup>37</sup> Se podría pensar que grados de mayor maduración en las redes se manifiesten en mecanismos de asignación de recursos que permitan distribuir las rentas innovativas en el conjunto de la red.

Entre las redes analizadas, aquellas lideradas por aseguradores (obras sociales o prepagas) y con capacidad instalada representan casos disímiles. Ambas tienen alto nivel de coordinación explícita y alto poder de compra, pero definen la determinación de precios y la regulación del proceso de atención en direcciones diferentes. Son también casos extremos en cuanto al valor promedio de aportes por beneficiarios. Las obras sociales regulan las prestaciones y definen precios buscando minimizar costos sobre un segmento de población de bajos ingresos. Las prepagas se integran en servicios de segundo y tercer nivel y definen precios para captar rentas innovativas sobre el segmento de población de altos aportes.

Las redes de las corporaciones profesionales y de clínicas privadas son casos más híbridos que dependen de la idiosincrasia política e histórica de cada red particular. Dependen de los intereses que lideren las trayectorias de estas redes y las condiciones de poder del comprador de sus principales contratos, las posibilidades, viabilidad y capacidades de ejercer funciones de coordinación explícita, y el nivel de aportes del financiamiento de las mismas. Aquellas que tengan una combinación de financiamiento orientado a segmentos de población de altos aportes, con integración en servicios de alta complejidad e innovación tecnológica y alta capacidad para coordinar en forma explícita y de definir los mecanismos de asignación de recursos pueden emular las características de las redes lideradas por las prepagas.

En caso que el financiamiento tenga valores de aportes por debajo del promedio, y poca posibilidad de coordinación explícita sólo lograrán subsistir estableciendo restricciones de acceso de los servicios a sus usuarios y trasladando el riesgo económico a sus proveedores (clínicas o profesionales). Si por el contrario, a pesar de los bajos aportes adquieren mayor capacidad de coordinación explícita, la subsistencia está basada en aumentar la escala de su cartera de beneficiarios. En estos casos, las clínicas privadas lograrán altos niveles de capacidad instalada y las federaciones de profesionales garantizan viabilidad política a través de un volumen importante de trabajo ofrecido a sus asociados.

Sin embargo, este modelo tiene limitaciones para expandirse en base a la producción y apropiación de rentas innovativas. Al mismo tiempo, reciben la presión continua de los usuarios a consumir servicios que se incorporan en el sistema de seguridad social en los segmentos de mayores ingresos. Si no están integrados sobre estas prácticas, tendrán una posición más desfavorable, comprando estos servicios con precios que garantizan rentas innovativas a proveedores que no integran sus propias redes. De esta forma, es posible suponer la existencia de flujos de rentas innovativas entre diferentes redes. Desde aquellas sin capacidad de generar innovaciones tecnológicas (y con niveles de aportes insuficientes para garantizar su introducción) hacia aquellos proveedores que lograron una trama institucional con capacidad de garantizar una primera etapa de producción y apropiación de rentas monopólicas en sus propias redes.

En un escenario de competencia entre redes prestacionales con diferente composición del financiamiento y producción de rentas innovativas, los resultados no necesariamente conducen hacia formas más eficientes y equitativas. Las redes con producción de rentas innovativas y mejor relación entre aportes y riesgo de salud de sus beneficiarios lograrán captar rentas innovativas de aquellas redes basadas en mecanismos de contención de costos y restricciones en el acceso a los servicios.

En un marco de "libertad de elección" de los beneficiarios (y determinando la dirección de gran parte de sus aportes), las innovaciones de los servicios se producen en condiciones de mayor inequidad en el financiamiento. Adicionalmente, la debilidad del Estado en la regulación sobre las redes y su determinación de los precios internos de los mercados privados de servicios limita su influencia sobre las condiciones de acceso a los servicios y la eficiencia productiva de los mismos.

## V. Conclusiones

---

El objetivo de este trabajo ha sido analizar los cambios en la relación entre compradores y proveedores de servicios en el marco de las reformas de la seguridad social en Argentina durante la década del noventa y hasta el año 2007. Este período ha sido estudiado en dos etapas, en las cuales se produjeron cambios sustanciales con respecto período previo.

Las innovaciones más relevantes han significado un cambio del modelo de distribución de la renta en el mercado de servicios, con una menor presencia del Estado en la regulación del sistema y la emergencia de nuevos actores y formas de organización de los servicios.

Estos cambios han sido motivados por diversos factores. En primer lugar, los cambios normativos durante la década del noventa han modificado la estructura de regulaciones que existía en las relaciones entre beneficiarios y aseguradores (obras sociales), y en el mercado de bienes (medicamentos) y servicios (entre compradores y proveedores). En este marco es necesario destacar algunas diferencias. La tardía aplicación de la libre elección de obras sociales a finales de la década del noventa, tuvo implicancias negativas a la equidad del sistema, que se evidencian fundamentalmente durante la década del 2000 (segunda etapa analizada).

En cambio, la liberación de precios de medicamentos tiene consecuencias de costos crecientes de este mercado durante la misma década del noventa. Por último, los cambios de las formas de contratación entre compradores y proveedores de servicios de salud se desencadenan desde finales de los ochenta y principios de los noventa.

En este caso, la reforma normativa consolida las innovaciones que ya se venían produciendo de hecho en el mercado de servicios a finales de la etapa anterior.

En segundo lugar, el contexto macroeconómico ha representado un factor condicionante importante sobre la evaluación de las fuentes de financiamiento, y las condiciones generales de demanda agregada con influencia sectorial. Los cambios del mercado de trabajo, y los aportes producidos por el nivel de salarios reales han influenciado sobre los distintos esquemas de aseguramiento (OSN, OSP, INSSJP), y sobre la importancia relativa de los mismos en las distintas etapas. A su vez, los factores macroeconómicos han definido las dos etapas estudiadas, ya que la última adquiere identidad al producirse la crisis del 2001 y la recuperación posterior.

En tercer lugar es necesario destacar algunas particularidades del caso argentino. La fragmentación de múltiples esquemas de aseguramiento y la especificidad de algunos actores involucrados en el sistema de seguridad social de Argentina representan factores adicionales. La presencia de distintas instituciones de aseguramiento, con presencia de diversos actores: sindicatos (en OSN), gobiernos provinciales (en OSP) y autoridades nacionales (en el INSSJP) ofrecen un marco político complejo, con diversas estrategias en el ejercicio de la función de compra de servicios.

En cuanto a los resultados en las nuevas formas de organización e integración de las relaciones entre compradores y proveedores de servicios se han reconocido diferencias importantes. Mientras en la década del noventa se produce una fragmentación de las instituciones representativas de la oferta y la emergencia de gerencadoras sin capacidad instalada, en los últimos años toman forma redes integradas de servicios privados de salud con funciones de compra y provisión de servicios. Estos modelos representan tramas “institucionales” ya que determinan tanto el modelo de distribución de la renta entre los diferentes actores involucrados en los mercados de servicios de salud, como las formas de organización de los servicios de salud. Han reemplazado el modelo previo a la reforma del noventa, con determinación nacional de precios y productos basado sobre acuerdos oligopólicos y corporativos y regulados por el Estado Nacional.

Sin embargo, durante la última etapa no existe un modelo único de trama institucional. Depende de la naturaleza, estrategias y capacidades de los actores (que lideran los distintos modelos de tramas institucionales) para definir los mecanismos de asignación de recursos (precios, productos y distribución del riesgo) y regular el modelo de atención médica.

Estas nuevas redes condicionan los modelos de organización de los servicios de salud a través de cambios en las formas de regulación de prácticas, mecanismos de contención de costos a través de medidas administrativas, formas de coordinación de servicios, el desarrollo y rol del primer nivel de atención y la introducción de herramientas de gestión y control del desempeño de los servicios. Por estos motivos, las condiciones de accesibilidad de los servicios de la seguridad social dependen de las características de la trama de servicios. Asimismo, estos modelos de tramas integradas se diferencian por los segmentos de la población asegurada (por el nivel de aportes al sistema de seguridad social y capacidades diferentes de pago). Por lo tanto, la evolución de las diferentes tramas condicionan las posibilidades de acceso a la población en forma distintiva en función de sus condiciones económicas.

Por último, la desregulación del nuevo marco institucional ha sido un limitante importante a la hora de garantizar condiciones de eficiencia, calidad y equidad de los servicios. La combinación de la introducción de mecanismos de mercado en la asignación de recursos en el mercado asegurador (libre elección de los beneficiarios,) y la debilidad o retirada del Estado como regulador de precios relativos y formas de provisión de servicios explican la profundización de heterogeneidad e inequidad del sistema de seguridad social.

En el mercado asegurador, la inequidad se manifiesta en que la población obtiene una oferta de servicios de acuerdo a sus condiciones laborales (aportes obligatorios) y o la posibilidad de sumar aportes voluntarios adicionales. En el mercado de servicios, las formas de provisión y la

distribución de la renta entre los actores involucrados (sindicalistas, corporaciones profesionales, empresarios privados y profesionales independientes) dependen del poder relativo de estos agentes en cada escenario y trama de servicios.

Estos hallazgos nos llevan a revalorizar el rol del Estado como actor político estratégico en la producción de nuevas “reglas del juego” en los procesos de reforma de la seguridad social en América Latina, como subsector integrante del sistema de salud. Una participación reducida a la regulación de normas administrativas, sin intervención en la definición de la distribución de recursos “libera” las innovaciones institucionales y organizativas al poder y estrategias de los actores (y grupos poblacionales) con mayor poder y recursos financieros.



## Bibliografía

---

- Almeida, C. (2002) "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90" Cuadernos de Saúde Pública vol. 18 nro. 4.
- Báscolo, E. y Belmartino, S. (1995) "Proceso de reconversión del sector salud en los años noventa". IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud. Asociación de Economía de la Salud, pág. 145-164.
- Báscolo, E.;Belmartino, S.; Bloch, C. (2003) "Innovaciones contractuales en las obras sociales provinciales durante la década del noventa" Instituto Gino Germani.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1994) "El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985" Oficina Panamericana de la Salud.
- Belmartino S. y Bloch, C. (1995) "El Sector Salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos" Publicación de la Representación de O.P.S. en Argentina. (400 pgs.).
- Belmartino, S. 1998. "Nuevas reglas de juego en los servicios de salud". Salud Problema y Debate, n° 2.
- Belmartino S. - Bloch C. – Báscolo E. (2003) "Reforma de la atención médica en escenarios locales" Ed. Lugar.
- Belmartino S. (2005) "La atención médica en Argentina. Historia, crisis y nuevo diseño institucional" Ed. Siglo Veintiuno.
- Cetrángolo O. – Lima Quintana, L. – San Martín. M. (2007) "Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un Sistema descentralizado" Banco Interamericano de Desarrollo, Buenos Aires.
- Enthoven, A. (1993). "History and Principles of Managed Competition". Health Affairs Vol. 12, Supplement, 1993a, pp. 24-48.

- Enthoven, A. (1997). "The market-based reform of America's Health care Financing and Delivery System: Managed Care and Managed Competition". Innovations in Health Care Financing. An International conference sponsored by the World Bank. Washington, DC.
- Gereffi, Gary - Humphrey, John - Sturgeon, Timothy (2003) "The Governance of Global Value Chains" Review of International Political Economy, Massachusetts Institute of Technology; USA.
- Montoya, Silvia – Colina, Jorge (2002) "La Reforma de las Obras Sociales en Argentina. Avances y Desafíos pendientes" .Proyecto "Procesos de Reforma en Educación Social y Salud. Diseño, Implementación y Grupos de Interés" IDRC – BID.
- Katz, J. y Muñoz Al. (1988) "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad" Ed. Bibliotecas Universitarias.
- Katz, J. y colaboradores (1993) "El sector salud en la República Argentina" Ed. Fondo de Cultura Económica. Serie de economía.
- Médici, A. (2002) "La desregulación de las Obras Sociales. Un episodio más de la reforma de salud en Argentina...¿Qué vendrá luego?" Banco Interamericano de Desarrollo Informes Técnico del Departamento de Desarrollo Sostenible Washington, D. C.
- Repetto, F. y Alonso, G. (2004) "La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización" CEPAL Serie Políticas Sociales.
- Titelman, D, Uthoff, A. y Jimenez, J.L. Toward new social security systems in the 21st century: universal coverage is impossible without cohesion in financing. Revista Panamericana de Salud Pública, July/Aug. 2000, vol.8, no.1-2, p.112-117. ISSN 1020-4989.
- Tobar, F. (2000) "Análisis de la Gestión del INSSJP" MIMEO.
- Torres, RUBÉN "La salud de los argentinos" Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud (CEDSS) 2007.





NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

financiamiento del desarrollo

## Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

[www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)

206. Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina, Ernesto Báscolo, (LC/L.2991-P), N° de ventas S.08.II.G.97 (US\$10.00), 2008.
205. Perspectivas previsionales en Argentina y su financiamiento tras la expansión de la cobertura, Oscar Cetrángolo, Carlos Grushka, (LC/L.2972-P), N° de venta S.08.II.G.66 (US\$10.00), 2008.
204. La bancarización en Argentina, Alberto De Nigris, (LC/L.2921-P), N° de venta S.08.II.G.56 (US\$10.00), 2008.
203. Comparación de la dinámica e impactos de los choques financieros y de términos del intercambio en América Latina en el período 1980-2006, Daniel Titelman, Estéban Pérez, Rodolfo Minzer, (LC/L.2907-P), N° de venta S.08.II.G.43 (US\$10.00), 2008.
202. Costa Rica: modelos alternativos del primer nivel de atención en salud, Adolfo Rodríguez Herrera, Celeste Bustelo, (LC/L.2905-P), N° de venta S.08.II.G.41 (US\$10.00), 2008.
201. La compra de servicios de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, Celeste Bustelo, (LC/L.2904-P), N° de venta S.08.II.G.40 (US\$10.00), 2008.
200. Bancarización privada en Chile, Roberto Zahler, (LC/L.2896-P), N° de venta S.08.II.G.32 (US\$10.00), 2008.
199. Un matrimonio difícil: la convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos, Marcelo Tokman, Cristóbal Marshall, Consuelo Espinosa, (LC/L.2851-P), N° de venta S.07.II.G.175 (US\$10.00), 2007.
198. Nuevo marco de capital para la banca: alcances a su implantación en América Latina y el Caribe, Günther Held, (LC/L.2821-P), N° de venta S.07.II.G.146 (US\$10.00), 2007.
197. Development banking in the Eastern Caribbean: the case of Saint Lucia and Grenada, Wayne Sandiford, (LC/L.2471-P), Sales N° E.07.II.G.77 (US\$10.00), 2007.
196. New directions for development banking in the caribbean: financing to take advantage of unlimited supplies of labour skills and entrepreneurship, Vanus James, (LC/L.2735-P), Sales N° E.07.II.G.73 (US\$10.00), 2007.
195. BancoEstado Microcréditos, lecciones de un modelo exitoso, Christian Larraín, (LC/L.2734-P), N° de venta S.07.II.G.72 (US\$10.00), 2007.
194. Desafíos de la banca de desarrollo en el siglo XXI. El caso de Honduras, Walter Mejia, (LC/L.2733-P), N° de venta S.07.II.G.71 (US\$10.00), 2007.
193. A new approach to development banking in Jamaica, Keith R. Collister, (LC/L.2732-P), Sales N° E.07.II.G.70 (US\$10.00), 2007.
192. The dynamics of specialist development banking: the case of the agriculture development bank of Trinidad and Tobago, Anthony Birchwood, (LC/L.2731-P), Sales N° E.07.II.G.69 (US\$10.00), 2007.
191. Perspectivas del fondo latinoamericano de reservas, Miguel Urrutia Montoya, (LC/L.2730-P), N° de venta S.07.II.G.68 (US\$10.00), 2007.
190. La banca de desarrollo en México, Miguel Luis Anaya Mora, (LC/L.2729-P), N° de venta S.07.II.G.67 (US\$10.00), 2007.
189. Estudio sobre las buenas prácticas de las IFIS en función a la normativa de suficiencia patrimonial de Basilea I, Roberto Keil, (LC/L. 2720-P), N° de venta S.07.II.G.61 (US\$10.00), 2007.
188. Access to credit in Argentina, Ricardo N. Bebczuk, (LC/L. 2703-P), Sales N° E.07.II.G.52 (US\$10.00), 2007.
187. Análisis de la evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en Chile, Ricardo Pulgar Parada, (LC/L.2631-P), N° de venta S.06.II.G.156 (US\$10.00), 2006.
186. Insurance underwriter or financial development fund: what role for reserve pooling in Latin America?, Barry Eichengreen, (LC/L.2621-P), Sales Number S.06.II.G.145 (US\$10.00), 2006.
185. Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe, James Cercone, (LC/L.2620-P) N° de venta: S.06.II.G.144 (US\$15.00), 2006.
184. Pensiones para todos: análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema chileno de previsión social, Eduardo Fajnzylber, retirada.
183. Sistemas contributivos, densidad de cotizaciones y cobertura de pensiones, Eduardo Fajnzylber, retirada.

182. Risk-Adjusted Poverty in Argentina: measurement and determinants, Guillermo Cruces and Quentin Wodon, (LC/L.2589-P), Sales Number E.06.II.G.118 (US\$10.00), 2006.
181. Fertility and female labor supply in Latin America: new causal evidence, Guillermo Cruces and Sebastian Galiani, (LC/L.2587-P) Sales N° E.06.II.G.117 (US\$10.00), 2006.
180. El acceso a la jubilación o pensión en Uruguay: ¿cuántos y quiénes lo lograrían?, Marisa Bucheli, Natalia Ferreira-Coimbra, Álvaro Corteza, Ianina Rossi, (LC/L.2563-P), N° de venta S.06.II.G.91 (US\$10.00), 2006.
179. Public policy for pensions, health and sickness insurance. Potential lessons from Sweden for Latin America, Edward Palmer, (LC/L.2562-P), Sales Number E.06.II.G.90 (US\$10.00), 2006.
178. Social Security in the English-speaking Caribbean, Oliver Paddison, (LC/L.2561-P), Sales Number E.06.II.G.89 (US\$10.00), 2006.
177. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica, Ricardo Bitrán, (LC/L.2554-P), N° de venta S.06.II.G.81 (US\$10.00), 2006.
176. Ciclo económico y programas de compensación social: el caso del sistema Chile Solidario, Américo Ibarra Lara y Gonzalo Martner Fanta, (LC/L.2553-P), N° de venta: S.06.II.G.80 (US\$10.00). 2006.
175. La reforma de salud en Nicaragua, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2552-P). N° de ventas S.06.II.G.79 (US\$10.00). 2006.
174. La reforma de salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2541-P). N° de ventas S.06.II.G.69 (US\$10.00). 2006.
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006.
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006.
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00). 2006.
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00). 2006.
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedi, (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00). 2006.
168. Inclusion of the European "Nordic Model" in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00). 2006.
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L.2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00).2006.
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00). 2005.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00). 2005.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culpeper, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: [publications@cepal.org](mailto:publications@cepal.org).

Nombre: .....

Actividad: .....

Dirección: .....

Código postal, ciudad, país: .....

Tel.:.....Fax: .....E.mail:.....