



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Contratos, Monopolios e Incentivos en Salud: Experiencias del Sur Argentino

Daniel Maceira, Ph.D.¹

Abril 2006

¹ Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, (CEDES) Buenos Aires, Argentina. Este proyecto contó con el soporte financiero de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe). Se agradece la colaboración de Ignacio Apella y Fernanda Villalba, ambos investigadores del CEDES, en la elaboración de este documento, como así también a todas aquellas personas e instituciones de la provincia que ofrecieron su colaboración y opiniones. El autor guarda entera responsabilidad por las opiniones vertidas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Agradecimientos

El desarrollo de este trabajo requirió del aporte de numerosas personas, a quienes se agradece su amable y valiosa participación. Cabe destacar la colaboración brindada por parte de los profesionales de los hospitales públicos dependientes del Ministerio de Salud Provincial: Daniel Balihaut y Daniel Lafalce del Hospital Regional de Ushuaia; a Mónica Petrocelli y Tidori del Hospital Regional de Río Grande; y a Eduardo Guillermo Herrera del Hospital Naval de Ushuaia.

Del mismo modo, se agradece a María Luz Di Marco, Directora de Estadística y Censos de la provincia, por la información suministrada, como así también a Sandra Dalmazzo, Mario Gianotti y Alejandro Savulsky por su colaboración.

El presente proyecto de investigación incluyó entrevistas con representantes del Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social (IPAUSS) que resultaron de gran utilidad para la elaboración del documento. A este respecto cabe destacar los aportes brindados por Susana Bertino, Alicia Gazillón, María Lara, Alegría Lucema, Nelson Rodríguez, Mario Santángelo, Mónica Simón, Carlos Suárez, Valeska Toro Burgos y Susana Vargas.

Asimismo, se agradecen las opiniones y contribuciones realizadas por Alberto Arena, Claudia Cappelletti y Carlos Sanchez Posleman, de la Clínica San Jorge. También se agradece la colaboración y los aportes brindados por Gustavo Lekander del Centro de Especialidades Medicinales Privadas (CEMEP), Carlos Alberto Bleuer y Silvia Sánchez del Servicio de Urgencias Médicas de Ushuaia (SUMU). De igual manera, se reconocen los comentarios recibidos de Enrique Mancino y Bruno Moreno del Colegio Farmacéutico de Río Grande.

Finalmente, merecen un reconocimiento especial Miriam Sessa y Constanza Rocca, ambas del IPAUSS, por facilitar las tareas de identificación y búsqueda de los actores clave del sector salud fueguino, y por su apoyo a lo largo de este proyecto.

Indice

Agradecimientos

- 0- Introducción
- 1- Tierra del Fuego. Perfil Socioeconómico
- 2- Actores y Organización del Sistema de Salud Provincial
 - 2.1- El Subsistema Público
 - 2.2- La Obra Social Provincial
 - Introducción
 - Reseña Histórica
 - Estructura de Beneficiarios
- 3- Estructura de Contratos. Marco Teórico
 - Mecanismos de Pagos y Estructura Prestacional
 - Marco Teórico: Tamaño de Mercado e Integración Vertical
- 4- Resultados
- 5- Conclusiones
- 6- Referencias Bibliográficas

Indice de Tablas, Figuras y Recuadros

| | |
|------------|---|
| Tabla 1.1 | Indicadores Socioeconómicos, por Región |
| Tabla 1.2 | Indicadores socio-demográficos de Tierra del Fuego. Año 2001 |
| Tabla 1.3 | Indicadores de la oferta de salud por departamento |
| Tabla 2.1 | Participación en las consultas totales, según tipo de cobertura |
| Tabla 2.2 | Ejecución presupuestaria del IPAUSS. Mayo 2002 – Mayo 2004 |
| Tabla 2.3 | Beneficiarios al IPAUSS. Octubre 2004 |
| Tabla 2.4 | Distribución de beneficiarios del IPAUSS, por provincia. Octubre 2004 |
| Tabla 4.1 | Consultas mensuales promedio por prestador. II Trim 01-II Trim 04 |
| Tabla 4.2 | Consultas mensuales promedio por tipo y prestador. II Trim 01-II Trim 02 |
| Figura 1.1 | Dispersión Porcentual respecto a la Media Nacional, por Región. Año 2001 |
| Figura 1.2 | Gasto Público en salud provincia de Tierra del Fuego y promedio nacional. Años 1993-2004. (en miles de \$) . |
| Figura 1.3 | Pirámide Poblacional. Año 2001 |
| Figura 2.1 | Estructura Organizacional del Subsistema Público de Salud |
| Figura 2.2 | Evolución de las Finanzas Públicas de Tierra del Fuego. Años 1996 -2003 - en miles de \$ constantes de 1999 - |
| Figura 3.1 | Evolución del gasto per capita de la Obra Social Provincial. Años 1995-2003 - en miles de \$ constantes de 1999 - |
| Figura 3.2 | Diagrama de Contrato IPAUSS |
| Figura 3.3 | Matriz de Contratos |
| Recuadro 1 | El Hospital Naval |
| Recuadro 2 | Farmacia IPAUSS |
| Recuadro 3 | Servicio de Odontología |

Introducción

Tierra del Fuego, la provincia argentina más austral del país, cuenta con aproximadamente cien mil habitantes distribuidos casi totalmente entre dos municipios, Ushuaia (45%) y Río Grande (55%). Dado el pequeño tamaño de su población, la oferta de servicios de salud es reducida: sólo existen dos efectores - un hospital público y una clínica privada en cada ciudad. La obra social provincial, el Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social (IPAUSS), ofrece cobertura al 30% de la población, subcontratando los servicios prestacionales de estos efectores. Aproximadamente un tercio de los habitantes cuenta con otros mecanismos de cobertura –social o privada-, mientras que el tercio restante acude al servicio público como primera fuente de atención.

A partir del año 2001, el IPAUSS concedió el gerenciamiento de los recursos a dos intermediarios financieros, uno por municipio. Estos agentes tienen, asimismo, la propiedad de cada centro de salud privado en sus respectivas jurisdicciones. El mecanismo de pago utilizado es el abono de una cápita, la cual es distribuida por el intermediario entre los dos efectores mediante un ponderador asociado al número y tipo de consultas realizadas.

Distintos mecanismos de pago a efectores generan diferentes incentivos, los cuales afectan la eficacia, calidad y utilización de la infraestructura de salud. A modo de ejemplo, un mecanismo de pago por prestación induce a la sobreoferta en tanto que un módulo crea incentivos a la subprestación. Los defensores de pagos capitados (asociados con pagos fijos por paciente o grupo de pacientes, independientemente del número de consultas por ellos requerido), argumentan que reduce la posibilidad de subprestación (ya que el paciente optaría por cambiar de prestador) al tiempo que no genera incentivos a sobreprestar (en tanto no sería reenumerado más allá del valor de la cápita acordada). La necesidad de mantener los pacientes asignados, conjuntamente con el incentivo a minimizar las consultas impulsaría un modelo de atención orientado a la prevención. Estas conclusiones son conocidas y ampliamente discutidas en la teoría económica relacionada con la salud (Ellis y McGuire, Eastaugh, entre otros).

La búsqueda de mecanismos contractuales alternativos a la transacción en el mercado de servicios de salud en forma directa, es estructural a cualquier sistema de salud: no es posible realizar un completo monitoreo de lo ocurrido en la consulta al profesional, el motivo de la misma, cuál es la brecha de percepción de enfermedad por parte del paciente y su diagnóstico real, cuánto difiere el tratamiento llevado a cabo de aquel más costo-efectivo, etc. Éstas constituyen algunas de las preguntas de difícil respuesta al momento de decidir un mecanismo de pago eficaz.

La natural asimetría de información entre el profesional de la medicina y el paciente brinda un escenario propicio para que la oferta de servicios se comporte oportunísticamente. El profesional o la institución de salud puede o no utilizar esa

ventaja en beneficio propio pero, el financiador ya se encuentra en un dilema: cómo remunerar un servicio para el cual se desconoce el nivel de esfuerzo necesario para llevarlo a cabo (ni siquiera el paciente/demandante sabe cómo satisfacer sus necesidades), como tampoco el “tipo” de profesional / institución de salud que se está remunerando (oportunista/ no oportunista).

Establecer un mecanismo de pago no constituye sólo un problema de costos sino un modo de lidiar con una limitación para el acceso a la información que revelaría el costo real de la intervención y la brecha entre éste y aquel generado por el procedimiento elegido. Asimismo, la capacidad de aplicar un mecanismo de pago determinado y sus efectos reales en el sistema sanitario dependen de la estructura del mercado de salud dentro de la cual es instrumentado. El tamaño de mercado, el cual define la estructura de integración vertical de servicios y, la competencia en la oferta prestacional, que establece la capacidad de negociación de las partes, determina los resultados alcanzados en términos de cobertura (Maceira, 1998).

En este contexto, la provincia de Tierra del Fuego presenta un desafío de política pública: cómo articular en un territorio insular y aislado, con población escasa y, por ende, bajos niveles de oferta y competencia, un mecanismo de incentivos en sus instituciones de seguridad social que logren ampliar la cobertura sin generar concentración de riesgo sanitario y epidemiológico en aquellos actores con menor capacidad de negociación.

El presente documento analiza la capacidad de la Obra Social Provincial de transferir riesgo financiero a sus efectores, sujeto a un tamaño de mercado tan pequeño como el fueguino. Asimismo, se analiza el efecto de esta estructura contractual sobre una oferta monopólica, la cual se encuentra integrada verticalmente al gerenciador. Paralelamente, se estudia la capacidad del hospital público para enfrentar la eventual transferencia de riesgo derivada de la oferta privada, medido tanto en número de prestaciones como en el nivel de complejidad clínica de los casos.

En las primeras dos secciones se estudia el contexto sociodemográfico de la provincia y la estructura de su sistema de salud, presentado a los actores participantes y su mecanismo de interacción. La tercera sección analiza la estructura del contrato ofrecido por la seguridad social provincial dentro del marco teórico que propone la teoría económica. De ello surgen algunas preguntas específicas que serán respondidas en la cuarta sección. Como es de rigor, la sección de conclusiones sintetiza los principales hallazgos del trabajo a la vez que contempla algunos elementos para el debate de política pública y regulación en un sistema de salud.

1- Tierra del Fuego: Perfil Socioeconómico

De acuerdo a los datos provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2001, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Censos

(INDEC), el 14.1% de la población provincial registraba necesidades básicas insatisfechas (NBI), siendo este porcentaje uno de los menores en comparación con el resto de las regiones geográficas del país (ver Tabla 1.1). Para el mismo año, el Producto Bruto Geográfico (PBG) per cápita alcanzaba en esta provincia los \$11.598, siendo 85% mayor al promedio nacional y 24% superior a la registrada para la Región Patagónica.

La información disponible sobre resultados en salud registra en Tierra del Fuego la menor tasa de mortalidad infantil (TMI) del país (10.1 c/ 1.000 n.v.), valor éste 6.2 puntos menor a la media nacional y 23.3 puntos inferior a la región de mayor registro, la zona del Noreste. Si se toma el cociente entre los años de vida potencialmente perdidos cada diez mil habitantes (AVPP) por causas infecciosas y por tumores, se observa que en la provincia se cuenta con el perfil epidemiológico más avanzado: la tasa de AVPP por enfermedades evitables es menor que la asociada con tumores, encontrarse ambas muy por debajo del promedio nacional.

Tabla 1.1
Indicadores Socioeconómicos, por Región

| Región | Población | PBG per cápita | NBI | Tasa de mortalidad infantil (TMI) | AVPP Infecciones (1) | AVPP Tumores (2) | (1)/(2) | Densidad (hab/km ²) |
|-------------------------|-------------------|----------------|-------------|-----------------------------------|----------------------|------------------|------------|---------------------------------|
| Tierra del Fuego | 101,079 | 11,598 | 14.1 | 10.1 | 59.0 | 78.5 | 0.8 | 4.7 |
| Metropolitana | 11,460,575 | 10,760 | 15.2 | 13.7 | 143.7 | 113.8 | 1.3 | 5,128.1 |
| Patagónica | 1,738,251 | 9,384 | 16.0 | 13.6 | 113.0 | 93.8 | 1.2 | 3.0 |
| Pampeana | 12,667,709 | 6,338 | 13.7 | 15.1 | 137.7 | 115.7 | 1.2 | 18.1 |
| Cuyo | 2,567,607 | 4,978 | 15.9 | 14.5 | 170.7 | 92.3 | 1.8 | 8.9 |
| Noroeste | 4,458,470 | 3,213 | 27.4 | 19.9 | 187.9 | 76.9 | 2.4 | 22.6 |
| Noreste | 3,367,518 | 2,951 | 30.2 | 23.2 | 242.6 | 100.3 | 2.4 | 16.1 |
| Total General | 36,361,209 | 6,271 | 17.7 | 16.3 | 156.8 | 107.0 | 1.5 | 13.0 |

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, Año 2001 y Ministerio de Salud de la Nación- Organización Panamericana de la Salud, Indicadores Básicos de la Argentina, Año 2000.

Nota: Provincias que integran cada una de las regiones geográficas

Región Metropolitana: Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos de conurbano bonaerense

Región Pampeana: Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fé

Región NOA: Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán

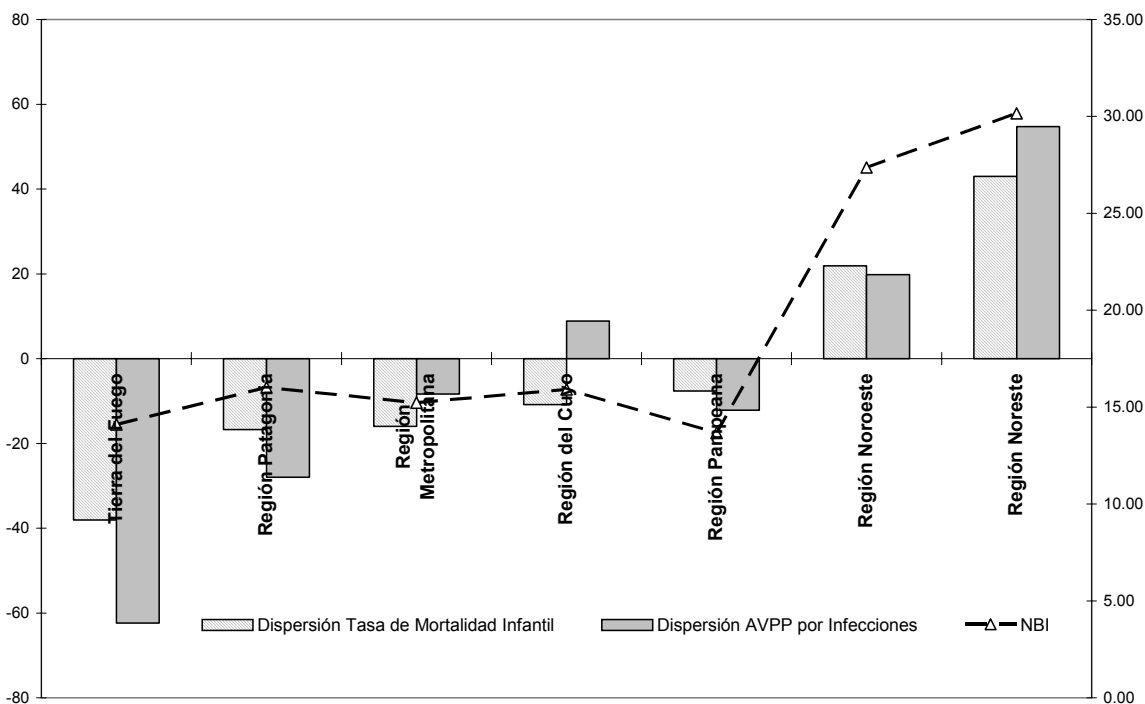
Región NEA: Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones

Región Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis

Región Patagónica: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Tomando la tasa de mortalidad infantil, los AVPP por infecciones cada diez mil habitantes y el porcentaje de población con NBI como indicadores de desempeño en términos de calidad de vida y salud, la Figura 2.1 muestra la dispersión porcentual con respecto a la media nacional. De su lectura se observa que la región patagónica (y dentro de ella, Tierra del Fuego) es aquella que cuenta con los mejores resultados al presentar las mayores variaciones negativas, duplicando los datos de la región Pampeana.

Figura 1.1
Dispersión Porcentual respecto a la Media Nacional, por Región. Año 2001

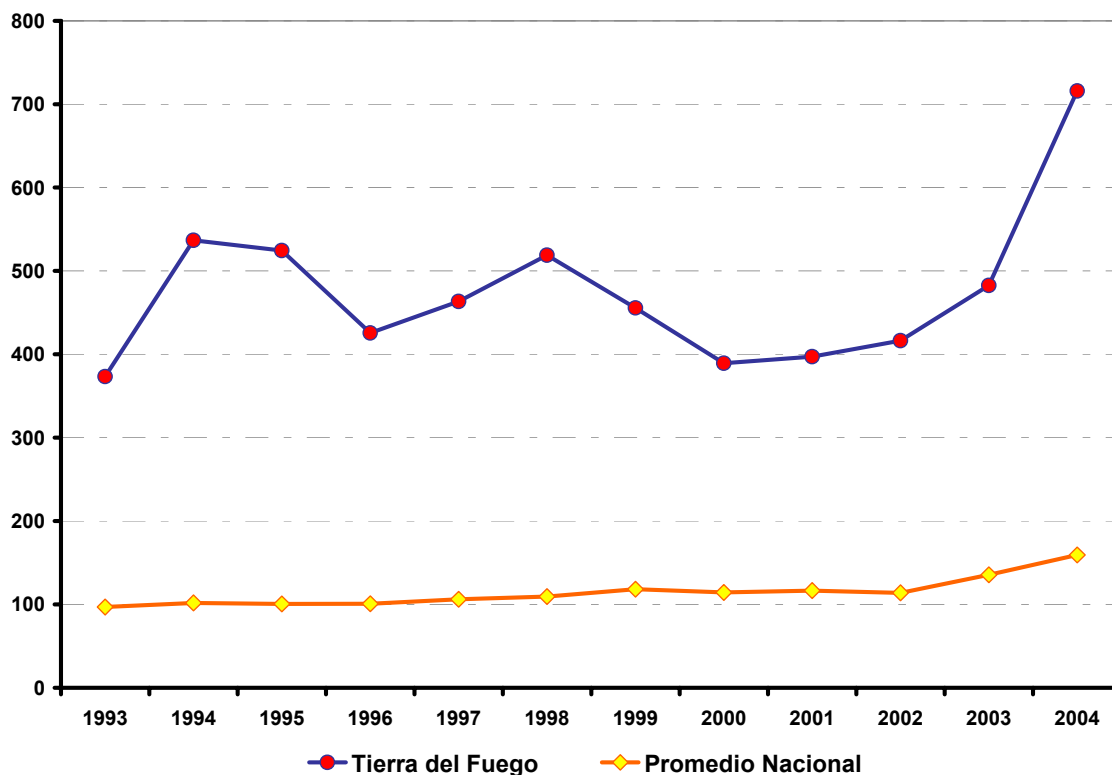


Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y Organización Panamericana de la Salud.

Asimismo, la provincia de Tierra del Fuego mantiene un elevado gasto público en salud, si se analizan los valores per cápita en los períodos 1993 y 2004, siendo de \$373.37 y \$715.87, respectivamente. A partir de 2001 comienza a observarse una rápida recuperación luego de la caída evidenciada entre 1993 y 2000 del 27.7 por ciento. Este crecimiento se acelera en los últimos años de la serie. Entre puntas de período (1993-2004), el gasto público en salud evidenció un incremento del 91.7 por ciento.

Por otra parte, se observa una caída en la participación del gasto público provincial en salud sobre el total de erogaciones realizadas entre los años seleccionados (-14%). A partir de esta caída, la participación del gasto en salud se ubica levemente por debajo del promedio nacional (10.5%). La Figura 1.2 presenta la evolución del gasto público en salud per cápita de Tierra del Fuego y la media nacional, para el período comprendido entre los años 1993 y 2004. La provincia presenta un gasto público en salud per cápita mayor al del resto de las jurisdicciones argentinas: las brechas máxima y mínima alcanzadas respecto al promedio nacional es de 349.4% en 2004 y 240.2% en 2000, respectivamente.

Figura 1.2
Gasto público en salud provincia de Tierra del Fuego y promedio nacional.
Años 1993-2004.



Fuente: Ministerio de Economía, Dirección de Gasto Social

El perfil socioeconómico define que la demanda potencial de servicios de salud en los dos departamentos provinciales mantiene características muy similares entre sí. De la lectura de la Tabla 1.2 se observa que la mayor dispersión entre ambos distritos se encuentra dada por el porcentaje de la población con NBI: Ushuaia supera a Río Grande en aproximadamente seis puntos porcentuales. Respecto de la cobertura de salud, el 70% de los habitantes cuenta con algún tipo de seguro formal, valor éste relativamente elevado respecto del resto del país. De este total, el 50% corresponde a beneficiarios de la Obra Social de la provincia (IPAUSS) que, distribuidos geográficamente representan 34.09% en Río Grande y el 36.38% en Ushuaia.

Tabla 1.2: Indicadores socio-demográficos de Tierra del Fuego. Año 2001

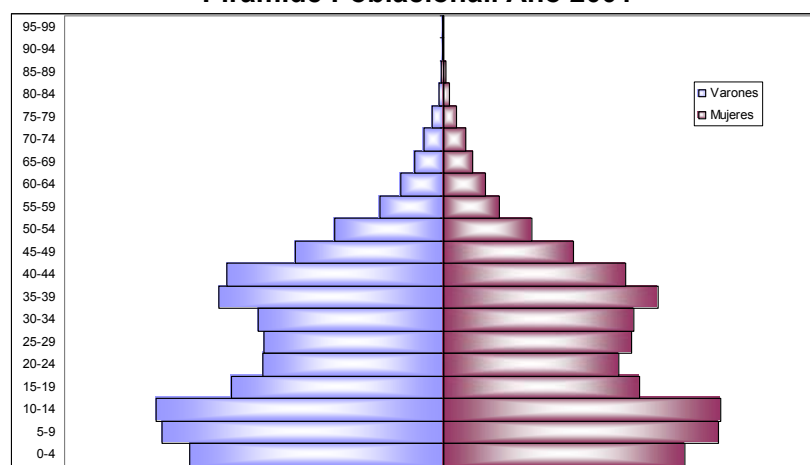
| Departamento | Río Grande | Ushuaia | Antártida Argentina | Total |
|--------------------------|------------|---------|---------------------|--------|
| Población | 55131 | 45785 | 163 | 101079 |
| % de mujeres | 48,37 | 49,34 | s/d | 48,86 |
| Población con NBI | 11,23 | 18 | s/d | 14,1 |
| Desempleo | 12 | 12 | s/d | 11,78 |
| Cobertura formal | 70,68 | 69,28 | s/d | 69,98 |
| Cobertura IPAUSS* | 34,09 | 36,38 | s/d | 34,36 |

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, Año 2001

* Corresponde al año 2004

Un rasgo distintivo de esta provincia está dado por el perfil etéreo de la población, destacándose la mayor participación de la población joven (menores de 14 años y entre 35-44 años) en la pirámide poblacional, siendo la edad promedio de 26 años. Esta composición claramente determina una tipología de la demanda de servicios de salud sesgada a un esquema de intervenciones poco frecuentes pero potencialmente de alto costo asociado.

**Figura 1.3
Pirámide Poblacional. Año 2001**



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001

La estructura de la oferta pública se resume en la Tabla 1.3, que refleja algunos indicadores para los años 1995 y 2003 en los dos distritos más importantes de la provincia.

Tabla 1.3: Indicadores de la oferta de salud por departamento

| Indicador | Departamento | 1995 | 2003 |
|------------------------------------|--------------|----------------|----------------|
| Camas Públicas | Ushuaia | 85 | 168 |
| | Río Grande | 74 | 81 |
| | Total | 159 | 249 |
| Días/Camas públicas | Ushuaia | 31,129 | 32,485 |
| | Río Grande | 32,030 | 15,203 |
| | Total | 63,159 | 47,688 |
| Consultas Hospitalarias | Ushuaia | 135,369 | 114,284 |
| | Río Grande | 184,496 | 86,307 |
| | Total | 319,865 | 200,591 |

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego

De acuerdo a la información tabulada, se observa que entre los años 1995 y 2003, se produjo un aumento en el número de camas públicas de ambas ciudades, registrándose en Ushuaia un crecimiento del 97.6%.

Del análisis de la evolución de los días/cama, se deduce que los hospitales regionales registraron variaciones divergentes en su productividad: mientras que se evidencia una disminución del 48.9% en Río Grande, en Ushuaia el incremento alcanzó el 5%. La evolución de la cantidad de consultas realizadas presenta un comportamiento disímil en ambos distritos, aunque en igual dirección: mientras Río Grande registró una caída del 53.22%, en Ushuaia la misma alcanzó 15.57%.

2- Actores y Organización del Sistema de Salud Provincial

La oferta de servicios de salud de la provincia de Tierra del Fuego, en financiamiento y en provisión, se encuentra conformada por tres subsectores:

- **Subsistema público:** Organizado por el Ministerio de Salud Provincial que presta servicios a través de los Hospitales Regionales, los Centros de Atención Primaria asociados y, la oferta focalizada del Hospital Naval. Del Ministerio depende una Secretaría de Salud que tiene a su cargo tres subsecretarías: Control y Gestión, Planeamiento y Salud. De esta última depende el sistema prestador de servicios, la administración y control de los Hospitales Regionales de Río Grande y Ushuaia, y sus centros periféricos.
- **Subsistema de la Seguridad Social:** Conformado por el conjunto de obras sociales sindicales (nacionales) y la obra social provincial, el Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social (IPAUSS).
- **Subsistema privado:** Compuesto por dos clínicas - San Jorge en la ciudad de Ushuaia, y el Centro de Especialidades Medicinales Privadas (CEMEP) en Río Grande-, médicos y consultorios particulares, y un porcentaje reducido de afiliación privada a seguros.

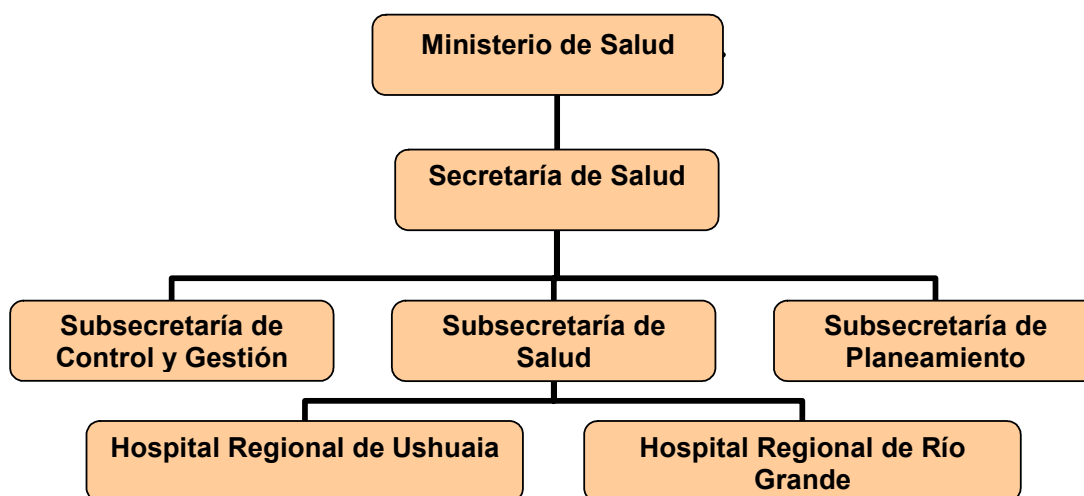
2.1 Subsistema Público

Las dos ciudades de Tierra del Fuego no cuentan con secretarías de salud propias, por lo cual no se identifican, centros de salud pública dependientes de los gobiernos municipales.

Las prestaciones realizadas a pacientes sin cobertura formal y a carenciados son brindadas de manera gratuita en los Hospitales Regional y en los Centros Periféricos. En aquellas circunstancias en las cuales el tratamiento requerido supera en complejidad la capacidad tecnológica de estos prestadores, el paciente es derivado a un centro de atención privado a expensas del Ministerio del Area².

Asimismo, los hospitales regionales brindan servicios a beneficiarios de la obra social provincial (IPAUSS) a través de un sistema de gerenciamiento local que permite el recupero de costos. La ley provincial N° 338 establece el carácter de autogestión de los dos hospitales públicos. Dicha normativa fue modificada por la ley N° 554, permitiendo el manejo de los fondos propios provenientes del pago de la gerencidora del IPAUSS.

Figura 2.1: Estructura Organizacional del Subsistema Público de Salud



A partir de ello, los hospitales públicos cuentan con dos principales fuentes de financiamiento: el presupuesto público y los fondos recibidos por el IPAUSS. Estos últimos, no participan del presupuesto de salud provincial.

² Hasta el año 2003 el Ministerio de Salud abonaba una cápita a los centros privados que contemplaba los gastos asociados a las derivaciones necesarias a cualquier parte del país para el paciente más un acompañante. Sin embargo, a partir de ese año el mecanismo de pago empleado fue reemplazado por un sistema por prestación. En el año 2004, este tipo de erogaciones asciende a \$700 mil mensuales en Ushuaia (San Jorge) y \$ 333.3 en Río Grande (CEMEP).

Sin embargo, la capacidad de los hospitales de registrar todas las consultas realizadas por los afiliados al IPAUSS no ha sido normalmente eficaz, provocando un subregistro de consultas impide lograr una mayor participación en la cápita. De acuerdo a la opinión de los interesados, el Hospital Regional de Río Grande mantiene un subregistro que se estima aproximado al 60 por ciento, en tanto el Hospital Regional de Ushuaia factura el 50 por ciento de las consultas totales. A partir de marzo de 2004, el Hospital Regional de Ushuaia comenzó a dirigir sus esfuerzos hacia la reducción del subregistro de consultas logrando incrementar su recaudación. Ello no parece tener su correlato con su par de Río Grande. La Tabla 2.1 presenta el porcentaje de consultas realizadas según tipo de cobertura, por Hospital:

Tabla 2.1
Participación en las consultas totales, según tipo de cobertura

| Cobertura | Hospital Región de Ushuaia | Hospital Regional de Río Grande |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Acción Social | 50% | 60% |
| IPAUSS | 30% | 20% |
| Otras Obras Sociales/DIBA/Pami | 15% | 20% |
| Particulares | 5% | - |
| Total | 100% | 100% |

Fuente: Hospital Regional de Ushuaia y de Río Grande

La mayor cantidad de consultas verificadas en ambos hospitales corresponde a pacientes de Acción Social, seguido por los afiliados del IPAUSS. Sin embargo, la relación de pacientes de Acción Social y el Seguro Provincial es tres a uno en Río Grande y de 1.6 a uno en la capital fueguina.

Desde el punto de vista prestacional, ambos hospitales no cuentan con servicios de gran complejidad, debido tanto al tamaño de la población como a su perfil epidemiológico. Sin embargo, el Hospital Regional de Ushuaia cuenta con un plan de inversión que contempla la incorporación de mobiliario y tecnología a ser financiados con fondos propios.

Desde 1980, el personal médico de los establecimientos públicos es de dedicación exclusiva y tiene “bloqueo del título”, lo cual impide la práctica particular, salvo en el caso del personal contratado.

Los hospitales públicos tienen bajo su órbita administrativa a los centros de atención primaria (CAPS) o centros periféricos. En toda la provincia existen doce CAPS, distribuidos igualitariamente entre Ushuaia y Río Grande que brindan servicios asociados con el primer nivel de atención. Estos establecimientos cuentan con el mismo carácter de autogestión, debiendo cada centro contabilizar

las consultas realizadas por los beneficiarios del IPAUSS que forman parte de la cápita a ser financiada.

Sin embargo, la capacidad de los centros de atención para diferenciar entre aquellos consultantes con y sin obra social es limitada, considerándolo una subfacturación cercana al 80%. Paralelamente, la autoridad sanitaria realiza campañas de promoción de la atención de los CAPS, con el objeto de reorientar la demanda en las guardias de los hospitales regionales.

Adicionalmente, la autoridad sanitaria cuenta con una política de medicamentos activa: los pacientes que se encuentran bajo la línea de pobreza tienen acceso gratuito a través de farmacias convenidas en Ushuaia y Río Grande. Para el logro de tal fin, el Ministerio de Salud destinó en el año 2004 \$8 mil mensuales a cada una de ellas.

**Recuadro 1:
El Hospital Naval**

El Hospital Naval es el tercer centro de atención con servicio de internación en la ciudad de Ushuaia, luego del Hospital Regional y de la Clínica San Jorge. Sin embargo, cuenta con una demanda cautiva a la que brinda servicios con exclusividad: los beneficiarios de la Obra Social de la Armada, la Fuerza Aérea, Gendarmería y Prefectura que, representan el 90 por ciento de las consultas totales. El restante 10 por ciento se encuentra asociado a consultas de carácter privado.

La obra social de la Armada otorga cobertura en promedio al 6 por ciento de la población de la provincia (8 por ciento en Ushuaia y 4 por ciento en Río Grande) y, la mayoría de las prestaciones otorgadas son consultas ambulatorias externas y servicios de internación de primer y segundo nivel de atención, manteniendo 20 camas: 16 para pacientes adultos y 4 de pediatría.

El Hospital no cuenta con servicios de tercer nivel de atención. Por tal motivo, esta clase de intervenciones son derivadas al Hospital Regional abonándose por prestación. Los servicios de diagnóstico por imágenes y la farmacia se encuentran integrados a la estructura del Hospital, siendo sus insumos adquiridos mediante compra pública.

El 80 por ciento de los médicos que atienden en consultorios externos del hospital no es personal de planta de la institución. En tales casos, por cada consulta que realizan, el profesional entrega 20 por ciento de lo recaudado al Hospital. Al interior del Hospital se cuenta con una cámara hiperbárica. Si bien dicho capital es altamente específico y su frecuencia de utilización resulta reducida, su incorporación a la estructura prestacional del hospital está asociada con la provisión de tratamientos para buzos.

Si el paciente derivado para la utilización de tal servicio proviene del IPAUSS, el Hospital Naval factura directamente a la institución financiadora, en tanto si el paciente es beneficiario de otro seguro de salud, el monto en concepto de desembolsos es enviado al Ministerio Público para su reintegro.

2.2 La Obra Social Provincial

A partir de la descentralización de los servicios sociales y debido a la naturaleza federal del país, el sistema público provincial se convirtió en eje de financiamiento y acceso a servicios al interior de cada jurisdicción. Asimismo, el sector gubernamental de cada distrito, especialmente durante períodos de crisis macroeconómica, se constituye en un generador de empleo, y las Obras Sociales Provinciales por ende se revalorizan como objeto de estudio en términos de cobertura sanitaria. A nivel nacional y, con un alcance de aproximadamente 5,2 millones de personas, estas instituciones reflejan en términos de financiamiento el 14% del sistema de salud.

Dada su naturaleza, las Obras Sociales Provinciales se definen como organismos teóricamente autárquicos, cuentan con una legislación que le otorgan funciones y características propias, y no necesariamente homogéneas entre sí. Del análisis comparado entre ellas (Maceira, 2003), se observa que existen varias instituciones que han sido creadas por ley, tales como el IPAUSS, en tanto otras tuvieron su origen por decreto, llegando en algunos casos a contar con una legislación elaborada durante gobiernos de facto.

En la mayoría de los casos, cuentan con manejo independiente de recursos con respecto al Ministerio de Salud o la Tesorería Provincial. Sin embargo, se reconocen grandes demoras en los cobros de los aportes estatales en su papel de empleador, limitando la capacidad de gestión de estas instituciones. Los porcentajes salariales que alimentan los fondos de utilización de las Obras Sociales Provinciales fluctúan entre un 13 y un 7 por ciento, y normalmente los aportes salariales son mayores o iguales, en peso porcentual, que las contribuciones patronales.

Desde el punto de vista del financiamiento del IPAUSS, el mismo se financia con el aporte personal (3 por ciento) y la contribución patronal (6 por ciento)

Para el caso bajo estudio, los aportes por afiliado del IPAUSS están compuestos por el 3% de la contribución salarial y 6% como aporte patronal, situándose 9% por debajo del promedio de la Seguridad Social Provincial. Complementariamente, la institución recibe un aporte de 1.5 por ciento por persona a cargo. Asimismo, mediante la Dirección Previsional, el IPAUSS recibe el 13 por ciento en concepto de aporte personal y el 8 por ciento por contribución patronal. En total, el Instituto recibe financiamiento del 30 por ciento del ingreso bruto de sus afiliados.

Para el año 2003 el salario del empleado público promedio del IPAUSS fue de \$2.300, un 99% por encima del salario público promedio a nivel nacional (\$1.151), convirtiendo a la Obra Social de Tierra del Fuego en aquella de mayor ingreso y la segunda en términos de gasto entre sus pares (Maceira, 2003). Su cobertura alcanza aproximadamente a un tercio de la población fueguina, siendo desde esta perspectiva la sexta institución de su especie.

Dentro del ámbito provincial, su importancia relativa es decisiva para comprender el sistema de salud local. No sólo su cobertura y nivel de gasto superan ampliamente al resto de las instituciones de seguridad social, sino que puede considerarse una de las pocas jurisdicciones argentinas donde el peso del seguro social local supera al del programa de jubilados y pensionados (PAMI), estableciendo pautas de contratación y precios de referencia para el resto de las instituciones financiadoras de su provincia.

Reseña Histórica

La Obra Social de la Provincia de Tierra del Fuego (Instituto de Servicios Sociales del Territorio) fue fundada entre los años 1971/72, a través de la Ley Territorial N° 10, con el objeto de brindar cobertura principalmente a los trabajadores estatales residentes en la jurisdicción. A partir de 1990, y mediante la sanción de la Ley Provincial N° 442 se modifica la Ley Territorial N° 10, creándose el Instituto de Seguridad Social del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Inicialmente, la administración del Instituto estuvo a cargo de un Director con responsabilidad sobre quince empleados y aproximadamente unos dos mil beneficiarios. A fines del año 1983, se formó el Consejo del ISST compuesto por dos personas más el Gobernador Provincial. Este Consejo sólo tuvo vigencia por un año, a partir del cual se constituyó un Consejo de Administración (ad honorem) compuesto por el Gobernador Provincial, un miembro representante de cada municipio (Ushuaia y Río Grande) y un representante de cada hospital público. En 1985 la administración del Instituto estuvo a cargo de un Consejo de Administración, integrado por un presidente designado por el Poder Ejecutivo Territorial, seis vocales titulares y tres vocales suplentes, elegidos mediante el voto de los afiliados, estructura que se mantuvo hasta 1991, cuando el ISST fue intervenido. Hacia 1996 el número de beneficiarios alcanzó los 14 mil, teniendo en la actualidad un padrón de casi 35 mil.

Mediante la sanción de la Ley Provincial 534/01 en noviembre de 2001, se crea el Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social (IPAUSS). El IPAUSS se constituye como un organismo descentralizado de carácter autárquico, nacido de la fusión de dos grandes Institutos Provinciales: el Instituto Provincial de Previsión Social (IPSS) y el Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego (ISST). El primero tenía a su cargo la dirección de los servicios previsionales de los empleados dependiente del sector público, en tanto el segundo administraba y coordinaba la financiación de los servicios médicos de dichos empleados.

Desde entonces, la estructura orgánica del IPAUSS se encuentra organizada por un Directorio, y dos grandes áreas: previsional y asistencial. Esta última se encuentra conformada por un Director de servicios sociales, un administrador y, dependiente de este último, la Dirección de Prestaciones Médicas, la Unidad Funcional de Farmacia y Óptica, y la Dirección de Coordinación Administrativa.

Como consecuencia de la baja edad promedio de la población provincial, el IPSS se caracterizó por mantener una tasa de sustentabilidad (Beneficiarios/Aportantes) relativamente baja con respecto a otras instituciones de su especie. Este hecho permitió la generación de ahorros en el tiempo, de modo tal que la fusión de ambos Institutos permitió financiar el déficit del ISST con el ahorro generado a partir del IPSS. La Tabla 2.2 presenta la ejecución presupuestaria del IPAUSS al mes de mayo de 2002 y 2004.

Del comparado de ambos años se muestra un incremento del gasto del IPAUSS del 46 por ciento. No obstante, dicha variación no fue homogénea entre todas las cuentas presupuestarias. En este sentido, el Gasto en Personal, Servicios no Personales y Transferencias fueron las partidas que incrementaron sus erogaciones entre ambos años. Por su parte, el gasto en Bienes de Consumo y Bienes de Uso disminuyó un 64.3 y 80.4 por ciento, respectivamente.

El aumento de las erogaciones en concepto de Activos Financieros, que representa el 66 por ciento del ejecutado 2004, se encuentra asociado con el incremento de los servicios de deuda por la toma de créditos de corto y mediano plazo con proveedores y contratistas. Dentro de la partida Servicios no Personales, se contabilizan las erogaciones que realiza el IPAUSS a las Unidades Gerenciadoras en concepto de la cápita por los servicios médicos prestados a sus beneficiarios. A mayo de 2004 la Institución realizó un gasto por dicho concepto de \$5,5 millones, monto que representa el 71 por ciento del total gastado por Servicios no Personales.

Tabla 2.2
Ejecución presupuestaria del IPAUSS.
Mayo 2002 – Mayo 2004

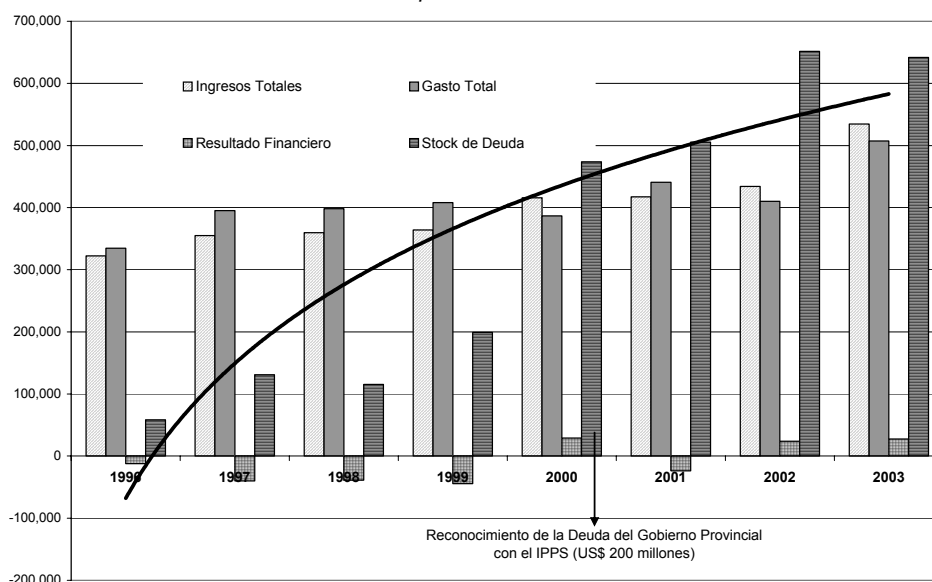
| Descripción | Ex IPPS al 31/05/02 | Ex ISST al 31/05/02 | Ejecutado al 31/05/02 | Ejecutado al 31/05/04 | Variación 02/04 en % |
|-------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Gasto en Personal | 1,236,751 | 1,386,509 | 2,623,260 | 4,205,865 | 60.33 |
| Bienes de Consumo | 33,302 | 1,699,645 | 1,732,947 | 617,754 | -64.35 |
| Servicios no Personales | 187,012 | 5,372,317 | 5,559,328 | 7,708,156 | 38.65 |
| Bienes de Uso | 130,210 | 64,044 | 194,254 | 38,017 | -80.43 |
| Transferencias | 12,341,485 | 3,170,974 | 15,512,460 | 24,579,933 | 58.45 |
| Activos Financieros | 0 | 420 | 420 | 269,031 | 63,955.07 |
| Total | 13,928,760 | 11,693,908 | 25,622,669 | 37,418,757 | 46.04 |

Fuente: IPAUSS

Desde 1995 el gobierno provincial ha experimentado sucesivos déficit fiscales e incrementos constantes en el nivel de deuda pública. La Figura 2.2 presenta la evolución de algunos indicadores fiscales de la provincia, para el período comprendido entre 1996 y 2003. La Figura muestra el gran incremento del nivel de deuda del gobierno provincial entre los años seleccionados, pasando de \$58 millones en 1996 a \$642 millones. Asimismo, se observa un gran salto entre 1999 y 2000, momento en el cual el stock de deuda pasa de \$200 millones a \$473 millones. Dicho incremento está asociado con el reconocimiento de deuda por

\$200 millones de la provincia, mediante su Banco Provincial, con el Instituto Provincial de Previsión Social (IPPS).

Figura 2.2
Evolución de las Finanzas Públicas de Tierra del Fuego. Años 1996 -2003
- en miles de \$ constantes de 1999 -



Fuente: Ministerio de Economía, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

Estructura de Beneficiarios

A octubre de 2004, el IPAUSS le brinda cobertura en salud a 34,736 habitantes, número que representa el 34.36 por ciento de la población total de la provincia. Los beneficiarios se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2.3
Beneficiarios al IPAUSS. Octubre 2004

| Municipio | Titulares | Familiares | Beneficiarios | Beneficiarios % | Relación Beneficiarios/Titulares |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|----------------------------------|
| Ushuaia | 6336 | 10322 | 16658 | 47.96 | 2.63 |
| Río Grande | 5402 | 9691 | 15093 | 43.45 | 2.79 |
| Otras Localidades | 303 | 1334 | 1637 | 4.71 | 5.40 |
| Capital Federal | 204 | 600 | 804 | 2.31 | 3.94 |
| Tolhuin | 184 | 329 | 513 | 1.48 | 2.79 |
| Tránsito por Tierra del Fuego | 24 | 7 | 31 | 0.09 | 1.29 |
| Total | 12,453 | 22,283 | 34,736 | 100 | 2.79 |

Fuente: IPAUSS

El 48 por ciento de los beneficiarios del IPAUSS se encuentra radicado en Ushuaia, lo que representa el 36.3 por ciento de la población de dicho municipio, en tanto los beneficiarios en Río Grande y Tolhuin representan el 44.9 por ciento del padrón institucional y 34.1 por ciento de la población. Asimismo, la tasa de

sustentabilidad (beneficiarios/titulares) resulta en promedio de 2.79 beneficiarios por titular, la cual es baja en relación a la media nacional del sistema de obras sociales provinciales, de 4.6 (Maceira, 2003). Este indicador no presenta variabilidad significativa entre municipios de la provincia, pero es marcadamente diferente a la relación hallada para los beneficiarios radicados en otras localidades. La Tabla 2.4 muestra la distribución de los beneficiarios del IPAUSS en el territorio nacional.

La cantidad de beneficiarios entre provincia no resulta homogénea: excluyendo a Tierra del Fuego, las jurisdicciones que concentran la mayor cantidad de beneficiarios son la Ciudad de Buenos Aires (2.31 por ciento), Córdoba (1.51 por ciento), Buenos Aires (1.48 por ciento) y Santa Fe (0.27). La distribución de los beneficiarios entre estos cuatro distritos se asocia a la migración de estudiantes fueguinos.

Asimismo, se ha calculado el índice de correlación entre la tasa de sustentabilidad y la cantidad de los diferentes tipos de beneficiarios (titulares, familiares, estudiantes, no estudiantes). Dichos índices no resultan estadísticamente significativos, sugiriendo la ausencia de relación entre la tasa de beneficiarios/titulares y la condición de cada beneficiario. Las provincias que cuentan con la mayor relación beneficiarios/titulares son Tucumán (10.8), Santiago del Estero (10), Misiones (9), Santa Fe (7.31), Córdoba (7.07) y La Pampa (7).

Tabla 2.4
Distribución de beneficiarios del IPAUSS, por provincia. Octubre 2004

| Provincia | Titulares | | Familiares | | Total | Relación Beneficiarios/Titulares |
|------------------|----------------|-------------|----------------|--------------|---------------|-------------------------------------|
| | No estudiantes | Estudiantes | No estudiantes | Estudiantes | | |
| Catamarca | 0 | 0 | 5 | 1 | 6 | - |
| La Rioja | 0 | 0 | 3 | 2 | 5 | - |
| Formosa | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | - |
| Tucumán | 5 | 0 | 30 | 19 | 54 | 10.80 |
| Stgo. del Estero | 1 | 0 | 7 | 2 | 10 | 10.00 |
| Misiones | 1 | 0 | 5 | 3 | 9 | 9.00 |
| Santa Fe | 13 | 0 | 39 | 43 | 95 | 7.31 |
| Córdoba | 74 | 0 | 185 | 264 | 523 | 7.07 |
| La Pampa | 1 | 0 | 5 | 1 | 7 | 7.00 |
| Santa Cruz | 4 | 0 | 15 | 7 | 26 | 6.50 |
| Río Negro | 5 | 0 | 14 | 11 | 30 | 6.00 |
| Chaco | 6 | 0 | 22 | 4 | 32 | 5.33 |
| San Juan | 7 | 0 | 12 | 17 | 36 | 5.14 |
| Mendoza | 15 | 0 | 28 | 30 | 73 | 4.87 |
| Buenos Aires | 107 | 0 | 211 | 197 | 515 | 4.81 |
| Salta | 5 | 0 | 14 | 5 | 24 | 4.80 |
| Chubut | 14 | 0 | 30 | 22 | 66 | 4.71 |
| Neuquén | 5 | 0 | 10 | 8 | 23 | 4.60 |
| Capital Federal | 204 | 0 | 297 | 303 | 804 | 3.94 |
| Corrientes | 7 | 0 | 12 | 6 | 25 | 3.57 |
| Jujuy | 4 | 0 | 2 | 6 | 12 | 3.00 |
| Tierra del Fuego | 11,946 | 0 | 20,301 | 48 | 32,295 | 2.70 |
| San Luis | 4 | 0 | 4 | 1 | 9 | 2.25 |
| Entre Ríos | 25 | 0 | 25 | 4 | 54 | 2.16 |
| Total | 12,453 | 0 | 21,278 | 1,005 | 34,736 | 2.79 |

Fuente: IPAUSS

3- Estructura de Contratos. Marco Teórico

Mecanismos de Pagos y Estructura Prestacional.

El mecanismo de contratación externa de servicios ha sido una tradición de la institución de seguridad social provincial desde su fundación, consecuencia de no contar con servicios propios, hecho que ocurre en la mayoría de las instituciones de seguridad social del país. Desde un inicio, el ISST subcontractaba la cobertura de los hospitales públicos (Regionales de Ushuaia y de Río Grande), clínicas privadas (San Jorge en Ushuaia y CEMEP en Río Grande) y profesionales particulares, para lo cual el beneficiario debía adquirir un bono de consulta. El mecanismo de pago al proveedor se basaba en un nomenclador por prestación, a excepción de los hospitales públicos, los cuales eran remunerados con un presupuesto fijo³. En el año 2000 el mecanismo de contratación de gerencadoras modifica este criterio, y su análisis es motivo de la presente sección.

Los incentivos generados a partir de estos mecanismos de pagos alternativos son diversos. De acuerdo la literatura (Barnum et al, 1995, entre otros) la utilización de un presupuesto fijo, transfiere el riesgo (en términos de tasas de uso) hacia el prestador, al tiempo que genera incentivos a la subprestación de servicios con el objeto de reducir costos. Contrariamente, mediante la utilización de un mecanismo de pago por prestación, no sólo se produce una absorción de riesgo por parte del financiador, sino que promueve la sobreprestación de servicios, con el objeto de hacer máximo su nivel de ingresos. Un esquema de capitación alcanzaría una situación intermedia, en tanto impide la sobreprestación y generaría incentivos a brindar la atención necesaria, a riesgo de ver reducidos sus ingresos.

Sin embargo, tales reglas generales de comportamiento requieren incorporar en el análisis a dos factores adicionales. Por una parte, los modos de pago forman parte de un componente de la "función de beneficio" del profesional/institución sanitaria asociada con factores monetarios, que no necesariamente agotan los objetivos perseguidos. Ellos se complementan con otros elementos no monetarios (bien común, reputación, etc.) que exceden el análisis de incentivos planteados.

En segundo lugar, las respuestas a cada mecanismo monetario de incentivos no son idénticas, dependiendo de las condiciones del contexto en las que son aplicadas (Maceira, 1998). De acuerdo a la literatura, áreas con alta densidad poblacional motivan la entrada de mayor número de prestadores, no sólo en cantidad sino también en variedad, alterando las relaciones de fuerzas en la negociación de contratos (en precios y en mecanismos de pago) entre financiadores, instituciones prestadoras y profesionales de la salud (Maceira y

³ Paralelamente, dado que la ciudad de Ushuaia contaba con un reducido número de farmacias y odontólogos, y a fin de incrementar la cobertura de tales servicios, la Institución integró en 1985 dichas prestaciones a su estructura, a la que se incorpora el área de óptica en 1993.

Poblete, 2003). El origen de estos comportamientos diferenciados son explicados por la teoría económica en temáticas tales como la diferenciación de producto (Beath et al. 1991), como en términos de competencia monopólica, oligopolios y barreras a la entrada (Tirole, 1991), especialmente en un marco de información imperfecta.

Adicionalmente, este planteo cobra especial significatividad en estructuras naturalmente no competitivas, como es el caso de la Provincia de Tierra del Fuego, cuya escala poblacional limita la supervivencia de un número significativo de proveedores. En estos casos, el diseño de contratos requiere generar los incentivos que “repliquen” de algún modo situaciones más competitivas, mediante una estructura de retribuciones que permitan alinear los intereses del financiador y del prestador (Grossman y Hart, 1990, Kreps, 1989, entre otros).

**Recuadro 2:
Farmacia IPAUSS**

El Instituto cuenta con dos farmacias en la provincia, una en cada municipio. El servicio es exclusivo para los beneficiarios de la Obra Social y brinda una cobertura del 70% en medicamentos. Los afiliados deben concurrir en primera instancia a la farmacia del IPAUSS, y sólo en caso de falta de stock en el medicamento prescripto es derivado a una farmacia afiliada.

Este servicio constituye, de acuerdo a la información recogida, una fuente significativa de ahorro. En este sentido, y hasta el 2004, el abastecimiento de medicamentos se canalizaba por compra directa a los laboratorios, logrando precios de compra promedio 43 por ciento menor al precio de mercado.

Durante el año 2002, la facturación total de la farmacia IPAUSS ascendió a \$6 millones en cada una de las dos farmacias ubicadas en Ushuaia y Río Grande.

A partir de la sanción de la ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico, la farmacia se encuentra obligada a mantener en stock dos o tres marcas de un mismo producto, constituyendo un desafío para la gestión interna de este servicio. Asimismo, la ley de contabilidad provincial obliga a la compra de medicamentos vía licitación pública, preparándose a fines del 2004 los pliegos de la primera licitación para seis meses de abastecimiento.

A partir del año 2001, el IPAUSS lanza un mecanismo de gerenciamiento del sistema prestacional. Este se organiza sobre la base de un intermediario financiero entre el Instituto y los prestadores. A partir de un llamado a licitación por nivel de atención, la Unidad Gerenciadora San Jorge (propietaria de la Clínica San Jorge en Ushuaia) obtuvo el gerenciamiento de los tres niveles de atención en Ushuaia y el resto del país, y el tercer nivel de atención en Río Grande. Por otra parte, el primer y segundo nivel de atención en la ciudad de Río Grande fue obtenido por el Centro de Especialidades Medicinales Privadas (CEMEP) - propietario a su vez de la Clínica Privada existente en dicha ciudad y que lleva el mismo nombre -.

Ambas Unidades Gerenciadoras tienen a su cargo la distribución del financiamiento y el control de las prestaciones realizadas por los efectores “asociados” (hospitales públicos y clínicas privadas) con el Instituto. El mecanismo de pago utilizado a partir de tal licitación fue una cápita mensual valuada en \$11.5 para las prestaciones del tercer nivel de atención y de \$18.5 para las prestaciones de primer y segundo nivel. Dichas cápitras no incluyen los servicios de odontología y óptica, dado que son servicios integrados en la institución de seguridad social.

En el año 2003 esta organización del sistema prestacional y financiero del IPAUSS fue modificada, adjudicándose regionalmente el gerenciamiento a cada una de las Unidades. Bajo esta nueva licitación, la Unidad Gerenciadora San Jorge obtuvo la administración de todos los niveles de atención en la ciudad de Ushuaia, en tanto CEMEP hizo lo propio en Río Grande. En relación a los servicios prestados a los beneficiarios radicados en el resto de país, éstos fueron gerenciados por VITAL.

Existió, asimismo, una modificación en el valor de las cápitras establecidas en el primer contrato licitatorio. Si bien se homogeneizó el valor entre todos los niveles de atención, se diferenció entre las prestaciones realizadas en la provincia de aquellas ofrecidas en el resto del país: el valor para las prestaciones locales se estableció en \$38.5 y las efectuadas por los beneficiarios radicados en el resto del país ascendió a \$51.5.

Dentro de los servicios incorporados en el financiamiento del IPAUSS se encuentran todos aquellos asociados con los tres niveles de atención, excluyendo los odontológicos y de óptica. Asimismo, el contrato contempla los servicios de pasaje y estadía en cualquier lugar del país para el paciente y un familiar en caso de requerir tratamiento fuera de la provincia. Finalmente, los pacientes con alguna patología o tratamiento “crónico” o rehabilitación, no se encuentran incorporados al financiamiento que operan las gerenciadoras, sino que los desembolsos se efectúan mediante un mecanismo de reintegro, previa autorización.

**Recuadro 3:
Servicio de Odontología**

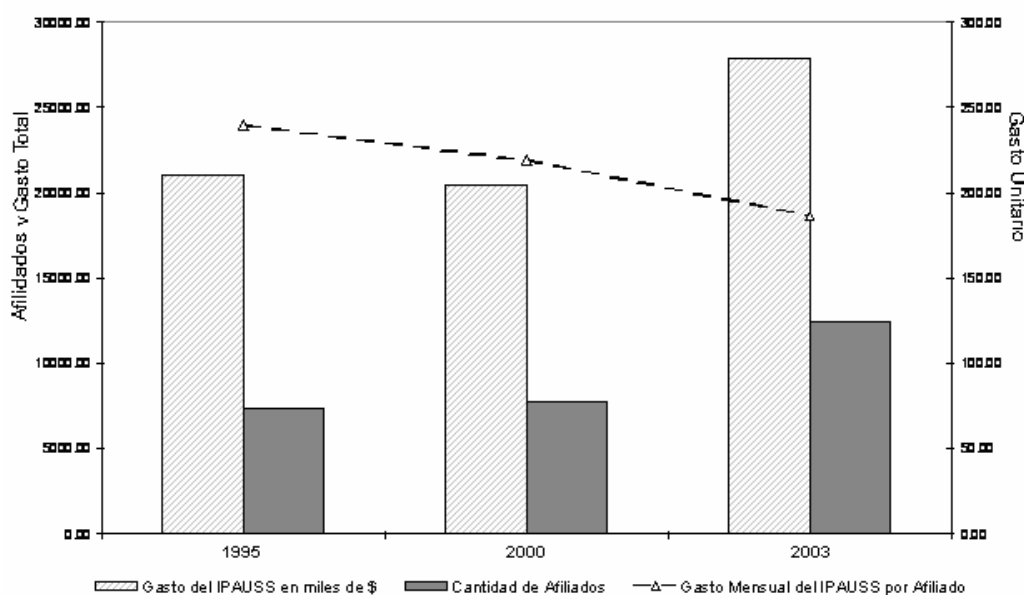
Desde el año 1979, el servicio de odontología se encuentra integrado a la estructura del IPAUSS, y para 1999 se contaba con ocho odontólogos y siete personas encargadas de tareas administrativas.

Hacia 2001 el servicio propio brindado en la municipalidad de Río Grande se discontinúa, abriendo un registro de odontólogos, llegando en el año 2004 a contar con 22 profesionales en cada ciudad, y 15 profesionales contratados en los hospitales.

Si bien en todos los casos el mecanismo de pago utilizado es por acto médico, se ha establecido un límite máximo de pago de \$2.500 mensuales (equivalente a cien pacientes por mes) que, agregado al pago de co-seguros se asciende a una remuneración de \$3.500. De este modo, las erogaciones del Instituto en este servicio reflejaron una reducción del gasto en torno del 58%.

Como resultado parcial, el modelo de gerenciamiento ha logrado reducir el riesgo financiero directo de la obra social provincial, en tanto sus desembolsos no están ajustados a la tasa de uso de sus beneficiarios, transfiriéndolo hacia los prestadores. En términos de erogaciones, la Figura 3.1 presenta la evolución del gasto de la Obra Social Provincial, su cantidad de afiliados y el gasto per cápita para los años 1995, 2000 y 2003:

Figura 3.1
Evolución del Gasto per Cápita de la Obra Social Provincial. Años 1995 – 2003
- pesos constantes de 1999 -



Fuente: IPAUSS y Ministerio de Economía - Evolución del Gasto Social.

La Figura muestra claramente una caída del gasto per cápita mensual de la Obra Social Provincial, profundizándose entre los años 2000 y 2003. Este hecho está asociado al crecimiento de la cantidad de afiliados más que proporcionalmente al crecimiento del gasto total: si bien ambos indicadores muestran un aumento entre periodos, el primero lo hizo en un 60 por ciento en tanto el segundo en un 36 por ciento. Este fenómeno, sugiere cierta mejora en la asignación de los recursos de la Institución, especialmente a partir del año 2000.

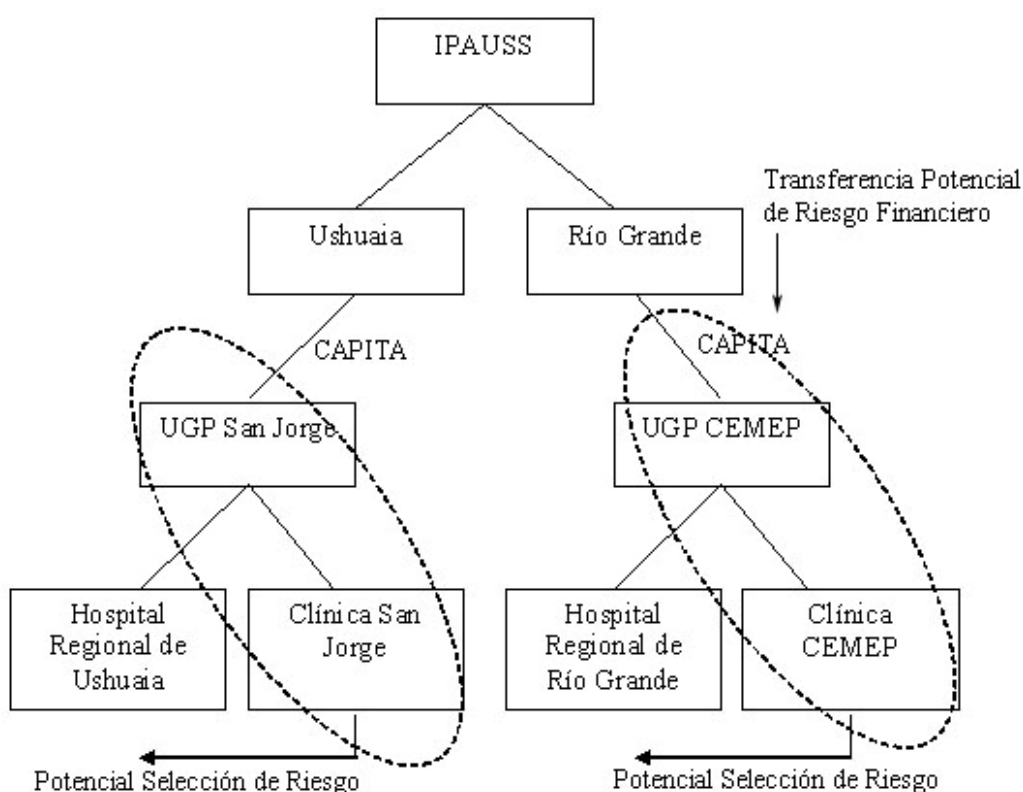
Sin embargo, el sistema de gerenciamiento dual, a través de dos grandes UGP dentro de la provincia, y una en el resto de país provoca alguna inconsistencia de atención intermunicipal/jurisdiccional entre los beneficiarios del IPAUSS. En este sentido, los beneficiarios radicados en Río Grande, no puede ser atendidos en la ciudad de Ushuaia, salvo en el caso de una emergencia y viceversa. Del mismo modo, aquellos afiliados en "jurisdicción extraña"⁴, con domicilio prestacional fuera

⁴ Utilizando el término empleado por IPAUSS.

de la provincia, no pueden recibir atención médica dentro de Tierra del Fuego, a excepción de las urgencias.⁵

Al interior de la provincia, la relación entre el financiador (IPAUSS), el intermediario financiero (UGPs) y los prestadores puede ser representada mediante el siguiente diagrama. En cada municipio existe un sólo intermediario entre el Instituto y los prestadores y cada uno de ellos, cuenta con el único centro privado de atención existente en cada ciudad.⁶

Figura 3.2. Diagrama de Contrato IPAUSS



De acuerdo a esta organización, la obra social deposita los fondos en el Banco de la Provincia de Tierra del Fuego, en tanto las Unidades Gerenciadoras libran órdenes de pago mensuales a cada efector, de acuerdo a un ponderador que contempla el número y tipo de consultas realizadas. Para ello, ambos efectores

⁵ En el caso de los afiliados en tránsito, no cuentan con un efector en el resto del país. Ante una urgencia, deben realizar un contacto con la Obra Social de la provincia en la que se encuentre quien le indicará el lugar de atención.

⁶ Este hecho se fundamenta en que el pliego de la licitación exigía que la gerenciadora debía contar con servicios prestacionales propios.

deben presentar mensualmente ante la UGP de su área una planilla que contenga la información sobre prestaciones del período vencido.

Dada la estructura de pago capitado del IPAUSS a la UGP, y la relación vertical entre estas últimas y sus centros de atención, existen incentivos a una mayor transferencia de riesgo desde el financiador al gerenciador y desde el sector privado hacia el público, en términos de cantidad y complejidad de consultas que ambos reciben.

Marco Teórico: Tamaño de Mercado e Integración Vertical

El concepto de firma y su relación con el mercado tiene como cita obligada al trabajo pionero de Coase (1937). En él se presenta a la firma como unidad funcional, establecida con el objeto de minimizar no sólo los costos de producción, sino también aquellos asociados con las transacciones de bienes y servicios necesarios para desarrollar el proceso productivo. De este modo, la firma es vista como un “nexo de contratos”, capaz de identificar el grado eficiente de integración para el logro de su función objetivo. Los desarrollos posteriores en teoría de la organización industrial toman como base esta definición, incorporando conceptos tales como información asimétrica entre las partes contratantes, respuestas ante fluctuaciones en la demanda, y definición de comportamiento estratégico entre competidores de un mercado, entre otros.

Generalmente el mercado, ante fallas de diversa índole, no constituye en sí mismo un sistema idóneo de asignación de recursos, en tanto los mecanismos de precios no incorporan toda la información necesaria para tal fin. Dado esto, las firmas requieren de instrumentos adicionales que superen el marco clásico de información perfecta. En este sentido, Williamson (1985) propone un esquema de análisis, la “economía de los costos de transacción”, clasificando estas fallas y sugiriendo “umbrales” a partir de los cuales la firma preferirá “gobernar” internamente sus costos de transacción y producir sus insumos (o comercializar sus productos), u optará por utilizar el mercado como sistema de provisión.

A partir de la falta de información perfecta, que potencialmente genera comportamiento oportunista por parte de los actores participantes, Williamson desarrolla su contribución utilizando dos ejes centrales. El primero de ellos se asocia con la especificidad del capital requerido para el proceso productivo: mayor especificidad aleja a la transacción de la órbita del mercado, cuyos productos son mayormente estandarizados. Por la misma razón, la falta de requerimientos específicos hace relativamente más costosa la fabricación interna de un producto. El segundo aspecto propuesto es la frecuencia de la transacción: compras habituales de un bien permiten un proceso de aprendizaje de las partes y el desarrollo de proveedores con incentivos a invertir, incluso en bienes muy específicos, en tanto que necesidades esporádicas requerirán de la internalización de su producción, a fin de garantizar la provisión y su calidad.

En base a ello se establece una matriz de alternativas que da lugar a una tipología de contratos. En un extremo, el contrato clásico permite comprar en el mercado un bien estandarizado sin compromiso de continuidad, en tanto que el caso opuesto implica un acuerdo específico de largo plazo entre las partes.

La visión moderna de la teoría de la integración vertical permite incorporar un elemento adicional, contemplando la posibilidad que la misma se haga efectiva no necesariamente en términos de propiedad del equipamiento, tecnología o diseño de producción, sino desde la perspectiva del control –sin propiedad- del proceso productivo (Riordan, 1991). La “integración en control” no requiere de inversiones de capital que inmovilicen activos, sino de un acuerdo entre partes que garantice las cantidades, calidades y tiempos de la provisión, articulando una dependencia mutua entre partes. A partir de ello, el contrato sellado entre un productor y su principal (financiado) incluye no sólo las características del bien o servicio prestado y sus condiciones de entrega, sino los mecanismos de absorción/transferencia de riesgos y los derechos sobre la capacidad productiva no utilizada, *residual claims*. (Grossman y Hart, 1986).

Claramente, la naturaleza del servicio brindado y la estructura del mercado de tal servicio (íntimamente asociadas) influye sobre la capacidad de negociación de las partes al momento de establecer precios, condiciones y mecanismos de compartir/transferir riesgos. Ello determina que no exista una regla absoluta que señale en qué casos es más eficiente la integración vertical a la búsqueda del mercado como asignador de recursos. La elección depende de factores tales como el desarrollo de redes asociadas con externalidades de aprendizaje y confianza, lo repetitivo que sean las contrataciones en el proceso de producción, entre otros.

El funcionamiento de los mercados prestadores de bienes y servicios de salud constituyen un campo ideal para la aplicación de estos conceptos teóricos. Adicionalmente, el caso fueguino presentado en este trabajo propone un escenario particularmente interesante, que se extiende más allá de las implicancias del proceso descrito sobre el acceso, la cobertura y la equidad del sistema de salud provincial.

Traduciendo el marco teórico discutido a la luz de la implementación del contrato IPAUSS, encontramos:

- un financiador (el principal) que opta por la contratación de intermediarios para la provisión de servicios a sus beneficiarios, dentro de un marco de información asimétrica y limitado control,
- dos intermediarios integrados verticalmente en la provisión de parte del menú de servicios a brindar, y con incentivos para transferir estratégicamente el riesgo financiero y sanitario a aquellos prestadores que se encuentran por fuera de la “firma”, los hospitales regionales,
- un mecanismo de pago basado en cápitas compartidas, que reduce el riesgo financiero del principal y propone una puja de intereses entre prestadores,

- dos prestadores públicos (los hospitales regionales) con incentivos en conflicto: aumentar la facturación en la seguridad social sin dañar el acceso de la población sin cobertura formal y,
- un “mercado” pequeño y aislado, donde por definición los niveles de especificidad (y por lo tanto, los costos de producción) son altos y los costos de transacción del sistema provincial involucran traslados de pacientes para tratamiento fuera del territorio.

De este modo, y como consecuencia del pago capitado del IPAUSS a las Unidades Gerenciadoras, éstas últimas, y particularmente sus centros de atención, deben hacer un esfuerzo para controlar la toma de riesgo. El principal problema identificado radica en el condicionamiento del tamaño sobre el accionar económico-estratégico de las clínicas.

El reducido número de habitantes de la provincia, siendo en su mayoría adultos-jóvenes, establece una probabilidad de baja frecuencia de enfrentar enfermedades que demandan prestaciones altamente costosas. En este sentido, ante intervenciones poco frecuentes y que requieren de un capital altamente específico, las alternativas disponibles del prestador son:

- Integrar verticalmente el control del servicio, vía subcontratación de otro centro de atención y la consecuente derivación del paciente. Dichos prestadores pueden ser tanto el hospital regional como algún efector perteneciente a otra jurisdicción.
- Integrar verticalmente la propiedad del servicio a la estructura prestacional de la Institución y ofrecerlo en sus instalaciones, con el costo de oportunidad inherente a tal inversión.

La elección depende del costo implícito en cada una de ellas. En el caso del sistema prestacional de Tierra del Fuego se plantea una cuestión particular: en algunos casos, el costo de incorporar verticalmente la propiedad de un servicio específico - costo variable más costo de gobernabilidad - podría resultar similar o menor incluso al costo incurrido en la subcontratación de terceros, debido a las elevadas erogaciones que esta última opción implica. Por un lado, la existencia de restricciones de transporte limita la utilización de servicios establecidos en provincias cercanas, implicando la derivación del paciente a la Ciudad de Buenos Aires, que incluye, dentro de la cápita abonada por el IPAUSS, el traslado y la estadía no sólo del paciente sino también de un familiar.⁷ A modo de ejemplo, en el año 2001 este tipo de gasto representó el 30 por ciento de los ingresos de la UGP San Jorge y 20 por ciento en el año 2004.

⁷ Si el paciente es un niño los acompañantes pueden llegar a ser los dos padres.

Figura 3.3
Matriz de Contratos

| Capital requerido | Evento | |
|---------------------------|---|--------------------------------------|
| | Esporádico | Frecuente |
| Alta especificidad | Subcontratación: Htal Regional ú otra provincia | Integración Vertical de la Propiedad |
| Baja especificidad | Subcontratación: Htal Regional ú otra provincia | Mercado |

A partir de ello, el dilema de integrar verticalmente la propiedad y control de un servicio versus integrar solamente el control vía subcontratación será definido por la frecuencia de utilización de dicho servicio. En este sentido, el centro de atención tiene incentivos a integrar verticalmente la propiedad de aquellos servicios con mayor frecuencia de utilización, en tanto esto le permitirá recuperar el capital invertido en un plazo de tiempo menor. Por tal motivo, ambas gerencadoras han integrado verticalmente algunos servicios específicos, tales como neonatología, diagnóstico por imágenes, mamografía computada, resonador magnético, cardiocirugía y cirugía parascópica. Así también se ha acentuado el traslado de especialistas a la provincia, reduciendo los costos asociados con los viáticos en dirección opuesta.

En base a lo anterior, la pregunta de investigación que se plantea es cuál es la capacidad del hospital público autogestionado de evitar absorber la mayor parte del riesgo sanitario al tiempo de incrementar su participación en la cápita abonada mensualmente por el IPAUSS. De este modo, los incentivos generados por el contrato en un contexto de “mercado pequeño” recaen en la capacidad de “gestión de servicios” del eslabón con mayor percepción de riesgo.

4- Resultados

En la sección anterior, se estudió el mecanismo de pago utilizado por la Obra Social de la Provincia y la estructura contractual con sus prestadores, públicos y privados, mediante la incorporación de un Intermediario Financiero (UGP) en cada municipio.

El IPAUSS negocia directamente con la UGP el valor de la cápita por un paquete de servicios determinado y ésta última distribuye proporcionalmente el presupuesto entre el número de consultas brindadas por los dos prestadores: el hospital regional y la clínica privada. Para ello, ambos efectores deben presentar mensualmente ante la UGP una planilla que contenga el número y tipo de consultas prestadas a beneficiarios del IPAUSS.

Sin embargo, la capacidad de los hospitales de registrar todas las consultas realizadas por los afiliados al IPAUSS es limitada, impidiendo mantener una mayor participación en la cápita del Instituto. De acuerdo con los Directores del Hospital Regional de Río Grande y de Ushuaia, el subregistro es de aproximado del 60 y 50 por ciento, respectivamente. De acuerdo a la información disponible obtenida, la Tabla 4.1 presenta por trimestre la cantidad de consultas promedio mensual recibida por prestador y ciudad:

Tabla 4.1
Cantidad de consultas promedio mensual por prestador.
II trimestre 2001 - II trimestre 2004

| Prestador\Trimestre | | II Trimestre 01 | II Trimestre 02 | II Trimestre 03 | II Trimestre 04 |
|------------------------------------|----------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| CEMEP | Unidades | 12,508 | 11,519 | 13,520 | 15,156 |
| | % | 80.90 | 78.67 | 85.39 | 80.29 |
| Hospital Regional de Río Grande | Unidades | 2,953 | 3,123 | 2,313 | 3,720 |
| | % | 19.10 | 21.33 | 14.61 | 19.71 |
| Clínica San Jorge | Unidades | | 17,001 | 19,924 | 15,900 |
| | % | | 74.47 | 82.12 | 72.56 |
| Hospital Regional de Ushuaia | Unidades | | 5,828 | 4,339 | 6,013 |
| | % | | 25.53 | 17.88 | 27.44 |

Fuente: IPAUSS

En la ciudad de Ushuaia, la participación del Hospital Regional en el total de consultas de beneficiarios del IPAUSS registradas es volátil entre el segundo trimestre de 2002 y el mismo trimestre de 2004. Sin embargo, entre los años 2003 y 2004 se aprecia un crecimiento, pasando del 17.8 por ciento al 27.4 por ciento de las prestaciones, en tanto la participación del sector privado se redujo, hecho que remarca la mejora del desempeño del Hospital en la participación de la cápita del IPAUSS.

En Río Grande el número de consultas totales realizadas por los beneficiarios del IPAUSS experimentó un crecimiento entre los años 2003 y 2004 en ambos prestadores. Sin embargo, tal crecimiento fue mayor en el Hospital Regional, con una participación sobre el total del 14.61 por ciento en el segundo trimestre de 2003 al 19.71 por ciento en el mismo trimestre de 2004.

A pesar de la insuficiencia de la información disponible, ambos hospitales lograron mantener un crecimiento de su participación en las consultas totales realizadas por los beneficiarios del IPAUSS aunque con diferencias entre jurisdicción. En este sentido, el desempeño logrado por el Hospital Regional de Ushuaia resulta más satisfactorio que aquel realizado por el de Río Grande. Este fenómeno sugiere que existe un leve incremento de la capacidad del sector público para limitar la absorción del riesgo en términos de cantidad de consultas. Un análisis complementario se presenta en la Tabla 4.2, que incorpora la cantidad de consultas según tipo y prestador.

Tabla 4.2
Cantidad de consultas mensuales promedio por tipo y prestador. II Trimestre 2001 – II Trimestre 2002

| Departamento | Tipo de Consulta | II Trimestre 01 | | | II Trimestre 02 | | | II Trimestre 03 | | | II Trimestre 04 | | |
|--------------|--|-----------------|---------------|------------------------------|-----------------|---------------|------------------------------|-----------------|---------------|------------------------------|-----------------|---------------|------------------------------|
| | | Consultas | | Participación pública (en %) | Consultas | | Participación pública (en %) | Consultas | | Participación pública (en %) | Consultas | | Participación pública (en %) |
| | | Públicas | Privadas | | Públicas | Privadas | | Públicas | Privadas | | Públicas | Privadas | |
| Ushuaia | Consultas | | | | 2,199 | 4,812 | 31.36 | 1,825 | 4,954 | 26.93 | 2,295 | 6,244 | 26.88 |
| | Prácticas baja complejidad | | | | 407 | 2,894 | 12.32 | 414 | 2,740 | 13.12 | 788 | 2,865 | 21.56 |
| | Prácticas alta complejidad | | | | 21 | 363 | 5.35 | 2 | 164 | 1.41 | 26 | 88 | 22.57 |
| | Laboratorio baja complejidad | | | | 2,262 | 7,415 | 23.38 | 1,597 | 10,229 | 13.50 | 1,702 | 4,603 | 26.99 |
| | Laboratorio alta complejidad | | | | 259 | 301 | 46.29 | 35 | 427 | 7.57 | 348 | 483 | 41.88 |
| | Ecografías baja complejidad | | | | 56 | 292 | 16.05 | 53 | 312 | 14.43 | 84 | 360 | 18.92 |
| | Ecografías alta complejidad | | | | 15 | 60 | 19.40 | 24 | 88 | 21.60 | 51 | 118 | 30.27 |
| | Radiología baja complejidad | | | | 541 | 733 | 42.46 | 338 | 834 | 28.83 | 658 | 1,017 | 39.27 |
| | Radiología alta complejidad | | | | 3 | 45 | 6.28 | 0 | 42 | 0.00 | 2 | 24 | 5.88 |
| | Internaciones clínicas | | | | 26 | 33 | 43.78 | 19 | 46 | 28.87 | 20 | 39 | 33.90 |
| | Internaciones quirúrgicas | | | | 24 | 38 | 38.06 | 21 | 70 | 22.88 | 28 | 41 | 40.44 |
| | Partos | | | | 13 | 10 | 56.38 | 8 | 11 | 43.86 | 10 | 9 | 51.35 |
| | Internaciones terapia intensiva (adultos) | | | | 3 | 6 | 33.33 | 3 | 7 | 33.33 | 4 | 11 | 26.67 |
| | Internaciones terapia intensiva (niños) | | | | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | Internaciones terapia intensiva (neonatal) | | | | 1 | 1 | 50.00 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | Total de Consultas Ushuaia | | | | 5,828 | 17,001 | 25.53 | 4,339 | 19,924 | 17.88 | 6,013 | 15,900 | 27.44 |
| Rio Grande | Consultas | 1,104 | 5,302 | 17.23 | 1,076 | 5,740 | 15.79 | 650 | 6,557 | 9.02 | 1,038 | 7,321 | 12.42 |
| | Prácticas baja complejidad | 469 | 1,554 | 23.16 | 498 | 1,553 | 24.29 | 378 | 1,411 | 21.11 | 532 | 1,855 | 22.29 |
| | Prácticas alta complejidad | 12 | 45 | 20.89 | 1 | 25 | 5.00 | 4 | 27 | 11.48 | 2 | 80 | 2.44 |
| | Laboratorio baja complejidad | 758 | 4,112 | 15.56 | 492 | 2,931 | 14.36 | 851 | 3,927 | 17.81 | 1,509 | 4,028 | 27.25 |
| | Laboratorio alta complejidad | 399 | 405 | 49.63 | 538 | 284 | 65.45 | 122 | 415 | 22.74 | 149 | 606 | 19.74 |
| | Ecografías baja complejidad | 38 | 193 | 16.36 | 58 | 198 | 22.79 | 28 | 186 | 12.91 | 58 | 272 | 17.58 |
| | Ecografías alta complejidad | 1 | 45 | 1.11 | 2 | 51 | 3.18 | 2 | 48 | 3.03 | 6 | 74 | 7.50 |
| | Radiología baja complejidad | 139 | 572 | 19.58 | 397 | 451 | 46.83 | 227 | 609 | 27.13 | 360 | 643 | 35.89 |
| | Radiología alta complejidad | 0 | 218 | 0.00 | 35 | 228 | 13.32 | 26 | 296 | 7.94 | 19 | 194 | 8.92 |
| | Internaciones clínicas | 14 | 21 | 41.01 | 13 | 18 | 40.86 | 10 | 18 | 36.36 | 26 | 32 | 44.83 |
| | Internaciones quirúrgicas | 13 | 30 | 29.76 | 7 | 23 | 23.91 | 11 | 17 | 38.18 | 15 | 41 | 26.79 |
| | Partos | 4 | 13 | 24.24 | 3 | 17 | 16.67 | 6 | 13 | 30.56 | 3 | 10 | 23.08 |
| | Internaciones terapia intensiva (adultos) | 3 | 0 | 100.00 | 2 | 0 | 100.00 | 2 | 0 | 100.00 | 3 | 0 | 100.00 |
| | Internaciones terapia intensiva (niños) | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | Internaciones terapia intensiva (neonatal) | 1 | 0 | 100.00 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| | Total de Consultas Rio Grande | 2,953 | 12,508 | 19.10 | 3,123 | 11,519 | 21.33 | 2,313 | 13,520 | 14.61 | 3,720 | 15,156 | 19.71 |

Fuente: IPAUSS

La cantidad de consultas mantuvo un comportamiento similar en Ushuaia como en Río Grande. En este sentido, el sector privado en todos los trimestres recibió mayor cantidad de pacientes del IPUSS que el sector público, llegando en el año 2004 a tener una participación del 73.1 por ciento en Ushuaia y del 87.6 por ciento en Río Grande.

En términos de prácticas de alta complejidad, la participación del Hospital Regional de Ushuaia se incrementó en el tiempo, llegando en 2004 a realizar el 22.57 por ciento de las mismas. Dicho incremento está asociado tanto a un aumento en el número de prácticas realizadas en el sector público como a la reducción de las efectuadas en la Clínica San Jorge. Por su parte, en Río Grande la relación es inversa: se verificó un aumento de las prácticas de alta complejidad realizadas en el sector privado bis a bis una caída de las mismas en el sector público, llegando en 2004 a representar éstas últimas sólo el 2.4 por ciento del total.

La cantidad de prácticas de baja complejidad entre prestadores de la ciudad de Río Grande no experimentó variaciones significativas, manteniendo en el tiempo la participación de cada efector (22.29 por ciento público). Sin embargo, en Ushuaia dicha participación fue variando a favor del sector público (21.6 por ciento en 2004) como consecuencia del incremento del número de prácticas registradas.

Considerando los estudios de laboratorio de baja complejidad, tanto en Ushuaia como en Río Grande la participación de los Hospitales Regionales sobre el total de estudios se ve incrementada en el tiempo, llegando a 2004 a ser del 27.0 y 27.2 por ciento, respectivamente.

Contrariamente, la participación del Hospital Regional en el total de estudios de laboratorios de alta complejidad se reduce en el tiempo, alcanzando el 41.9 por ciento en Ushuaia y del 19.7 por ciento en Río Grande. En la ciudad de Ushuaia, esta variación se encuentra asociada con el incremento más que proporcional de los estudios de este tipo ocurridos en el sector privado. Sin embargo, en Río Grande los estudios de laboratorio de alta complejidad en el sector público cayeron en términos absolutos entre 2001 y 2004.

En el rubro de ecografías, prácticas radiológicas e internaciones, entre el período seleccionado para cada municipio no existe una variación significativa en las participaciones de cada sector, teniendo en todos los casos mayor preponderancia el sector privado.

Los resultados alcanzados sugieren la ausencia de un patrón definido de transferencia de riesgo desde el sector privado hacia los hospitales regionales. Este riesgo tiene dos componentes. El primero, asociado con el número de consultas totales y la participación en la cápita del IPAUSS. En este sentido, ambos Hospitales Regionales, aunque en mayor medida en el caso de Ushuaia, lograron incrementar su protagonismo en el registro de consultas totales realizadas por los beneficiarios del IPAUSS.

El segundo riesgo, de tipo sanitario, se expresa en términos de la calidad de las consultas recibidas. A partir del análisis de la Tabla 4.2 es posible inferir que no se encuentra un mecanismo de transferencia de riesgo sanitario desde el sector privado hacia el público, en tanto se observa un incremento del número de prestaciones oficiales de baja complejidad y una constancia en la distribución porcentual de las prestaciones de alta complejidad. Complementariamente, se aprecia una tendencia hacia la especialización por parte del sector privado en los estudios de laboratorio de alta complejidad en ambos distritos.

5- Conclusiones

El objetivo del presente trabajo, luego de describir la organización y el funcionamiento del sistema de salud provincial, fue el de identificar los mecanismos de financiamiento y provisión de servicios de salud en la provincia de Tierra del Fuego, jurisdicción atípica en el contexto nacional por varios motivos. En primer lugar, su perfil socioeconómico y sanitario refiere a niveles de ingreso superiores a la media nacional, una población pequeña y concentrada en dos centros urbanos, y con una composición étnica que reduce los riesgos epidemiológicos de cualquier sistema de cobertura de salud. El problema de acceso a los servicios no refiere a una discusión sobre la equidad del sistema en un sentido tradicional, en tanto la cobertura es amplia y comprehensiva. Sin embargo, la característica insular de la provincia, la falta de articulación en las comunicaciones con otras ciudades fuera del distrito, y su alejamiento de los grandes centros de atención generan un desafío de política a fin de articular un sistema de cuidados eficiente basado en patrones adecuados de referencia de pacientes. Asimismo, la escala poblacional descarta la existencia de estructuras competitivas de provisión de servicios, generando una tensión entre la escala de prestaciones necesaria y la capacidad de regular eventuales prácticas monopólicas.

El sistema de gerenciamiento de cartera del IPAUSS, la obra social provincial, incorpora un elemento adicional: La articulación del financiamiento público a fin de estructurar un modelo provincial de salud, que incorpore a prestadores públicos y privados, que minimice la transferencia de riesgos sanitarios y epidemiológicos, evitando subsidios cruzados entre subsectores.

Basado en un marco teórico de costos de transacción, este documento intenta capturar la naturaleza del problema: cómo establecer reglas contractuales que procuren “simular” un escenario alejado de prácticas típicas de mercados concentrados. La data disponible fue entonces dirigida a identificar la capacidad del eslabón más expuesto de la cadena de servicios de salud (los Hospitales Regionales) para hacer frente a un contexto caracterizado por la presencia de necesidades de financiamiento, cápitas compartidas con un sector privado integrado verticalmente con el gerenciador del contrato.

Los resultados obtenidos muestran algunos datos alentadores, con implicancias claras de política pública: el nivel de gasto promedio por afiliado se redujo a partir del nuevo esquema de contratación, y el desempeño del efector público en ocasiones es capaz de evitar la potencial transferencia de riesgos sanitarios, aumentando al mismo tiempo su recaudación. Claramente, la efectividad de este instrumento depende de la capacidad de gestión pública, como también de la transparencia en los mecanismos de monitoreo y evaluación de data por parte de la Dirección de la Seguridad Social.

Asimismo se percibe un esfuerzo de eficiencia por parte de los prestadores privados. Este se encuentra asociado con la internalización de aquellos procesos médicos más estandarizados y recurrentes, el control de los mecanismos de referencia y la inversión de la corriente de consultas, acercando la oferta a la provincia en vez de trasladar los pacientes a los lugares de atención.

Ambos aspectos –diseño del contrato y mecanismos de integración de servicios– refieren a una discusión que escapa al territorio de Tierra del Fuego, y que puede ser reinterpretado, con las especificidades de cada caso, a otras provincias. Esta discusión descansa en los modos en que el modelo de atención y el modelo de contratación minimizan riesgos sanitarios y financieros, no sólo de la población objetivo, sino del sistema de aseguramiento social como estructura a ser coordinada.

La falta de información complementaria impidió un seguimiento sostenido del desempeño relativo de cada Hospital Regional, las asignaciones financieras por parte de las Gerenciadoras, como también del impacto en la percepción del usuario de los beneficios o perjuicios originados en el cambio de régimen.

6- Bibliografía

- Barnum, H., J. Kutzin, y H. Saxenian (1995). "Incentives and Provider Payment Methods", Human Resources Development and Operations Policy. WP 51.
- Beath, J. y Y. Katsoulacos (1991) The Economic Theory of Product Differentiation, Capítulos 5 y 6. Cambridge University Press.
- Coase, R. (1937), The Nature of the Firm, *Economica* 4 n.s.
- Eastaugh, S. (1992) Health Economics. Efficiency, Quality and Equity. Partes 2 y 3, Auburn House.
- Ellis, R. y T. McGuire (1986) "Provider Behavior under Prospective Payment: Cost Sharing and Supply", *Journal of Health Economics* N° 5 (2).
- Ellis, R. y T. McGuire (1988) "Insurance Principles and the Design of Prospective Payment Systems", *Journal of Health Economics* N° 7 (3).
- Grossman, S. y O. Hart (1986) "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration", *Journal of Political Economy*, 94.
- Hart, O. and B. Holmstrom (1987) "The Theory of Contracts", in T.F.Bewley (ed.), *Advances in Economic Theory*. Cambridge University Press.
- Hart, O. y J. Tirole (1990) "Vertical Integration and Market Foreclosure", *Brookings Papers on Economic Activity, Microeconomics*.
- Helfat, C. y D. Teece (1987) "Vertical Integration and Risk-Reduction", *Journal of Law, Economics and Organization*, Spring.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2001), Censo Nacional de Población y Vivienda.
- Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social, información estadística, mimeo.
- Kreps, D. (1988) Notes on the Theory of Choice, *Underground Classics in Economics*, Westview Press.
- Liberman, M. (1991) Determinants of Vertical Integration: An Empirical Test. *The Journal of Industrial Economics*, Volumen 39.
- Maceira, D. (2003), "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Argentina.
- Maceira, D. (2006), "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", capítulo 8 de Política del Gasto Social, la Experiencia Argentina, Cristina Flood, editora.
- Maceira, D. y Poblete, C. (2003), "Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999", *Desarrollo Económico*, Volumen 43, N° 171, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, Argentina.
- Maceira, D., (1998). "Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo", *Partnerships for Health Reform*.
- Ministerio de Economía, Dirección de Gasto Social Consolidado, varios años.

Ministerio de Economía, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, información disponible en www.mecon.gov.ar

Ministerio de Economía, Subsecretaría de Relaciones con las Provincias, (2001) "Obras Sociales Provinciales. Primer Informe de Avance", mimeo.

Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, Hospitales Regionales de Ushuaia y de Río Grande, información estadística, mimeo.

Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, información estadística, mimeo.

Organización Panamericana de la Salud (2002) Indicadores Básicos de la Argentina, Año 2000.

Riordan, M. "Ownership without Control: Towards a Theory of Backward Integration", Journal of Japanese and International Economics.

Shaked, A. y J. Sutton (1987) "Product Differentiation and Industrial Structure", Journal of Industrial Economics, 36(2).

Tirole, J. (1990) The Theory of Industrial Organization, MIT Press.

Williamson, O. (1985) The Economic Institutions of Capitalism, Free Press, NY.

Williamson, O. (1985) Vertical Integration: Theory and Policy. The Economic Institutions of Capitalism.