

Documento de trabajo N° 17

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

DANIEL MACEIRA Y SOFÍA OLAVIAGA

Septiembre 2008



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

Agradecimientos:

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

Antonio Vargas, Sanatorio Regional

Carlos I. Pesa, Asociación de Cínicas y Sanatorios de Tucumán (ACYST) y Sanatorio 9 de Julio

Dante A. Erbetta, Sanatorio Argentino

Eugenio Lobo, Hospital Ángel Padilla

Fernando Avellaneda, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán

Fredi Rodríguez Yonseng, Sanatorio Rivadavia

Graciela Fernández, Sanatorio Alberdi

Graciela Lavado, Hospital del Niño Jesús

Graciela Saleme, Sanatorio Infantil San Lucas

Hernán Zanellato, Sanatorio Modelo

Horacio Carreras, Sanatorio Mayo

Hugo Gómez Guchea, Colegio Médico de Tucumán

Inés Yamuss, Agrupación Sanatorial del Tucumán

Jorge Llaya, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta

Jorge Rego, Hospital Juan Bautista Alberdi

Josefa Castagnaro, Subsidio Salud

Julio Manuel Isa, Hospital Regional Concepción

Liliana de Girón, Sanatorios y Clínicas Asociadas de Tucumán (SYCAT)

Marcela Pasquini, Sanatorio Pasquini

Marcelo Fabio Morales, Sanatorio Norte

Mario Ovejero, Sanatorio Mayo

Máximo Diosque, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán

Miguel Gordillo, Hospital Juan Bautista Alberdi

Olga E. Fernández, PAMI, UGL I Tucumán

Oscar Rogero, Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda

Pablo Yedlin, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán

Raúl Penna, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán

Roxana Chala, Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes

Rubén Socolsky, Círculo Médico del Sur

Sergio A. Neme, Sanatorio Parque

Sergio Merina, Subsidio Salud

Sergio Reinoso, Clínica del Pilar

Silvia Yamuss, Agrupación Sanatorial del Tucumán, Clínica Integral de la Mujer, Sanatorio Mitre, Sanatorio Central y Sanatorio Galeno

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

Correspondencia a dmaceira@cippec.org y solaviaga@cippec.org

ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN	2
2 - MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS MECANISMOS DE PAGO: ESTRUCTURA DEL MERCADO, PODER DE NEGOCIACIÓN Y RACIONALIDAD	5
3 - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y SANITARIAS DE TUCUMÁN	7
4 - ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN Y SUS PRINCIPALES ACTORES.....	10
4.1 SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD (SIPROSA)	12
4.2 SEGURIDAD SOCIAL	14
4.3 SECTOR PRIVADO: PREPAGAS Y ASOCIACIONES INTERMEDIAS.....	17
5 - ANTECEDENTES DE LOS PRINCIPALES ACTORES DEL SISTEMA	19
6 - PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	21
7 - METODOLOGÍA	22
8 - COMPORTAMIENTO ESTRATÉGICO Y MORFOLOGÍA DEL SISTEMA DE SALUD	25
8.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	25
8.1.1 Estructura de mercado, competencia percibida y estrategias desarrolladas.....	25
8.1.2 Estructura de financiamiento, contratos y mecanismos de pago.....	31
8.2 SUBSECTOR PÚBLICO	37
9- CONCLUSIONES.....	39
10 - BIBLIOGRAFÍA	41

RESUMEN EJECUTIVO

Un sistema de salud persigue asignar recursos de manera eficiente, a fin de brindar servicios de calidad y asegurar el acceso equitativo al cuidado de la salud de su población. Sin embargo, el grado de alcance de cada uno de ellos dependerá de la estructura del sistema, las características de su modelo prestacional y asegurador, y de los mecanismos de contratación y pago seleccionados por los diversos actores del sistema.

El caso Argentino presenta una cobertura de salud compartida entre el sector público, las Obras Sociales Nacionales y Provinciales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones en la provisión de servicios, el financiamiento y la coordinación en aseguramiento social. En este esquema descentralizado, las respuestas institucionales que han desarrollado las distintas autoridades sanitarias como también el resto de los actores del sector salud (subsector privado y de la seguridad social) difieren entre provincias.

En este marco, el presente estudio se propone analizar la estructura del mercado de salud de la provincia de Tucumán (los actores), los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan (la negociación de ellos) y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo. Para ello, se realizó una revisión de literatura, se desarrolló un mapeo de actores del sector y se aplicó una encuesta a una muestra de establecimientos prestadores de servicios de salud (públicos y privados).

Los resultados presentan a Tucumán como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia, dispersando el concepto de competencia al interior de la jurisdicción. En este contexto, caracterizado por un modelo segmentado y un alto numero de competidores concentrados geográficamente, el acceso a contratos constituye el primer mecanismo para definir la competencia entre establecimientos privados.

La obra social provincial (Subsidio Salud), luego el conjunto de las obras sociales nacionales y el PAMI, son los principales financiadores del sector prestacional privado de la provincia. Estas instituciones registran diferencias en sus estrategias y mecanismos de contratación y pago, asociado con su mecanismo de priorización y el peso relativo de los actores en la negociación.

El Subsidio Salud, mantiene contrato con casi la totalidad de establecimientos, donde las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante como intermediarios en la negociación de contratos colectivos. A su vez, su modo de pago difiere dependiendo del tipo de establecimiento, asociado con el poder de mercado de las instituciones y el riesgo compartido.

El PAMI, por su parte, luego de la implementación del nuevo modelo prestacional (2006), se concentró en establecimientos de capacidad mediana y pequeña, eliminando la participación de asociaciones intermedias en el proceso de negociación de contratos. Esta institución, a diferencia de Subsidio Salud, opta por un mecanismo de pago capitulado asociado a una transferencia de riesgo con techo.

El sector publico, por su parte, muestra una descentralización más formal que real, en la medida que la definición del presupuesto, las compras, la subcontratación de bienes y servicios y la contratación de personal de planta permanente de los Hospitales se encuentra mayoritariamente centralizada en el Ministerio provincial.

1- INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud persigue asignar recursos de manera eficiente, a fin de brindar servicios de calidad y asegurar el acceso equitativo al cuidado de la salud de su población. Sin embargo, el grado de alcance de cada uno de ellos dependerá en gran medida de la estructura del sistema, las características de su modelo prestacional y asegurador, y de los mecanismos de contratación y pago seleccionados por los diversos actores del sistema.

La estructura de un sistema de salud está compuesta por una red vertical de actores, donde se identifican a los financiadores, que actúan como demandantes de bienes y servicios (obra sociales nacionales y provinciales, prepagas, el Estado, etc.), los prestadores que los ofrecen (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos particulares, etc.) y los pacientes y usuarios, que los consumen. Las características y conductas de cada grupo (cantidad y tamaño de los actores, su distribución, el grado de diferenciación de servicios y percepción de calidad de sus usuarios, entre otras), condicionan la arena de negociación de contratos, que involucra el establecimiento de mecanismos de pagos entre actores.

A su vez, cada mecanismo de pago promueve un conjunto de incentivos con impacto en la cantidad y calidad de servicios médicos, la transferencia de riesgo entre actores y la eficiencia en la utilización de los recursos.

En este marco, el presente estudio se propone analizar la particular estructura del mercado de salud de la provincia de Tucumán (los actores), los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan (la negociación de ellos) y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo.

Para ello, en la **segunda sección** se describe brevemente el marco teórico del estudio. La **tercera sección** expone el contexto socio-sanitario de la provincia, contextualizando el escenario macro donde se desarrolla el sistema de salud tucumano. La **cuarta sección** presenta la estructura del sistema sanitario provincial y los actores involucrados (financiadores y proveedores). Luego, la **quinta sección** sintetiza los principales antecedentes y cambios protagonizados por estos actores durante los últimos años, completando así la caracterización del escenario donde se instala el análisis.

A partir de allí, las **secciones sexta y séptima** presentan las principales preguntas de investigación y describen la metodología utilizada para el trabajo de campo. La **octava sección** aborda el comportamiento de los financiadores y prestadores privados de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, mediante el análisis de la estructura del mercado proveedor, la competencia y estrategias desplegadas como también la composición del financiamiento, y la negociación de contratos y mecanismos de pago. Esta sección considera asimismo la dinámica del sector público prestador, analizando indicadores asociados tanto a la descentralización en la toma de decisiones -subcontratación de servicios asistenciales- como a la gestión las compras, la contratación de personal y la administración de los fondos provenientes del recupero de costos a la seguridad social. Finalmente la última sección presenta las conclusiones del estudio.

2 - MARCO TEÓRICO

Los “mecanismos de pago” se refieren a la manera en que el dinero es asignado desde una fuente de recursos (una estructura gubernamental, una compañía de seguros u otro pagador) hacia una institución proveedora de servicios de salud (hospital, clínicas, laboratorios, farmacias, etc.) o

hacia un proveedor individual (un médico, una enfermera, un psicólogo, etc.). La configuración utilizada para la instrumentación de cada mecanismo de pago promueve un conjunto de incentivos en proveedores que impactan en el comportamiento de los mismos en términos de cantidad, calidad y tipos de servicios que prestan (Chernichovsky et al, 2003).

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

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

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

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

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

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

1. Capitación. Bajo este sistema, los prestadores reciben un monto de dinero por cada persona enrolada, para cubrir un nivel específico de cuidado de la salud y ofrecer un paquete definido de servicios, por un período de tiempo predeterminado. Es por lo tanto un mecanismo de pago de tipo prospectivo. Los proveedores reciben un monto fijo por paciente, y luego de descontar todos los costos del tratamiento, retienen el excedente como un ingreso propio. Es por ello, que el riesgo financiero del pagador es bajo y el del proveedor es alto.

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

2. Pago por prestación. Bajo este sistema los prestadores reciben un ingreso de acuerdo con el número y tipo de servicios brindados al paciente. Este es un sistema de pago retrospectivo. El riesgo financiero, en este caso, lo asume el pagador, ya que debe efectuar desembolsos por cada prestación que le factura el prestador. Esto a su vez puede generar una tendencia de los proveedores a incrementar el número de servicios (demanda inducida), muchos de los cuales en ciertas ocasiones no son requeridos. Por este motivo, en ocasiones, el mecanismo de pago por prestación puede ser acompañado por techos de desembolso (presupuesto con techo prestacional).

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

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

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

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

De las características que presenta un contrato de salud se desprenderán un conjunto de incentivos con impacto en la cantidad y calidad de la utilización de los servicios médicos, la

transferencia de riesgo entre actores y la eficiencia en la utilización de los recursos. La dirección de dichos efectos generalmente no resulta compatible entre actores. En tanto un financiador probablemente prefiera transferir el riesgo financiero al prestador a través de contratos capitados o presupuestos globales, el prestador preferirá un contrato por prestación, para no correr riesgos financieros al tiempo que optimice la calidad de los servicios que brinda. Es por ello que los contratos de salud se encontrarán en función, en primera instancia, del poder de negociación de las partes, y en segundo lugar, de la función objetivo que presenten los actores.

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

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

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

Esquema de negociación con transferencia de riesgo.

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

Fuente: elaboración propia

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

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

3 - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y SANITARIAS DE TUCUMÁN

Tucumán se encuentra ubicada en la región noroeste y es la provincia más pequeña del país, con una superficie de 22.524 km². Según proyecciones para el 2005, sobre la base del censo 2001, la provincia cuenta con 1.421.713 habitantes, siendo la jurisdicción más densamente poblada del país (59,4 hab/km²).

De acuerdo a la información expuesta en la Tabla 1, se produce una fuerte concentración de población en la Capital (39.39%), y en los departamentos que la rodean: Cruz Alta (12.14%), Tafí Viejo (8.25%) y Yerba Buena (4.97%). De Este modo, el Gran San Miguel concentra más de la mitad de la población de la provincia.

La población urbana representa 79,5% del total provincial, siendo este valor inferior a la media nacional. De esta manera, la población rural representa una quinta parte del total provincial, de la cual el 84% vive dispersa en localidades de menos de 2000 habitantes.

Tabla 1 - Población y distribución geográfica

Departamento	Población 2005 estimada (*)	% de la población provincial (*)	Densidad poblacional (**) (km²)	% Población rural (**) (%)	% NBI (**) (%)	% Población sin cobertura formal de salud (**) (%)
San Miguel De Tucumán	560.018	39,39	5862,3	0,1	17,5	41,84
Cruz Alta	172.591	12,14	129,3	24,5	30,0	49,75
Tafí Viejo	117.337	8,25	89,3	14,2	21,9	47,86
Chicligasta	79.217	5,57	59,3	27,6	27,8	56,77
Yerba Buena	70.647	4,97	398,2	3,3	14,8	35,91
Lules	61.576	4,33	106,0	21,7	28,2	52,22
Monteros	61.188	4,30	50,0	29,9	24,3	52,80
Río Chico	55.469	3,90	90,5	27,0	28,8	62,55
Leales	53.773	3,78	25,2	69,2	31,0	48,83
Burruyacu	34.338	2,42	9,1	92,9	37,7	51,00
Familla	32.447	2,28	72,5	32,9	31,7	52,94
Simoca	30.082	2,12	23,7	75,5	37,8	69,86
Juan Bautista Alberdi	29.595	2,08	38,6	38,8	26,9	59,57
La Cocha	18.622	1,31	19,3	68,1	35,8	63,47
Trancas	16.586	1,17	5,4	62,6	35,1	58,51
Tafí Del Valle	14.723	1,04	5,1	76,2	30,3	57,31
Graneros	13.504	0,95	7,8	79,7	42,4	68,11
Total provincia	1.421.713	100,00	59,4	20,5	23,9	48,22

(*)Indicadores Básicos Tucumán 2006. Proyección de Población del Departamento de Demografía de la Dirección de Estadísticas de la Provincia de Tucumán, sobre el censo 2001.

(**)INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

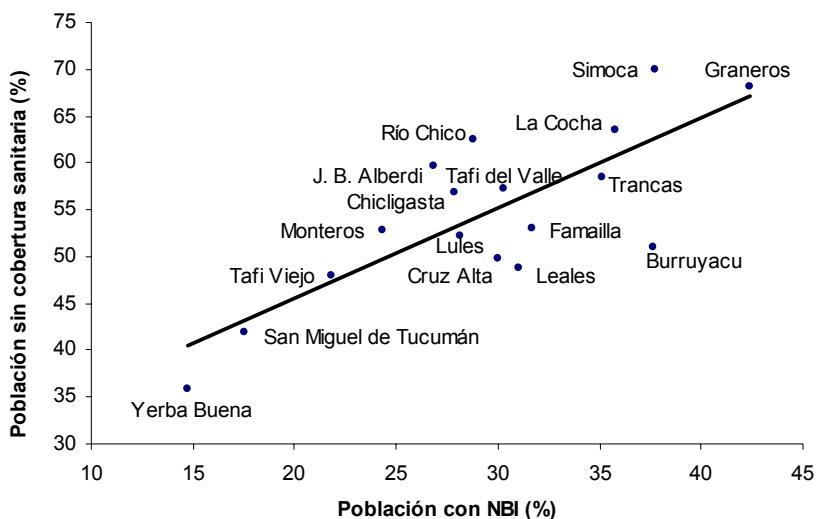
Los departamentos sombreados son aquellos que integran la muestra donde se realizaron las encuestas de campo.

Respecto de los indicadores de vulnerabilidad socio-sanitaria de la provincia, el 48,22% de la población no cuenta con cobertura formal de salud (obra social o prepaga) y el 23,9% presenta NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas). El Gráfico 2 muestra que los departamentos del norte y sur son los que presentan mayores necesidades, existiendo una correlación positiva por departamento entre niveles de NBI y población sin cobertura sanitaria: Graneros, Simoca y La Cocha son los departamentos con menor cobertura formal de salud y altos niveles de NBI; mientras que Yerba Buena, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo son los de mayor cobertura y menor NBI relativo.

La población sanitariamente más vulnerable de la provincia de Tucumán se encuentra ubicada en las regiones más alejadas de la capital, en zonas escasamente pobladas, con baja densidad poblacional y alto porcentaje de ruralidad y NBI. La precariedad laboral, la pobreza regional y el alejamiento relativo del alcance de la política sanitaria provincial explican, en parte, la vulnerabilidad de estas zonas.

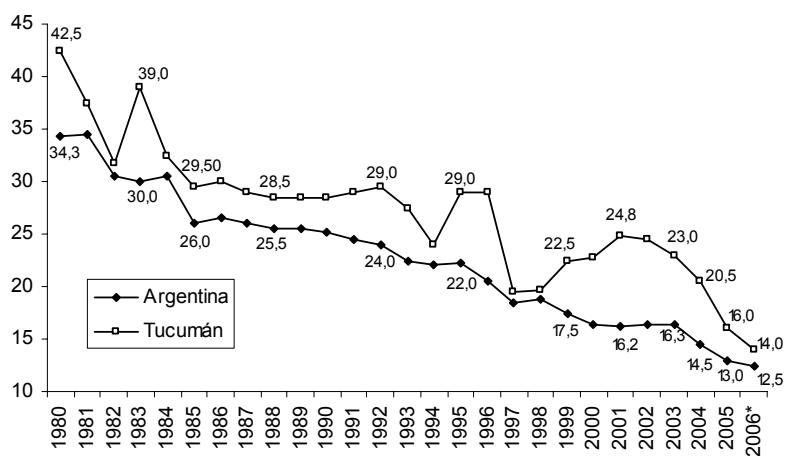
Uno de los principales indicadores de progreso sanitario básico es la tasa de mortalidad infantil. El Gráfico 3 expone la tasa de mortalidad infantil entre 1980 y 2006 para la provincia, mostrando como la misma disminuyó del 40 por mil hasta el 12,5 por mil, siguiendo la misma tendencia que el comportamiento a nivel nacional. Sin embargo, Tucumán presenta entre 1999 y 2001 un marcado alejamiento respecto al promedio del país. Es recién a partir de 2004 y 2005 que la provincia retoma el camino convergente con el resto del país, disminuyendo así su brecha social.

Gráfico 2 - Población con NBI y cobertura formal de salud



Fuente: INDEC. *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*.

Grafico 3 - Tasas de mortalidad infantil, 1980-2006

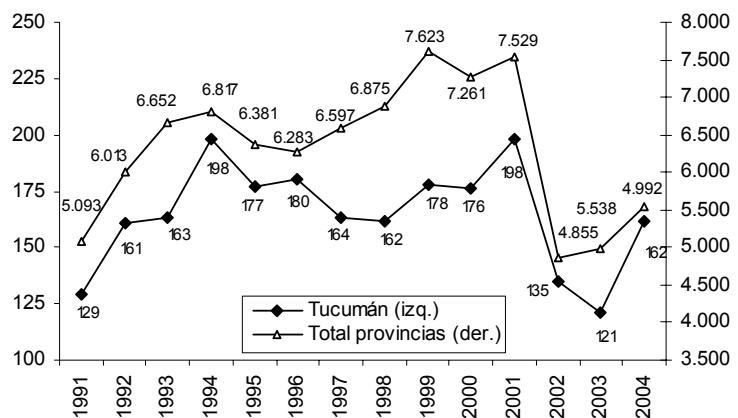


Fuente: Ministerio de Salud Pública de Tucumán (2006)

Entre 1991 y 1994 el gasto en salud de la provincia de Tucumán (medido en pesos constantes de 2004 según datos publicados por el Ministerio de Economía y Producción de la Nación), se incrementó significativamente, pasando de representar del 10,5% al 11,4% de todo el gasto de la provincia. Sin embargo, a partir de 1995 inicia un proceso de disminución tanto en términos absolutos como relativos, tendencia que continuó hasta 2005 (último año con datos disponibles) y que marca un mínimo de sólo 8,1% de participación del gasto en salud en el total de gasto provincial.

Al observar la serie de gasto provincial en salud en el Grafico 4, también se aprecia que sigue la tendencia nacional, con una marcada caída durante la crisis del 2002. Sin embargo, no se evidencia una relación clara entre gasto y resultados de salud.

*Grafico 4 - Evolución del gasto provincial en salud
(en millones de \$ constantes de 2004)*



Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

4 - ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN Y SUS PRINCIPALES ACTORES

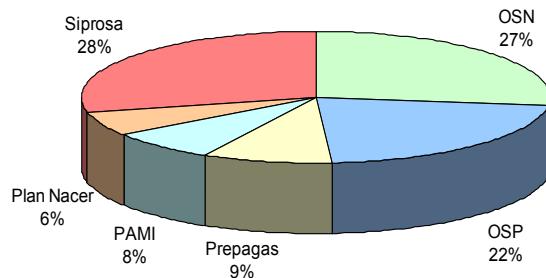
La cobertura de servicios de salud en la Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de las obras sociales y el sector privado, con una fuerte interrelación tanto a nivel de la provisión de servicios como en términos de financiamiento (Maceira y Poblete, 2003). Para el año 2005¹ a nivel nacional, el 11.38% de la población contaba con cobertura de salud a partir de contribuciones voluntarias a alguna de las empresas de medicina prepaga existentes. Por su parte, el sector de obras sociales (considerando como tal a aquellos servicios financiados por el sector público nacional/provincial/municipal y por las instituciones de seguridad social con fondos de aportes patronales y salariales) cubría el 39.30% de la población total. El sector público descentralizado, que en la práctica brinda atención a aquellos grupos de menores ingresos y sin cobertura formal, alcanza para el mismo año un 42.70% de la población. Por último, el 6.61% de la población presenta un mecanismo de doble afiliación (obra social y prepaga) (Maceira, 2008).

El caso de la provincia de Tucumán, expuesto en el Grafico 5, presenta algunas particularidades respecto a la participación de cada subsector. Según datos del Ministerio de Salud de Tucumán y de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, para el año 2007 las obras sociales nacionales cubren al 27% de la población, el Subsidio Salud (obra social provincial) al 22%, la medicina prepaga al 9%, el PAMI/INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) al 8%, y el sector público cubriría a un 34% de la población de la provincia (SIPROSA (Sistema Provincial de Salud) y Plan Nacer²).

¹ Fuente: Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Salud, Ministerio de Salud de la Nación (2005).

² El Plan Nacer es un Programa Nacional de cobertura materno-infantil con financiamiento del Banco Mundial.

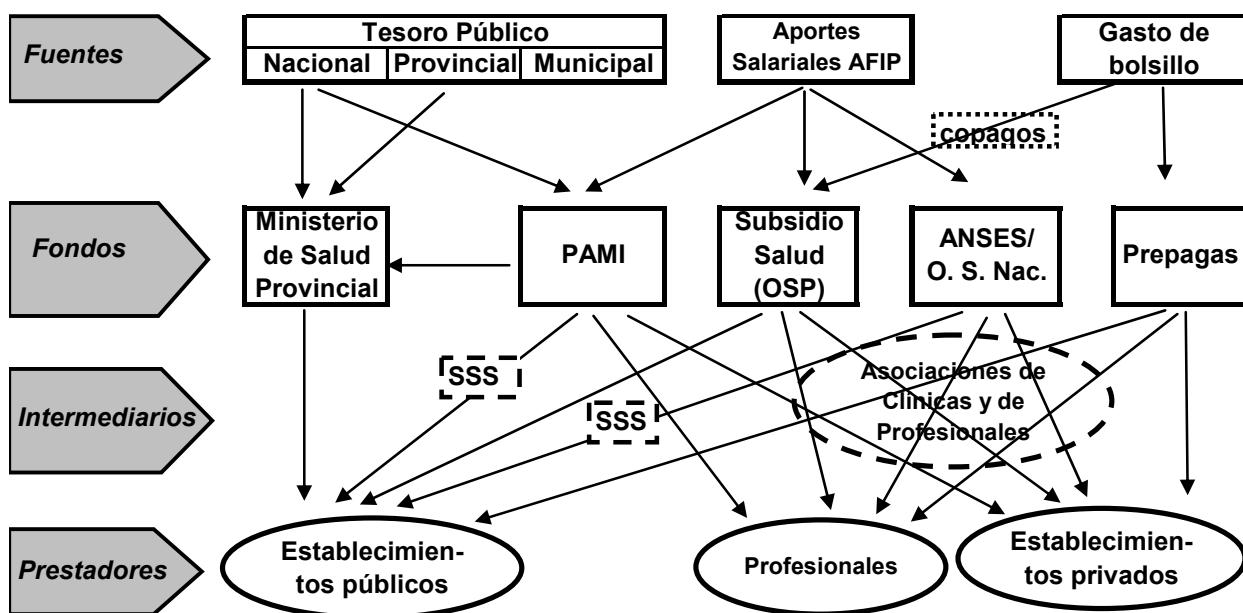
Grafico 5 - Cobertura sanitaria de la provincia de Tucumán (2007)



Fuente: SIPROSA, sobre la base de datos del Plan Nacer Tucumán y la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (Yedlin 2007).

La Figura 6 sintetiza la relación entre financiamiento, modos de aseguramiento y atención de cada subsistema en la provincia.

Figura 6 - Estructura de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios del sistema de salud. Provincia de Tucumán.



Nota: SSS - Superintendencia de Servicios de Salud

Allí se observa una intrincada red de provisión de servicios, principalmente financiada por mecanismos de aseguramiento social. Al igual que en resto del país, existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras y la esfera prestadora de servicios, fuertemente privada. A la vez, cuenta con una amplia red de subcontratación de servicios, fundamentalmente debido a la escasa infraestructura propia de hospitales por parte de la seguridad social, así también como de instituciones intermediarias.

Si bien en términos generales, la estructura de financiamiento es similar en todas las provincias del país, los actores locales (principalmente financiadores, asociaciones intermedias y prestadoras de servicios) desarrollan relaciones complejas, propias de cada jurisdicción, condicionadas por su

historia, el contexto y las características del mercado local. A continuación se presenta quienes estructuran el sistema de salud tucumano.

4.1 SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD (SIPROSA)

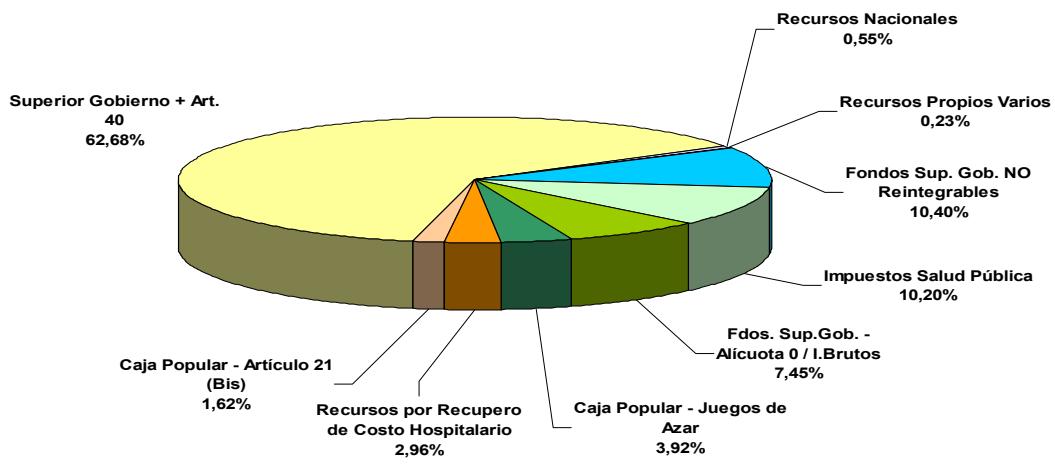
La Constitución Nacional reconoce al Estado Nacional como garante último del derecho a la salud de los ciudadanos argentinos. Sin embargo en su artículo 121, establece que la organización de los sistemas de salud a nivel provincial se encuentra entre los poderes no delegados a la Nación.

Por su parte, la Constitución de la Provincia de Tucumán reconoce en su artículo 125 el derecho a la salud³, y establece que la Provincia fijará la política sanitaria, reservando para sí la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración de salud.

Para garantizarlo, el Estado provincial crea en 1984 el Sistema de Salud Provincial (SIPROSA) a través de la ley 5652, luego reformado a través de la Ley 7466 del año 2004. Allí se establece que la provincia se convierte en *“responsable y garante económico de la organización, planificación y dirección de un sistema igualitario, de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud física y mental de la población y de cualquier otra prestación o servicio de salud en relación con el medio ambiente.”*.

El gobierno del SIPROSA, está a cargo del Ministro de Salud Pública de la Provincia, quien ejerce las funciones de Presidente del organismo. Su financiamiento se realiza mediante fondos públicos provinciales y nacionales, provenientes de impuestos. El Grafico 7 expone la composición del financiamiento para el año 2006.

Grafico 7 - Fuentes de financiamiento del SIPROSA (2006)



Fuente: SIPROSA (Yedlin 2007)

³ La Constitución de la Provincia de Tucumán prevé que el Estado provincial procurará las medidas y recursos legítimos, eficaces y eficientes en el más alto grado posible, “al mantenimiento, restauración y promoción de la salud física y espiritual de todos, respetando su dignidad y los derechos de ella provenientes, protegiendo la vida, en la esfera de sus atribuciones, desde la concepción misma.”(art. 125).

A diferencia de lo que sucede en el sector de la seguridad social y de prepagas, el sector público cuenta con efectores propios, por lo que la provisión de servicios a su cargo descansa en hospitales públicos y centros de atención primaria de salud (CAPS).

La provincia de Tucumán posee una extensa red de servicios públicos, de más de 300 establecimientos de salud: 33 establecimientos con internación y 269 sin internación (Ministerio de Salud Pública de Tucumán, 2006). Existen seis hospitales de referencia (cinco ubicados en la capital provincial, y uno regional ubicado en la localidad de Concepción, Departamento de Chicligasta), dos hospitales psiquiátricos; y los restantes establecimientos constituidos por hospitales de menor complejidad (25) y centros de atención primaria de la salud (CAPS) (269), se organizan en cuatro áreas programáticas: centro, este, oeste y sur. A su vez, las áreas programáticas se dividen en áreas operativas a la que se asocia una población de referencia, a partir de un criterio de accesibilidad.

La actual organización de la red de servicios públicos no concuerda necesariamente con la división política de la provincia, lo que genera fallas de coordinación con los gobiernos locales y dificulta la comparación estadística. Por este motivo, actualmente el Ministerio de Salud esta reorganizando las áreas para vincular responsabilidad de los servicios y gobiernos locales, comunas y municipios (Yedlin, 2007)

La Tabla 8 expone la distribución de establecimientos y la población asignada para cada área programática y operativa. Todos los departamentos de la provincia, a excepción de Yerba Buena y Tafí Viejo, cercanos a la Capital, tienen al menos un hospital en su territorio.

Los hospitales de referencia, ubicados en la Capital de la provincia, atienden a la población del área centro como así también las derivaciones de patologías de mayor complejidad de las restantes áreas programáticas. Por ese motivo reúnen dos tercios de las camas provinciales.

Por último, la población objetivo de los hospitales públicos la constituyen aquellas personas sin cobertura formal de salud. Sin embargo, en la práctica estos centros también brindan asistencia a personas que aportan a alguna institución de la seguridad social o sistema prepago. Para recuperar el costo de esta prestación se cuenta con un sistema de facturación a la institución privada. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) controla el pago de estos servicios por parte de las obras sociales sindicales y el PAMI. Aunque se avanzó en la reducción de las brechas entre la provisión, facturación y cobro efectivo de las prestaciones, la provincia evidencia, de acuerdo a los testimonios recibidos, una gran proporción de subsidios cruzados con la seguridad social. Esto se debe a fallas en la identificación de los pacientes con cobertura que se atiende en el hospital, como así también a errores en facturación y problemas en el cobro, que varían entre los diferentes organismos aseguradores.



Tabla 8 - Número de establecimientos y población asignada de las áreas programáticas y operativas, Tucumán (2005)

A. Progr amática	Área Operativa	Hosp	CAPS	Población	A. Progr amática	Área Operativa	Hosp.	CAPS	Pobl.
CENTR O	Noreste	0	9	135.768	OESTE	Alta Montaña	0	6	1.564
	Noroeste	0	14	129.895		El Cadillal	0	6	5.874
	Sudeste	0	17	123.323		Famaillá	1	2	33.169
	Sudoeste	0	17	182.993		Lules	1	5	32.040
	V. Mariano Moreno	0	8	59.816		San Pablo	1	3	11.127
	Yerba Buena	0	11	71.229		Tafí Viejo	0	4	8.933
	Total A. P. Centro	0	76	703.024		Tafí del Valle	1	9	57.959
ESTE	Banda del río Salí	0	9	113.267	SUR	Trancas	1	8	14.208
	Burruyacú	1	4	8.442		V. Calchaquíes	1	5	5.631
	El Bracho	1	6	10.546		Total A. P. Oeste	6	48	170.506
	El Timbó	1	4	7.186		Aguilares	2	8	45.069
	Estación Aráoz	1	4	7.214		Concepción	2	13	95.604
	Garmendia	1	2	5.945		Graneros	0	3	5.594
	La Florida	0	5	25.475		J. B. Alberdi	1	8	31.804
	La Ramada	0	7	13.354		La Cocha	1	6	18.473
	Leales	1	21	22.000		Lamadrid	1	5	7.605
	Los Ralos	1	3	13.449		Monteros	2	9	48.776
	Ranchillos	1	3	16.534		Santa Ana	1	4	13.120
	Bella Vista	1	3	22.549		Simoca	1	7	26.224
	Total A. P. Este	9	76	292.962		Total A. P. Sur	11	63	292.269

Fuente: SIPROSA

4.2 SEGURIDAD SOCIAL

En la provincia de Tucumán, al igual que en el resto del país, la cobertura formal de la seguridad social se canaliza a partir de tres tipos de instituciones:

(1) Alrededor de 300 **obras sociales nacionales**, que se dividen en dos grupos. En el mayoritario están aquellas organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por sindicatos de trabajadores, bajo el ordenamiento jurídico de la Ley 23.660 como agentes del seguro nacional de salud. Si bien tienen autonomía, son supervisadas y controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS).

Un segundo grupo minoritario de obras sociales queda excluido de la categoría de agentes del seguro nacional de salud, y tienen un régimen propio que se encuentra fuera de la regulación de la SSS. Entre ellas se encuentran las obras sociales de las fuerzas armadas y de las fuerzas de seguridad, las de los poderes legislativo y judicial, y las universitarias.

(2) Una **obra social provincial**, a la que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia. Estas instituciones son reguladas por instancias provinciales y quedan fuera del control de la SSS.

(3) El **PAMI/INSSJP**, concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados. Al igual que las obras sociales nacionales, esta institución tiene una administración autónoma pero como agente del seguro nacional de salud, se encuentra bajo la órbita de regulación de la SSS.

Las **obras sociales sindicales** en la provincia de Tucumán alcanzan aproximadamente 370.000⁴ afiliados. Su financiamiento⁵ proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador. Asimismo, el trabajador realizará una aporte extra de 1.5% por cada beneficiario a cargo del afiliado titular. Del total de ingresos por obra social, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) retiene un 0,9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por la SSS, cuya función es promover la equidad en la distribución de recursos entre entidades. El mismo se utiliza para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cátala del Programa Médico Obligatorio (PMO), y los gastos generados por prestaciones a afiliados de la obra social en hospitales públicos de gestión descentralizada.

Para el año 2007 cuatro instituciones reúnen el 43.17% del total de afiliados a obras sociales nacionales en Tucumán: la OS del personal rural y estibadores (77.332 afiliados, un 20.74% del total de afiliados a OS nacionales), seguida por la de empleados de comercio y actividades civiles (33.469 y 8.98% respectivamente), y la del personal de la construcción (25.515 y 6.84% respectivamente) y la OS del personal de prensa de Tucumán (24.626 y 6.61).

Tabla 9 - Cobertura de Obras Sociales Nacionales en la Provincia de Tucumán (2006-2007)

Obras Sociales Nacionales (OS)	Nº Afiliados	%
OS Personal Rural y Estibadores de la República Argentina	77.332	20,74
OS Empleados de Comercio y Actividades Civiles	33.469	8,98
OS del Personal de la Construcción	25.515	6,84
OS del Personal de Prensa de Tucumán	24.626	6,61
OS del Personal de la Actividad Azucarera Tucumana	17.996	4,83
OS Supervisores de Industria Metal. y Mecánica de la Rep. Arg.	14.998	4,02
OS del Personal de Distribuidoras Cinematográficas	13.954	3,74
OS de Patrones de Cabotaje de Ríos y Puertos	11.935	3,20
OS para la Actividad Docente	11.500	3,08
OS de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas	10.510	2,82
OS de Conduc. de Camiones y Pers. de Trans. de Aut. de Carga	9.398	2,52
OS del Personal de la Industria Azucarera	8.165	2,19
OS del Personal Hotelero Gastro. Unión de Trabaj. Gastro. de la Rep. Arg.	8.159	2,19
OS de Docentes Particulares	7.325	1,96
OS del Personal de la Industria de la Alimentación	7.223	1,94
Otras OS	90.724	24,33
Total	372.829	100,00

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (2007)

⁴ *Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2007).*

⁵ *Establecido en el artículo 16 de la Ley N°23.660, que regula la existencia de las Obras Sociales. Disponible en: www.infoleg.gov.ar*

Los niveles de cobertura las obras sociales provinciales varían entre provincias. En promedio, la mayoría de las obras sociales provinciales cubre entre el 11 y el 30% de la población total de su jurisdicción (Maceira y Poblete, 2003). En el caso de Tucumán, la obra social provincial denominada **Subsidio Salud** cubre un 22% de la población de la provincia.

La cobertura del Subsidio Salud es un beneficio establecido por el artículo 118 de la Ley 6446/93, y se rige por el Decreto Reglamentario 4143/21 de la Ley 5597/84. La afiliación es obligatoria para los empleados de los tres poderes de la administración pública provincial y sus jubilados y pensionados, y el personal temporario y contratado que cumpla funciones en organismos provinciales y municipales. También puede captar afiliados voluntarios de las agrupaciones y/u organizaciones de carácter civil, estatal, gremial, etc.

La obra social comenzó a funcionar en 1971, bajo la administración del Instituto de Previsión y Seguridad Social de la Provincia (IPSS), como una función secundaria del organismo. Actualmente esta es la principal función del Instituto, que se encuentra intervenido, dependiendo directamente del gobierno provincial.

Los ingresos del Subsidio Salud se nutren de un aporte porcentual del 9% del salario de los trabajadores estatales, compuesto por un 4,5% realizado por el Estado provincial y el municipal, y otro 4,5% que se retiene al empleado. A esto se suma el ingreso por plan complementario⁶, que representa un descuento mensual de 11 pesos y los importes por coseguros, ambos a cargo de los afiliados⁷.

El **PAMI**, por su parte, es la institución de aseguramiento social más importante del país. Cuenta con una administración centralizada a nivel nacional, y gestiona sus servicios a través de Unidades de Gestión Locales (UGL).

Para el año 2007, la UGL I, correspondiente a la provincia de Tucumán, cuenta con 91.125 beneficiarios (el 8% de la población). La mayor parte de esta población tiene 65 años o más, un 5% son niños, un 7% son mujeres en edad fértil, y un tercio corresponde a personas adultas (entre 15 y 64 años de edad). Más de dos terceras partes de los afiliados son titulares, de los cuales la mitad son jubilados, el 47% son pensionados y la minoría restante se encuentra en otra situación⁸.

Su financiamiento⁹ proviene de varias fuentes: (1) los aportes de los trabajadores autónomos en actividad, que equivalen al 5% del monto que corresponda a su categoría; (2) los aportes del personal en actividad que consiste en un 5% del salario (los trabajadores contribuyen con un 3% y el empleador con un 2%); (3) la contribución de los pasivos que varía entre un 3% y 6%, según superen o no el haber mínimo; y (4) los aportes del tesoro nacional que determina la Ley de Presupuesto Nacional anualmente. La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP)

⁶ Desde el 1 de noviembre de 2004 se implementó un plan complementario con el fin de sustentar una cobertura más amplia de prácticas de alto costo y baja frecuencia. Se incluyó a todos los afiliados y se les dio la opción de renunciar al plan en un lapso de dos meses. Actualmente cubre a casi todo el padrón (Fuente: Subsidio Salud).

⁷ Se establece como máximo el 20% del valor de la prestación, a excepción de las consultas, donde podrá ser de hasta 30%, y de los medicamentos y otros beneficios, donde la obra social está facultada para fijar los coseguros en base a estudios de costos (Fuente: Subsidio Salud)

⁸ Fuente: SIPROSA

⁹ Establecido en el artículo 8 de la Ley 19.032, que regula la existencia de las Obras Sociales. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

recauda los aportes enunciados en los puntos (1) y (2) y el ANSeS deduce los aportes de los haberes jubilatorios.

Salvo excepciones, las **instituciones de la seguridad social** no cuentan con prestadores propios, por lo que utilizan al sector privado y/o al sector público para la provisión de servicios de salud a sus afiliados. Para ello contratan a profesionales de la salud o establecimientos, directamente o a través de instituciones intermedias que los agrupan.

4.3 SECTOR PRIVADO: PREPAGAS Y ASOCIACIONES INTERMEDIAS

En las últimas tres décadas, el sector privado contó con un importante desarrollo como asegurador y especialmente, como proveedor de servicios de las obras sociales. En el área de aseguramiento, en Tucumán las **prepagas y mutuales** alcanzan aproximadamente a 126.000 afiliados (9% del total de la provincia, similar a la participación nacional). Al igual que en gran parte del país, existen dos tipos de aseguradoras privadas: aquellos que no cubren el 100% del PMO, brindando un servicio complemento de otras coberturas, y otro grupo de cobertura alternativa a la seguridad social.¹⁰

En lo que respecta al **sector privado como prestador de servicios**, Tucumán posee una amplia capacidad de resolución, abarcando los tres niveles de complejidad. Cuenta con un importante desarrollo en la capital provincial y en menor medida en algunas ciudades hacia el sur de la provincia, como Concepción, Aguilares, Monteros, Alberdi y Famaillá. En general se concentran en asociaciones profesionales y de establecimientos, definiendo redes en virtud de los convenios con la seguridad social.

La provincia cuenta con 27 establecimientos privados (clínicas y sanatorios polivalentes con internación)¹¹. La Tabla 10 muestra su distribución al interior de la provincia, evidenciando una amplia concentración en la capital provincial que reúne el 63% de los establecimientos. Asimismo, se observa que más de la mitad de los departamentos carece de oferta privada, por lo que la presencia de los hospitales públicos se vuelve indispensable.

Los prestadores, en su mayoría, se agrupan en tres asociaciones de establecimientos que permiten, entre otras acciones, negociar corporativamente contratos ante financiadores de una manera más efectiva. Entre ellas, la **Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán (ACyST)** es la organización mayoritaria: reúne el 55% de los establecimientos, y maneja la mayor parte de los convenios. Luego, se encuentran la **Agrupación Sanatorial del Tucumán**, que agrupa un 15% de los establecimientos y **Sanatorios y Clínicas Asociadas del Tucumán (SYCAT)**¹², que reúne principalmente a establecimientos ubicados en el sur de la provincia (18%). Por último, unas

¹⁰ *El sector de las empresas prepagas carece de una regulación específica que ordene su actividad y hasta el presente está regido por las disposiciones del Código de Comercio. Sin embargo, su control queda bajo la competencia de las autoridades de cada provincia y de la ciudad de Buenos Aires en sus respectivos ámbitos.*

¹¹ *Fuente: elaboración propia sobre la base de la Guía de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud. 2000, y la actualización con información del relevamiento de campo y el mapeo de actores realizado.*

¹² *Esta última se fundó en el año 1985 y agrupa a varias clínicas y sanatorios del interior de la provincia. Estos establecimientos, al igual que la mayoría ubicados en el interior, son pequeños (no superan las 30 camas) y cuentan con servicios de primer y segundo nivel de complejidad. Los casos de mayor complejidad son derivados a la capital, a establecimientos con los que se desarrolla algún tipo de red.*

pocas instituciones no están asociadas a ninguna de las entidades intermedias mencionadas, y gestionan sus contratos en forma directa.

Tabla 10 – Distribución de Establecimientos Privados Polivalentes con Internación, Provincia de Tucumán (2007)

<i>Jurisdicción</i>	<i>Establecimientos con internación</i>	<i>%</i>
<i>Total provincial</i>	27	100
<i>Capital</i>	17	63
<i>Chicligasta</i>	3	11
<i>Río Chico</i>	2	7
<i>Monteros</i>	2	7
<i>Tafí Viejo</i>	1	4
<i>J. B. Alberdi</i>	1	4
<i>Famaillá</i>	1	4

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Guía de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud. 2000, y encuestas de campo y mapeo de actores.

Los departamentos de Yerba Buena, Trancas, Tafí del Valle, Simoca, Lules, Leales, La Cocha, Graneros, Cruz Alta y Burruyacú carecen de establecimientos privados con internación.

Los departamentos sombreados son aquellos que integran la muestra donde se realizaron las encuestas de campo.

Por su parte, los médicos se agrupan en dos asociaciones profesionales de acuerdo a la zona donde ejercen sus afiliados: el norte de la provincia pertenece al **Colegio Médico de Tucumán**¹³, en tanto el resto se asocia al **Círculo Médico del Sur**¹⁴.

Otros profesionales no médicos también se agrupan en asociaciones profesionales como el Círculo Odontológico Tucumano, el Colegio de Bioquímicos de Tucumán, el Colegio de Fonoaudiólogos de Tucumán, la Asociación de Anestesiología de Tucumán, entre otras.

¹³ Se fundó en el año 1932 y actualmente agrupa a los médicos de los departamentos ubicados en el norte de la provincia hasta Famaillá. Cuenta con aproximadamente 2200 afiliados, de los cuales 1900 se encuentran en actividad, involucrando aproximadamente el 50% de los profesionales de Tucumán.

¹⁴ El Círculo Médico del Sur era una filial del Colegio de Médicos de Tucumán, y en el año 1990 se independizó, agrupando a los médicos residentes en los departamentos del sur de la provincia, incluyendo Famaillá, Simoca, Alberdi, Monteros, Chicligasta, Río Chico, Aguilares, Graneros y La Cocha. Las problemáticas tratadas, los costos enfrentados por los profesionales y los recursos a los que se tiene acceso son significativamente diferentes entre ambas zonas, de acuerdo a los relatos recibidos. Ello impulsó la generación de una estructura alternativa que representara sus intereses ante los financiadores

5 - ANTECEDENTES DE LOS PRINCIPALES ACTORES DEL SISTEMA

Para completar la caracterización del sistema de salud tucumano, este apartado recoge los principales cambios y modificaciones que dieron forma al escenario actual, sobre la base de entrevistas en profundidad realizadas a referentes del sistema de salud de la provincia.

En lo que respecta a la oferta de prestadores de servicios de salud, la crisis institucional del año 2001 provocó el cierre de algunas instituciones privadas, la mayoría ubicados en el interior. Sin embargo, y a diferencia de lo ocurrido en otras provincias, en estos años también se identifica la apertura de nuevos sanatorios.

Los mayores cambios se produjeron en el financiamiento del sistema, en un contexto marcado por la aplicación de un nuevo modelo prestacional en PAMI; una obra social provincial intervenida, iniciando un proceso de reconstrucción; y un sector público en crecimiento.

A principios del año 2005, a través de la resolución 284/05, el PAMI comenzó a implementar un proceso de cambio que se impulsó desde el nivel central del organismo y fue aplicado gradualmente en todas las jurisdicciones del país. Consistió en el pasaje de un modelo de administración de las prestaciones intermediado por gerenciadoras locales, a otro donde se reasumía el control de la gestión y la contratación directa a prestadores. En el caso de Tucumán, el cambio se concretó a partir de junio de 2006.

Previo a esta modificación, el sistema de PAMI involucraba la transferencia de los recursos de las diferentes jurisdicciones a gerenciadoras o redes locales que gestionaban, bajo esquemas de contratación y mecanismos de pago variados, las capitales de la provincia. La bondad de este sistema se vio cuestionada optándose por llevar a término el modelo en todas las jurisdicciones.

En el caso de Tucumán, algunos de los actores entrevistados coinciden en que el cambio mejoró la situación financiera de los establecimientos proveedores de servicios. Mientras que otros consideran que este proceso es riesgoso para el beneficiario, en la medida que PAMI requiere, mediante contratos individuales, asumir la responsabilidad de articular una red con los prestadores contratados.

Concretamente, en la provincia de Tucumán funcionó desde el año 1995 un convenio con tres sociedades de prestadores que se distribuían el territorio en tres redes prestacionales. A partir de 1999 y hasta mayo de 2006, el esquema se modificó a una gran red provincial organizada y administrada por una Unidad Transitoria de Empresas (UTE), cuyo directorio estaba integrado por tres de los más importantes sanatorios de Tucumán. El PAMI central transfería a la UTE los recursos de la capita correspondiente a Tucumán, y luego ésta los distribuía al interior de la red, en función de una serie de pautas que fueron variando en el tiempo.

Para llevar adelante el cambio, autoridades del PAMI mencionan que se contó con apoyo del gobierno provincial, y la administración central y local del PAMI. Asimismo, señalan el apoyo de algunos prestadores que se encontraban entonces por fuera del modelo gerenciado. En un principio, la UTE junto a la red de establecimientos quedaron como prestadores de PAMI, y comenzaron a sumarse otros sanatorios por fuera de la red, a través de contratos directos. De acuerdo a autoridades del PAMI, la diferencia existente entre la remuneración recibida por los sanatorios contratados directamente y los que no, comenzó a generar conflictos que llevaron a un corte de servicios de los establecimientos pertenecientes a la red de la UTE.

Por su parte, según manifestaron integrantes de la UTE, la relación entre los prestadores y el PAMI se fue deteriorando, en la medida que los recursos distribuidos no aumentaban

proporcionalmente a los costos que terminaban absorbiendo los establecimientos (por ejemplo, convalidar el pacto salarial que en 2005 impulsó un aumento del 21% en los salarios de los médicos). Ello generó un conflicto, principalmente con los establecimientos de mayor capacidad y resolución, que no aceptaron realizar discriminación asistencial en función de la calidad del financiador y tampoco utilizar los fondos de otros financiadores para equilibrar la situación al interior de la institución.

En mayo de 2006 el conflicto desembocó en la disolución del convenio entre PAMI y la UTE, y se impuso el nuevo sistema de contratación directa. Actualmente, varios prestadores que integraron la red prestacional de la UTE tienen un contrato directo con PAMI, en tanto otros dejaron de ser prestadores de esta institución.

En lo que respecta a los profesionales médicos, hasta el año 2006 el Colegio Medico de Tucumán no tenía contrato con PAMI. A partir del mencionado cambio en el modelo prestacional, el PAMI realiza un convenio con la Asociación de Médicos de Cabecera y otro con el Colegio Medico, centrado en médicos especialistas.

Ello significó un cambio sustantivo en el financiamiento del Colegio Medico, en tanto la UTE no tenía convenio con el Colegio y contrataba a los médicos directamente, en forma individual.

Por su parte, aunque el Circulo Medico del Sur presentó una serie de ofertas respecto a los médicos de cabecera y las especialidades, no se lograron acuerdos con la UGL local y actualmente no son prestadores de PAMI.

En el caso del **Subsidio Salud**, la intervención de la actual gestión provincial incorpora cambios a partir de 2003, ante los problemas institucionales de financiamiento, con retrasos en los pagos a prestadores públicos y privados. Para fines de 2004, referentes del sector privado manifiestan que la obra social provincial logró ordenarse administrativamente, cumpliendo con las fechas y montos de pago establecidos en los contratos. Sin embargo, autoridades del sector público manifiestan aún grandes dificultades para recibir el cobro de la deuda que mantiene el organismo con los hospitales provinciales.

Durante muchos años el Subsidio Salud tuvo contrataciones de tipo exclusivas a través de asociaciones intermediarias. Según expresan las autoridades entrevistadas, en los últimos años se abrió lentamente la posibilidad de contrataciones directas a establecimientos, aunque sigue primando la modalidad de contratación vía asociaciones. Asimismo, en algunas especialidades han comenzado a utilizar nuevos mecanismos de pago, como la capita o la combinación de modulo y pago por prestación.

En lo que respecta a la relación con las asociaciones de profesionales, hasta el año 2005 Subsidio Salud contaba con un convenio con el **Colegio Médico de Tucumán**, por el que recibía un monto fijo mensual de la obra social y lo administraba, pagando a los profesionales asociados por acto medico y una asignación para prácticas ambulatorias de diferentes especialidades. Cuando los fondos no lograban cubrir la totalidad de las prestaciones realizadas, se aplicaban débitos en forma proporcional a los diferentes sectores de profesionales afiliados. Este mecanismo originó descontento entre los profesionales, especialmente en los meses de mayor demanda de atención. Según señalaron autoridades del Colegio Médico, frente a esta situación, sumado a retrasos en los pagos y aranceles, los profesionales iniciaron un mecanismo de copago abonado por el afiliado, transfiriendo el riesgo financiero recibido hacia los pacientes.

En el año 2003, con la intervención de la obra social provincial se firma un nuevo convenio que incluyó saldar la deuda que se mantenía con el Colegio Médico, incrementar un 30% el arancel por consulta, y eliminar el arancel plus cobrado por los profesionales. Aunque mantenía la modalidad de pago fijo con techo prestacional, el convenio modificó la fecha de pago, fijándola a quince días de asentada la facturación. En una primera instancia, ello permitió ordenar el financiamiento de las prestaciones brindadas por los profesionales del Colegio Médico a los afiliados del Subsidio. Sin embargo, la eliminación del copago habría promovido el incremento de la demanda de servicios y nuevamente, el monto fijo mensual resultó insuficiente para cubrir la atención.

En este contexto, en octubre del 2005 algunos profesionales asociados al Colegio Médico comenzaron a cobrar nuevamente el arancel plus, y el Subsidio Salud denuncio ante la justicia el incumplimiento del convenio firmado. Este conflicto dio lugar a una nueva instancia de negociación y la firma de un nuevo convenio que modificó el mecanismo de pago, aumentó en un 50% el arancel por prestación y eliminó el arancel plus¹⁵.

Si bien el Subsidio Salud abrió la contratación directa a médicos, el Colegio Médico reúne a la gran mayoría de los profesionales que trabajan en el ámbito privado, lo que le atribuye significativo poder para establecer condiciones en los convenios.

Por su parte, la relación con el **Círculo Médico del Sur** muestra un desarrollo similar, siguiendo los pasos del Colegio Médico de Tucumán. A través de una ardua negociación, se pasó de un sistema de pago por monto fijo a uno por prestación.

Finalmente, el **Sector Público**, de acuerdo a la gran mayoría de los encuestados, presenta una renovada relación con el sector de la seguridad social y el privado. Ha comenzado a contratar al sector privado en aquellas áreas donde enfrenta escasez de servicios estatales. Asimismo, el SIPROSA celebró un convenio con el PAMI para brindar prestaciones a los afiliados de esta última en zonas del interior donde el sector público es único prestador. Desde enero de 2006, PAMI abona a la autoridad provincial una capita que incluye parte del primer y del segundo nivel de complejidad.

6 - PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

A diferencia de lo que sucede en gran parte de las provincias del país, Tucumán es una jurisdicción relativamente pequeña en términos de extensión geográfica, donde la mayor cantidad y complejidad de servicios de salud se concentra en la capital provincial, y donde pocos departamentos del interior son autosuficientes.

En este contexto, Tucumán se presentaría como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia. La cercanía geográfica reduce el tiempo de acceso al centro de

¹⁵ *Este nuevo convenio al igual que el anterior, tiene un vacío normativo respecto a algunas prácticas no moduladas/nomencladas de segundo nivel de prestación. Subsidio Salud tiene moduladas las prestaciones más frecuentes de segundo nivel (parto, cesárea, cirugía de vías biliares, de apéndice y de hernia, entre otras), pero existen otras prácticas no moduladas (cirugías tumorales, de garganta, nariz y oído, operación de amígdalas y de adenoides, entre otras) que no se incluyeron en el convenio firmado, en las que se continua cobrando un arancel plus al afiliado.*

derivación, generando un aumento de concentración en la capital y dispersando el concepto de competencia al interior de la jurisdicción.

En este marco, las preguntas de investigación que se intentarán testear en las próximas secciones son:

1. ¿Se respeta en Tucumán el concepto de competencia regional o existe un planteo de distrito único con derivación a la capital provincial? Si ello fuera así, ¿Qué características posee la estructura del mercado privado de la salud de la provincia? y ¿Cuál es el nivel de competencia percibida por los prestadores?
2. ¿Cuáles son los factores que determinan la competencia entre establecimientos en la provincia? ¿Qué lugar ocupan los contratos, el precio y los mecanismos no-precio de competencia y diferenciación?
3. Como se plantea desde una perspectiva teórica, el prestador de servicios de salud es un agente que define sus estrategias respecto a sus dos principales, los financiadores y los pacientes, cuyas preferencias no siempre son coincidentes. En esta dirección, ¿Qué estrategias priorizan los establecimientos para atraerlos? ¿Existen marcadas diferencias entre ellas desde la perspectiva del oferente de servicios? En caso de existir diferencias, ¿Cuáles son sus implicancias?
4. El diseño y posterior implementación de los contratos de salud se encuentra en función del poder de negociación de las partes, y de la función objetivo que presenten los actores (Maceira, 1998), una vez caracterizada la estructura del mercado. A partir de ello, el presente trabajo propone identificar el peso relativo de los actores en las negociaciones. Para ello se hace necesario conocer cuáles los principales financiadores de los proveedores de servicios de salud privados, y cuál es el peso relativo de cada uno de estos aseguradores en el financiamiento de los establecimientos.
5. En este contexto, ¿Cuáles son los criterios de selección de los financiadores al momento de identificar interlocutores en el área prestacional? El presente trabajo plantea y analiza dos posibilidades. La primera es que la selección se basa en el tamaño de los establecimientos, mientras que la segunda, estaría asociada a la negociación corporativa que brinda una o varias asociaciones de clínicas y profesionales.

La respuesta a esta pregunta permitirá identificar la relación entre mecanismos de pago entre financiadores y establecimientos, estableciendo modos de transferencia y absorción de riesgo y su homogeneidad entre aseguradores y prestadores.

6. Finalmente, el trabajo se plantea conocer el grado de descentralización de la toma de decisiones en el sector público, y la capacidad del sector ante los incentivos monetarios desplegados por los fondos de aseguramiento social.

7 - METODOLOGÍA

El presente trabajo se apoya en **tres etapas** metodológicas. La primera de ellas, consistió en la recolección de información básica cualitativa y cuantitativa sobre indicadores socio-económico-sanitarios y de servicios de salud de la provincia de Tucumán, con el objetivo de avanzar en un diagnóstico general del sistema de salud local. Para ello se consultaron datos provenientes del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán, de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, y del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 del Instituto Nacional

de Estadísticas y Censos (INDEC), que proporcionaron información sobre las características de la demanda, de la oferta y del financiamiento del sector, por departamento. Esta información permitió una **caracterización de la provincia** en el contexto del territorio nacional.

Asimismo, permitió identificar a los actores claves del sistema, insumo para la segunda etapa: **el mapeo de actores** que conforman el sistema de salud de la provincia de Tucumán. En ella se entrevistó a los principales referentes del sector de la provincia: financiadores del sistema y asociaciones intermedias de profesionales y establecimientos. Entre ellos se contactó a autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia, de la Obra Social Provincial -Subsidio Salud-, de la Unidad de Gestión Local I de PAMI Tucumán, de la Asociación de Clínicas y Sanatorios del Tucumán (ACyST), de la Agrupación Sanatorial del Tucumán, de Sanatorios y Clínicas Agrupados del Tucumán (SYCAT), del Círculo Médico del Sur y del Colegio Médico del Tucumán.

Esta etapa se apoyó en un cuestionario diseñado a orientar las entrevistas en profundidad, que releva la percepción de los interlocutores sobre características generales del mercado de salud local, focalizando en los objetivos y estrategias de los principales actores (financiadores, prestadores y entidades intermedias); la estructura actual y la existencia de cambios en lo que respecta al marco normativo y legal, contratos y mecanismos de pagos a los proveedores de servicios; y finalmente, el impacto de estos cambios en la organización interna y en el financiamiento de las entidades financieradoras y proveedoras.

Finalmente, la tercera etapa metodológica consistió en la aplicación de **encuestas de campo a prestadores del sector público y privado de la salud**. Para ello se eligieron cuatro departamentos sobre la base de criterios predefinidos (cantidad de población y, oferta privada y pública de establecimientos de salud polivalentes con internación). Se seleccionó el departamento más poblado y con mayor oferta, luego dos intermedios y por último uno de perfil rural con menor población y oferta institucional, abordando escenarios que presentan diferentes realidades sanitarias. En este marco, los departamentos seleccionados de la Provincia de Tucumán fueron San Miguel de Tucumán, Río Chico, Chicligasta y Alberdi. Finalmente, dentro de cada departamento se definió una muestra de los establecimientos.

El cuestionario¹⁶ diseñado se aplicó a una muestra de establecimientos públicos y privados polivalentes que atendieran media y alta complejidad de los departamentos seleccionados. Se realizaron 23 entrevistas a establecimientos, cubriendo al 40% de la oferta total de la provincia, el 59% de la oferta privada y el 23% de la pública.



¹⁶ Se confeccionó un cuestionario estructurado en módulos, orientado a recoger información sobre datos generales de la institución, datos de producción, características del mercado y la competencia, relación con financiadores (incluyendo características de los contratos y mecanismos de pago), y organización interna de los prestadores. Adicionalmente, el cuestionario destinado a prestadores públicos incluyó una sección dedicada a conocer el mecanismo de toma de decisiones de la institución.

El instrumento se aplicó a una muestra de establecimientos públicos y privados polivalentes que atendieran media y alta complejidad, de los departamentos seleccionados. La Tabla 11 presenta la proporción de establecimientos encuestados en relación al total de la provincia, y la Tabla 12 expone esa información para cada departamento seleccionado.

Tabla 11 - Muestra de establecimientos seleccionados

Tipo de dependencia	Total provincia		
	Nº total de establecimientos* (1y2)	Nº de establecimientos* encuestados	% (3)
Públicos	32	7	21.88%
Privados	27	16	59.26%

(*) Se incluyen establecimientos con internación que sean polivalentes, pediátricos o maternidades.

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

(2) Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán - www.msptucuman.gov.ar

(3) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007).

Se realizaron 23 entrevistas a establecimientos polivalentes con internación, cubriendo al 40% de la oferta total de la provincia, el 59% de la oferta privada y el 23% de la pública.

Tabla 12 - Muestra de establecimientos seleccionados por departamento

Tipo de dependencia	Departamentos seleccionados											
	San Miguel de Tucumán			Alberdi			Chicligasta			Río Chico		
	Nº total de estab*	Nº estab* encuestados	% (3)	Nº total de estab*	Nº estab* encuestados	% (3)	Nº total de estab*	Nº estab* encuestados	% (3)	Nº total de estab*	Nº estab* encuestados	% (3)
Públicos	5	4	80%	1	1	100%	2	1	50%	3	1	33.33%
Privados	17	13	76.47%	1	1	100%	3	1	33.33%	2	1	50.00%

(*) Se incluyen establecimientos con internación que sean polivalentes, pediátricos o maternidades.

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

(2) Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán - www.msptucuman.gov.ar

(3) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2007).

Dentro de los departamentos seleccionados, se encuestó al 80% de los establecimientos públicos y al 76.47% de los privados de San Miguel de Tucumán, en tanto en Alberdi se relevó el 100% de la oferta, en Chicligasta el 50% de los establecimientos públicos y el 33.33% de los privados y, finalmente, en Río Chico se incluyó el 50% de los establecimientos privados y el 33.33% de la oferta pública.

Por su parte, la Tabla 13 presenta información comparada sobre indicadores de capacidad y de producción de los establecimientos públicos y privados encuestados.

Tabla 13 - Características de las instituciones encuestadas

Características	Establecimientos Públicos			Establecimientos Privados		
	Media	Max	Min	Media	Max	Min
Variable Estadístico						
Mtrs ²	7857,00	15000	1500	2818,50	6000	1000
Nº de camas	184,29	300	42	60,69	108	23
Nº de consultas promedio mensuales en consultorios externos	9125,50	16438	3000	3666,44	7000	400
Nº de consultas promedio mensuales en guardia	3827	5480	3000		
Nº de egresos promedio mensuales	648,67	1586	108	378,13	950	70
Promedio días cama	6,46	4,10	11,7	3,00	5	1,51

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

El promedio de superficie cubierta de los establecimientos públicos supera en 2.7 veces a la de los privados. A su vez, la dispersión al interior de ambos grupos de establecimientos es amplia, alcanzando una distancia entre los extremos de hasta seis veces para los privados y de hasta diez veces para los públicos.

El número de camas por establecimiento presenta una situación similar, donde el sector público supera al sector privado, en esta ocasión en tres veces. Nuevamente la dispersión registrada entre los extremos de los establecimientos públicos alcanza las diez veces, mientras que los privados registran diferencias de hasta 4.6.

En ambos indicadores se observó una amplia diferencia entre el sector público y privado, y a la vez una gran dispersión al interior de cada sector. Esto último obedece, en parte, a las diferencias entre los establecimientos del interior de la provincia y aquellos ubicados en la ciudad capital, donde se concentra la mayor parte de la oferta y demanda de servicios de salud.

Respecto de los indicadores de producción, las consultas promedio mensuales registran una relación de 2.4 a 1 entre los establecimientos públicos y los privados, sin embargo en términos de egresos de internación la brecha es menor (1.7 a 1). Ello se ve reforzado al comparar el promedio de días cama para cada sector, donde los establecimientos públicos encuestados duplican a los del sector privado.

8 - COMPORTAMIENTO ESTRATÉGICO Y MORFOLOGÍA DEL SISTEMA DE SALUD

8.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

8.1.1 Estructura de mercado, competencia percibida y estrategias desarrolladas

Desde una perspectiva de análisis económico un mercado de competencia perfecta se vincula con un número relativamente alto de oferentes y demandantes de un bien o servicio; que el mismo sea relativamente homogéneo, o no diferenciado entre oferentes; y que la información disponible por

cada participante del mercado sea similar para la toma de decisiones (de producción y/o de consumo).

Los sistemas de salud fallan en al menos dos de estos tres principios: por construcción, los oferentes de servicios (profesionales e instituciones de salud) cuentan con más información que sus pacientes. Ello abre la posibilidad de inducir demanda y genera asimismo percepciones diferentes sobre el mismo tipo de servicio o bien. Así, incluso en casos donde el número de oferentes sea significativo, la percepción de calidad diferenciada entre ellos genera procesos de lealtad que segmentan el mercado prestador desde la mirada del usuario.

En el caso tucumano, como en todo el país y gran parte de América Latina, la presencia de múltiples formas de aseguramiento provoca un efecto adicional: dos prestadores geográficamente cercanos no necesariamente son competidores porque, más allá de los servicios y la calidad con que los brindan, atienden a poblaciones con distintos seguros. Más aún, dos instituciones prestadoras de servicios de salud con los mismos financiadores (seguros sociales o privados), pueden comprometerse o especializarse en cierto subgrupo de ellos. Esto implica que, más allá de la ubicación, el mix de productos y la “cartera de financiadores”, la identificación de competidores no sólo se extienda más allá del precio cobrado por el servicio (involucrando variables de calidad), sino que la estrategia prestacional depende de la percepción de competencia de cada institución o profesional (Maceira y Poblete, 2003)

De esta manera, diferentes mecanismos de aseguramiento social tienen distintos prestadores y, por ello, instituciones cercanas geográficamente no necesariamente compiten entre ellas. Asimismo, instituciones públicas y privadas generalmente tampoco compiten dentro de una misma jurisdicción, debido a que la su población objetivo difiere. Así, las diferentes dimensiones de la competencia posibilitan que al interior de una provincia existan distintos mercados, no solamente abiertos por fuentes de financiamiento sino también por distancias geográficas.

En este marco, la provincia de Tucumán presenta una estructura de mercado particular respecto de la mayor parte de las provincias. Es una jurisdicción relativamente pequeña en términos de extensión geográfica, donde la mayor cantidad y complejidad de servicios de salud se concentra en la capital provincial, San Miguel de Tucumán. Aunque pocos departamentos del interior de la provincia son autosuficientes, en la mayor parte de los casos eso no ocurre. De esta manera, Tucumán se presentaría como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia. La cercanía geográfica reduce el tiempo de acceso al centro de derivación, generando un aumento de concentración en la capital y dispersando el concepto de competencia al interior de la provincia.

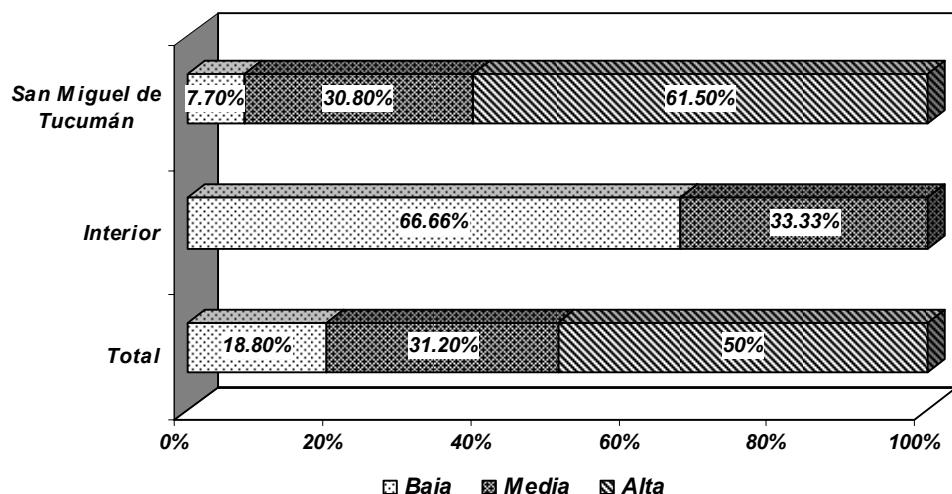
Para comprobar esta hipótesis, y establecer la conducta de mercado de los proveedores de servicios de salud, su estrategia frente a la competencia y ante los financiadores, se han recogido algunos indicadores acerca de la percepción de los proveedores sobre la morfología del mercado en que actúan, debido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

A partir de la información que surge de encuestas a los prestadores privados de servicios de salud realizadas para este estudio, el Gráfico 14 presenta el nivel de competencia percibido en San Miguel de Tucumán y en las jurisdicciones del interior (Río Chico, Chicligasta y Alberdi), conjunta y separadamente. Allí se observa que para el distrito capital la percepción mayoritaria (61.50%) considera que en esa jurisdicción la competencia es alta, mientras que el interior registra

la situación inversa. En este segundo caso, no existe percepción de alta competencia y el 66.66% de los entrevistados la considera baja. El porcentaje de competencia intermedia percibido es similar en ambos grupos, promediando un 31.2%.

Estos resultados se sostienen en el planteo expuesto anteriormente, donde San Miguel de Tucumán concentra gran parte de los servicios de salud de la provincia, mientras que el interior expone un desarrollo limitado de prestadores y complejidad y por ende, de competidores.

Grafico 14 – Percepción del nivel de competencia entre establecimientos proveedores de servicios de salud



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

Complementariamente, la Tabla 15 expone la percepción sobre la cantidad promedio de competidores y la participación relativa en el mercado, en términos de ingresos de los participantes del sector, por parte de los establecimientos encuestados.

Tabla 15 - Estructura de mercado percibida por los establecimientos proveedores de servicios de salud

Jurisdicción	Nº de casos	Nº de proveedores que considera competidores				Posición en el mercado de la institución líder (%) (1)				Posición en el mercado de la institución encuestada (%)			
		Mediana	Media	Max	Mín	Mediana	Media	Max	Mín	Mediana	Media	Max	Mín
Total	16	5	5.25	12	1	39	38.31	60	12	25	30.25	60	2
San Miguel	13	5	5.85	12	2	35	33.31	60	12	19	23.38	60	2
Interior (2)	3	1	2.67	6	1	60	60	60	60	60	60	60	60

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

(1) Percepción sobre la participación porcentual del establecimiento en el total del ingreso del mercado

(2) Interior: reúne la información de los tres departamentos del interior encuestados (Alberdi, Chivilcoy y Río Chico)

Los establecimientos ubicados en San Miguel señalan un considerable número de competidores, observado tanto en el promedio (5.25) como en la mediana (5), convalidando el alto nivel de competencia percibido entre clínicas y sanatorios. Por el contrario, en los departamentos del

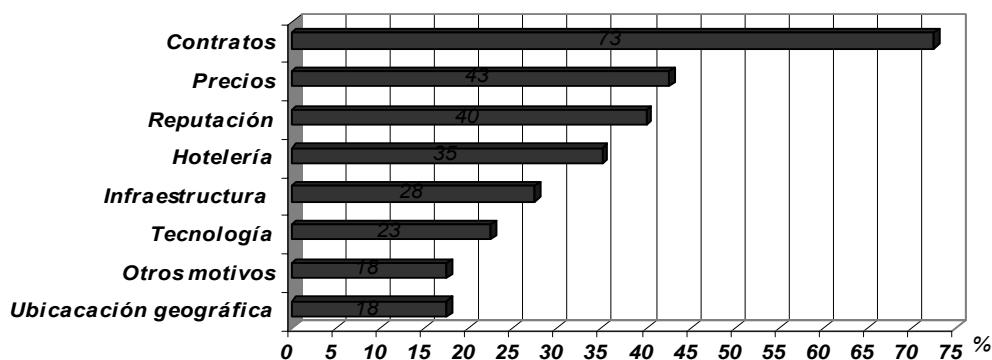
interior se percibe un número de competidores menor, reforzando el planteo de dispersión de competencia.

En este contexto, la segunda columna muestra que la posición en el mercado de la institución líder es inversa al número de competidores percibido: a medida que aumenta la cantidad de competidores el promedio del mercado que corresponde al líder se reduce. Así, la institución líder en el interior (60%) concentra cerca del doble del mercado que su par en San Miguel de Tucumán (33.31%). Las instituciones que prestan servicios en el interior perciben que la situación es más concentrada y monopólica, mientras que en la Capital se produce el signo inverso.

Ello se refuerza al observar la percepción del propio poder de mercado, registrada en la última columna de la tabla, donde los establecimientos del distrito capital en promedio perciben un poder de mercado relativo menor al del líder (23.38%), mientras que en el interior las instituciones encuestadas se perciben como líderes en sus respectivos sistemas locales. Lo primero permite concluir que se trata de un mercado de mayor tamaño, de gran competencia y donde la porción del mercado que reúne cada uno es menor, incluso para los líderes; mientras que lo segundo evidencia la dispersión de la competencia, donde existe una oferta de servicios reducida. Así, la posición del líder en el interior es la propia, llegando a concentrar aproximadamente el 60% de la demanda de su región, y la proporción restante del mercado es captada por instituciones fuera de las fronteras del departamento y, en algunos casos, compitiendo con el sector público.

Caracterizada la estructura de la oferta, el siguiente interrogante de investigación plantea los factores que determinan la competencia y, en consecuencia, las estrategias desarrolladas por los establecimientos. En esta dirección, el Grafico 16 reporta que para la mayoría de los oferentes la definición de mercado se encuentra asociada fundamentalmente por la firma de contratos con los financiadores, alcanzando al 70% de los encuestados. Ello refleja la importancia que reviste la contratación dentro de la estrategia empresaria, en un contexto marcado por una estructura de segmentación en el aseguramiento.

Gráfico 16 - Motivos de competencia percibidos por los establecimientos proveedores de servicios de salud
(en % de respuestas afirmativas sobre el total de encuestados)



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

En un segundo grupo aparecen los elementos tradicionales de competencia, reflejados en motivos como los precios, la reputación y la hotelería, estos últimos vinculados a modos de identificación de calidad real o percibida (modos de competencia no-precio). Por su parte, la ubicación geográfica aparece poco relevante para la competencia, lo que adquiere sentido en un contexto de distrito único.

De este modo, la percepción de competencia se vincula con especificidad de servicios al interior de un subsistema (fijado por el financiador). También se observa que, si bien el motivo precio aparece segundo en importancia, los mecanismos de diferenciación no-precio, como aquellos asociados a la calidad percibida (reputación y hotelería) y la calidad real (infraestructura y tecnología), son considerados relevantes en un segundo y tercer término, respectivamente, en el modo de elección del prestador.

Los Gráficos 17 y 18 exponen las estrategias priorizadas por los establecimientos de San Miguel de Tucumán y del interior de la provincia para atraer pacientes y financiadores.

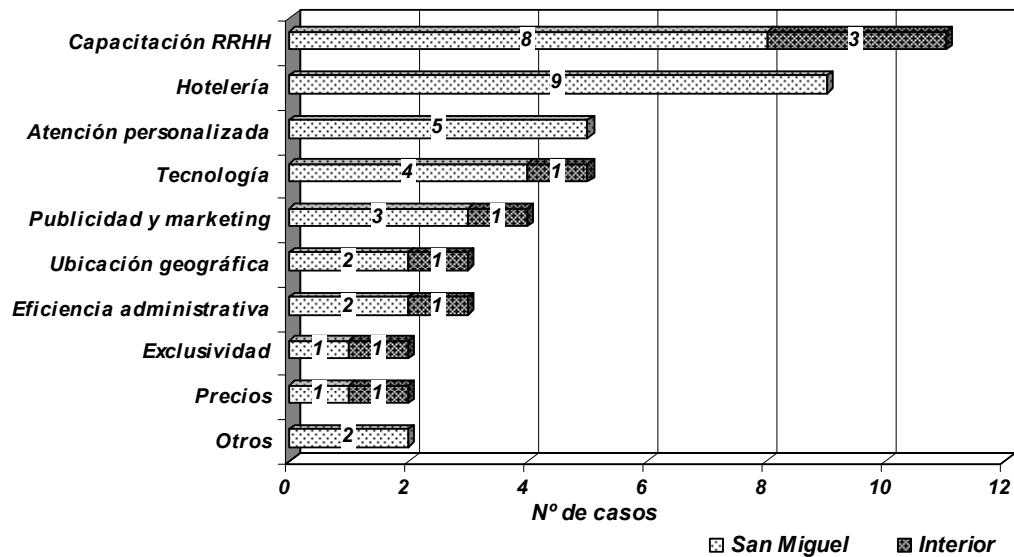
En la Capital se priorizan la hotelería (69%), la capacitación de los recursos humanos (62%) y la atención personalizada (39%). Estas estrategias se vinculan a indicadores de calidad percibida desde la mirada del paciente y nuevamente, la ubicación geográfica no reviste relevancia.

Por su parte, el 100% de los establecimientos encuestados del interior priorizan la capacitación de los recursos humanos como principal estrategia para atraer pacientes. De acuerdo a lo expuesto por los actores encuestados, ello se debe mayormente a que la concentración de oferta de servicios en la ciudad capital atrae a gran parte de los profesionales, tornándose complejo para los oferentes institucionales del interior identificar incentivos para atraerlos y mantenerlos, en un contexto de oferta reducida y demanda inestable.

Respecto de las estrategias priorizadas para atraer financiadores, el Grafico 18 muestra que el 62% de los establecimientos ubicados en San Miguel consideran a los precios como mecanismo prioritario, mostrando una estructura de mercado integrada y altamente competitiva. Por el contrario, para los departamentos del interior, con oferta escasa y dispersa, los precios no se contemplan como estrategia prioritaria. Para este grupo de prestadores, la ubicación geográfica (33%) y la exclusividad (33%) adquieren alguna relevancia, aunque las fuentes de captura de financiamiento más señaladas fueron la tecnología (100%) y la eficiencia administrativa (67%), que también fueron priorizadas por un 54% de los prestadores ubicados en la capital.

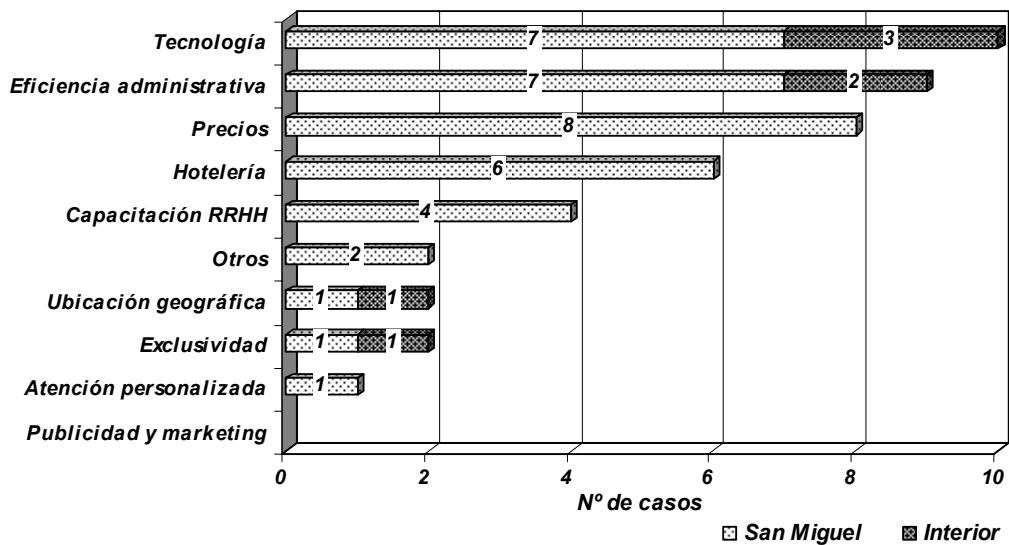
La lectura de esta información permite responder aquellas preguntas de investigación vinculadas con las estrategias utilizadas por el sistema prestacional para atraer pacientes y financiadores. En el primero de los casos, las acciones se encuentran asociadas con mecanismos de calidad percibida, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten gran valoración. Ello se atribuye a que los pacientes descansan en el “tercer pagador”, quien es el que establece (directamente o mediante intermediarios) los montos a abonar. La información disponible sugiere asimismo que la distancia geográfica no representa una barrera de acceso determinante de la demanda, reforzando el argumento de distrito único en el caso tucumano. Contrariamente, para el grupo de financiadores se identifica la importancia de argumentos vinculados con la “función de producción” de servicios de salud (tecnología, eficiencia administrativa, etc.), acordes a un contexto marcado por la competencia entre prestadores para acceder a contratos con instituciones aseguradoras.

Grafico 17 - Estrategias priorizadas por los pacientes, desde la perspectiva prestacional
(Número de respuestas afirmativas sobre el total de encuestados)



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

Grafico 18 - Estrategias priorizadas por los financiadores, desde la perspectiva prestacional
(Número de respuestas afirmativas sobre el total de encuestados)



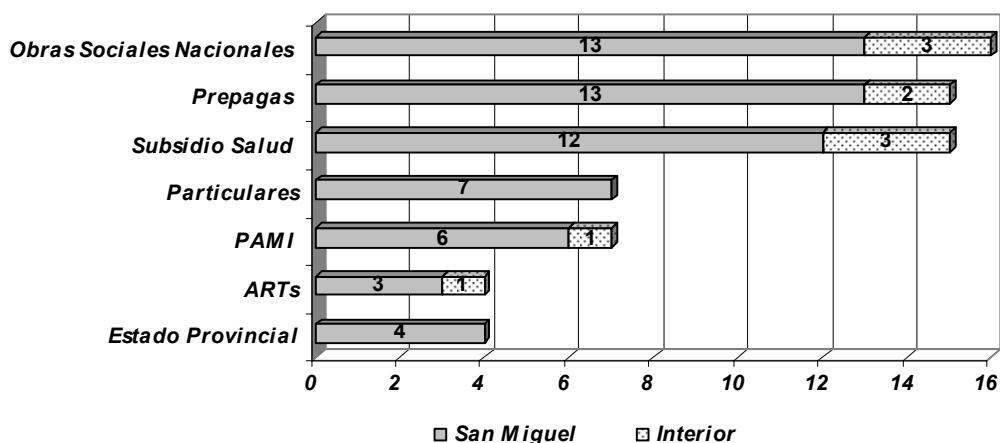
Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007)

8.1.2 Estructura de financiamiento, contratos y mecanismos de pago

A partir del análisis del mercado y competencia percibida por los prestadores del sistema de salud tucumano, se propone en esta sección vincular esta estructura con los contratos firmados entre aseguradores y establecimientos privados. Ello permitirá relacionar poder de mercado y capacidad de negociadora de cada actor participante con los modos de absorber o transferir riesgo financiero en la cadena vertical de servicios de salud.

El Grafico 19 muestra para San Miguel de Tucumán y los tres departamentos seleccionados del interior de la provincia, la distribución de contratos entre los establecimientos encuestados y las instituciones aseguradoras. Complementariamente, la Tabla 20 muestra, el peso relativo de cada sistema de aseguramiento en el financiamiento total de las instituciones, el número de instituciones financiada por cada modo de seguro y/o pago y su importancia porcentual en el total del financiamiento institucional, medido en el promedio de prestadores, su mínimo y su máximo.

Grafico 19 - Fuentes de financiamiento de prestadores privados en Tucumán



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

Tabla 20 - Distribución del financiamiento por departamento

Instituciones de financiamiento	San Miguel				Interior			
	Nº casos: 13				Nº casos: 3			
	Nºcasos	Media	Máxima	Mínima	Nºcasos	Media	Máxima	Mínima
Estado Provincial	4	2.69	15	0				
Subsidio Salud	12	31.69	80	0	3	40	50	30
PAMI	6	17.31	55	0	1	20	60	0
Obras Sociales Nacionales	13	23.54	40	5	3	31.67	45	10
Prepagas	13	13.85	33	2	2	6.67	10	0
Arts	3	4.69	40	0	1	1.67	5	0
Particulares	7	7	30	0				

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

En primer lugar se observa que debido a la segmentación de los mecanismos de financiamiento, no todos los establecimientos cuentan con aportes del total de las instituciones aseguradoras. En el caso de San Miguel de Tucumán, de los trece establecimientos encuestados, el Estado Provincial mantiene contrato sólo con cuatro, Subsidio Salud con doce, PAMI con seis, y las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ARTs) con tres. Solo siete instituciones cuentan con aportes de particulares (pago de bolsillo) y todos reciben financiamiento de alguna prepaga u obra social nacional.

Por su parte, los establecimientos encuestados del interior presentan un financiamiento más concentrado: no mantienen en ningún caso relaciones contractuales con el Estado Provincial, ni cuentan con el ingreso de particulares. Asimismo, solo un establecimiento mantiene relación con PAMI y con alguna ART, dos prestan servicios a prepagas y las tres cuentan con financiamiento del Subsidio Salud y de alguna obra social nacional.

En segundo lugar se observa que, tanto en el distrito capital como en los departamentos del interior, la obra social provincial se presenta como el principal financiador, con una participación promedio en el presupuesto de los prestadores del 31,69% y 40% respectivamente. Luego se ubica el conjunto las obras sociales nacionales, con una participación promedio del 23.54% en San Miguel de Tucumán y, una peso mayor en el interior alcanzando un promedio del 31.67% de los ingresos. En tercer lugar se encuentra el PAMI, con un 17.31% en la capital y un 20% en el interior. Por ultimo, San Miguel registra una participación relativamente mayor de prepagas y ARTs en el financiamiento institucional.

La distribución del financiamiento muestra el nivel de dependencia o, contrariamente, de diversificación de los financiadores. La información recogida sugiere mayor independencia en la Capital que en los establecimientos ubicados en el interior de la provincia. Ello se evidencia tanto en la ausencia de algunos financiadores en el interior, como también en la presencia de porcentajes mayores de financiamiento en algunas instituciones de aseguramiento. Desde la perspectiva del prestador, los establecimientos de San Miguel cuentan con una mayor diversificación del riesgo y mayores posibilidades de negociación.

Asimismo, la tabla expone al interior de las instituciones aseguradoras, grandes diferencias en el peso relativo de financiamiento por establecimiento, a partir del tamaño de la brecha entre los valores máximo y mínimo. Ello plantea un nuevo interrogante, asociado con el mecanismo de priorización de las instituciones aseguradoras para establecer sus contratos. En este marco, existen algunas hipótesis que explicarían el comportamiento de los actores involucrados, y su poder relativo en la negociación.

La primera hipótesis se vincula con el poder de negociación de las asociaciones intermedias, donde una mayor concentración de financiadores por asociación evidenciaría una mayor capacidad para fijar reglas de contratación.

En caso de existir una distribución de los contratos que no respete necesariamente los límites de las asociaciones, el criterio de selección identificado no estaría relacionado con el poder de negociación corporativo de estas entidades. En ese contexto, se podría inferir la capacidad relativa de los establecimientos y su peso en la negociación de contratos. Utilizando el número de camas como indicador de "poder potencial de mercado" de los establecimientos, se pueden analizar diferentes alternativas estratégicas eventualmente desarrolladas por los financiadores.

En esta dirección, la Tabla 21 reagrupa las instituciones encuestadas, analizando el financiamiento de los establecimientos entrevistados de acuerdo a la pertenencia a algún tipo de asociación.

Tabla 21 - Distribución del financiamiento por asociación de establecimientos

Instituciones de financiamiento	ACYST Nº casos: 10					Agrupación Sanatorial Nº total casos: 4				
	Nº camas	Nº casos	Media	Máxima	Mínima	Nº camas	Nº casos	Media	Máxima	Mínima
<i>Estado provincial</i>	255	3	3	15	0	94	1	1.2	5	0
<i>Obra Social Provincial</i>	658	10	38.2	80	5	249	4	30	40	20
<i>PAMI</i>	150	3	13.5	55	0	131	2	15	30	0
<i>Obras Sociales Nacionales</i>	658	10	24.1	40	5	249	4	32.5	45	15
<i>Prepagas</i>	658	10	12.5	33	2	249	4	13.7	20	10
<i>Arts Particulares</i>	119	2	4.6	40	0	83	2	5	15	0
	228	4	4.1	20	0	168	2	5	15	0

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

Allí se observa que la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán (ACYST) es la que concentra la mayor participación del Subsidio Salud (38.2%) en el financiamiento de sus instituciones, seguido por el conjunto de las obras sociales nacionales (24.1%). Asimismo, todos cuentan con aportes de prepagas, promediando un 12.5%, en tanto PAMI y el Estado Provincial financian a tres de los diez establecimientos encuestados.

Respecto al financiamiento promedio de los establecimientos que integran la Agrupación Sanatorial del Tucumán, se observa que el Subsidio Salud es el principal financiador, alcanzando un 30% de los ingresos, porcentaje relativamente menor que el registrado por la ACYST. Ello se compensa, en parte, con una proporción de ingresos mayor proveniente de las obras sociales nacionales (32.5%). En este caso también se observa que el Estado Provincial y el PAMI seleccionan a algunos de estos establecimientos para proveer servicios a sus beneficiarios.

Por último, Sanatorios y Clínicas Asociadas del Tucumán (SYCAT), que agrupa a establecimientos de interior, cuenta con un financiamiento más concentrado, principalmente en dos financiadores, el PAMI (60%) y Subsidio Salud (30%), y aportes menores de obras sociales nacionales (10%).

Esta información sugiere diferencias en las estrategias y mecanismos de contratación entre financiadores. Así, se observa que casi la totalidad de los establecimientos cuentan con financiamiento del Subsidio Salud, donde las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante como representantes e intermediarios en la negociación de contratos colectivos. En este contexto la ACYST, que reúne al mayor número de establecimientos de Tucumán, evidencia su liderazgo en las negociaciones, con un mayor porcentaje relativo de financiamiento.

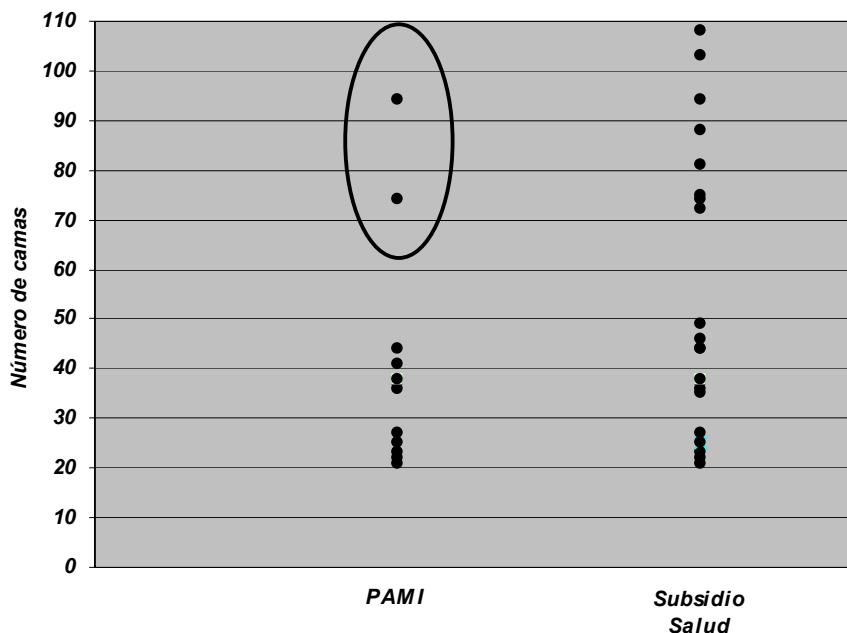
El PAMI en cambio, sólo mantiene contrato con algunos establecimientos, donde las asociaciones intermedias no parecieran definir el espacio de negociación. Esto plantea un interrogante adicional acerca de los criterios utilizados por el PAMI para establecer sus contratos, en el contexto de cambio del modelo prestacional mencionado previamente.

En esta dirección, el Grafico 22 expone los contratos de PAMI y Subsidio Salud para la totalidad de establecimientos privados, dimensionando su capacidad en el número de camas.

El Grafico muestra que el PAMI, como resultado del cambio iniciado en 2006, se concentró, salvo en dos casos, en establecimientos de capacidad mediana y pequeña, diferenciando su estrategia de aquella más diversificada de la obra social provincia.

En este contexto, el análisis de los mecanismos de contratación y las estructuras de pago (Tabla 23) brindan información complementaria sobre el proceso de negociación entre los actores.

Grafico 22 - Contratos del PAMI y Subsidio Salud



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007) y Ministerio de Salud Pública de Tucumán (2005).

Tabla 23 - Contratos y mecanismos de pago

Total de instituciones con contrato	PAMI	OSP	OSN	Prepaga
				7 15 9 3
Mecanismo de negociación de los contratos	<i>Directa con el financiador</i>	7		4
	<i>Concurso de prestadores</i>		15	2
	<i>Vía Asociación de establecimientos</i>			3
	<i>Vía Asociación de profesionales</i>			
	<i>Vía otro intermediario</i>			
Mecanismo de cobro de los prestadores al financiador	<i>Cápita</i>	7	3	
	<i>Módulo</i>		1	
	<i>Prestación</i>		1	2
	<i>Monto Fijo</i>		1	
	<i>Mixto</i>	10	3	1
	<i>Mixto con techo prestacional</i>	5		

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

Se observa que el PAMI cuenta con contratos directos con siete establecimientos de los dieciséis encuestados. De acuerdo a lo expresado por autoridades de la institución, la única excepción es el caso de los especialistas, con quienes se realiza un contrato colegiado a través de las entidades que los agrupan. Respecto a los médicos del primer nivel, el contrato se realiza a través de la asociación de médicos de cabecera, pero el pago es directo al profesional médico.

El mecanismo de pago al establecimiento proveedor seleccionado por el PAMI es el sistema capitado, al que se suman una serie de estímulos financieros complementarios¹⁷.

El **Subsidio Salud** presenta una situación diferente a la de PAMI: mantiene contratos mediante asociaciones de establecimientos con quince de las diecisésis instituciones encuestadas, y su mecanismo de pago es heterogéneo.

Según lo expresado por autoridades de la obra social provincial, durante años se mantuvieron contrataciones exclusivas a través de intermediarios como, la ACYST o el Colegio Médico, y solo en los últimos años se abrió la posibilidad de contrataciones directas a establecimientos. Sin embargo, y como lo evidencia el relevamiento presentado, sigue primando la modalidad de contratación intermediada.

Respecto a la modalidad de pago, las autoridades del Subsidio Salud encuestadas señalaron que si bien en el pasado se utilizaba únicamente el pago por acto médico, se logró recientemente un modelo de contratación mixto con una absorción compartida de riesgo. Actualmente utiliza la paga por prestación en el primer nivel de atención, y en el segundo nivel, generalmente el pago por prestación y el módulo. Sin embargo, desde el año 2002 existen algunas prestaciones del segundo nivel de atención que han comenzado a capitarse, incluyendo: oftalmología, urología y cirugía cardiovascular.

En este marco y como se verifica en la Tabla 23, mantiene dos tipos de contratos: mixto (modulo y pago por prestación) con y sin techo prestacional. El primero implica una mayor transferencia de riesgo a los establecimientos: tal es el caso de la Agrupación Sanatorial del Tucumán y la SYCAT; el segundo tipo de contrato, con mejores condiciones relativas para el prestador, lo mantiene únicamente con la ACYST.

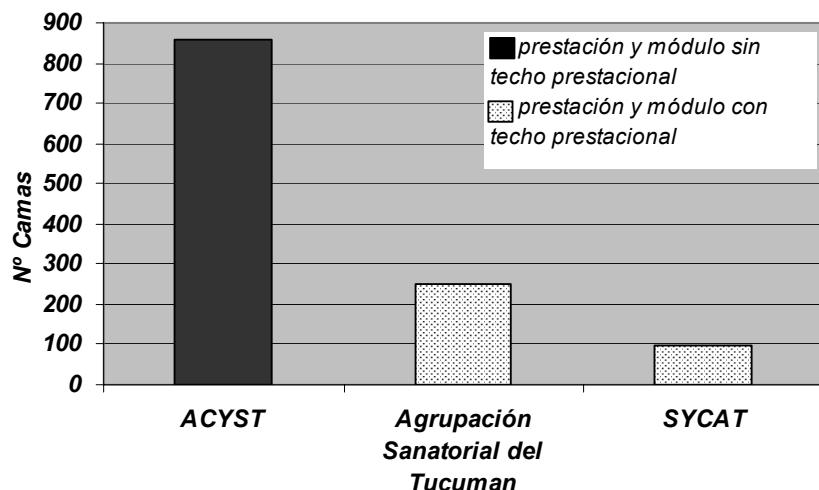
Por último, las obras sociales nacionales presentan una gran volatilidad en los mecanismos de contratación y de pago, a diferencia de las prepagas que mantienen la contratación directa y una menor variación en las formas de pago.

En síntesis, la tabla expone por un lado la presencia de un asegurador (PAMI) que opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado. Esta estrategia no es reproducida por la Obra Social Provincial, que opta por contratos intermediados y cuyo modo de pago difiere dependiendo del tipo de establecimiento. Esto plantea un interrogante sobre que motiva la heterogeneidad en los criterios de retribución al interior del Subsidio Salud.

El Grafico 24 presenta los contratos firmados por el Subsidio Salud con las tres asociaciones de establecimientos de la provincia de Tucumán, y la cantidad de camas totales de cada una como indicador de capacidad. Se observa que aquella entidad que reúne la mayor cantidad de camas es quien recibe el contrato sin techo prestacional, mientras que aquellas con menor capacidad operativa obtienen contratos con techo prestacional. Ello sugiere una asociación entre poder de mercado y riesgo compartido para la oferta privada en Tucumán.

¹⁷ La tasa de incentivo es el más importante de ellos, y consiste en el pago adicional al prestador que supera un porcentaje de atención determinado del padrón que tiene asignado. En el caso del médico de cabecera, si se supera la atención del 70% del padrón a cargo, recibe como base un adicional a la capita de 15 pesos por paciente atendido, superado el umbral establecido. Existen estímulos similares en el caso de la internación y de las emergencias. De acuerdo a las autoridades, este es un mecanismo de ajuste a la subprestación generada por los mecanismos de pago puramente capitados.

Grafico 24 - Contratos y mecanismos de pago del Subsidio Salud



Fuente: Elaboración propia sobre la base a encuestas de campo (2007) y Guía de Establecimientos (2000).

Más allá de los mecanismos de pago y el arancel abonado por el financiador, existen condiciones adicionales en los contratos de prestación de servicios de salud que reflejan elementos complementarios la transferencia y/o absorción de riesgo entre actores. Indagar sobre ellos, brinda información adicional sobre el poder relativo en la negociación de contratos.

En esta dirección, la Tabla 25 expone por financiador las respuestas de los establecimientos encuestados sobre los plazos de vigencia de los contratos, el mecanismo de debito por problemas de facturación y la existencia de copagos. .

Tabla 25 - Condiciones adicionales del contrato

Condiciones adicionales del contrato		% de instituciones financiadoras			
		PAMI	OSP	OSN	Prepaga
Coseguro	Presencia de coseguro	0%	100%	44.40%	33.30%
	Coseguro definido por financiador		100%	100%	100%
Ajuste de debito por problemas en la facturación	Unilateral	71.43%	13.33%	33.30%	
	Bilateral	28.57%	86.67%	66.70%	100%
Vigencia del contrato	Hasta 6 meses				66.70%
	Entre 6 meses y 1 año				
	Entre 1 año y 2 años	100%			33.30%
	Renovación automática		100%	100%	

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

Se observa que mientras el PAMI no permite la existencia de copagos, el Subsidio Salud y algunas Obras Sociales Nacionales incorporan el copago definido por el financiador, como mecanismo complementario de captura de fondos, representando un modo de transferencia de riesgo hacia el beneficiario.

En caso de identificarse problemas en la facturación y la provisión de servicios, el PAMI lo resuelve unilateralmente¹⁸, mientras que el Subsidio Salud, parte de las Obras Sociales Nacionales y todas las prepagas mantienen una auditoría compartida con las asociaciones intermedias.

Por último, la parte inferior de la Tabla 25 informa que el PAMI establece un periodo de vigencia de dos años por contrato con sus prestadores, mientras que los restantes financiadores lo renuevan automáticamente.

La lectura de esta información refuerza algunas conclusiones a las que se arribaron anteriormente, donde el PAMI presenta un mayor poder relativo de negociación, limitando pagos complementarios, definiendo las reglas de debito y evaluando al prestador en un tiempo predeterminado contractualmente

Por su parte, el Subsidio Salud presenta un nivel de negociación más colegiado. A través de copagos se reduce el riesgo que absorbe el establecimiento y permite la renovación automática del contrato.

8.2 SUBSECTOR PÚBLICO

El sector público presenta una estructura y una dinámica de funcionamiento particular y, por ello, requiere de un abordaje claramente diferente al del sector privado. Para este sector no es necesariamente relevante el número de competidores en el mercado, y sus estrategias para atraer pacientes y financiadores. Ello se debe a que, entre otros motivos, el sector público es al mismo tiempo financiador y proveedor, no existe competencia entre efectores por obtener financiamiento, y su estrategia de atención no se vincula directamente al ingreso monetario. Sin embargo, la falta de incentivos al personal disminuye su capacidad de respuesta, especialmente en un sistema sanitario donde el Estado prestador absorbe los mayores riesgos financieros y epidemiológicos.

Estas diferencias centrales entre subsectores generan dinámicas que responden a estructuras de incentivos diferentes. Por ello, y a fin de analizar el comportamiento de los actores del sector público se encuestaron a funcionarios de hospitales utilizando un cuestionario que relevó indicadores orientados a evaluar la composición del financiamiento, el grado de descentralización en la toma de decisiones, y el mecanismo de incentivos para los recursos humanos.

De acuerdo a la información relevada, el presupuesto de los hospitales de Tucumán tiene al Estado Provincial como principal financiador, con aportes promedio del 92% del total de sus recursos. El 8% restante se compone de ingresos provenientes del Plan Nacer, el Profe y el recupero de costos por la prestación de servicios a beneficiarios de la seguridad social.

¹⁸ PAMI retiene un 1.5% de la capita de sus establecimientos contratados para generar un fondo de riesgo, destinado a compensar los costos de pacientes que se atienden en hospitales públicos. Luego de seis meses, los establecimientos que brindaron cobertura a sus pacientes reciben el aporte correspondiente.

A partir de esta concentración en el financiamiento, el interrogante que surge se vincula con el grado de descentralización existente en la toma de decisiones. En primer lugar, se indagó sobre la definición del presupuesto institucional. El mismo es planteado en la totalidad de los casos por el Ministerio de Salud de la Provincia, lo que fue reafirmado por las autoridades sanitarias entrevistadas.

La asignación del gasto en salud está basado en presupuestos históricos, que en general responden a la cantidad de recursos humanos que cada institución tiene en la oferta prestacional existente (número de camas, horas de atención, etc.) y en los gastos de funcionamiento relacionado al tamaño de la estructura (Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán, 2007). Esta asignación de recursos es tradicionalmente inequitativa, en la medida que responde a la oferta y no a las necesidades de salud de la población.

En segundo lugar y avanzando en tal dirección, se evaluaron otros indicadores asociados a la descentralización como la toma de decisiones en la subcontratación de servicios asistenciales, en la gestión de compras, la contratación de personal y la administración de los fondos provenientes del recupero de costos a la seguridad social.

Las respuestas obtenidas sugieren en el primer caso algún grado de descentralización hospitalaria, donde las subcontrataciones son efectuadas desde el nivel ministerial como desde el hospital. Sin embargo, las compras presentan una situación más centralizada. Todos los encuestados mencionaron tener autonomía para realizar compras por montos menores, en tanto las compras de mayor escala siguen dependiendo del Ministerio.

La contratación de personal, por su parte, sigue dependiendo de la autoridad ministerial, aunque existe una incipiente descentralización. En este marco, los recursos humanos de un hospital pueden pertenecer a planta permanente o estar vinculados a través de un contrato de locación de servicios. En el primero de los casos, la contratación y designación de personal puede proponerla el efecto, pero es el SIPROSA quien define el nombramiento y abona los haberes. En el segundo de los casos, la contratación la puede realizar el Hospital y los recursos provienen de su presupuesto, principalmente del recupero de costos hospitalarios. En promedio, un 90% del personal hospitalario es de planta (donde tienen una injerencia limitada), y un 10% es contratado (donde cuentan con mayor autonomía).

En este marco, las autoridades sanitarias reconocen que en el mediano plazo deberán destinarse esfuerzos para generar incentivos mediante la participación en la toma de decisiones, a fin de lograr mayor eficiencia en la administración de los recursos.

Asimismo, se indagó sobre el mecanismo de pago e incentivos que reciben los recursos humanos de los hospitales públicos. La experiencia revela que el mecanismo de pago a los efectores genera poderosos incentivos que pueden afectar el modo en que los mismos brindan servicios de salud. En Tucumán, los trabajadores del equipo de salud reciben su remuneración en forma de salario, independiente de su producción, tanto personal como institucional. De acuerdo a lo expresado por autoridades encuestadas, este sistema reconoce la debilidad de generar pobres incentivos a la eficiencia, con tendencia a la sub prestación, poca atención a la satisfacción del usuario y a la estructura de costos.

Previo al año 2003, los hospitales públicos cobraban un copago de un peso por paciente, llamado Bono Ayuda Comunitaria (BAC). El fondo proveniente de estos ingresos era utilizado discrecionalmente por los Hospitales para contratar personal fuera de planta. Una de las primeras

medidas adoptadas por la nueva gestión consistió en eliminar el copago y limitar la contratación de los Hospitales.

Alternativamente, se habilitó a los hospitales, áreas programáticas y operativas, a proponer contratación de personal, aunque fuera finalmente aprobada por el Ministerio de Salud. En la actualidad, se suplantó los contratos por la terciarización de servicios. Esta última modalidad representa un mayor riesgo para los recursos humanos, aunque brinda al hospital mayores posibilidades para incorporar personal más allá de la planta permanente.

Por último, y con la intención de controlar el subsidio cruzado originado por la atención a pacientes con cobertura, los efectores públicos de todo el país desarrollaron mecanismos de recupero de costos. En el caso de Tucumán, tal modalidad es gestionada y cobrada por el hospital, aunque los recursos los centraliza el Ministerio de Salud. A pesar que el hospital puede solicitar el uso de tales fondos, aún existe una limitada autonomía para decidir el destino de los mismos. Finalmente y en la misma dirección, de las entrevistas de campo surge que sólo el Ministerio de Salud se encuentra facultado para realizar convenios con la seguridad social u otros financiadores. En enero de 2006 se efectivizó un convenio entre el SIPROSA y el PAMI, en el que el primero se compromete a brindar cobertura al afiliado PAMI en las áreas del interior de la provincia donde no existen prestadores privados. De acuerdo a las versiones recibidas, ello permitió explicitar una práctica usual que no se traducía en recursos para el prestador público.

9- CONCLUSIONES

El presente capítulo plantea el estudio de la estructura del sistema de salud de la provincia de Tucumán, los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan, y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo. Con este objetivo se indagó sobre las características de la estructura del mercado privado de salud de la provincia (numero de competidores y concentración de la oferta); el grado de competencia y diferenciación de producto entre los proveedores, y sus estrategias para captar a sus principales (financiadores y pacientes); las características de los contratos y los mecanismos de pago, el peso relativo de los actores en las negociaciones para establecerlos y finalmente los modos de transferencia y absorción de riesgo entre aseguradores y prestadores. Respecto del sector público, los interrogantes se plantearon en torno al nivel de descentralización en la toma de decisiones y la capacidad del sector ante los incentivos monetarios desplegados por los fondos de aseguramiento social.

Los resultados presentan a Tucumán como un caso de estructura de mercado de distrito único, donde la ciudad capital es la fuente primaria de atención para la gran mayoría de la población de la provincia, dispersando el concepto de competencia al interior de la jurisdicción.

En este contexto, caracterizado por un modelo segmentado y un alto numero de competidores concentrados geográficamente, el acceso a contratos constituye el primer mecanismo para definir la competencia. A su vez, al interior de los contratos, el precio constituye uno de los principales modos de competencia, aunque existen incentivos a la selección de prestadores por mecanismos de diferenciación, a través de indicadores de calidad percibida o de calidad real tanto de pacientes como de financiadores.

Los resultados muestran que, de acuerdo a la opinión de los mismos prestadores, los pacientes seleccionan su sanatorio a partir de indicadores de calidad y confort, donde el precio, la exclusividad y la ubicación geográfica no revisten gran valoración. Para el grupo de financiadores,

en cambio, se señalaron argumentos vinculados con la “función de producción” de servicios de salud (tecnología, eficiencia administrativa, etc.), acordes a un contexto marcado por la competencia entre prestadores para acceder a contratos con instituciones aseguradoras.

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

La información recogida muestra que la obra social provincial, luego el conjunto de las obras sociales nacionales y el PAMI, son los principales financiadores del sector prestacional privado. Asimismo, el caso tucumano evidencia mayor diversificación en el financiamiento de los establecimientos ubicados en la capital provincial que aquellos del interior de la provincia. Desde la perspectiva del prestador, los primeros cuentan con una mayor distribución del riesgo y por tanto mayores posibilidades de negociación.

Se identificó al interior de las instituciones aseguradoras, significativas diferencias en el peso relativo de financiamiento por establecimiento, asociado con el mecanismo de priorización de las instituciones aseguradoras y el peso relativo de los actores en la negociación de contratos.

Asimismo, los principales financiadores muestran diferencias en sus estrategias y mecanismos de contratación. Cerca de la totalidad de establecimientos cuentan con financiamiento del Subsidio Salud, donde las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante como representantes e intermediarios en la negociación de contratos colectivos. En este contexto la ACYST, que reúne al mayor número de establecimientos de Tucumán, evidencia su liderazgo en las negociaciones, con un mayor porcentaje relativo de financiamiento.

PAMI mantiene contrato con algunos establecimientos, donde las asociaciones intermedias no parecieran definir el espacio de negociación. En el marco de cambio de modelo prestacional iniciado en 2006, la institución se concentró en establecimientos de capacidad mediana y pequeña, diferenciando su estrategia de aquella más diversificada de la obra social provincial. De esta manera se plantea un relativamente alto poder de negociación del PAMI, negociando contratos directamente con los establecimientos, y eliminando la participación de asociaciones intermedias en el proceso. En el caso del Subsidio de Salud, ese poder relativo es comparable con el de la ACYST.

Al indagar sobre los mecanismos de contratación y de pago, nuevamente se registran diferencias entre los principales aseguradores. Mientras PAMI opta por un mecanismo de negociación directo, asociado a una transferencia de riesgo con techo que encierra el mecanismo capitado; la el Subsidio Salud opta por contratos intermediados y cuyo modo de pago difiere dependiendo del tipo de establecimiento. La heterogeneidad en los criterios de retribución al interior del Subsidio Salud sugiere una asociación entre poder de mercado y riesgo compartido para la oferta privada en Tucumán.

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

En este marco, las autoridades sanitarias reconocen que en el mediano plazo deberán destinarse esfuerzos para generar incentivos mediante la participación en la toma de decisiones, a fin de lograr mayor eficiencia en la administración de los recursos.

10 - BIBLIOGRAFÍA

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

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

Chawla, M. et. al. *Paying the Physician: Review of Different Methods*. Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health. Boston, Massachusetts, 1997.

Chernichovsky, D; Bolotin, A. y De Leeuw, D. *A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing*. The European Journal of Health Economics, Vol. 4, Nº 3. pp. 158 – 175, 2003.

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

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

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

Maceira, D. *Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las obras sociales provinciales en contexto*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, 2003.

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

Maceira, D. y Poblete, C. *Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: Experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999*. Desarrollo Económico, vol.43, Nº171 octubre-diciembre 2003.

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

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

Ministerio de Salud de Pública de la provincia de Tucumán y OPS. *Indicadores Básicos Tucumán 2006*. Trabajo publicado en: <http://www.msptucuman.gov.ar/informes.htm>. Tucumán, Argentina, Abril 2007.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán, OPS y CIPPEC. *Diagnóstico de Situación: Sistema Provincial de Salud, Tucumán*. Tucumán, Argentina, Septiembre 2003.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. *Memoria Anual 2006*. Tucumán, Argentina, 2007.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. *Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016. Salud al Bicentenario*. Tucumán, Argentina, 2007.

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tucumán. *Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007*. Tucumán, Argentina, Febrero 2004.

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

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

Robinson, J. *Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives*. The Milbank Quarterly, Vol. 79, Nº 2. pp. 149 – 177, 2001.

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

Yedlin, P. *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Tucumán*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, WP Nº3, Buenos Aires, Argentina, Agosto 2007.

Autores

Daniel Maceira,

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

Sofía Olaviaga,

Lic. en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires. Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, (FLACSO), tesis en curso. Actualmente se desempeña como Coordinadora de Proyectos del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Correspondencia a dmaceira@cippec.org y solaviaga@cippec.org