



**Trabajo de Graduación**

## El sistema de salud argentino

### El modelo de negocios de las empresas de medicina prepaga

Marcelo R. Podesta

Mentor: Roberto Dvoskin

Junio de 2005

## **ABSTRACT**

La crisis de fines del 2001 ha tenido consecuencias drásticas en la mayoría de las industrias argentinas. Este trabajo de graduación analiza los efectos de la crisis en el sector salud, profundizando el estudio en las empresas de medicina prepaga y su modelo de negocios. Posteriormente, mediante modelos académicos, se analiza la organización y la estructura del sistema de salud argentino, y el rol que juegan las empresas de medicina prepaga como componentes de dicho sistema.



Universidad de  
**SanAndrés**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA.....	8
GUÍA DE LECTURA.....	10
<b>2. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y EL MARCO CONTEXTUAL EN DONDE SE DESARROLLA.....</b>	<b>11</b>
EVOLUCIÓN DEL MARCO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD .....	12
LA DESREGULACIÓN .....	16
COMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO .....	20
COMENTARIO FINAL DEL CAPÍTULO .....	39
<b>3. MODELOS DE NEGOCIO Y ESTRATEGIAS DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD.....</b>	<b>40</b>
PORTER: “REDEFINIENDO LA COMPETENCIA EN EL SECTOR SALUD” .	41
MINTZBERG: LOS CUATRO MUNDOS DEL SISTEMA DE SALUD.....	51
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
MODELO INTEGRADOR.....	57
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>64</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>68</b>
<b>7. ANEXO 1.....</b>	<b>72</b>
<b>8. ANEXO 2.....</b>	<b>76</b>
<b>9. ANEXO 3.....</b>	<b>79</b>

# Introducción



Universidad de  
**SanAndrés**

## PROBLEMÁTICA

Este trabajo de graduación tiene como objeto de estudio general al sistema de salud argentino. El mismo, es un sistema de alta complejidad debido a la gran diversidad y cantidad de actores involucrados. Esta tesina limita su objeto de estudio a uno más específico: las empresas de medicina prepaga, uno de los actores principales en el sistema de salud argentino.

Tras la crisis argentina de los últimos años, las empresas de medicina prepaga han tenido que reformular su estrategia y su modelo de negocios. *Es el objetivo de la tesina evaluar hasta qué punto la crisis delineó un nuevo contexto y nuevas reglas de juego, y en qué medida, la crisis ayudó a desnudar ineficiencias y fallas ya existentes en la estructura del sistema y aceleró, de este modo, la reformulación del modelo de negocios de las empresas de medicina prepaga.*

Si bien el trabajo de graduación se centra en las empresas de medicina prepaga, es importante observar el sistema en su totalidad, para definir los roles que juegan los diferentes actores dentro del mismo. Es imprescindible estudiar la desregulación del sistema de salud argentino ya que define el marco y las reglas de juego del sistema. Es importante estudiar los roles de los diversos jugadores dentro del sistema y esbozar la estructura y las características distintivas del sistema, para luego profundizar el análisis en las empresas de medicina prepaga.

La crisis política, social y económica sufrida por la argentina en los últimos años, fue (y es) el primer gran obstáculo exógeno que el sistema de salud argentino reformado, es decir, post-desregulación, ha tenido que afrontar. En este trabajo se analiza cómo, y hasta qué punto, semejante fenómeno económico, social y político ha revelado la verdadera eficacia del sistema y qué conclusiones se pueden desglosar acerca de la eficiencia y estructura del mismo.

A partir de estas observaciones a nivel sistema de salud en general, el trabajo de graduación se concentra en las instituciones prestadoras de servicios médicos del subsector privado, es decir, las empresas de medicina prepaga. Por un lado, el trabajo de graduación estudia las últimas ideas teóricas de especialistas académicos a nivel mundial, relacionados con el management, y estructuración del sector salud. Por otro lado, se estudia el management y estructuración del sector salud en la Argentina. Luego, el trabajo de graduación compara hasta qué punto la teoría se ve plasmada en el sistema de salud argentino, haciendo hincapié en las empresas de medicina prepaga. El trabajo incluye y estudia la visión de representantes de las principales prepagas argentinas.

Dado que la presente tesina es analítica, no hay una hipótesis a probar. Se analizará si la causa de la reformulación del modelo de negocios de las empresas de medicina prepaga, se debe a la crisis o a ineficiencias ya existentes en la estructura del sistema, y hasta qué punto las últimas teorías académicas son aplicables al modelo de negocios de las empresas de medicina prepaga y a la estructura del sistema de salud argentino

El presente trabajo de graduación, estudia, analiza, y describe ciertos fenómenos del sector salud. Es importante enfatizar el hecho de que el objeto de estudio en particular son las empresas de medicina prepaga, en el contexto de la crisis y teniendo presente los modelos teóricos académicos últimamente desarrollados.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos Principales**

- Analizar que rol jugó (y juega) la crisis argentina de los últimos años, en la redefinición de los modelos de negocio de las empresas de medicina prepaga.
- Definir en qué medida la causa de dicha reformulación de estrategias de las empresas de medicina prepaga se debe a ineficiencias preexistentes en la estructura del sistema, que han saltado a la luz con los efectos de la crisis.
- Analizar la aplicabilidad de los últimos modelos teóricos sobre estructura de sistemas de salud en el sistema argentino.

### **Objetivos Secundarios**

- Estudiar la estructura y el funcionamiento del sistema de salud argentino.
- Analizar las repercusiones de la crisis argentina en el sistema de salud argentino.
- Profundizar el análisis en las empresas de medicina prepaga.



Universidad de  
**San Andrés**

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de investigación**

El tipo de investigación que se llevará a cabo es de carácter analítico ya que se busca analizar las causas de la reformulación de las estrategias y el modelo de negocios de las empresas de medicina prepaga.

### **Tipos de fuentes de datos**

Cuento con tres libros que utilizaré como base para describir la estructura y el funcionamiento del sistema de salud argentino. Estos libros son: *‘Propuesta para un Sistema Nacional de Salud’* de Jorge F. Aufiero, *‘Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina: Una Introducción’* de Mera y Bello, y, *Argentina: ‘Efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003’* de José Luis Zeballos. Las dos últimas publicaciones corresponden a investigaciones y publicaciones de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Esta organización es reconocida como aquella que tiene la información, a nivel salud, más actualizada y objetiva en Latinoamérica.

Para que la descripción del sistema de salud argentino sea lo más actual posible he utilizado recortes periodísticos y de revistas, como también información publicada en las páginas web oficiales de los principales organismos del sistema.

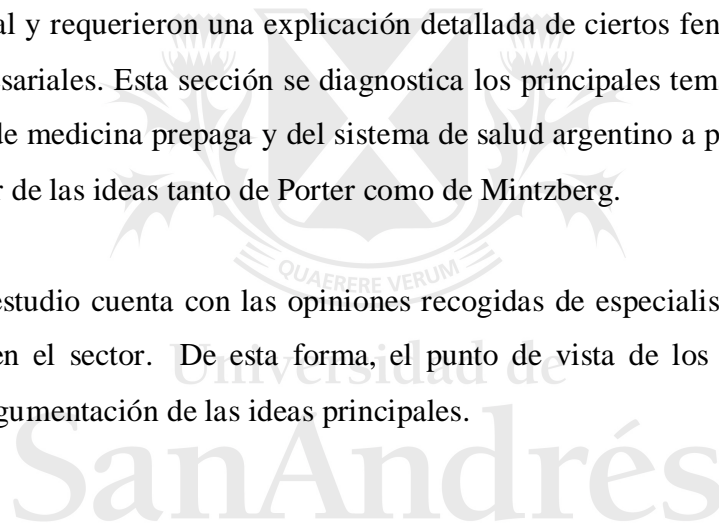
En esta primera parte del trabajo también se utilizó información de dos tesinas de ex-alumnos de la universidad que ya han tratado el Sistema de Salud Argentino, pero de otros ángulos de análisis. Éstas son: *‘El Sistema de Salud Argentino: La causa principal del quiebre en el sistema es el deterioro de las fuentes de financiamiento’* de Clara Ramírez Saravia y *‘La Salud como una oportunidad de negocios: Análisis del Sector Salud en la actualidad y del nuevo escenario que plantea la competencia’* de Pilar Lacoste.



La segunda parte del trabajo de graduación describe las teorías académicas existentes de especialistas en el tema. Una investigación de Michael Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg, publicada en la revista Harvard Business Review en español de junio de 2004, titulada “Redefiniendo la competencia en el sector salud” ha resultado ser de suma utilidad. La tesina también incluye la investigación sobre la estructuración del sistema y la coordinación entre sus miembros de Henry Mintzberg y Sholom Glouberman.

La tercera parte del trabajo de gradación, que trata sobre las empresas de medicina prepaga, su management estratégico, sus modelos de negocio y su rol dentro del sistema de salud argentino, se apoya en entrevistas con personas involucradas con las empresas de medicina prepaga en argentina. Estas entrevistas son de carácter cualitativo ya que las preguntas han sido de forma oral y requirieron una explicación detallada de ciertos fenómenos sociales y decisiones empresariales. Esta sección se diagnostica los principales temas de management de las empresas de medicina prepaga y del sistema de salud argentino a partir de un modelo elaborado a partir de las ideas tanto de Porter como de Mintzberg.

Asimismo, este estudio cuenta con las opiniones recogidas de especialistas y médicos que se desempeñan en el sector. De esta forma, el punto de vista de los profesionales está reflejado en la argumentación de las ideas principales.



## **GUÍA DE LECTURA**

Este trabajo cuenta con cinco partes, la primera siendo la presente introducción. La misma incluye un abstract del trabajo, la problemática del tema, los objetivos propuestos y la metodología utilizada.

El primer capítulo observa el sistema de salud argentino, su estructura, su funcionamiento y las variables que han definido el marco contextual en el cual se desenvuelve. Esta sección comienza con una breve historia del sector, continúa con la descripción de la desregulación de las obras sociales, profundiza con la descripción del sistema, los jugadores principales y la composición actual del sistema y finaliza con una descripción de los impactos de la crisis en el sistema de salud argentino.

El segundo capítulo está compuesto por dos modelos teóricos de académicos reconocidos como especialistas en el management y estructuración del sector salud. En primer lugar se plantea el modelo de “competencia positiva” de Michael Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg. Y en segundo lugar se estudia el modelo de “Los Cuatro Mundos del Sector Salud” de Henry Mintzberg y Sholom Glouberman.

En el tercer capítulo es de resultados. Se describe un modelo elaborado a partir de las ideas de Porter y Mintzberg. La realidad de las empresas de medicina prepaga argentinas se estudia mediante este modelo. Las observaciones de este estudio cierran el capítulo.

El último capítulo, plasma las conclusiones y del trabajo de graduación. Al final del trabajo se encuentra la bibliografía utilizada y los anexos.

## Capítulo I:

El sistema de salud argentino y el  
marco contextual en donde se  
desarrolla.

Universidad de  
**San Andrés**

## **EVOLUCIÓN DEL MARCO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD**

### **Evolución de las instituciones de seguridad social**

La evolución de la seguridad social ha seguido en Argentina las líneas de solidaridad de la sociedad civil. El nacimiento de las instituciones relacionadas con la salud está relacionado con las necesidades que la población argentina ha experimentado a lo largo de su historia. A continuación se presenta el nacimiento y la evolución de dichas instituciones.

En un primer momento, se produce la creación de entidades mutuales generadas por las necesidades de las distintas comunidades étnicas y de inmigrantes, permanentes o transitorios. La oleada inmigratoria de fines del siglo XIX y comienzos del XX generó múltiples asociaciones basadas en la asistencia para con sus integrantes. Éstas, dieron lugar a Hospitales de Comunidad (Hospital Italiano, Alemán, Francés, etc.) que aún hoy persisten en Buenos Aires y en otras grandes ciudades del interior. Estos hospitales, que en su origen brindaban servicios solo a los miembros de su respectiva comunidad, fueron progresivamente abriéndose a la población general, actuando entonces como prestadores de las obras sociales y demás aseguradores de salud. Finalmente, la mayor parte de los establecimientos desarrollaron planes de atención médica propios, ingresando así en el campo de las entidades de medicina prepaga.

Paulatinamente, la solidaridad étnica que dio lugar a esas entidades fue remplazada por la solidaridad laboral y así comenzó la primera etapa de las entidades que hoy se conocen como “obras sociales”. Las asociaciones de trabajadores empezaron a ofrecer a sus afiliados servicios sociales de diferente tipo: pensiones, turismo, recreación y, entre todos ellos, salud. Estas instituciones, por lo general, contrataban a médicos y clínicas privadas para la prestación del servicio. La financiación de estos servicios se hace en ese momento sobre la base de las cuotas societarias que abonan los afiliados. Más tarde, se consiguen subsidios y subvenciones por la vía de los convenios colectivos de trabajo pactados con los empleadores.

Con el correr del tiempo, el Estado comienza a participar de este movimiento y en 1944 el Poder Ejecutivo Nacional sanciona el Decreto 30.655 por el que se constituye una Comisión de Servicio Social cuya finalidad es “...propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retributivas” (Mera y Bello, 2003).

Con esta medida el Estado inicia una segunda etapa donde se alienta el movimiento de crear servicios sociales, incluyendo salud, en ámbitos laborales. A corta distancia, el gobierno avanza un paso más y constituye “obras sociales” tomando como base las estructuras creadas en torno a los sindicatos, pero dándoles individualidad jurídica y financiera. El primer ejemplo es la Dirección General de Asistencia Social para el Personal Ferroviario. A este ejemplo lo siguen otros donde la institución de la obra social se hace prácticamente desde cero, agrupando a empleados del Estado. Es el Congreso Nacional el que asume la función de dar marco y sustento legal a servicios de salud y otros sociales correspondientes a distintas ramas de la actividad laboral y así surgen las obras sociales para Bancarios, para Trabajadores del Vidrio, de Seguros, etc.

En 1971 comienza una nueva etapa con el dictado de la Ley 18.610, que extiende el régimen de obra social a todos los trabajadores en relación de dependencia. La Ley además, consagró la vinculación sindical que se vio en el origen del proceso de gestación de las obras sociales, al establecer que solo los sindicatos que poseen un convenio colectivo de trabajo podrían constituir una. Si bien se crearon otras obras sociales no relacionadas con sindicatos, el hecho de conformarse un vínculo muy estrecho entre la estructura sindical y la seguridad social médica ha determinado que las obras sociales se organizaran por rama de actividad laboral (textiles, metalúrgicos, bancarios, etc.) y que se desarrollara en la dirigencia sindical un fuerte sentimiento de propiedad que ha coloreado las iniciativas de reforma referidas al sector, afectando así al conjunto del sistema de servicios de salud del país (Mera y Bello, 2003).

Por otra parte, dicha Ley 18.610 creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo estatal con funciones de normalización, apoyo financiero y controlador general

de obras sociales. La entidad, que manejaba un fondo destinado a equiparar las distintas capacidades financieras de las obras sociales, fue remplazada por la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) y hoy es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que conserva, ampliadas y perfeccionadas, las facultades y atribuciones del INOS-ANSSAL como organismo estatal de control del sistema de obras sociales y tiene a su cargo la administración del Fondo Solidario de Redistribución, constituido por un porcentaje de los aportes y contribuciones destinados a las obras sociales (Mera y Bello, 2003).

### **Evolución de las instituciones privadas de salud**

Se pueden distinguir dos grandes esquemas de organización de la atención médica privada. Por un lado, el modelo tradicional del consultorio autónomo en el cual el paciente paga directamente al médico por una prestación específica. Por otro lado existe el modelo del consultorio contratado por un seguro de salud. En Argentina, el modelo tradicional lo constituía el médico de familia que atendía en su propio consultorio, en el domicilio de sus pacientes y en sanatorios con la prestación financiada totalmente por el paciente.

Aunque el modelo de consultorio privado aún está vigente en Argentina, el cambio significativo se registró en que dejó de ser autónomo para depender del financiamiento de la seguridad social y prepaga. Hasta mediados de la década de 1940 un 95% de las prestaciones privadas eran provistas a través de consultorios independientes en los que el médico cobraba directamente al paciente. En la actualidad las proporciones se invierten y menos del 5% de las consultas privadas son provistas a través de este esquema. Es decir, un 95% de las prácticas realizadas en consultorios privados son financiadas total o parcialmente por seguros de salud (obras sociales o prepagas) (Tobar, F.).

En la segunda mitad de la década de 1950 empiezan a surgir sanatorios que brindan una serie de servicios de atención privada. Con el nacimiento de AMSA (Asistencia Médica Social Argentina) en 1962 se produce un significativo cambio en el sector ya que implementa un sistema prepago con una cartilla de profesionales que atiende en sus

consultorios particulares y en distintos centros de diagnóstico y tratamiento como también en diversos sanatorios de Capital Federal y Gran Buenos Aires. Muy cercana a esa fecha nace CEMES (Centro Médico del Sur) con un sistema similar pero con la particularidad de ofrecer cobertura en todo el país.

Los planes de cobertura de dichas instituciones, en los inicios de la actividad, cubrían principalmente la internación pero el mercado no solo exigió la ampliación de los servicios ofrecidos, sino que, sumado al efecto de la competencia, fueron incorporándose más y mejores coberturas al tiempo que exclusiones y tiempos fueron disminuyendo.

En los setentas aparecen las obras sociales de personal de dirección y superior de las empresas, como una segmentación especializada de las obras sociales. A raíz de esta situación se dificulta la ampliación de la cantidad de afiliados de las empresas. Éstas fueron orientándose a la clase media y media alta.

En los ochentas la situación social cambia radicalmente debido a la disminución del salario de los trabajadores en términos de poder adquisitivo. El incremento continuo de los costos prestacionales agrava la situación para las obras sociales. Esto genera condiciones propicias para la expansión de las prepagas. Entre 1961 y 1980 ingresan al sector 60 entidades. Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades.

*La década del 90 se caracteriza por la reestructuración del sistema de salud principalmente mediante desregulaciones. La descripción de este fenómeno que plantea el nuevo escenario y las nuevas reglas de juego, actuales, para los jugadores del sistema de salud, se encuentra a continuación.*

## LA DESREGULACIÓN

Durante la segunda mitad de la década de los noventa se planteó el dilema de desregular las obras sociales. La apertura al sistema de libre elección de los afiliados tuvo un efecto lento durante el período 1997-1999, pues sólo 7.5% del total de afiliados titulares del sistema de Obras Sociales y 8,2% del total de beneficiarios decidieron cambiar de Obra Social. Eso se debió a la falta de un marco regulatorio global, a la fuerte oposición de los gremios a estas medidas y a la escasa organización de las Obras Sociales para enfrentar la apertura del sistema.

Sin embargo las iniciativas por desregular las obras sociales persistieron y un nuevo esquema de salud entró en vigencia el 1 de enero de 2001 mediante el Decreto N° 446/2000. Este nuevo marco es el que mayores cambios introdujo. Los puntos centrales son los siguientes:

- **Trasposos:** Los trabajadores pueden elegir su cobertura médica entre obras sociales, prepagas, y empresas formadas específicamente con este objetivo. Se podrá cambiar de obra social una vez por año. Esta limitación no tendrá efecto cuando una persona cambie de empleo. Habrá sanciones para todas aquellas personas o entidades que obstaculicen este derecho a la libre elección.
- **PMO:** Los gremios y empresas participantes deben ofrecer a sus afiliados un Programa Médico Obligatorio (PMO), que les garantice una cobertura de servicios considerados básicos. Las obras sociales competirán con las prepagas pero si éstas deciden participar, dado que tienen fines de lucro, estarán obligadas a pagar impuestos.
- **Servicios adicionales:** Se puede añadir servicios adicionales al PMO, por ejemplo, prestaciones no incluidas en el Plan Médico Obligatorio, prestaciones con mayores condiciones de confort y hasta reintegros. Por este adicional es admisible que el beneficiario realice un aporte extra que debería tributar IVA.



- **Financiación:** se garantizan \$20 por beneficiario mensuales. Es decir que "para el beneficiario que no llegue a aportar ese valor, el Estado, a través del Fondo de Redistribución Solidario (FSR), financiará la diferencia. Este Fondo estará integrado por los aportes de los trabajadores, según el esquema por salarios: hasta \$700, se descuenta el 10%, hasta \$1500, el 15% y por sueldos mayores, el 20%.

El objetivo de la reforma es que los beneficiarios puedan optar por aquella cobertura que más los satisfaga. La desregulación busca introducir la competencia dentro de la industria con el objetivo de lograr que el beneficiario goce de un servicio de mayor calidad. Solo sobrevivirán las instituciones que logren satisfacer al cliente adecuadamente; la propia elección del usuario determinará cuales instituciones tendrán éxito y cuales se verán forzadas a redefinirse o, en su defecto, abandonar el sistema.

Para que los beneficiarios tengan la posibilidad de elegir y reelegir su obra social, y por ende, su cobertura médica, fue necesario homogeneizar las ofertas de las distintas obras sociales. Esto se logra mediante el PMO (Plan Médico Obligatorio) que agrupa los servicios que todas las obras sociales deben satisfacer como mínimo.

La instalación del PMO evidenció la descapitalización de las obras sociales. El PMO establece una amplia gama de prestaciones y servicios, incluidos los relacionados con patologías de baja incidencia y alto costo de tratamiento. Los mayores costos de los proveedores de servicio de salud y el uso creciente de tecnologías caras, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades, pusieron en riesgo la viabilidad financiera de las obras sociales en un momento de crisis económica (Zeballos 2003).

En función de esta situación, mediante la Resolución Ministerial 201/02 se aprobó el PMO de emergencia (PMOE) que cubre los servicios y programas de atención primarios. De todas formas, el PMOE al igual que su antecesor, el PMO, arrastra cierto grado de ambigüedad. Al incluir una amplia gama de especialidades, es difícil para el usuario identificar claramente qué está incluido en cada rubro, y por lo tanto, también es difícil evaluar qué obra social elegir.

Las obras sociales ahora compiten por retener y aumentar la cantidad de beneficiarios, pues éstos representan sus ingresos. El atractivo de las obras sociales depende de la calidad del servicio que ofrecen. Antes de la desregulación, las obras sociales tenían ingresos fijos ya que la obra social que agrupaba a los trabajadores de un determinado sector (metalúrgicos, ferroviarios, etc.) tenía la alícuota asegurada de esos trabajadores y, por lo tanto, no existía riesgo que sus ingresos presenten variaciones significativas. Actualmente, si un beneficiario de cierta obra social no está contento con el servicio se puede cambiar a otra obra social. Esta nueva regla de juego cambia dramáticamente la situación de las obras sociales ya que ahora las mismas deben competir por afiliados.

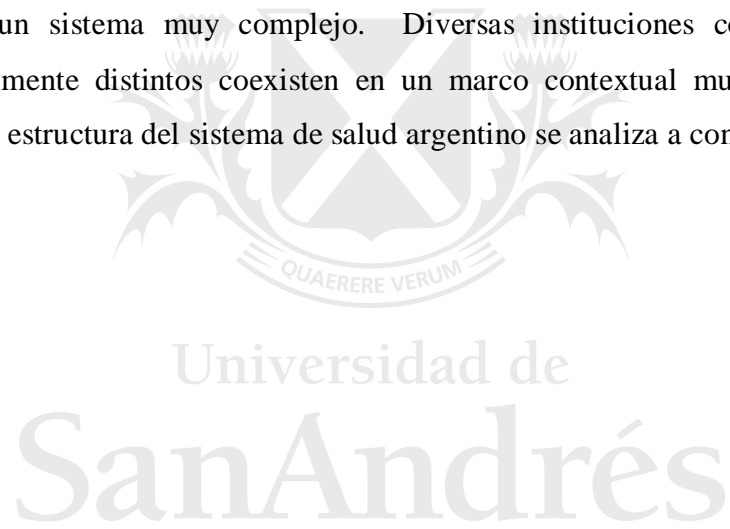
Se analiza si este nivel de competencia es beneficioso para el sistema en el próximo capítulo. Un modelo que Porter presenta, afirma que la competencia de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga por afiliados, centra los objetivos de dichas organizaciones en sumar afiliados y no en mejorar los planes de cobertura y su calidad. De todas formas este es un punto que se profundiza en el siguiente capítulo.

El efecto de la competencia de las aseguradoras trae como consecuencia, especialmente en el marco de sobreoferta de cobertura existente en el sector, que ciertas obras sociales vean graves desbalances en sus ingresos-egresos. Esto se ve claramente en la reducción del 20% de Obras Sociales en el período 1994-1999 (S.S.S.). Es un resultado lógico, teniendo en cuenta la gran cantidad de obras sociales con respecto a la población, y la ineficiencia resultante de tal sobreoferta.

Con la desregulación se logró que el trabajador en relación de dependencia no se vea obligado a pertenecer a una obra social, y tener la posibilidad de elegir. De esta manera el beneficiario no es cautivo de una obra social por el simple hecho de pertenecer a un gremio. A su vez, la desregulación llevó a que las obras sociales y empresas de medicina prepaga sufrieran un drástico cambio contextual, al tener que ofrecer una gama de servicios mínima, que en la mayoría de los casos abarcaba un incremento en la cantidad de prestaciones y por lo tanto un aumento en los costos de dichas organizaciones.

El análisis de la desregulación, es importante para comprender en qué marco se desenvuelven las empresas de medicina prepaga. Si bien la desregulación impacta en mayor medida a las obras sociales, y en menor medida al objeto de estudio específico de este trabajo de graduación (las prepagas), hay que tener en cuenta las nuevas reglas de juego. En 1997 legalmente se establece que las empresas de medicina prepaga deben cumplir con el PMO, lo cual limita la flexibilidad del servicio que las empresas de medicina prepaga ofrecen. Desde entonces, se vieron obligadas a ofrecer un servicio commodity, ya que no son muchas las variaciones que se le pueden aplicar.

Para entender estas nuevas reglas de juego es preciso estudiar la estructura del sistema de salud argentino. Existe una gran diversidad de prestadores, aseguradoras y beneficiarios que componen un sistema muy complejo. Diversas instituciones con intenciones y objetivos radicalmente distintos coexisten en un marco contextual muy dinámico. La composición y la estructura del sistema de salud argentino se analiza a continuación.



## **COMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**

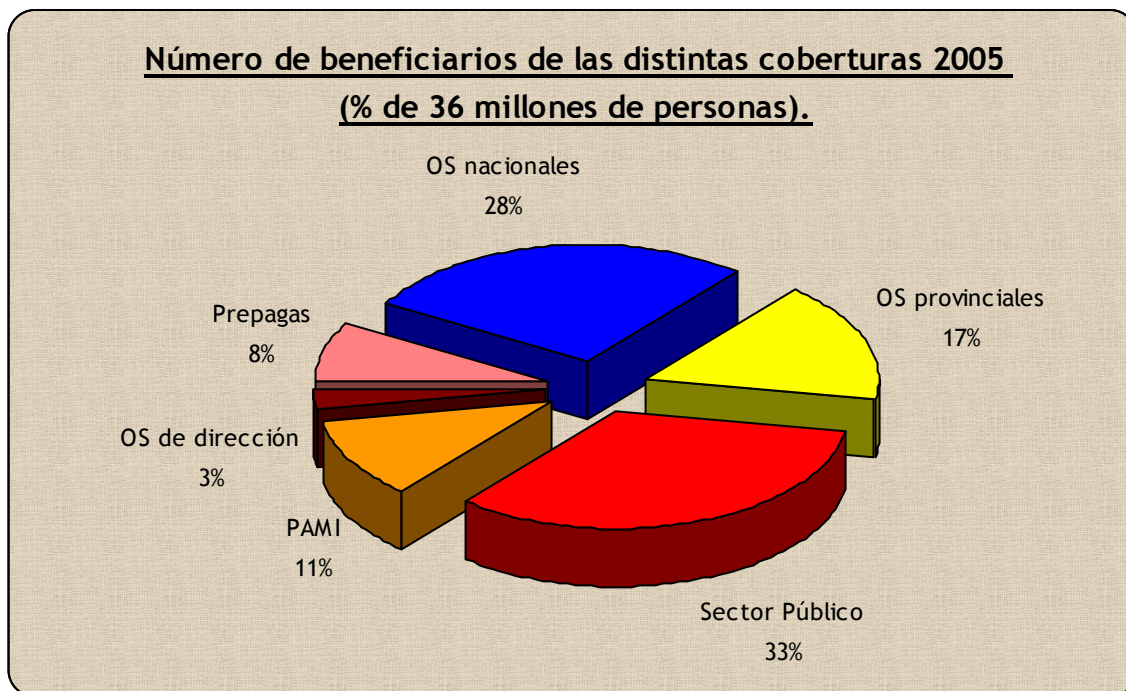
La República Argentina es un país federal donde, dentro del subsector público, comparten responsabilidades sobre salud el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y municipalidades de agregados urbanos, todos los cuales proveen a la población atención médica, legalmente gratuita, a través de una vasta capacidad instalada de hospitales y otros servicios de salud. Además del subsector público, existen dos subsectores más: el subsector de seguridad social y el subsector privado.

El subsector de seguridad social tiene como objetivo cubrir las necesidades de los trabajadores, jubilados y sus familias mediante un sistema de obras sociales. El subsector privado ofrece servicios y atención médica en instituciones privadas, en donde el usuario debe pagar por consulta o bien abonar un plan de cobertura integral. Los tres subsectores se diferencian a partir de la identificación de sus respectivos beneficiarios, prestadores y administradores.

Los beneficiarios son los demandantes de servicios médicos. Pueden ser individuales en el caso en que demanden atención de salud para sí mismos y/o para su grupo familiar, o colectivos, en el caso de que un número de beneficiarios individuales se agrupe para demandar los servicios médicos en forma conjunta.

La población argentina suma, aproximadamente, 36 millones de personas. De este total 10 millones tienen cobertura de una obra social sindical nacional, 6 millones dependen de las obras sociales provinciales, 4 millones son atendidas por el PAMI, 1 millón pertenece a las obras sociales de personal de dirección y 3 millones están afiliadas a empresas de medicina prepaga. El restante de la población, 12 millones, no tienen cobertura y dependen exclusivamente del hospital público para su atención. Debido a que beneficiarios de obras sociales y empresas de medicina prepaga deben recurrir al hospital público en busca de consumir prestaciones que no están incluidas en sus planes (o están cubiertas en forma deficiente) para complementar su cobertura, el 52% de la población realmente utiliza el hospital público (S.S.S. 2005).

**Gráfico 1.** Número de beneficiarios de las distintas coberturas (% de 36 millones de personas). Año 2005.



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.)

Los prestadores, también denominados oferentes las prestaciones, son los que llevan a cabo la realización del servicio médico. Los prestadores se pueden clasificar en dos grupos. Por un lado, están las instituciones: los hospitales, sanatorios, clínicas, etc. Por el otro lado, los individuos: médicos, bioquímicos, personal de enfermería y demás personal relacionado con la cura de enfermedades y/o condiciones y con el cuidado de la salud. Sin embargo, desde aquí en adelante cuando el trabajo de graduación discuta temas relacionados con los “prestadores” se refiere a la categoría institucional.

Los administradores son los agentes que articulan la demanda y la oferta. “Administran”, valga la redundancia, todos los temas relacionados con el back-office, la asignación de recursos y todo tipo de proceso desde que existe detrás de la prestación médica en sí. Los administradores reciben la cuota de los beneficiarios (o en su defecto el presupuesto asignado) y se responsabilizan que la realización del servicio médico sea efectiva (ya sea ofreciéndolo por su cuenta o contratando a un oferente externo). La obra social es gran la

administradora del subsector de seguridad social mientras que la empresas de medicina prepaga es la administradora del subsector privado. Cuando el trabajo de graduación habla de aseguradoras, se refiere a estas últimas dos instituciones.

El gasto total anual en salud en la argentina en el año 2002 suma \$22.100 millones, equivalente al 7,4% del PBI. Las obras sociales sindicales nacionales gastan \$3.100 millones y las provinciales \$1.900. El PAMI gasta \$2.400 millones, mientras el gasto público es de \$5.100 millones. Las obras sociales de dirección movilizan \$700 millones y el sistema de prepagas, \$2.700. Además el gasto de bolsillo, que representa el gasto directo de la población para complementar la atención médica recibida, es de \$6.200 millones. Estos valores se pueden observar en el Gráfico 2.

**Grafico 2.** Gasto de salud en millones de pesos de los distintos subsectores del año 2002



Fuente: S.S.S.

## El subsector Público

### 1. Beneficiarios.

En teoría, los beneficiarios del subsistema de salud público, son todos los individuos pertenecientes a la población nacional. Lo que sucede en la realidad es que los beneficiarios son los 12 millones de individuos que no pueden afrontar el costo de una atención de salud privada ni pertenecen a una obra social. Generalmente es el sector de la población de menores recursos. Dentro de los beneficiarios de este subsector se incluye al grupo de individuos que cuentan con otra cobertura pero por limitaciones económicas o geográficas no pueden acceder a ella. También recurren al hospital público, y por lo tanto también son beneficiarios, aquellos individuos que no tienen cubiertas ciertas enfermedades o cuadros por sus respectivos planes.

Los fondos para financiar la atención derivan del pago de impuestos, por lo que la atención no genera un costo directo al beneficiario. La cantidad de gente que utiliza el sistema hospitalario público es un buen indicador del nivel económico del país. Esto obedece a que demuestra el porcentaje de la población que debe contentarse con el servicio estatal, que es inferior en calidad a las demás opciones. “Inferior en calidad” en este tema significa, por ejemplo, largos trámites para conseguir los servicios y turnos de operación agendados para años después del diagnóstico. “Inferior en calidad” *no* significa que los médicos *no* tengan una formación y una eficiencia de altísimo nivel.

En el año 1991 los beneficiarios de este subsistema representaban un 37% de la población argentina, 10 años más tarde este sector correspondía a un 52% de la población argentina, según los censos realizados por el Indec en 1991 y en 2001 respectivamente (Nota: estos porcentajes se obtienen si se suma la gente que utiliza exclusivamente el hospital público y la gente que debe recurrir al hospital público a pesar de ya contar con otra cobertura).

## 2. Prestadores

Los prestadores del subsistema público son los hospitales nacionales, provinciales y municipales. Proveen a la población atención médica, legalmente gratuita, a través de una gran red de hospitales que responden a nivel provincial, municipios o nacional.

El sector Público es el más relevante en términos de infraestructura pues cuenta con una gran proporción de establecimientos hospitalarios y una mayoría absoluta de cantidad de camas disponibles. En el año 2000 el sector Público ofrecía 81.816 camas, además de contar con más de 1200 hospitales y centros de atención médica. (*Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Estadística*). Esta cifra muestra la importancia de la atención por parte del Estado pues, equivale aproximadamente al 54% del total de camas hospitalarias disponibles en Argentina.

## 3. Administradores / Financiadores

La atención médica del subsector público está financiada por los presupuestos estatales, provinciales y municipales. Los fondos destinados a los presupuestos provienen del pago de impuestos por parte de los ciudadanos argentinos. El Gasto Público en Salud también incluye el financiamiento de programas y prácticas relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de medicamentos y tecnología para evitar enfermedades.

### **El subsector de Seguridad Social**

#### 1. Beneficiarios

Los beneficiarios de este subsector son los trabajadores en relación de dependencia, las familias de dichos trabajadores, los jubilados y pensionados (a través del PAMI) y los trabajadores autónomos que opten por este sistema. En la actualidad el subsector de Seguridad Social cubre alrededor de 19 millones de personas.

Al trabajador activo se le descuenta un porcentaje de su sueldo a cambio del servicio médico para sí y su familia. Este porcentaje, siendo el ingreso principal de las obras sociales, no es un valor que está directamente relacionado con costo de la atención médica.



Por lo tanto, al no existir un balance entre los ingresos de las obras sociales y sus egresos, dichas entidades deben ofrecer un servicio inferior en calidad y cantidad para con sus beneficiarios. Con el sistema de obras sociales, el beneficiario no solo se ve obligado a contratar una atención médica baja en calidad, sino que, en oportunidades, deberá bien recurrir al subsector público, para poder complementar sus necesidades de salud.

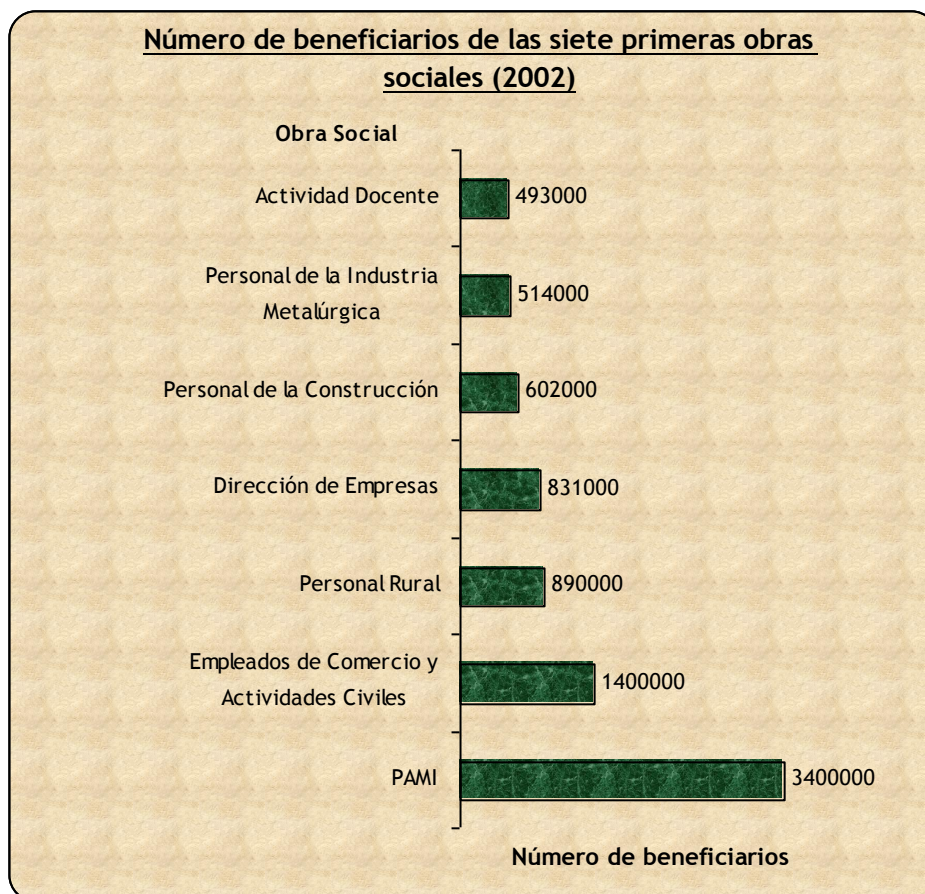
## 2. Administradores / Financiadores

Las obras sociales son las instituciones que llevan a cabo el rol de administradoras y financiadoras. Pocas tienen instalaciones de atención médica propias. Las obras sociales recaudan las alícuotas obligatorias de los trabajadores en relación de dependencia para luego contratar a instituciones privadas (sanatorios, clínicas, consultorios, farmacias, médicos) para que éstas lleven a cabo la atención médica. La contratación de estas instituciones se puede llevar a cabo de diferentes modalidades, como por ejemplo, pago por prestación, pago por capitación, pago por nomenclador globalizado, pago por cartera fija (Aufiero 2002).

Existen cuatro principales tipos de obras sociales, que funcionan en forma muy similar y se diferencia a partir de las características de sus beneficiarios. En primer lugar las de carácter sindical que funcionan a nivel nacional, son aquellas que se originaron con el fin de asistir a trabajadores de un área específica. Por ejemplo, la Obra Social del Personal de la Industria Metalúrgica o la Obra Social del Personal de Construcción, etc. En segundo lugar existen las obras sociales del personal de dirección y empresa que apuntan a cubrir las necesidades médicas del personal de mayor jerarquía institucional de las empresas. Por ejemplo, la Obra Social de Dirección de Empresas (OSDE). En tercer lugar, existen las obras sociales provinciales que asisten a los empleados públicos de cada provincia. A diferencia de los primeros dos tipos de obras sociales, éstas no responden al sistema de leyes relativas al Seguro Nacional de Salud. Las obras sociales provinciales fueron creadas por leyes o decretos de las gobernaciones provinciales y por lo tanto, responden al sistema establecido por el respectivo gobierno provincial. Finalmente, existe el Plan de Asistencia Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El PAMI es una obra social que apuntan a cubrir las necesidades de los jubilados y

pensionados, veteranos de guerra y las familias de los mismos. Las siete obras soiales más importantes en número de beneficiarios se pueden observar en el Gráfico 3.

**Grafico 3.** Ranking por número de beneficiarios de las primeras siete obras sociales (2002).



Fuente: S.S.S. 2002

El problema que el sistema de obras sociales acarrea es la ineficiencia resultante de que sus flujos de ingresos son independientes de la calidad del servicio ofrecido al beneficiario. Estrictamente hablando en términos económicos, si los servicios fueran muy malos y su utilización por parte de los beneficiarios se redujera, la obra social se vería beneficiada, pues sus egresos disminuirían y sus ingresos quedarían intactos (Aufiero 2002). Si bien los efectos de esta ineficiencia del sistema han sido parcialmente reducidos con la desregulación, ya que en la actualidad el beneficiario titular tiene la opción de cambiarse de obra social una vez al año, el problema sigue latente.

### 3. Prestadores

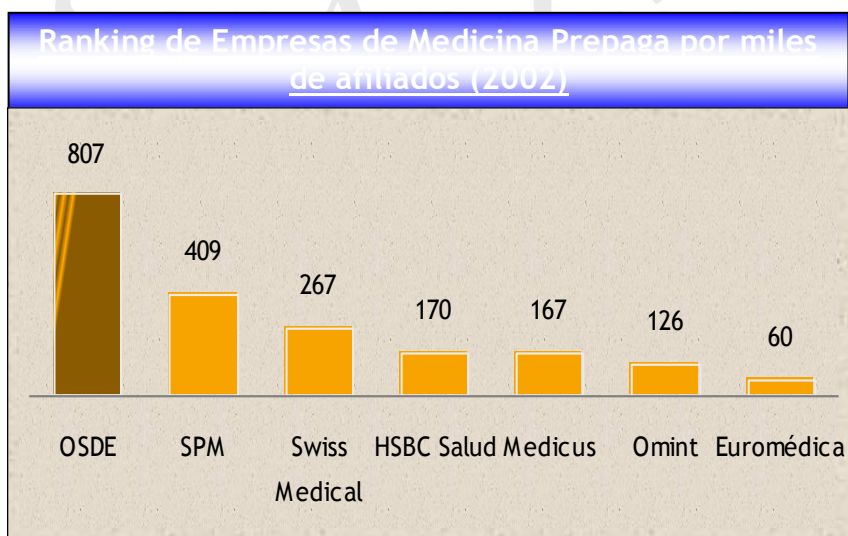
Las Obras Sociales generalmente contratan instituciones, y su personal, de origen privado para que éstas lleven a cabo el proceso de atención al beneficiario. La calidad del servicio se verá afectada por el acuerdo convenido entre ambas partes y sus respectivos poderes de negociación.

## El subsector Privado

### 1. Beneficiarios

Los beneficiarios de este subsector son los individuos que voluntariamente se afilian a una empresa de cobertura médica privada, denominada Empresa de Medicina Prepaga, como también los individuos que deciden consumir una prestación a través de un contrato directo con el prestador privado o mediante la compra de medicamentos. Los usuarios del servicio ofrecido por las Obras Sociales también utilizan el servicio privado, de forma indirecta. Esto sucede cuando la Obra Social mantiene un contrato con cierta institución de carácter privada para que sus beneficiarios puedan gozar de la prestación.

**Gráfico 4.** Ranking de las Empresas de Medicina Prepaga por miles de afiliados (2002)



Fuente: Secretaría de Desarrollo; Towers Perrin, Mancú y Asociados

## 2. Prestadores

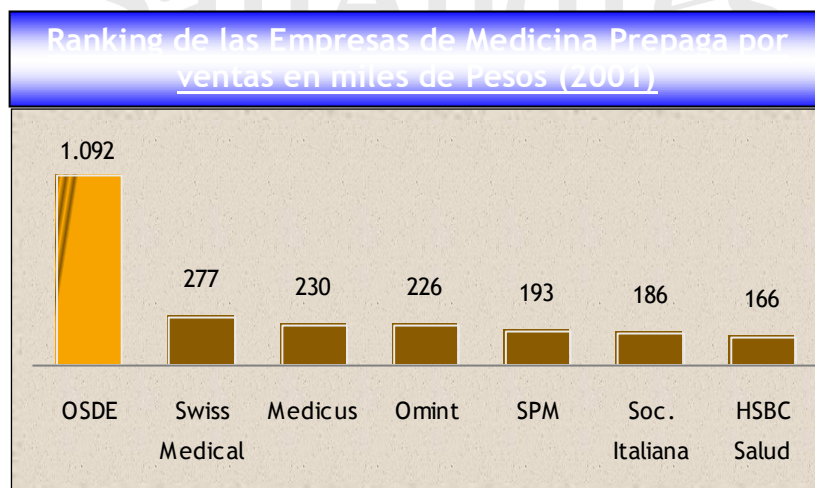
El subsector privado cuenta con alrededor de 1500 hospitales y 500 instituciones privadas (clínicas, sanatorios, consultorios, servicios de ambulancia, etc.) para la atención de sus beneficiarios. Ofrecen 67.000 camas, una cifra que aproximadamente corresponde al 46% del total de las camas disponibles en Argentina. Se estima que en la actualidad este subsector brinda cobertura a 3.000.000 de argentinos (Aufiero 2002).

El subsector privado es el gran prestador del sistema de salud argentino pues sus instituciones no sólo brindan sus servicios a sus afiliados, sino que también, a los beneficiarios de la mayoría de las Obras Sociales, mediante convenios y contratos.

## 3. Administradores / Financiadores

Las empresas de medicina prepaga (que pueden adoptar la forma de sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, simples asociaciones o fundaciones) brindan servicios de cobertura de salud, a cambio de una cuota mensual. Las principales empresas de medicina prepaga están ordenadas por ventas en pesos en el Gráfico 5.

**Gráfico 5.** Ranking de las Empresas de Medicina Prepaga por ventas en miles de Pesos (2001)



Fuente: Informe Asegurador; ADEMP

En los contratos se disponen diferentes planes de cobertura y a distintos precios. Es muy importante tener en cuenta que el contrato opera como una especie de seguro de cobertura es decir, se ofrecen las prestaciones con base en las cuotas que se van abonando regularmente y por adelantado ya que ante la falta de pago de las mismas opera una suspensión de los servicios y luego la conclusión del contrato.

Es importante destacar que, a partir del año 1997 y ante la entrada en vigencia de la Ley N° 24754, las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo y en todos los diferentes planes que ofrezcan todas las prestaciones previstas en la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96, denominada Plan Médico Obligatorio (PMO).

Allí se establece toda una serie de prestaciones básicas referidas a la atención primaria y secundaria; internación; tratamientos ambulatorios, odontológicos; plan materno infantil; prótesis y medicamentos, entre otras prestaciones, que son de cumplimiento obligatorio para las empresas (Pastoriza).

*Esta es la estructura del sistema de salud argentino en donde se desempeñan los principales jugadores. A continuación se describe el gran obstáculo que el sistema de salud argentino ha tenido que atravesar (y sigue atravesando): la crisis 2001.*

## LA CRISIS 2001

Los hechos de violencia del 20 de diciembre de 2001, la sucesión de cinco presidentes interinos en poco más de una semana, la decisión de no pagar la deuda externa, el abandono de la paridad cambiaria con el dólar y las distintas medidas para controlar el ahorro y su utilización por parte de los depositantes (conocidas localmente como el corralito y el corralón) fueron los hechos mas sobresalientes de la crisis (Mera y Bello 2003). La evolución del valor del Peso argentino con respecto al Dólar norteamericano se observa en el Gráfico 6.

**Gráfico 6.** Evolución del valor del Peso Argentino con respecto al Dólar Estadounidense



(Fuente: JP Morgan Economic Research)

La significativa caída del PBI (10.7% en el último trimestre del 2001, 16.3% y 14.9% en los primeros dos trimestres del 2002 respectivamente) contribuyó notoriamente al ya alto nivel de desempleo, 18.3% en octubre de 2001, este mismo alcanzando el 21.5% en mayo de 2002 (Mera y Bello 2003). La pobreza seguía cursos similares. Para mediados del año 2002 el 53% de los argentinos vivía en condiciones de pobreza, una situación encadenada por un lado, al hecho de que más de la mitad de los hogares sufrió una reducción de sus

ingresos y alrededor del 40% de los hogares no sufrió cambios en los mismos, frente a una inflación del orden del 70% (Mera y Bello 2003).

**Gráfico 7.** Principales variables macroeconómicas de Argentina

Principales variables macroeconómicas de Argentina					
	Promedio 1997-2000	2001	2002	2003	2004
Crecimiento del PBI (%)	2.6	(4.4)	(10.9)	7.2	5.3
Precio consumidor (% oya)	(0.1)	(1.1)	25.9	13.4	4.1
Precio productor (% oya)	0.0	(2.3)	77.0	16.4	0.0
Tasa de cambio (US\$/Peso)	1.00	1.00	3.37	2.90	2.90
Dueda externa total (S\$bn)	133.9	141.5	142.0	150.0	144.5

(Fuente JP Morgan Economic Research)

Si bien la crisis argentina ha sido la consecuencia de una gran cantidad de variables durante decenas de años, sus efectos más drásticos han sido observables en los primeros años del tercer milenio. En el sector salud las consecuencias de este fenómeno se pueden resumir en cuatro puntos (Mera y Bello 2003):

- Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas.
- Aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados, como consecuencia de la devaluación.
- Incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria
- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población

### *La crisis 2001 y el subsector público*

El subsector público se ve afectado por dos situaciones, producto de la crisis. En primer lugar sufre un retraso en el flujo de fondos, y en segundo lugar enfrenta una demanda creciente.

Las dificultades en la recaudación, los problemas con la coparticipación federal y el retraso en el envío de fondos provinciales a los establecimientos en la mayoría de las jurisdicciones trastornan el financiamiento del sistema (Mera y Bello 2003). Esta situación es alarmante ya que al no contar con los fondos necesarios para la obtención de insumos ni para la realización de diagnósticos, la calidad del servicio se ve significativamente perjudicada.

Los presupuestos de gasto de los hospitales y demás instituciones de atención médica, que ya eran deficitarios en su mayoría, se vieron seriamente comprometidos. Uno de los ítems que provocó semejante situación fue el fuerte aumento de los medicamentos y del material descartable, 290% y 340% respectivamente (Zeballos, 2003). Estos aumentos están fuertemente relacionados con el nuevo tipo de cambio que Argentina adoptó tras la crisis.

Paralelamente, muchas familias se ven forzadas a sustituir sus coberturas prepagas o privadas por el servicio ofrecido por el Estado. Los jefes/as de familia que antes le pagaban a una Obra Social o a una empresa de medicina prepaga, y que ahora han quedado desempleados o se ven imposibilitados a pagar la alícuota, pierden su cobertura prepaga y tienen que recurrir al servicio público.

Esto desencadenó una significativa sobredemanda de los servicios públicos en un escenario donde los mismos ya venían funcionando en forma deficitaria. De los hogares que informaron haber sustituido su cobertura privada por la ofrecida por el Estado, el 60% ha sufrido algún tipo de pérdida o limitación en la calidad de sus servicios (Mera y Bello, 2003).



Ejemplos del funcionamiento decreciente en calidad de los hospitales públicos, son la suspensión de pruebas de laboratorio por falta de insumos y reactivos, falta de placas radiográficas, paralización de equipos de alta tecnología con altos niveles de mantenimiento y funcionamiento (esterilizadores, aparatos de rayos X, tomógrafos, ambulancias, etc.). Además, la falta de financiamiento y los bajos presupuestos obligaron a suspender obras en los edificios. La alta cantidad de demandantes llegó a forzar el racionamiento de alimentos de los pacientes internados, lo cual es una muestra muy representativa de la difícil situación de los hospitales públicos, agravada por la crisis.

### **La crisis 2001 y el subsector de seguridad social**

Las obras sociales sufrieron fuertemente la crisis 2001. En primer lugar, los prestadores que las obras sociales contratan, sufrieron altos incrementos en sus costos en forma similar al hospital público. Principalmente aumentos de costos de alrededor de 300% en insumos importados y en el mantenimiento de tecnología. Los prestadores se vieron forzados a cobrar más caro a las obras sociales por las mismas prestaciones.

El aumento de los costos de los prestadores se traspasa directamente a las obras sociales. Las obras sociales no logran contrarrestar los incrementados costos con aumentos en sus ingresos. La causa de esta imposibilidad se debe a que los ingresos de las obras sociales son, básicamente, un porcentaje de los sueldos de sus afiliados. Éstos no han aumentado a la par de los costos de los prestadores.

Existen dos consecuencias que resultan de esta situación. Por un lado las obras sociales se descapitalizan, funcionan en déficit, y con subsidios del estado. Por otro lado, el ajuste de este desbalance se produce en la calidad de los servicios: prestaciones que se realizan meses (y años) después de que los usuarios las piden, complicados trámites para lograr obtener un servicio, utilización de procedimientos desactualizados y menos costosos, etc.

El gran perdedor de esta situación es el beneficiario. Éste, se ve frente a la alternativa de recurrir al hospital público para complementar su cobertura (que funciona en un nivel de calidad similar), o bien ingresar al subsector privado y pagar por prestaciones específicas.

### *Los efectos de la crisis 2001 en las empresas de medicina prepaga*

Al igual que las obras sociales, las empresas de medicina prepaga sufrieron similares consecuencias debido a la crisis. La transición hacia un tipo cambiario que desfavorece las importaciones, representó un incremento de precio en los insumos importados para la atención médica. Todo insumo importado representa un costo tres veces mayor para los prestadores. Además el costo de adquirir, mantener y utilizar las innovaciones tecnológicas ha sufrido un aumento del mismo orden. Estos aumentos se trasladaron a las empresas de medicina prepaga.

Las empresas de medicina prepaga tienen otra salida que las obras sociales frente a esta situación. Como los ingresos de las empresas de medicina prepaga son cuotas “prepagas” (y no porcentajes de sueldo), el traspaso de costos hacia el beneficiario es posible. Si bien, el traspaso de costos representa mantener la calidad del servicio, no todos los beneficiarios son capaces de afrontar tal aumento en sus cuotas. La mayoría de los afiliados tiene mucho menos poder adquisitivo causado directamente por la crisis, y por lo tanto se ha generado una baja de afiliados.

Es importante destacar que como consecuencia de la crisis, el sistema de salud ha contribuido a agrandar las diferencias económicas de la población argentina. El segmento de la población que concentra mayores riquezas puede afrontar el aumento de costo de su cobertura médica y por lo tanto mantener su mismo nivel de salud. La gente que concentra menos riqueza se ve forzada a degradar la calidad de su atención médica.

## *Las formas en las cuales las empresas de medicina prepaga enfrentaron la crisis 2001*

Existió un cambio en la forma de llevar adelante la gestión de las empresas de medicina prepaga frente a la crisis 2001. La crisis económica, financiera, política y social, generó un contexto de emergencia, al cual las empresas prepagas debieron adaptarse rápidamente. Los aumentos de los costos de los prestadores y la reducción de afiliados al sistema forzaron a las prepagas a modificar su gestión día a día.

Sin embargo, estos cambios que se llevaron adelante en las empresas mencionadas tienen que ver con una adaptación temporal a una situación crítica. Los objetivos principales de las empresas de medicina prepagas no cambiaron, es cierto que existió un cambio en la gestión, pero, como se analiza a continuación, tales cambios están dirigidos a contrarrestar los efectos de la crisis. El siguiente análisis se basa en entrevistas llevadas a cabo con representantes de Omint, Swiss Medical y CIMARA (Cámara de Instituciones Médica de Asistencia Prepaga). Tales entrevistas conforman los Anexos I, II y III.

### *Omint*

Nació en la Argentina en 1967, con los objetivos de garantizar calidad de servicios médicos, eficacia y ética profesional, anticipándose a las tendencias en el cuidado de la salud. Es una empresa de medicina prepaga que además cuenta con diversas instituciones prestadoras de servicios médicos. El modelo de negocios que Omint tomó para contrarrestar los efectos de la crisis se resume en los siguientes puntos.

- 1. Énfasis:** la estrategia Omint consistió en mantener la misma base de cobertura y el mismo núcleo de médicos con los que el afiliado se atendía antes de la crisis. Además se le dio mucha importancia a la reducción de costos fijos mediante una reestructuración interna. De esta forma se traspasó la menor cantidad de costos al cliente, y se mantuvo la calidad existente en el servicio.

- 2. Reestructuración interna:** Se primó mantener la cantidad de personal existente porque una reducción del mismo hubiese significado un deterioro de la calidad del servicio. Se recortó minuciosamente todos los costos posibles y gastos prescindibles. El ejemplo más claro de esto, fue reemplazar los sistemas de comunicación entre los diferentes edificios. Antes de la crisis eran los más rápidos que ofrecía el mercado, y por lo tanto los más caros. Éstos, fueron reemplazados por conexiones mucho más baratas y menos rápidas, pero eficaces al fin. También se trabajó sobre una serie de detalles como insumos de oficina y luz y demás costos denominados “de estructura”.
- 3. Copagos:** Se intentó poner en marcha un sistema de copagos. Este sistema se caracteriza por cobrar una cuota más barata, pero obligando al usuario a pagar un porcentaje de su atención médica por consulta. Es decir, el usuario paga su cuota prepaga normalmente pero cada vez que utiliza una prestación paga un porcentaje del costo de la misma. De esta manera el cliente asumiría el rol de moderador de gasto, pues pensará dos veces antes de ir al hospital por enfermedades y “problemas” menores. Este sistema no funcionó adecuadamente principalmente por restricciones regulatorias, ya que el gobierno exige que el máximo valor monetario que puede asumir el afiliado en forma de copago es de 4 pesos, cifra insignificante en relación a los costos de la atención médica.
- 4. Menos confort:** Otra estrategia, con el fin de reducir costos, consistió en la eliminación de servicios dispensables que tienen el objetivo de brindar mayor confort a cambio de altos precios. El ejemplo más importante dentro de este rubro es el de hotelería. El hecho de dormir y comer en una clínica o sanatorio es un servicio que genera muchos costos y no agrega nada a la cura de enfermedades. Los afiliados de Omint pueden elegir qué nivel de confort quieren (suites, cuartos compartidos, calidad de la comida, días de internación, etc.).
- 5. Esquemas de pago más fáciles:** Siguiendo prácticas llevadas a cabo en EE.UU., se le dio más empowerment y capacidades de toma de decisión a los operarios que reciben llamadas de afiliados por problemas de pago. De esta forma no todos los problemas

deben llegar al área de finanzas y fomentar un proceso costoso y burocrático. Además las soluciones no son tan drásticas y resultan ser más rápidas. Existe mayor flexibilidad para con los afiliados en el pago de las cuotas. Sin embargo existió un énfasis para que no existan muchos atrasos en el pago de las cuotas y en el caso de atrasos, que se normalice la situación en cuanto sea posible.

- 6. Crisis como oportunidad:** La crisis fue abordada desde una óptica muy optimista. La crisis significó una oportunidad para renegociar todo tipo de relaciones y contratos (con prestadoras, afiliados, etc.) con los cuales la empresa no estaba totalmente satisfecha.

### CIMARA

En 1966 se constituye la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales Prepaga (CIMAP). Entre sus finalidades estaban la de fomentar y difundir las prestaciones médicas privadas a través de un sistema de prepagos o de abonos, promover el perfeccionamiento de los elementos técnicos, contractuales y de organización de las empresas privadas, representar y defender los intereses generales de las asociaciones gremiales ante los poderes públicos y organismos oficiales y privados. En la década de los setenta la CIMAP se transformó en la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República de Argentina (CIMARA).

Con la crisis, la mayoría de las empresas agrupadas bajo CIMARA enfatizaron su ya existente estrategia de integración vertical. El aumento de costos resultante de un escenario desfavorable para continuar importando tecnología, es parcialmente contrarrestado por los beneficios generados a partir de la integración vertical. La estrategia de integración vertical consiste en adquirir instituciones prestadoras de servicios médicos. Mediante tal práctica se eliminan los costos relacionados con la contratación de prestadores.

Al igual que Omint, las empresas agrupadas bajo CIMARA fomentaron la reducción de costos de estructura e introdujeron la opción de planes de cobertura con niveles de confort más bajos. La estrategia de las empresas agrupadas en CIMARA no tuvieron grandes

cambios en sus modelos de negocio aunque si entraron en un “modus operandi” de emergencia, debido a la crisis.

### **Swiss Medical Group**

Swiss Medical Group posee más de 20.000 profesionales de todas las especialidades y más de 3.000 prestadores de diagnóstico y tratamiento, junto a las mejores clínicas del país, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Sanatorio Agote, Swiss Medical Center, Centro Médico San Luis y cinco Clínicas Odontológicas.

Desde antes de la crisis Swiss Medical tiene la estrategia de ofrecer la posibilidad de la mejor calidad de atención con los procesos y tecnologías más recientes. Durante las crisis la empresa siguió con las mismas metas y se continuó importando nueva tecnología. Significó un aumento en las cuotas pero también se introdujeron planes más baratos para los afiliados que no pueden afrontar una cobertura tan cara. El cambio reside en ofrecer más posibilidades para el usuario acorde a sus posibilidades, pero la estrategia de la empresa es la misma.

### **Observación final**

*La crisis modificó el modelo de negocio para las empresas de medicina prepaga en forma superficial y temporal, para superar el momento de emergencia. Debido a la devaluación del peso argentino, las importaciones de insumos y tecnología aumentaron los costos de las prestaciones. El poder adquisitivo de la mayoría de los argentinos generó bajas en el número de afiliados. Las empresas de medicina prepaga tuvieron que ajustar sus estrategias para adaptarse a esta situación. Sin embargo estos ajustes están dirigidos a contrarrestar los efectos de la crisis. No están causados porque el negocio se haya transformado, están causados por una situación temporaria de crisis.*

## COMENTARIO FINAL DEL CAPÍTULO

La crisis ha golpeado severamente a las empresas de medicina prepaga, al sistema de salud argentino y a toda la población nacional. Sin embargo, el sistema de salud argentino no funciona satisfactoriamente, independientemente de haber sufrido “la crisis del 2001”. Además, las crisis suelen ser momentos en los cuales se abren nuevas oportunidades y se generan nuevos espacios para realizar cambios para enmendar errores pasados y lograr beneficios futuros. Es una excelente oportunidad para que el sistema de salud argentino se reestructure y se redefina.

En el siguiente capítulo se analizan diferentes modelos de estructura de sistemas de salud. Estos modelos teóricos apuntan a introducir nuevas líneas de pensamiento acerca de la estructura de un sistema de salud de un país. El presente trabajo de graduación introduce dos modelos concretos: “Redefiniendo la competencia en el sector salud” de Michael Porter” y “Los 4 mundos del sistema de salud” de Henry Mintzberg. Las ideas que se presentan tienen que ver con los incentivos de los jugadores principales perjudiciales para la calidad del servicio médico. Estos incentivos son el fruto de un sistema mal estructurado y mal organizado. La presencia y ubicación de la competencia en los sistemas de salud es un tema de gran importancia en los modelos, como también la coordinación entre los diferentes jugadores.

A partir de estos dos modelos se consolida uno, de elaboración propia, que incluye los temas más importantes de los dos autores con perspectivas de agrupar las ideas más actuales para estructurar un mejor el sistema de salud argentino. El objetivo de tal análisis es comprender qué rol le corresponde a las empresas de medicina prepaga y cómo deben desempeñarse con respecto a los demás participantes del sistema.

## Capítulo II:

# Modelos de negocio y estrategias de los actores del sector salud





## **PORTER: “REDEFINIENDO LA COMPETENCIA EN EL SECTOR SALUD”**

Porter realiza un estudio del sector salud en Estados Unidos. Analiza cómo está organizado en la actualidad y a partir de ciertas variables identifica por qué es que no funciona satisfactoriamente. Muchos de los problemas existentes en el sector salud norteamericano son observables en el sistema de salud argentino y por lo tanto es útil entender los problemas y, fundamentalmente, las posibles respuestas a esos problemas que ofrece Porter, para después evaluar el nivel de correspondencia con el sistema de salud argentino.

El siguiente apartado detalla la investigación realizada por Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg. Esta investigación fue publicada en la revista Harvard Business Review en español en la edición de junio de 2004 bajo el título “Redefiniendo la competencia en el sector salud”.

### **Introducción**

Porter afirma que, a diferencia de sectores bajo fuerte control estatal, en un mercado competitivo es casi inimaginable un desempeño insatisfactorio en términos de calidad y costos. En Estados Unidos el sector salud es un ambiente muy competitivo y, sin embargo, sufre un desempeño insatisfactorio en los términos ya mencionados.

Cuando la competencia es saludable, las incesantes mejoras de procesos y métodos, en busca de la excelencia operativa, impulsan la baja de costos. La calidad de productos y servicios aumenta en forma continua. La innovación lleva a nuevas y mejores prácticas que se difunden rápidamente. Las empresas poco competitivas son reestructuradas o salen del mercado. Los precios ajustados al valor disminuyen y el mercado se expande. Esta trayectoria es común a todos los sectores que funcionan bien.

Las características del sistema de salud americano son diametralmente opuestas:

- Los altos costos siguen en aumento, y tales incrementos no corresponden a mejoras en calidad.
- La calidad de los servicios médicos no es satisfactoria debido a que los mismos se han restringido o racionado, además de que la tasa de errores médicos evitables se mantiene alta.
- Existen grandes e inexplicables diferencias de costos y calidad entre diversos prestadores y zonas geográficas.
- Muchos grupos importantes del sector ven a la innovación como un problema y no como un motor esencial para el éxito.

Esta situación resulta intolerable, especialmente cuando está en juego la vida y la salud de personas.

Los autores del artículo plantean que la competencia es tanto la raíz del problema como la solución del mismo. Es preciso definir la naturaleza de competencia que corresponde con el sector salud y su mejor funcionamiento. La competencia en el sistema de salud se da en el lugar equivocado, involucra factores equivocados y ocurre en los mercados geográficos equivocados. Es más, según Porter y Olmsted Teisberg, la competencia ha sido virtualmente eliminada en los puntos donde más se la necesita.

### **La competencia de suma cero y sus manifestaciones**

La competencia en el área de salud se ha vuelto un juego de suma cero: los participantes del sistema dividen el valor en lugar de aumentarlo. Según el estudio de Porter y Olmsted Teisberg, este tipo de competencia se manifiesta en cuatro maneras.

**1. La competencia de suma cero toma la forma de un traspaso de costos en lugar de una reducción fundamental.** Los costos se traspasan de la empresa de medicina prepaga al paciente, del plan de salud al hospital, del hospital al médico, del asegurado al no asegurado, etc. Transferir los costos de un actor a otro, no crea valor neto. Además, esta

situación lleva a que cualquier actor se vea forzado a generar ganancias a expensas de otro, de esta manera asegurando un perdedor dentro del sistema.

**2. La competencia de suma cero implica la búsqueda de un mayor poder de negociación, en lugar de un esfuerzo por mejorar la atención.** Las estrategias de los hospitales, las empresas de medicina prepaga y grupos de pacientes atentan contra un sistema de salud en constante crecimiento de calidad. Las estrategias son de esta naturaleza porque la estructura del sistema incentiva a los actores a buscar objetivos que no tiene a la calidad del servicio final como prioridad.

**3. La competencia de suma cero restringe la elección y el acceso a los servicios, en lugar de mejorar la atención y hacerla más eficiente.** El sistema actual está organizado para que las empresas de medicina prepaga puedan generar sus beneficios más significativos rehusando a pagar por las prestaciones y limitando las opciones de afiliados y médicos. Las empresas de medicina prepaga y los mismos hospitales y demás prestadores, tienen incentivos económicos tanto para restringir la cantidad de prestaciones cubiertas como para limitar el acceso de las nuevas tecnologías a los pacientes. Los hospitales cobran una suma fija de dinero de las empresas de medicina prepaga por cada servicio prestado a alguno de sus afiliados. En términos económicos, el hospital se ve incentivado a que un paciente realice numerosas consultas por un mismo problema, ya que cobrará más dinero. Los aseguradores están motivados, económicamente, a que el paciente no se atienda y no tenga acceso a las nuevas tecnologías. Por lo tanto, no existen muchas motivaciones para que los hospitales gasten en tecnologías más efectivas, si al hacerlo socavan sus ingresos.

**4. La competencia de suma cero depende del sistema de justicia para la resolución de disputas.** Los litigios solo agravan la situación debido a que aumentan los costos en forma directa (por efecto de los honorarios legales y gastos administrativos) y en forma indirecta (por la práctica innecesaria de la medicina defensiva), nada de lo cual agrega valor al paciente.

### *La competencia de suma cero y sus causas*

La competencia de suma cero en el sector salud norteamericano y sus manifestaciones previamente esclarecidas, son producto de una conjunción de variables, motivaciones, incentivos y estrategias de sus diversos actores. En el artículo de la revista Harvard Business Review, donde Porter y Olmsted Teisberg plasman los resultados de sus investigaciones, los autores enumeran ocho causas/equivocaciones que ayudan a explicar el funcionamiento actual del sistema de salud norteamericano y su característica sobresaliente: la competencia de suma cero.

**1. El nivel de competencia equivocado.** Éste, según Porter, es el problema más fundamental que sufre el sistema de salud estadounidense. La competencia existe en el nivel de los planes de salud, redes y grupos hospitalarios, cuando debería darse en la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud individuales o concurrentes. Es aquí donde la competencia realmente mejoraría la eficiencia y eficacia, reduciría los errores y estimularía la innovación. Los prestadores deberían competir para ser los mejores en el tratamiento de un determinado conjunto de problemas, y los pacientes tener la libertad de elegir a los prestadores con los mejores historiales en cada circunstancia particular. Bajo el sistema actual, en que el tratamiento de los pacientes está determinado por la red a la cual pertenecen, los prestadores integrados a esa red tienen el negocio prácticamente asegurado. De esta manera se desincentiva la mejora en la calidad del servicio.

**2. El objetivo equivocado.** El planteo de objetivos corto-placistas potencia las consecuencias de niveles equivocados de competencia. Los actores del sistema persiguen el objetivo de reducir costos, especialmente aquellos relacionados con la interacción de intermediarios (las empresas de medicina prepaga y los empleadores que negocian los planes para sus empleados). El objetivo fundamental debería relacionarse con la mejora en la calidad y el valor del servicio de atención médica y por consiguiente la mejora de la salud de la población. Tal objetivo es mensurable en el nivel de enfermedad y tratamiento, no monetariamente. Competir en costos tiene sentido en industrias y mercados de

commodities, donde los vendedores son prácticamente iguales. Claramente, éste no es el caso del sector salud.

**3. Las formas de competir equivocadas.** Los actores del sistema de salud norteamericano han recurrido a cuatro formas de competir equivocadas. La primera tiene que ver con las empresas de medicina prepaga y su competencia anual para captar afiliados. Debido a que las empresas de medicina prepaga trabajan con una red preestablecida, el paciente se ve dirigido a cierto grupo de prestadores. Consecuentemente, la competencia a nivel enfermedades y tratamientos prácticamente se ve eliminada. Como el compromiso entre las empresas de medicina prepaga y los pacientes dura un año, la generación de valor a largo plazo es dominada por la reducción de costos a corto plazo.

La segunda forma de competencia improductiva se da en la de los prestadores por ser incluidos en las redes de las empresas de medicina prepaga. Los prestadores ofrecen grandes descuentos a las empresas de medicina prepaga y a los empleadores que manejen gran cantidad de afiliados o trabajadores. Esta situación no tiene ninguna lógica ya que cuesta lo mismo tratar a cualquier tipo de paciente. Lo único que se logra es traspasar beneficios artificiales desde los prestadores a las empresas de medicina prepaga y a los grandes empleadores, a costa de los grupos pequeños, los individuos no afiliados, los pacientes que buscan cobertura fuera de su red y los no asegurados.

El tercer caso de competencia equivocada también se da entre los prestadores quienes compiten por formar el grupo más grande y poderoso, capaz de ofrecer una completa gama de servicios. Los grupos de prestadores se forman con el objetivo de ganar poder de negociación frente a empresas de medicina prepaga y empleadores, no con la intención de mejorar la calidad de la atención. Al concentrarse en una amplia gama de disciplinas se pierde la excelencia operativa que se puede lograr especializándose en un reducido número de servicios, incurriendo, de esta forma en mayores costos.

Por último, se genera la controversia sobre quién paga. Las competencias para intentar traspasar los costos a los demás agentes del sistema, logran generar más costos a largo plazo y deteriorar la calidad y el valor del servicio final.

**4. El mercado geográfico equivocado.** Existe una ausencia de competencia regional y nacional a nivel prestadores. La calidad y el costo de las prestaciones oscilan dependiendo del área geográfica. Además, según estudios recientes (John Wennberg, de Dartmouth Medical School) los mayores costos no siempre están asociados con mayor calidad de la prestación. Estas variaciones evidencian cierto grado de falta de competencia a un nivel más macro. Las estrategias de las empresas de medicina prepaga, exigen a los afiliados cubrir la mayor parte de los costos de atenderse con prestadores fuera de la red, y penalizan a los médicos que recomiendan tales derivaciones. Si virtualmente existiera la posibilidad de recurrir a cualquier prestador, los mismos tenderían a mejorar su servicio. Además, al tratar condiciones más complejas y menos frecuentes en un área geográfica mayor, se lograría una mayor eficiencia y experticia.

**5. Las estrategias y estructura equivocadas.** Las estrategias de los prestadores ha sido la de formar el grupo más grande y poderoso, capaz de ofrecer una completa gama de servicios. Los grupos de prestadores se forman con el objetivo de ganar poder de negociación frente a empresas de medicina prepaga y empleadores, no con la intención de mejorar la calidad de la atención. Al concentrarse en una amplia gama de disciplinas se pierde la excelencia operativa que se puede lograr especializándose en un reducido número de servicios, incurriendo, de esta forma en mayores costos.

**6. La información equivocada.** La información es indispensable para la competencia. La ausencia de la misma no permite una decisión formada por parte del cliente ni comparaciones entre vendedores. En el sector salud estadounidense la información sobre experiencias y resultados obtenidos no está disponible, muchas veces debido al miedo a las comparaciones y reponsabilización. De esta manera, la competencia se ve amenazado y por consiguiente la mejora del sistema.

**7. Los incentivos equivocados para las empresas de medicina prepaga.** Los aseguradores de planes de salud deberían ser recompensados por ayudar a sus clientes a informarse y recibir la mejor atención posible; por simplificar sus procesos administrativos, y por facilitar la vida a los participantes. Pero, en lugar de eso, las empresas de medicina prepaga, obtienen beneficios financieros afiliando a personas sanas y aumentando las primas o negando la cobertura a personas enfermas. Los aseguradores tienen incentivos a complicar la cobranza: pueden traspasar costos emitiendo facturas incomprensibles o inexactas y retrasando o disputando los pagos. También tienen incentivos para traspasar costos o reducir servicios, poniendo obstáculos entre pacientes y prestadores, o restringiendo el acceso de los pacientes a tratamientos caros o fuera de la red. Finalmente, los aseguradores se benefician de frenar cualquier innovación que no se traduzca en reducciones de costos inmediatos o en el corto plazo. Todos estos incentivos refuerzan la competencia de suma cero y actúan en contra de la creación de valor en el sector salud.

**8. Los incentivos equivocados para los prestadores.** Los prestadores deberían ser recompensados por competir regional y nacionalmente para entregar el mejor valor en el tratamiento de condiciones o enfermedades específicas. En lugar de eso, los incentivos de los prestadores, refuerzan la competencia de suma cero en el sector. Los hospitales y médicos tienen incentivos para no derivar pacientes a otros prestadores que tal vez tengan más experiencia, o para hacerlo sólo dentro de su propia red. Las prácticas de reembolso incentivan a los médicos a pasar menos tiempo con sus pacientes, darles de alta rápidamente y readmitirlos si surge algún problema. Si bien muchos médicos se resisten a subtratar a sus pacientes, este conflicto entre la buena medicina y el interés económico desmoraliza a los médicos y dificulta la difusión de mejores prácticas.

### **La competencia de suma positiva**

Porter y Olmsted Teisberg, han dejado en claro que la competencia en el nivel de enfermedades y tratamientos es el motor de progreso del sistema. Sin embargo, sugieren los autores, es necesario redefinir el eje de la competencia de “¿quién paga?” a “¿quién entrega el mejor valor?”. Para lograr esto es preciso cambiar las estrategias, las estructuras

y las conductas de los principales actores del sistema. Además es necesario redefinir el marco en el cual se desenvuelven dichos agentes. Los principios por los cuales el sistema de salud funcionaría idealmente según los autores, se encuentran enumeradas a continuación.

**1. Estrategias para los prestadores: diferenciación.** En la competencia de suma positiva los prestadores no tratarían de ofrecer exactamente los mismos servicios. Actualmente, los prestadores suelen intentar cubrir la mayor cantidad de servicios, sin darle la mayor de las prioridades a la mejora de calidad. Los prestadores desarrollarían estrategias claras primando la especialización en un reducido grupo de servicios o disciplinas en las que pueden distinguirse y obtener la excelencia operativa.

**2. Libertad de elección.** Desaparecerían las restricciones económicas e institucionales que atentan contra la libre elección de los pacientes para tratarse donde más les convenga a nivel salud. Las principales restricciones son las relacionadas con las redes y la autorización de derivaciones.

**3. Precios transparentes.** Los precios serían de libre acceso y disponibilidad. Serían iguales para todos los pacientes, sin importar el grupo al que están afiliados.

**4. Cobranza simplificada.** Los prestadores tendrían que emitir una única factura por cada paquete de servicios, o por cada etapa de tratamiento de enfermedades crónicas, en lugar de inconvenientes facturas por cada prestación individual. Los prestadores encontrarían maneras de dar estimaciones de precios de antemano. Tales estimaciones no sólo permitirían a los usuarios elegir mejor, sino que además estimularían a los prestadores a conocer sus costos reales.

**5. Información accesible.** En la competencia de suma positiva, los prestadores y los usuarios recibirían la información que necesitan para tomar sus decisiones. Los pacientes contarían con la información sobre los costos y el rendimiento de los diferentes prestadores. Estos últimos contarían con la información de eficiencia y efectividad de sus pares para



realizar comparaciones. De esta manera también se fomentaría la competencia de suma positiva.

**6. Aseguramiento no discriminatorio.** Se debería encontrar soluciones de agrupamiento para que los trabajadores independientes, los empleados por pequeñas y medianas empresas, los desempleados, y los trabajadores de media jornada tengan los mismos precios por la misma cobertura que obtienen los trabajadores agrupados bajo grandes empleadores.

**7. Menos litigios.** La amenaza de demandas por negligencia crea incentivos para que los médicos y hospitales oculten sus errores en vez de asumirlos y corregirlos. Los estándares de litigio por negligencia deben cambiar ya que los mismos no contribuyen a mejorar la calidad final de la prestación. Las acciones legales son apropiadas en caso de malas prácticas flagrantes, como abandono, uso de tratamientos obsoletos y falta de cuidado, no cuando un paciente tuvo un mal resultado a pesar de haber recibido un tratamiento apropiado y actualizado.

**8. Estrategias para las empresas de medicina prepaga: libertad de elección y eficiencia.** La competencia positiva incentivaría a las empresas de medicina prepaga a competir para crear valor, no sólo para minimizar costos. Simplificarían los procesos administrativos y de cobranza, atenderían a los afiliados identificando alternativas de tratamiento y prestadores con excelentes resultados. Los ayudarían a determinar cuándo y dónde sería indicado buscar atención de calidad fuera de su área geográfica inmediata.

**Grafico de Porter**

**Grafico de Porter**



**Grafico de Porter**

Universidad de  
**San Andrés**

## **MINTZBERG: LOS CUATRO MUNDOS DEL SISTEMA DE SALUD**

El modelo que presenta Mintzberg es aplicable a cualquier sistema de salud hasta ahora visto. Su investigación se resume en “Managing the care of health and the cure of disease”, paper que escribió junto a Sholom Glouberman en 2001. Ningún país aparenta estar totalmente satisfecho con su sistema de salud actual, desde lo cual se deduce la complejidad de administrar y asegurar el funcionamiento apropiado del mismo.

Mintzberg sostiene que la complejidad de los sistemas de salud parece desvanecerse al separar el sistema en sus diferentes componentes. El argumento principal de Mintzberg, en lo que refiere el sector salud, es que el problema radica en la deficiente interacción de los diferentes actores y la desconexión existente entre ellos.

Mintzberg comienza su análisis diferenciando cuatro mundos dentro del universo del sistema de salud. Estos cuatro mundos representan los actores principales que se desenvuelven en el sector salud.

**CURE:** El mundo de la cura. Está representado por los hospitales, clínicas, sanatorios, etc. Los mismos no están en el negocio del cuidado de la salud sino, en el de la cura de las enfermedades o condiciones específicas. El mundo de la cura tiene una relación con el paciente que presenta períodos cortos, el tiempo necesario para “curar” una enfermedad.

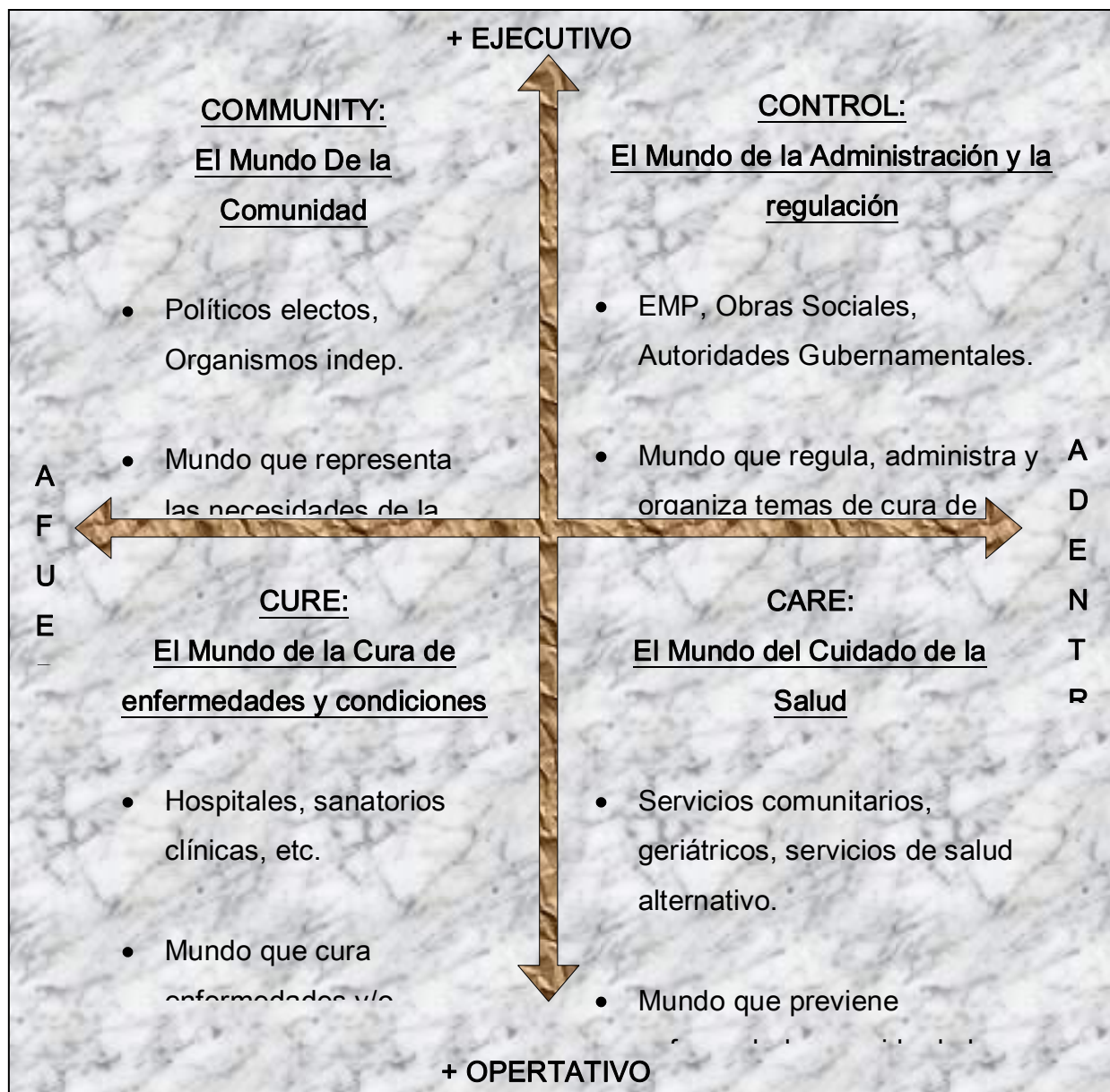
**CARE:** El mundo del cuidado de la salud. Este mundo agrupa a otro tipo de instituciones y especialitas: geriátricos, instituciones de salud mental a largo plazo, comedores, servicios comunitarios orientados al cuidado de la salud, fisioterapeutas independientes y servicios de salud alternativos (por ejemplo, la acupuntura). Estas instituciones proveen una atención más continua, coordinada y prologanda

**CONTROL.** Este mundo está compuesto por instituciones que regulan temas de salud de alguna forma u otra. Las agencias administrativas, las aseguradoras de salud, las empresas de medicina prepaga, las obras sociales y autoridades gubernamentales, como ministerios o

superintendencias, pertenecen a este mundo. Son instituciones de carácter administrativas y/o organizativas, no “curan” enfermedades ni “cuidan” de la salud de la población en forma directa.

**COMMUNITY.** El mundo de la comunidad está representado por los políticos electos y agrupaciones que representan los deseos y necesidades de la comunidad. No ofrecen servicios de atención médica ni regulan su funcionamiento directamente, pero sí buscan influenciar el funcionamiento del mismo acorde a las necesidades de la población.

**Gráfico 9.** Los cuatro mundos de Mintzberg y Glouberman.



Los cuatro mundos están divididos por dos ejes. El eje vertical (+ Ejecutivo, + Operativo) separa los dos mundos relacionados directamente con la salud del paciente, mundo de la cura y mundo del cuidado, de los dos mundo relacionados con la administración y asignación de recursos del sistema.

El eje horizontal (Afuera, Adentro) separa a los dos mundos que involucran un desempeño constante y más “día a día”, mundo de el cuidado de la salud y mundo del control, de los dos mundo que accionan en forma más esporádica y entrecortada, mundo de la cura y mundo de la comunidad.

El problema de los sistemas de salud reside en la interacción de estos cuatro mundos que presentan distintas formas de organización y de trabajo, estructuras y culturas. El punto de partida de Mintzberg y Glouberman es la observación de que la solución para un correcto funcionamiento del sistema de salud no se encuentra en la elección de una organización de libre mercado y de competencia o en una estructuración por medio de la imposición de un sistema jerárquico de control público.

La organización por jerarquías resulta ser muy rígida para enfrentar las complejidades del sector salud. Las regulaciones estatales, más que solucionar temas controversiales como el control de costos y coordinación, “tapa” estos temas fijando formas de proceder y estructuras. A su vez, los mercados de competencia liberal motivan prioridades y conductas que muchas veces atentan contra el continuo incremento de la calidad de los servicios de salud. Incentivos para que información sobre mejores prácticas no salte a la luz de los competidores es consecuencia de los mercados liberales en donde muchos jugadores compiten por dinero.

Mintzberg y Glouberman opinan que la solución radica en fomentar un intenso manejo de la colaboración entre los jugadores e instituciones principales. Esta colaboración se desarrollara en un marco que va más allá de la dicotomía control estatal – mercado liberal. La posición de los autores frente a esta cuestión implica cierta dependencia de ambas

posturas, sin embargo, no existe una dependencia excesiva de ninguna de las dos. Las características de la nueva forma de organizar el sistema se enumeran a continuación.

- 1. Propiedad social:** La propiedad privada funciona bien en ciertas áreas prestatarias del sistema de salud, como en los laboratorios por ejemplo. Por otro lado, la propiedad pública funciona satisfactoriamente en otras áreas prestatarias, como en ciertos servicios sociales para gente de bajos recursos. Sin embargo, existen otras formas de propiedad que fomentarían una mayor calidad en la prestación de servicios médicos. En primer lugar, la propiedad cooperativa, en donde los médicos son dueños de clínicas, y en segundo lugar las organizaciones sin fines de lucro, común en los hospitales estadounidenses y canadienses. Ambas formas de propiedad logran un mayor compromiso en el personal ya que el mismo tiene una sensación de estar trabajando para un fin más importante que el de las ganancias de accionistas desconectados, o estar trabajando bajo el control de burócratas distantes.
- 2. Escala apropiada:** los sistemas de salud contienen muchos elementos tecnológicos y de infraestructura pero fundamentalmente son sistemas basados en personas. Por ende, la motivación, el compromiso y el sentido de pertenencia y propósito deben ser aspectos claves en el sistema. La obsesión por reducir costos ha enfatizado la necesidad por fusionar y agrandar hospitales y demás instituciones. De esta forma se han perdido muchos beneficios relacionados con un contacto más personal entre los miembros de equipos. Muchos equipos de trabajo han perdido su identidad al ser sometidos a cambios incesantes de sus integrantes. Como consecuencia, el rendimiento de tales equipos tiende a decrecer. Es por eso, sugieren los autores, que a veces las economías de escala pueden ser disfuncionales para un sistema de salud.
- 3. Lideraje involucrado:** Cuanto más involucrados, sabios en los campos donde se desenvuelve la empresa y más experimentados sean los líderes, mejor liderada será la organización. Lo que sucede en la realidad, especialmente en la realidad de los sistemas de salud norteamericanos, es que los líderes con formación económica controlan el sistema a nivel macro mientras que líderes con formaciones de

management son los que lideran las instituciones del sistema. La economía, dice Mintzberg, es una disciplina que tiene poco que ver con la administración de un sistema de salud. La cura de enfermedades y el cuidado de la salud no están relacionadas con ideologías de cómo debe funcionar un mercado ni cómo se comportan variables económicas. El sistema necesita de líderes que compartan estas visiones.

- 4. Redes colaborativas:** Las redes entre organizaciones e instituciones que fomenten comunicación e intercambio de información con el objetivo de lograr mejores prácticas y colaborar para solucionar problemas es altamente recomendable para cualquier industria. Es muy importante priorizar las redes colaborativas por sobre la competencia en el sector salud. Las redes de comunicación permiten que todas las instituciones y su personal cuenten con la más actualizada información, lo que significa directamente, mejores decisiones. La competencia fomenta la ocultación de información vital sobre mejores prácticas, resultados, desempeño de las diversas instituciones, lo cual resulta perjudicial tanto para los pacientes como para los prestadores como para los aseguradores. Los pacientes no conocen el nivel de calidad de los prestadores y por lo tanto no toman decisiones formadas a la hora de decidir donde atenderse. Los prestadores no pueden compararse con los demás prestadores con lo cual no saben hasta qué punto realizan sus tareas en forma adecuada, utilizando los mejores procesos. Las aseguradoras tampoco cuentan con la información pertinente al nivel de calidad de los prestadores con lo cual pueden contratar prestadores que no son los mas eficientes y eficaces.

*Las propuestas de Mintzberg apuntan a una solución de estructuración de sistema integral. El sistema de salud está compuesto por varios tipos de jugadores. Ningún jugador en especial tiene la culpa de un insatisfactorio desempeño del sistema. Mintzberg sugiere que la solución radica en mejorar la coordinación entre los jugadores. Para eso hay que apuntar a un cambio más cultural que implica ciertos cambios en la estructura del sistema.*

## Capitulo III:

### Resultados



Universidad de  
**SanAndrés**



## **MODELO INTEGRADOR**

Tomando como base las ideas de Porter y Mintzberg, expuestas en el capítulo anterior y después de analizar la desregulación y la crisis 2001, se incluye a continuación un modelo de elaboración propia que integra los puntos principales para el análisis de la estructura y modelo de negocios de una empresa de medicina prepaga. El modelo toma a las empresas de medicina prepaga como un componente más en un sistema de salud y por lo tanto las estrategias a seguir por las empresas de medicina prepaga tienen que estar en sintonía con los demás componentes del sistema y sus estrategias. Los temas más importantes a la hora de estructurar un sistema de salud, y que están conglomerados en el modelo, están plasmados en forma de problemas teóricos. Tienen que ver con los siguientes temas:

- 1) Incentivos (de los aseguradores; de los prestadores; de los beneficiarios)
- 2) Competencia (entre los prestadores; entre los aseguradores)
- 3) El traspaso de costos
- 4) Economías y deseconomías de escala
- 5) Propiedad de los prestadores

La existencia de estos ítems y si impactan o no en la calidad final de la atención médica plasman los temas que hay que tener en cuenta a la hora de reestructuran el sistema de salud argentino. Interlazados con estos puntos principales se encuentran las opiniones de representantes de Omint, Swiss Medical y CIMARA sobre estos temas.

### **1) Incentivos**

- a) Problema Teórico: Existencia de incentivos de los prestadores para que sus pacientes se atiendan numerosas veces por un mismo problema. Como los prestadores cobran por consulta realizada, es beneficioso para ellos que un paciente consuma reiteradas consultas para un mismo problema.

Opinión de los Representantes: Esta situación está presente y la forma de resolverla es mediante un sistema de copagos, en el cual parte del costo por consulta es

abonado por el cliente. De esta manera el cliente asumiría el rol de moderador de gasto. Sin embargo es necesario que cambie el contexto legal para que esta práctica pueda funcionar.

- b) Problema Teórico: Existencia de incentivos de los aseguradores para que los pacientes nunca lleguen a recibir la atención. Como los aseguradores cobran una cuota fija y pagan a los prestadores por consulta realizada, los aseguradores se ven beneficiados cuando el paciente consume la menor cantidad de prestaciones posibles.

Opinión de los Representantes: Esta situación existe en el sistema de salud argentino, debido a que las aseguradoras deben ajustar los costos crecientes de las prestaciones de alguna manera. Sin embargo, en el sector de las prepagas, las mismas ajustan traspasando costos a sus beneficiarios, no ofreciendo un servicio de menor calidad ni cantidad. La situación existe definitivamente en el subsector de seguridad social en donde las obras sociales deben ajustar sus costos crecientes limitando el acceso de los beneficiarios al servicio.

- c) Problema Teórico: Existencia de incentivos de los pacientes a utilizar las prestaciones indiscriminadamente ya que el costo de su cobertura no se ve afectado por la cantidad de veces que consume las prestaciones.

Opinión de los Representantes: Esta situación también resulta existente en el sistema de salud actual. Aquí el sistema de copagos nuevamente sería la solución pues el usuario juega el papel de moderador del gasto. Además de abonar la cuota fija prepaga, paga un porcentaje del costo de cada consulta. De esta manera se evita que use indiscriminadamente los servicios, y, con el sistema propuesto, los utilizará cuando realmente los necesite.

## 2) Competencia

- a) Problema Teórico: Existencia de competencia de los prestadores por ser incluidos dentro de las redes aseguradoras y no por ofrecer un servicio con constante mejora de calidad. En vez de que los prestadores se concentren en un grupo reducido de disciplinas y obtener excelencia operativa en ellas, el nivel de competencia existente incentiva a los prestadores a ofrecer una amplia gama de servicios con niveles de calidad no tan altos para poder obtener un mayor poder de negociación frente a los aseguradores.

Opinión de los Representantes: Es verdad que la mayoría de los prestadores compite por pertenecer a las redes. Sin embargo, en la mayoría de los casos un prestador obtiene excelencia operativa en un grupo reducido de especialidades gracias a la financiación obtenida justamente por ofrecer una amplia gama de servicios. Además, la única manera de que un instituto alcance excelentes resultados en una disciplina es formando parte de una red de cobertura, y la única forma de lograr eso es ofreciendo una amplia gama de servicios.

De todas formas es una situación que cada vez es menos frecuente en el subsector privado ya que las empresas de medicina prepaga tienen una estrategia de integración vertical por lo que en la mayoría de los casos son las mismas dueñas de las instituciones prestatarias. Consecuentemente, no existe competencia por pertenecer a las redes.

- b) Problema Teórico: Existencia de competencia de las empresas aseguradoras por número de afiliados. De esta manera se deja de lado la competencia por ofrecer mejores servicios de cobertura.

Opinión de los Representantes: Las aseguradoras compiten por calidad para conseguir más afiliados. La competencia está en ofrecer servicios de mejor calidad para atraer a la mayor cantidad de usuarios posibles. Es una contradicción decir que competir por afiliados no fomenta mejores servicios.

### 3) Traspaso de costos:

Problema Teórico: Existencia de traspaso de costos entre los jugadores del sistema, con el objetivo de obtener beneficios económicos. Mediante esta práctica siempre existirá un perdedor dentro del sistema y por lo tanto en algún punto este perdedor generará algún tipo de perjuicio en la calidad de las prestaciones médicas.

Opinión de los Representantes: El traspaso de costos es algo inevitable en cualquier industria. Es indudable que en el sistema de salud argentino existe tal práctica. Hay que tener en cuenta que en la industria de salud los costos crecen constantemente debido a nuevas tecnologías y procesos que solamente están enfocados a ser eficaces en la cura de una determinada enfermedad. Esto no es malo ya que de esta forma se avanza en el cuidado de salud y a medida que pasa el tiempo el ser humano puede vivir más tiempo. Sin embargo, como no se le da tanta importancia al costo de tales tecnologías, constantemente salen al mercado nuevas prácticas y tecnologías de altísimo costo y este costo se resume finalmente en incrementos de precios de las coberturas a un ritmo aceleradísimo. Es imposible evitar estos aumentos de costos como también que estos nuevos costos sean absorbidos por un solo jugador del sistema.

No existe un perdedor en el sistema debido al traspaso de costos. Si el aumento de costos es la consecuencia de mejores prácticas en la cura de enfermedades, significa que existe un aumento en la calidad de las prestaciones. Consecuentemente el paciente paga más por un mejor cuidado de su salud.

La solución tiene que venir por un cambio a nivel sistema de salud. Una forma de amortiguar este problema es mediante el uso de copagos. El paciente debe decidir qué prestaciones va a consumir porque debe pagar un porcentaje de ellas (además de la cuota prepaga). De esta forma cada paciente tiene la posibilidad de controlar el aumento de costos de un modo más customizado.

Otra forma de amortiguar el traspaso de costos, que finalmente recaen sobre el beneficiario es mediante estrategias de integración vertical por parte de las empresas de medicina prepaga. Éstas ayudan a eliminar costos de intermediarios. La mayoría de las empresas de medicina prepaga (CIMARA) son dueñas de clínicas, sanatorios y demás instituciones prestatarias. De esta forma se logra absorber muchos costos y de esta forma evitar su traspaso.

#### **4) Economías y deseconomías de escalas:**

Problema Teórico: Existencia de deseconomías de escala, en la obsesión por lograr economías de escala los sistemas de salud. Los mismos contienen muchos elementos tecnológicos y de infraestructura pero fundamentalmente son sistemas basados en personas. Por ende, la motivación, el compromiso y el sentido de pertenencia y de propósito deben ser aspectos claves en el sistema. La obsesión por reducir costos ha enfatizado la necesidad por fusionar y agrandar hospitales y demás instituciones. De esta forma se han perdido muchos beneficios relacionados con un contacto más personal entre los miembros de equipos. Muchos equipos de trabajo han perdido su identidad al ser sometidos a cambios incesantes de sus integrantes. Como consecuencia, el rendimiento de tales equipos tiende a decrecer. Es por eso, que a veces las economías de escala pueden ser disfuncionales para un sistema de salud.

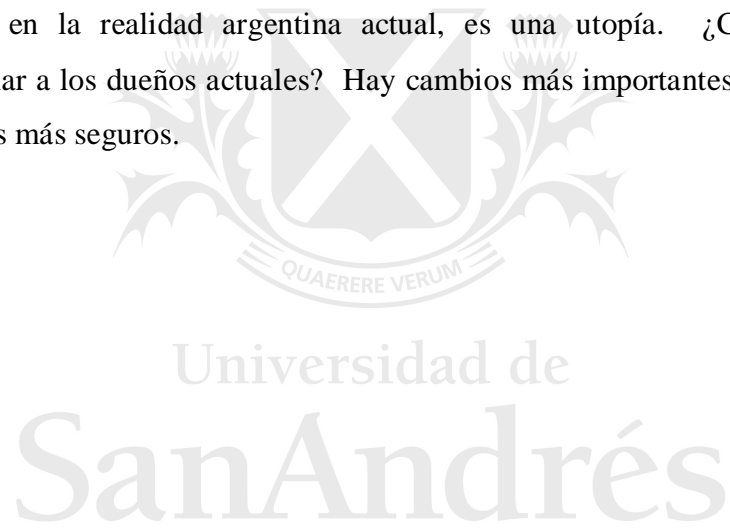
Opinión de los Representantes: es cierto que existe una obsesión por lograr economías de escala y puede ser cierto que se pierda en alguna medida, ciertos beneficios relacionados con una estructura más pequeña. Sin embargo, los beneficios que genera la incorporación de nuevas tecnologías para la calidad de la atención superan ampliamente las posibles pérdidas relacionadas con una institución más pequeña.

#### **5) Propiedad social:**

Planteo Teórico: La existencia de propiedad social en los prestadores. Este planteo tiene como fin proponer una alternativa a la situación actual. Existen otras formas

de propiedad, más allá de propiedad privada o propiedad estatal, que fomentarían una mayor calidad en la prestación de servicios médicos. En primer lugar, la propiedad cooperativa, en donde los médicos son dueños de clínicas, y en segundo lugar las organizaciones sin fines de lucro, común en los hospitales estadounidenses y canadienses. Ambas formas de propiedad logran un mayor compromiso en el personal ya que el mismo tiene una sensación de estar trabajando para un fin más importante que el de las ganancias de accionistas desconectados, o estar trabajando bajo el control de burócratas distantes.

Opinión de los Representantes: En la teoría es una idea que abre nuevas líneas de pensamiento sobre la propiedad de los prestadores de servicios médicos. Sin embargo en la realidad argentina actual, es una utopía. ¿Cómo hacer para desapropiar a los dueños actuales? Hay cambios más importantes que realizar, con resultados más seguros.



Tabla

Tabla

tabla



Universidad de  
**San Andrés**

## Conclusiones



Universidad de  
**San Andrés**



## ACERCA DE LA CRISIS 2001

- La crisis modificó el escenario inmediato en el cual se desenvuelven las empresas de medicina prepaga. Sus efectos sobre el mismo son claros. Debido a la devaluación del peso argentino, las importaciones de insumos y tecnología aumentaron los costos de las prestaciones. El poder adquisitivo de la mayoría de los argentinos generó bajas en el número de afiliados. Las empresas de medicina prepaga se vieron necesitadas de cambiar su modelo de negocios temporariamente para superar los efectos de la crisis. Las técnicas empleadas por las empresas de medicina prepaga consistieron en renegociar todos los contratos con prestadores ya que los mismos sufrieron un gran aumento de costos. Paralelamente, muchos beneficiarios no podían afrontar los nuevos precios de las coberturas porque estos crecieron mucho más que sus ingresos y porque su poder adquisitivo había caído. Consecuentemente, las empresas de medicina prepaga tuvieron que ser muy flexibles a la hora de ofrecer sus planes. La flexibilidad de los planes se articuló principalmente mediante las distintas alternativas, que el beneficiario contaba en temas como confort de las habitaciones, calidad de la comida al estar internado en un hospital, elección de qué prestaciones serían de calidad alta y cuales podían ser de calidad más baja, etc.
- Por otro lado la crisis acentuó estrategias ya existentes en la gestión de las empresas de medicina prepaga. La crisis aumentó los costos, generando una necesidad de implementar todo tipo de estrategias que reduzcan los mismos. La mayoría de las empresas de medicina prepaga ya había incursionado en prácticas de integración vertical debido al ahorro de costos que significa tener instituciones prestadoras de servicios médicos propios. Tal práctica se enfatizó.
- Por último la crisis acentuó las necesidades de cambios estructurales en el sistema. La crisis juega un rol primario en generar nuevos espacios para una reestructuración integral del sistema de salud argentino. Es una oportunidad para realizar cambios, enmendar errores pasados y lograr beneficios futuros. Es una excelente chance para que el sistema de salud argentino se reestructure y se redefina. Los temas más

importantes se desprenden de los modelos teóricos que presentan tanto Porter como Mintzberg. La necesidad de un sistema de copagos, encausar los incentivos de los prestadores, las aseguradoras y los usuarios, la existencia y ubicación de la competencia, la existencia y ubicación de un mayor control estatal... todos estos son temas que saltaron a la luz con la crisis.

## **ACERCA DE LOS MODELOS TEÓRICOS Y SU APLICABILIDAD MÁS ALLÁ DE LA CRISIS**

- Las necesidades de reestructurar los sistemas de salud van más allá de la existencia de una crisis. Nuevas formas de estructurar un sistema de salud se plantean en países en donde no existe una crisis económica, social y política como la experimentada por Argentina. Los modelos de Porter y de Mintzberg, de origen norteamericano, son un ejemplo clarísimo. Consecuentemente, es necesario considerar la aplicabilidad de estas teorías en la realidad argentina. Este trabajo ayuda a plantear nuevas líneas de pensamiento con perspectivas de lograr un sistema de salud mejor. Las teorías más importantes de los modelos, que fueron elaborados en base a un sistema de salud que no ha experimentado una crisis económica ni financiera ni política, corresponden de todas maneras a las realidades vividas en la Argentina a pesar de la crisis. Temas como la existencia de incentivos de prestadores, administradores y beneficiarios que motivan la articulación de estrategias perjudiciales para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud; la existencia de competencia entre prestadores y entre aseguradoras, que contribuyen a desviar el objetivo central de un sistema de salud, que es ofrecer una mejor calidad de vida... Estos temas existen en el sistema de salud argentino, en mayor o en menor medida que en la teoría, pero existen, no obstante.
- Por otra parte, a partir del estudio de la estructura y la composición del sistema argentino de salud y mediante las entrevistas llevadas a cabo con representantes de dichas instituciones, se observa que las empresas de medicina prepaga argentinas han empezado a incursionar en temas y prácticas que corresponden a nuevas líneas de pensamiento. Tradicionalmente, en el subsector privado, las instituciones prestadoras

de servicios médicos ofrecen una amplia gama de servicios. Sin embargo, últimamente, se observan algunas iniciativas de los prestadores en especializarse en un grupo reducido de disciplinas para obtener excelencia operativa y experticia en ellas. Ejemplo de esto, es la fundación Favaloro que se especializa en los temas pertinentes al cuidado del corazón y las vías cardiovasculares, o Fleni, institución que se especializa en tratamientos neurológicos. Por otra parte, las empresas de medicina prepaga exigen un marco regulatorio propio, en donde puedan desarrollar un sistema basado en copagos. Estas tendencias, existen, en proceso de desarrollo, paralelamente al desarrollo de los modelos utilizados en el presente trabajo de graduación. Surgen de la experiencia propia de las empresas argentinas, y no por importación de modelos teóricos.



Universidad de  
**San Andrés**

# Bibliografía



Universidad de  
**San Andrés**

## LIBROS

Aufiero, J.F., 'Propuesta para un Sistema de Salud' USAL 2002, 2ª Edic.

Bertagnini, A., '*Las diagonales del cambio empresario. De la ruptura económica a la competitividad sustentable*'. Edic. Macchi, 2da.edic. 1998.

Douglas, M & Watson, C 1984, '*Networking*', Macmillan, London.

Goold M., et.al. "*Corporate level strategy*". John Wiley & Sons, 1994.

Kotter basado en transparencias de clase magistral de Planeamiento y Control.

Mera, J.A. y Bello J.N., '*Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una Introducción*' OPS, 2003 1ª Edición.

Mintzberg, H. y Glouberman, S., 'Managing the care of health and the cure of disease' 2001, Aspen Publishers, Inc.

Porter, M., '*Ventajas competitiva*', (trad.). Mexico, CECOSA, 1989.

Shortell S.M. Keluzney (1997) Essentials of Health Care Management)

Slywotzky A. & Morrison D., "*The profit zone*". Times Business, 1997.

Trompenaars basado en transparencias de clase magistral de Planeamiento y Control.

Zeballos, J.L., 'Argentina: Efectos sociosanitarios de la Crisis, 2001-2003', OPS, 2003 1ª Edición.

## ARTÍCULOS DE DIARIOS Y REVISTAS

*'Aumentan las prepagas a comienzos del año próximo'*, Diario La Nación, 15 de noviembre 2004.

*'Aumentos de la medicina prepaga'*, Diario Clarín, 28 de enero 2004.

Cavaliere, A., *'Mucha ideología y poca practicidad'*, Revista Mercado, Diciembre 2000.

*'Con pronóstico reservado'*, Diario La Nación, 20 de junio 2004.

De Castro, C., *'Medicina privada pero no prepaga'*, Diario Clarín, 26 de octubre 2003.

*'El remedio y la enfermedad'*, Revista Mercado, Diciembre 2000.

González García, G., *'El derecho a la salud, recuperado'*, Diario Clarín, 21 de marzo 2003.

*'Hay empresas fantasma que hacen mucho daño'*, Diario Clarín, 17 de noviembre 2003.

Katz, I., *'El agotamiento del modelo impone cambios'*, Revista Mercado, Diciembre 2000.

*'Las grietas rojas del sistema'*, Revista Mercado, Diciembre 2000.

Lercari, J.M., *'Cómo gerenciar salud'*, Diario Clarín, 31 de diciembre 2000.

Lombardo, H., *'No habrá más cautivos'*, Revista Mercado, Diciembre 2000.

Martínez, O., *'No tenemos problemas en que nos regulen por ley'*, Diario Clarín, 30 de mayo 2004.

*'Por qué las prepagas no quieren participar'*, Revista Mercado, Diciembre 2000.

Porter, M.E. y Olmsted Teisberg, E., *'Redefiniendo la competencia en el sector salud'*, Revista Harvard Business Review en español, junio 2004

*'Rigen desde hoy aumentos de 10% en la medicina prepaga'*, Diario Clarín, 2 de febrero 2004.

Stang, S., *'Caen los traspasos entre obras sociales'*, Diario La Nación, 17 de junio 2003.

Stang, S., *'La salud privada se encareció entre un 15 y un 30 por ciento'*, Diario La Nación, 25 de junio 2003.

Stang, S., *'Prepagas, con un 17% menos de afiliados'*, Diario La Nación, 30 de agosto 2003.

### **PÁGINAS WEB**

Pastoriza, L., *'Medicina prepaga: sin compasión y sin ley'*, <http://www.defensoria.org.ar/pdf/notacentral02.pdf> (Acceso Abril 2005)

Tobar, F., *'Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina'*, [http://www.isalud.org/documentacion/Breve\\_historia.pdf](http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf) (Acceso abril 2005)

## ANEXO 1

### Entrevista con Juan Carlos Villa Laroudette (hijo) Vicepresidente del Grupo Omint

#### Introducción

- El costo médico crece infinitamente. Hay que entender eso antes de realizar cualquier tipo de estudio al respecto. Nadie sabe cómo enfrentar este problema. La administración del sector salud es un problema mundial.
- Los costos crecen debido a que nuevas tecnologías salen al mercado constantemente.
- Para nuestros padres la salud era barata, para nosotros cara, para nuestros hijos la salud va a ser carísima.
- Cada vez hay mayor expectativa de vida, por lo tanto cada vez la gente necesita atención médica durante más años de su vida.

#### 1) ¿Cuáles fueron los efectos de la crisis en las Empresas de Medicina Prepaga?

Se dieron dos situaciones. En primer lugar los costos del servicio y la atención médica han subido drásticamente por efectos de la crisis. La transición hacia un tipo cambiario que desfavorece las importaciones, representó un incremento de los insumos importados para la atención médica. El prestador ahora cobra más por el mismo servicio, lo que representa un incremento directo en los costos de las empresas de medicina prepaga y, por lo tanto, un incremento directo en el costo de los planes de cobertura.

En segundo lugar, la mayoría de los afiliados tiene mucho menos poder adquisitivo causado directamente por la crisis. El socio no tiene plata para pagar el seguro médico que antes tenía.

Estos dos factores, se potencian entre ellos generando muchas bajas de afiliados.



**2) ¿Durante la crisis, hubo que ajustar la forma en la cual se lleva a cabo el negocio de la empresa?**

Existió un cambio significativo de llevar adelante la gestión de la empresa. (A continuación están enumerados los principales puntos mencionados por Juan Carlos Vila Laroulette)

- 1. Énfasis:** en mantener la misma base de cobertura y el mismo núcleo de médicos con los que el afiliado se atendía antes de la crisis. Además se le dio mucha importancia a la reducción de costos.
- 2. Copagos:** Se intentó poner en marcha un sistema de copagos, en el cual parte del costo por consulta iba a ser abonado por el cliente. De esta manera el cliente asumiría el rol de moderador de gasto. Por problemas de regulación (el gobierno exige que el máximo valor monetario que puede asumir el afiliado en forma de copago es de 4 pesos, cifra insignificante en relación a los costos de la atención médica) y por problemas culturales (muchas veces el afiliado no quería asumir el rol de moderador) tal alternativa no se consumó.
- 3. Esquemas de pago más fáciles:** Siguiendo prácticas llevadas a cabo en EE.UU., se le dio más empowerment y capacidades de toma de decisión a los operarios que reciben llamadas de afiliados por problemas de pago. De esta forma no todos los problemas deben llegar al área de finanzas, las soluciones no son tan drásticas y resultan ser más flexibles y rápidas y, finalmente, existe mayor flexibilidad para con los afiliados. Sin embargo existió un énfasis para que no existan muchos atrasos en el pago de las cuotas.
- 4. Reestructuración interna:** Se primó mantener la no-reducción del personal porque la misma hubiese significado un deterioro de la calidad del servicio. Se recortó minuciosamente todos los costos posibles y gastos prescindibles (por ejemplo: luz, comunicaciones.)

**5. Crisis como oportunidad:** La crisis también fue abordada desde una óptica optimista. La crisis significó una oportunidad para renegociar todo tipo de relaciones y contratos (con prestadoras, afiliados, etc.) con los cuales la empresa no estaba totalmente satisfecha.

**3) Estos cambios, ¿en qué medida se deben a la crisis misma y en qué medida se deben a ineficiencias que saltaron a la luz con la crisis?**

Con la crisis hubo que modificar el modelo de gestión. Este cambio se debió únicamente a los efectos de la crisis ya que la empresa tuvo que adaptarse a la nueva realidad. Los cambios realizados en el modelo de negocios y en la estructura de la empresa fueron motivados por la necesidad de poder sobrevivir a la crisis. Tales cambios apuntaron a transformar la gestión a una de carácter más “día a día” y “de emergencia”, sin muchos planes a largo plazo. Los cambios apuntaron a adaptar el proceso y el producto final a las nuevas realidades sociales, económicas y políticas de Argentina.

**4) ¿Cuáles fueron los efectos de la desregulación?**

El PMO es un problema: es gigantesco. Además se da en un escenario de costos crecientes, con lo que cada vez es más caro cumplirlo. Es más, no hay forma de cumplirlo bajo las actuales condiciones. Se cumple en los papeles pero no en la realidad ya que la cobertura de los planes es muy cara. Las Obras Sociales que dicen ofrecer tal plan, lo hacen a medias. La gente que depende exclusivamente de tales planes entran en lo que se llama la “Laborterapia”: es un trabajo conseguir el servicio, te derivan de acá para allá. La estructura y el funcionamiento de tal sistema es muy complicada y poco user-friendly.

**5) ¿Qué hay que cambiar a nivel sistema integral para que el mismo funcione mejor?**

- Hay que entender que **“no todos pueden tener todo, todo el tiempo”**. Es necesario construir modelos que se acerquen más a la realidad, especialmente a la realidad argentina. Hay que entender que los costos aumentan infinitamente y, porque exista la

tecnología, la cura o la solución para un problema de salud, no siempre existen los medios para hacer que lleguen a todos los pacientes del mundo. ¿Quién afronta el costo?

- Un sistema de **copagos** puede funcionar muy bien. Tal sistema logra que el cliente adopte un rol moderador del gasto. Para que funcione hay que eliminar trabas regulatorias de carácter gubernamental.
- Los reguladores y los prestadores tienen que animarse al tema de **priorizar**. Un sistema basado en que los hospitales y demás prestadores prioricen un reducido número de especializaciones, genera grandes beneficios tanto para los prestadores como para la calidad y costo de la atención médica.

#### 6) Opiniones sobre los siguientes puntos del modelo de Porter

- **Traspaso de costos:** pasa en todas las industrias. “Si la sábana es corta, entra frío por todos lados”. Existen márgenes muy chicos para absorber costos. Ningún jugador tiene la capacidad para absorber el 100% de los aumentos en los costos. Además es muy difícil cobrar lo que el servicio vale.
- **Nivel de competencia equivocado:** especialización: existen muchos temas culturales que atentan contra la especialización prestataria. Muchos clientes prefieren atenderse en los hospitales donde están acostumbrados a atenderse más allá del nivel que éstos prestan. Por otro lado es muy difícil medir la calidad del servicio y sus resultados. Por ende, es muy ambiguo formular apreciaciones sobre la calidad de servicio de un hospital, sanatorio o clínica. No está claro qué hospital se destaca por sobre los demás en cierta disciplina. OMINT evalúa sus prestadores mediante su estructura (formación del personal, investigaciones realizada por sus miembros, especializaciones y postgrados de los médicos, etc.) y sus procesos (qué tecnología utilizan, que procesos utilizan con respecto a lo que recomiendan organismos con autoridad sobre el tema). Acorde a este análisis OMINT puede asumir si el prestador satisface o no el mínimo nivel de calidad, necesario para poder pertenecer a la red de cobertura.

## ANEXO 2

### Entrevista con Carlos Silveira Director de Medicus y CIMARA

#### Introducción

**1) El modelo de Porter afirma que existe una obsesión por el traspaso de costos entre los diferentes agentes del sistema de salud. De esta forma siempre existirá un perdedor dentro del sistema y por lo tanto en algún punto este perdedor generará algún tipo de perjuicio en la calidad de las prestaciones médicas. ¿En qué medida se da esta situación en el sistema de salud argentino? ¿Qué pueden hacer las empresas de medicina prepaga para que esta situación cambie?**

El traspaso de costos es una reacción en cadena que finalmente termina pagando el usuario. Definitivamente el traspaso de costos es una práctica existente e inevitable en el sector. El aumento de costos se debe a nuevas tecnologías que siempre son más caras que las anteriores.

Las empresas de medicina prepaga que están agrupadas en CIMARA, tienen una estrategia de integración vertical que ayuda a eliminar costos de intermediarios. La mayoría de las empresas de medicina prepaga (CIMARA) son dueñas de clínicas, sanatorios y demás instituciones prestatarias. De esta forma se logra absorber muchos costos relacionados, justamente, con la contratación de prestadores.

**2) Porter afirma que existe un nivel de competencia equivocado entre los prestadores: compiten por ser incluidos en las redes de cobertura de las aseguradoras y no por ofrecer un servicio con constante mejora de calidad. En vez de que los prestadores se concentren en un grupo reducido de disciplinas y obtener excelencia operativa en ellas, el nivel de competencia existente incentiva a los prestadores a ofrecer una amplia gama de servicios con niveles de calidad no tan altos. ¿Hasta qué punto se da tal situación en Argentina? ¿Qué rol juegan las empresas de medicina prepaga en la causa de este problema y qué rol puede llegar a jugar en la solución del mismo?**

A veces sucede lo que dice Porter. Sin embargo, en la mayoría de los casos un prestador obtiene excelencia operativa en un grupo reducido de especialidades gracias a la financiación obtenida justamente por ofrecer una amplia gama de servicios. La única forma de que un instituto alcance excelentes resultados en una disciplina es integrando parte de una red de cobertura, y la única forma de lograr eso es ofreciendo una amplia gama de servicios.

De todas formas es una situación que cada vez es menos frecuente ya que las empresas de medicina prepaga tienen una estrategia de integración vertical por lo que en la mayoría de los casos son las mismas dueñas de las instituciones prestatarias. Consecuentemente, no existe competencia por pertenecer a las redes.

**3) Porter afirma que existe otra área de competencia equivocada. Se da entre los aseguradores que compiten por capturar afiliados y no por un mejor servicio final para con sus afiliados. ¿Qué opinión tiene sobre este tema?**

La situación que describe Porter se da en los casos en que aseguradoras, en su obsesión por más market share, se comprometen a ofrecer su cobertura a una cantidad de afiliados que es mayor a la cantidad de afiliados que están en condiciones de cubrir. Sin embargo esta situación es más observable en el área de las obras sociales que en la de las empresas de medicina prepagas.

Por otro lado, los afiliados eligen su aseguradora en base a la calidad de sus prestaciones. Consecuentemente creo que la competencia que Porter introduce como “equivocada” es, en realidad correcta para un mejor sistema de salud. Además, la competencia por afiliados genera economías de escala que se traducen en mejoras en calidad del servicio y reducción de costos.

**4) Tanto Mintzberg como Porter, en sus respectivos modelos, sugieren que en el sistema de salud existe el incentivo de ocultar información que, de ser accesible, significaría**

**grandes avances en mejorar la calidad del sistema. La información en cuestión es la relacionada con los resultados de la eficiencia y eficacia de los prestadores, sus métodos, y sus avances en investigaciones. Los prestadores no tienen incentivos de difundir tal información por miedo a sufrir comparaciones y tener menos poder de negociación con los aseguradores. ¿Existe este problema en el sistema de salud argentino? ¿Se puede hacer algo desde las empresas de medicina prepaga para cambiar la situación?**

Es cierto que la falta de información sobre los resultados de los prestadores existe. Sin embargo, esta situación no llega a causar demasiados problemas. Las empresas de medicina prepaga saben qué médicos, o especialistas tienen un nivel de rendimiento satisfactorio, y en base a esa información contrata a sus prestadores. El usuario no dispone de esa información, pero confía su prepaga y en la calidad de la misma para elegir la calidad de su cobertura.

Sin embargo, es cierto que la falta de información fomenta que los prestadores no mejoren la calidad de sus prestaciones en la medida como lo harían si se pudieran hacer comparaciones entre los mismos.

**5) ¿Durante la crisis las empresas de medicina prepaga tuvieron que ajustar su forma de llevar a cabo su negocio? ¿En qué medida estos cambios se debieron a la crisis, y qué medida a situaciones desnudadas por la crisis?**

Con la crisis la mayoría de las empresas enfatizó su ya existente estrategia de integración vertical. El aumento de costos resultante de un escenario desfavorable para continuar importando tecnología, es parcialmente contrarrestado por los beneficios generados a partir de la integración vertical. De esta manera se logran economías de escala y se reducen los costos relacionados con contratar a prestadores. Además se enfatizó la reducción de costos de estructura. La estrategia de las empresas agrupadas en CIMARA no tuvieron grandes cambios en sus modelos de negocio aunque si entraron en un “modus operandi” de emergencia, debido a la crisis.

### ANEXO 3

#### Entrevista con Pablo Herman Vicepresidente de Swiss Medical Group

1) El modelo de Porter afirma que existe una obsesión por el traspaso de costos entre los diferentes agentes del sistema de salud. De esta forma siempre existirá un perdedor dentro del sistema y por lo tanto en algún punto este perdedor generará algún tipo de perjuicio en la calidad de las prestaciones médicas. ¿En qué medida se da esta situación en el sistema de salud argentino? ¿Qué pueden hacer las empresas de medicina prepaga para que esta situación cambie?

El traspaso de costos es algo inevitable en cualquier industria. Es indudable que en el sistema de salud argentino existe tal práctica. Hay que tener en cuenta que en la industria de salud los costos crecen constantemente debido a nuevas tecnologías y procesos que solamente están enfocados a ser eficaces en la cura de una determinada enfermedad. Esto no es malo ya que de esta forma se avanza en el cuidado de salud y a medida que pasa el tiempo el ser humano puede vivir más tiempo. Sin embargo, como no se le da tanta importancia al costo de tales tecnologías, constantemente salen al mercado nuevas prácticas y tecnologías de altísimo costo y este costo se resume finalmente en incrementos de los precios de las coberturas a un ritmo aceleradísimo. Es imposible que estos nuevos costos sean absorbidos por un solo jugador del sistema. Lo que sucede es que el producto final es la salud de una persona y es muy delicado hablar de una vida humana y costos al mismo tiempo.

Las empresas de medicina prepaga no pueden hacer mucho para que este efecto dominó se detenga. La solución tiene que venir por un cambio a nivel sistema de salud. Una forma de amortiguar este problema es mediante el uso de copagos. El paciente debe decidir qué prestaciones va a consumir porque debe pagar un porcentaje de ellas (además de la cuota prepaga). De esta forma el cada paciente tiene la posibilidad de controlar el aumento de costos de un modo más customizado.

No creo que exista un perdedor en el sistema debido al traspaso de costos. Si el aumento de costos es la consecuencia de mejores prácticas en la cura de enfermedades, significa que existe un aumento en la calidad de las prestaciones. Consecuentemente el paciente paga más por un mejor cuidado de su salud.

**2)Porter afirma que existe un nivel de competencia equivocado entre los prestadores: compiten por ser incluidos en las redes de cobertura de las aseguradoras y no por ofrecer un servicio con constante mejora de calidad. En vez de que los prestadores se concentren en un grupo reducido de disciplinas y obtener excelencia operativa en ellas, el nivel de competencia existente incentiva a los prestadores a ofrecer una amplia gama de servicios con niveles de calidad no tan altos. ¿Hasta qué punto se da tal situación en Argentina? ¿Qué rol juegan las empresas de medicina prepaga en la causa de este problema y qué rol puede llegar a jugar en la solución del mismo?**

Swiss Medical es un grupo que está totalmente integrado verticalmente. No existe competencia por parte de los prestadores por formar parte de la red de Swiss Medical ya que Swiss Medical tiene sus instituciones prestadoras propias. Sin embargo, está claro que en el sistema de salud argentino existe la competencia entre prestadores por formar parte de las redes de las aseguradoras. Esta competencia no es perjudicial para la calidad final del servicio. Esto se debe a que tal competencia justamente incentiva que los prestadores sean mejores que sus competidores en puntos como costos, calidad del servicio, eficiencia, eficacia, etc. La competencia por formar parte de las redes se lleva a cabo ofreciendo justamente un servicio con mejor calidad.

Un último comentario con respecto a este punto, es que el mercado mismo exige a las instituciones prestatarias a cubrir una amplia gama de servicios. Por razones de comodidad, los mismos usuarios exigen que en una misma institución se brinden todos los servicios de atención médica.



**3) Porter afirma que existe otra área de competencia equivocada. Se da entre los aseguradores que compiten por capturar afiliados y no por un mejor servicio final para con sus afiliados. ¿Qué opinión tiene sobre este tema?**

Disiento totalmente. Las aseguradoras compiten por calidad para conseguir más afiliados. La competencia está en ofrecer servicios de mejor calidad para atraer a la mayor cantidad de usuarios posibles. Es una contradicción decir que esta situación no fomenta mejores servicios.

**4) Tanto Mintzberg como Porter, en sus respectivos modelos, sugieren que en el sistema de salud existe el incentivo de ocultar información que, de ser accesible, significaría grandes avances en mejorar la calidad del sistema. La información en cuestión es la relacionada con los resultados de la eficiencia y eficacia de los prestadores, sus métodos, y sus avances en investigaciones. Los prestadores no tienen incentivos de difundir tal información por miedo a sufrir comparaciones y tener menos poder de negociación con los aseguradores. ¿Existe este problema en el sistema de salud argentino? ¿Se puede hacer algo desde las empresas de medicina prepaga para cambiar la situación?**

Esta situación existe en argentina y es verdad que perjudica al sistema en su totalidad, aunque el que más sufre a causa de este problema es el usuario (no goza de las prestaciones que podría llegar a consumir). No existe ningún tipo de incentivo para que los prestadores difundan la información de sus resultados y la eficiencia de sus procesos. Es más no existen incentivos para recoger tal información. Tampoco existen los métodos para recogerla.

Las empresas de medicina prepaga no pueden hacer nada al respecto. A la hora de incluir a prestadores en nuestras redes se toma en cuenta la formación de los médicos que integran los equipos de dicha institución. Además hay que tener en cuenta los procesos que utilizan los prestadores y en que medida tales procesos son aceptados internacionalmente por organismos líderes en tales disciplinas. Sin embargo, estadísticas sobre los resultados de las instituciones no se consiguen. Quizás una solución a este problema sería que

legalmente los prestadores tengan que publicar tales datos. Esto ya involucra el accionar del estado y las empresas de medicina prepaga no tienen mucha autoridad en este tema.

**5) ¿Durante la crisis las empresas de medicina prepaga tuvieron que ajustar su forma de llevar a cabo su negocio?**

Desde antes de la crisis Swiss Medical tiene la estrategia de ofrecer la posibilidad de la mejor calidad de atención con los procesos y tecnologías más recientes. Durante las crisis la empresa siguió con las mismas metas y se continuó importando nueva tecnología. Significó un aumento en las cuotas pero también ofrecemos planes más baratos para la gente que no quiere una cobertura tan cara. El cambio reside en ofrecer más posibilidades para el usuario, pero la estrategia de la empresa es la misma.

**6) ¿Qué hay que cambiar a nivel sistema integral para que el mismo funcione mejor?**

En primer lugar, hay que brindarle mayor libertad al accionar de las prepagas. Dichas empresas son gravadas fuertemente con impuestos que afectan al cuidado de la salud de la población de dos maneras. Por un lado incrementan directamente el costo de la salud para aquellos que deciden optar por el subsector privado. Existe mucha gente que podría pagar una cobertura privada si tales impuestos no estuvieran. Por otra parte los impuestos fomentan la sobredemanda existente en el subsector público ya que la gente que no puede pagar la cuota prepaga debe recurrir al hospital público y se suma a la alta cantidad de demandantes de tal servicio. Está claro que los impuestos no son la única variable que aumenta los costos de una cobertura, pero sí una variable que se puede atenuar.

En segundo lugar, existen restricciones legales que atentan contra un sistema de copagos. Tal sistema ayudaría a gastar de forma más adecuada los recursos ya que el cliente se transforma en moderador del gasto.