

MÁS ALLÁ DE LA DESREGULACIÓN¹

Roberto Oscar Tafani (*)

Introducción

Al observar el actual mercado de la Salud, surgen interrogantes sobre la desregulación de las obras sociales como tema puntual que será afectado por el contexto dinámico en que ese proceso se produce. En realidad, *los cambios en el mercado y en la estructura del capital sanitario no se produjeron por la desregulación de las obras sociales sino por la intervención del Estado y la regulación pública* mediante la licitación de los servicios de atención de PAMI y de alguna obra social provincial. Así, el cambio morfológico del mercado surgió desde los seguros públicos y no desde el segmento semipúblico de cobertura.

Para poner en perspectiva lo que ocurre, parece apropiado abordar las siguientes cuestiones: ¿Por qué aparecen gerencadoras de redes de prestadores provinciales de la Salud? ¿Qué características del mercado de Salud las hicieron aparecer? ¿Qué claves económicas intervienen en el funcionamiento de las gerencadoras? ¿Por qué es relevante la aparición de estas empresas para la concentración de capital intra y extrasectorial? ¿Cómo fue la trama histórica que llevó a la acumulación de capital de las gerencadoras? ¿Qué papel tuvieron la regulación pública y la intervención estatal en la aparición de estas empresas? ¿Qué impacto tendrá sobre la concepción operativa del sector la aparición de información detallada sobre el producto de la industria médica? ¿Qué puede hacerse para lograr una sintonía fina en el funcionamiento de dichas empresas que consolide sus buenos aportes y disminuya sus impactos negativos en el mercado? ¿Por qué estas empresas pueden protagonizar y apoyar una mayor desregulación y competencia en Salud basada en la libertad de los usuarios? ¿Son estas empresas el germen de un conglomerado de capital que nivele su tasa de ganancia mediante una serie de líneas de servicios productivos cuya filosofía sea potenciar la valorización indiferenciada?

Este trabajo pretende responder a estos interrogantes.

Mercado y cambio empresario en salud

El sector Salud crece en permanente desequilibrio dados los diferenciales en las tasas de crecimiento de las necesidades sanitarias (cambio poblacional), en el crecimiento de la oferta de servicios y en el comportamiento del financiamiento. Surge así un proceso en el que coexisten tres transformaciones autónomas entre sí. Por un lado la transformación epidemiológica que hace enfermar a las personas sanas. Por otro, el cambio en el mercado de la Salud, donde quien enferma y busca atención, encuentra una oferta de servicios modelada por una lógica de inversión con entropía propia que no coincide con las necesidades de la persona. Finalmente, la esfera del financiamiento que -al remunerar los servicios prestados en el mercado de la Salud- opera como reflejo de la dinámica macroeconómica, pero desvinculada de la transformación epidemiológica y de los cambios operados en el mercado de la atención médica.

En tanto las tasas de crecimiento de las necesidades, la capacidad de oferta y el financiamiento no se aproximen, el modelo tenderá hacia un desequilibrio permanente. Si teóricamente es posible que estas tasas converjan, parece prácticamente improbable que esto ocurra. Por tanto, se impone pensar en los mecanismos de ajuste que el sistema desarrolló para evitar las desproporciones permanentes. En ese sentido, durante muchos años el sector Salud atravesó por una situación de profesionalismo desregulado que buscó equilibrar la oferta y la demanda induciendo a la última. En ese contexto, los seguros públicos y semipúblicos eran apenas entes procesadores de reclamos que convalidaron financieramente tales prácticas. Ese ajuste se produjo cambiando la *atención médica necesaria* por un patrón de *atención médica innecesaria* que hizo crecer el gasto de bolsillo y, en algunos casos, el de las Obras Sociales provinciales, mientras se observaba un estancamiento relativo en el financiamiento de las obras sociales de los trabajadores en relación de dependencia y de los jubilados.

Esa etapa de *profesionalismo desregulado* terminó y fue reemplazada por una práctica organizacional de la atención médica que cambia el comportamiento de un mercado con tendencia a la concentración. En cierta medida, la necesidad de desarrollar un modelo consistente con los requisitos macroeconómicos y con el ajuste del sector público provocó un cambio en la naturaleza del ajuste del desequilibrio permanente en las tasas de crecimiento. Esto implicó detener la convalidación financiera de la prestación innecesaria e inapropiada e hizo ingresar al sistema a una fase de control institucional privado de la asignación de recursos. Este cambio en el mecanismo del ajuste de los desequilibrios del sector Salud provocó la aparición de las gerencadoras.

Lo expuesto, permite comprender por qué el mercado de la Salud evoluciona hacia formas de control basados en el gerenciamiento institucional. Si es cierto que las nuevas formas de administrar los recursos de Salud parecen acotar el encuentro autónomo e independiente entre médico y paciente y lo interfieren con medidas de control y autorización a cargo de terceras burocracias, también lo es que ello fue resultado de un sistema que por mucho tiempo creyó que la mayor educación, especialización y categorización de los prestadores era sinónimo de seriedad científica y asistencial. Sin embargo, una torpeza institucional que creó una ilimitada oferta de factores de producción de servicios de atención médica, junto con la mercantilización de muchos prestadores que encontraron en la industria un mecanismo ágil de acumulación de capital, erosionó la falsa asociación epistemológica entre capacitación profesional, ética y producción de servicios necesarios. Entre otras cosas, este contexto que exhibe supuestos menos indulgentes respecto a la operación de la industria médica impulsó la aparición de empresas gerencadoras de servicios de Salud.

Problemas de gestión empresarial en salud

Entre la demanda y la oferta de servicios de Salud se encuentra la organización microeconómica de las entidades que adoptan una lógica empresarial para adaptarse a un entorno de alta incertidumbre. Su origen como mecanismos grupales de contención del trabajo médico, la preeminencia de objetivos particularistas de la profesión sobre la institución sanatoria, la sobreexpansión y la consiguiente incongruencia de objetivos hicieron que las organizaciones médicas evidenciaran severos problemas operativos y financieros. Esta fue una de las razones por las cuales el mecanismo profesional de ajuste mediante la prestación innecesaria no sólo no se evitó, sino que se potenció ante la necesidad de mantener entidades inviables cuyos costos fijos requerían financiamiento, mientras la permanente retención de honorarios (refuerzo del capital propio de las clínicas) inducía a los profesionales a actuar según el ingreso medio esperado y, por ende, a buscar el equilibrio mediante la prestación innecesaria.

La adaptación implica cambios que van desde el modo de manifestarse la membresía de los profesionales con las organizaciones hasta el diseño y operación de los sistemas de información en las nuevas entidades. Sin embargo, la transformación central parece referirse a los planteles de capital humano que transitan desde el abandono de la posición del profesional independiente que busca sinergias operativas en entidades sanatorias desorganizadas, hacia otra posición en la que los integrantes de las entidades dependen de instituciones profesionales competitivas. Esta transformación implica un nuevo pacto político que renegocie las pautas de distribución institucional. La instalación creciente en un mercado de oligopolio bilateral del pago prospectivo exige que las entidades pasen de un sistema que maneja pacientes a otro que administra poblaciones. Claramente, ello implica cambios en la práctica médica. Entre ellos, que la capitación se vea como un cambio operacional antes que financiero; pero ni los mercados más maduros del mundo consolidaron esta nueva perspectiva, lo que preanuncia próximas dificultades.

Las características microeconómicas del sector Salud parecen ser propias y específicas. En general, sus empresas agrupan a profesionales independientes que operan bajo una deficiente coordinación y anteponen el interés particularista de su profesión al interés general de la empresa. En consecuencia, las metas empresarias suelen presentar problemas de incongruencia.

La descripción precedente sugiere la necesidad de reformular la función de producción de Salud enfatizando, además de los aspectos referidos a la creciente privatización de la oferta, las reglas internas de las entidades². Entonces, la pregunta central en salud es *cómo pueden existir empresas cuyo objetivo no sea reducir costos transaccionales sino precisamente lo contrario*; esto es, generar costos elevados por las dificultades de coordinación que resultan de la actuación de factores productivos que no realizan un contrato bajo las ordenes de un empresario. Desde otro ángulo, una clínica podría verse como la reunión de una serie de tareas separadas que -al integrarse- modificarían la forma de la curva de costos resultante. Dicho de otra forma, se ponen diferentes funciones bajo un solo control porque así se reducen costos de transacción. Sin dirección efectiva ni información adecuada sobre costos, la existencia de las empresas parecería una cuestión de mero azar. Justamente, ambas carencias distinguen a las empresas de Salud en Argentina.

El aumento del riesgo en Salud se debe al creciente costo de la atención que producen los siguientes factores:

- La acelerada introducción de tecnología por la lógica de la incorporación de procesos de rentas innovadoras permanentes (el incremento del costo de capital induce a esperar rendimientos mayores).
- El perfil epidemiológico hacia las crónico-degenerativas junto al envejecimiento poblacional hace exponencial la curva de gasto en salud o -lo que es lo mismo- acelera la inversión en atención médica para reponer la depreciación acelerada del stock de salud individual. Esto aumenta la cantidad de insumos y de atención que deben aportar las prestadoras capitadas por seguros.
- Las nuevas variedades de fármacos oncológicos y de biofármacos en general que, junto a la ley de un sólo precio derivado de la apertura económica, eleva el costo de los medicamentos.

Por otro lado, mientras aumentan los costos, los ingresos son inciertos dada la inestabilidad de los flujos de pago de las obras sociales y de los seguros públicos para ancianos y para empleados públicos provinciales.

Al riesgo financiero derivado de mayores costos e incertidumbre de ingresos (licuación de deudas de las obras sociales por atraso en los pagos, desconocimiento de prestaciones, rechazo de parte de la facturación por errores administrativos, etc.), se agrega la falta de conocimiento perfecto respecto a los procesos de intervención médica. Hay grandes variaciones en la práctica médica no explicada. Existe, por decirlo de algún modo, *incertidumbre técnica*; pues en Salud no hay un flujo automático de materias primas

y servicios productivos para el consumidor. Por el contrario, la medicina parece asemejarse a un largo proceso de experimentación en el que se utilizan métodos de ensayo y error. Esto influye en la forma organizativa de la empresa. Cuando hay incertidumbre, la efectiva ejecución de la actividad se convierte en secundaria. En esas circunstancias, la función primordial consiste en decidir qué hacer y cómo hacerlo. Cuando esa decisión se coloca por encima de la tarea de ejecución, la organización interna de los grupos productivos ya no es indiferente, ni un detalle mecánico. La centralización de las funciones de decisión y control es imperativa, de modo que un proceso de *cefalización es inevitable*. (Coase, 1991).

Mientras cada servicio sea absolutamente autónomo, la dirección de los procesos médicos quede en manos de profesionales que actúan con independencia y sin control, se remuneren buenas intenciones antes que resultados objetivos, la gestión de las empresas de Salud se complicará. Así, ante la incertidumbre de qué hacer y cómo hacer en medicina, se impone el planeamiento empresarial y una efectiva dirección y conducción que en Salud resulta difícil por la autonomía del trabajo médico. Por eso, las empresas de Salud son a menudo la lógica de la anti-empresa. Esa característica, las llevó a tener una historia de incumplimiento fiscal, laboral y previsional con un pasado que blanquear y un futuro incierto, competitivo y difícil de enfrentar.

Lógica económica de las redes

Al fracasar las clínicas en la tarea de regular el trabajo médico, la regulación pública hizo aparecer unidades integrales prestacionales y, con ellas, una forma de gestión cercana al manejo de una red. Se llega así al problema de la ecuación básica del equilibrio financiero. Si se parte de suponer que el mecanismo asignador es privado, resulta que la sobrevivencia y el crecimiento empresarial vendrá de reinvertir los beneficios (B), siendo éstos igual a la diferencia entre ingresos (V) y costos fijos (CF) y variables (CV)³. Mientras los ingresos dependen de la cantidad de beneficiarios (N) y del precio (P) del servicio prestado ($V=N \times P$), los costos fijos y variables lo hacen del número de beneficiarios (N) y de los costos variables unitarios (Cv); o sea, $CV=N \times Cv$.

Reemplazando los CV y los ingresos V, y operando convenientemente bajo el supuesto de $B=0$ se halla la ecuación básica de equilibrio financiero⁴ que resulta ser $N=CF/(P-Cv)$. Esto significa que el número de beneficiarios necesario para no ganar ni perder dinero es igual a los costos fijos dividido por la cápita o precio menos los costos variables unitarios (la contribución que hace el paciente al ser atendido)⁵.

Si, como se dijo, el sector salud tiene un problema de costos unitarios crecientes por la transición epidemiológica, por el costo de los insumos y por el uso de tecnología, y dado que el actual escenario tiende a reducir el precio mediante la cápita global no ajustada por riesgo (por ejemplo, las recientes licitaciones de PAMI), entonces el problema se traduce en un menor margen; con lo cual, dado los costos fijos, debe aumentarse el número de beneficiarios. Esto implica que:

- En la reestructuración del sector habrá un proceso de concentración.
- Si el precio (cápita) no permite ajustar el margen, habrá que crear condiciones para transformar todos los costos fijos posibles en costos variables, de tal modo que la reforma laboral y una mayor flexibilidad en el manejo de los recursos humanos permita alcanzar el equilibrio. Desde esa perspectiva, la reforma laboral condiciona desde afuera a la reforma sectorial. Adicionalmente, si los costos administrativos pueden disminuirse por fusiones, éstos caerán en tanto se permita ingresar a entidades capaces de operar globalmente.
- Como es preciso desarrollar un proceso de aumento de la escala a través de la concentración, si no aumenta el precio y cae el margen, entonces el proceso de reforma que concentra las obras sociales opera como un mecanismo para disminuir los costos promocionales fijos. Así, el programa de reforma y la asociación de obras sociales con prepagas pueden verse como momentos previos a la transnacionalización y al cierre de fusiones.
- Según el principio de apalancamiento operativo, la empresa que, ante un mismo costo variable, tenga más costos fijos y obtenga mayores precios enfrentará un proceso de altas ganancias y altas pérdidas de acuerdo a cambios que se produzcan en el volumen, es dable esperar que -tras la reforma globalizadora- comience en el sector una etapa diferente donde habrá libertad de precios y competencia en precios entre las empresas. Esto las hará invertir para atraer clientes, lo cual aumentará los costos fijos. Mayores costos fijos pero mayor precio implicará mayores ganancias para las empresas con perfiles marketineros sobre las más conservadoras que inviertan menos y cobren menos. Sin embargo, en ese escenario será importante evitar los mayores costos que genera la pérdida de volumen en las recesiones; con lo cual, es esperable que en el futuro se imponga la flexibilidad laboral y un contexto más apropiado para el *management de los costos fijos* empresarios.
- Todo indica que los cambios en los procesos de atención y la revolución tecnológica que se avecina (ingeniería genética, medicamentos adaptados a la estructura molecular del ADN individual, medicina de reemplazos etc.) impactará sobre los costos y que resultará insuficiente un precio de 20 pesos mensuales por individuo. Por tanto, la cápita global no perdurará por mucho tiempo, pues implica un control de precios que atenta contra la reinversión.
- Considerando que la cápita ajustada por riesgo es un modo de armar una estructura de precios relativos que simule una situación de mercado competitivo, habrá que diferenciar precios. Por un lado, esto implica que habrá planes que permitan un mayor pago de bolsillo para evitar el control de precios en un nivel bajo como el que rige y que sólo se justifica en la actual necesidad de reestructurar al sector; es decir, el gasto en salud aumentará en el largo plazo. Por otro lado, si aumentan los copagos, habrá que facilitar el aseguramiento para la brecha entre el precio cargado por los prestadores y los

precios pagados por los seguros. Esto implica la aparición de mecanismos tipo seguros para el *medi-gap* y, crecientemente, una integración entre financiadores y prestadores para captar nuevos clientes con copagos más bajos.

La globalización está para quedarse y hay que facilitarla con la desregulación. Después de todo, consolidados los grandes grupos oligopólicos, comenzará la planificación integral del sistema desde la lógica de la competencia entre gigantes, la búsqueda del beneficio por las empresas y la presión de la dinámica de los mercados imperfectos. La evidencia americana comparada enseña que inicialmente se conformarán redes. Luego, un estudio recíproco del poder de negociación entre seguros y prestadores. Vendrá después una eventual depuración de la red, la estabilidad de los grupos en asociaciones integrales que contengan prestadores y seguros y, tal vez, sobrevenga finalmente un mayor protagonismo de las entidades defensoras de usuarios. Así las cosas, el escenario internacional muestra que las HMO Americanas cotizan en bolsa, quieren transnacionalizarse, buscan escala y reducción de costos y que a la Salud ha llegado el proceso concentrador en una magnitud tal que una sola de esas firmas tiene más ingreso que todo el sector junto de Argentina. En ese sentido, la cuarta parte de un seguro americano de primera línea bastaría para cubrir a todo los beneficiarios de PAMI. En ese escenario, parece a todas luces irreal pensar que en Argentina sobrevivirán 350 seguros de enfermedad semipúblicos con ingresos totales de 2.500 millones al año o la totalidad de las empresas de medicina prepaga, algunas de las cuales carecen de buenos cálculos actuariales.

Si a ello se le suman las nuevas pautas que, con altibajos e interrupciones, se imponen en el país con los seguros públicos⁶, pareciera que las condiciones económicas de excesiva fragmentación, atomización y reducida escala comienzan a crear en el escenario local formas institucionales que generan su propia superación para recrear condiciones adecuadas a su posterior asociación con capitales extranjeros. Así, la ronda de alianzas entre obras sociales y entidades de medicina prepaga sirve para captar afiliados dentro de las restricciones institucionales y debe verse como una fase preparatoria a la transnacionalización o desarrollo asociado con el capital internacional. Es, por así decirlo, una fase previa a la mundialización del sector que durará un período limitado.

Concentración de la medicina capitalista: sus implicancias

Como se sugiere en párrafos anteriores, una lógica económica que conduce a la concentración del capital, empieza a manifestarse en los planes estratégicos de las empresas, en la regulación pública y en las pautas licitatorias que exigen redes gerenciadas. Estos movimientos concentradores parecen correr paralelos en distintas partes del mundo. En EE.UU., Wall Street entró en los mercados y agiliza el proceso. En Argentina, sufrió una drástica reducción el número de obras sociales con menos de 1.000 beneficiarios, mientras aumentó -entre 1994 y 1998- la presencia de entidades de mayor volumen. La reforma en marcha pretende dejar sólo organizaciones con un mínimo de 10.000 beneficiarios. Todo indica que el proceso de concentración continuará. Cuando alguna red pierda el 15 % de afiliados, deberá cesar su actividad. Sin embargo, la falta de una rigurosa ejecución de estas cláusulas del marco regulatorio crea problemas en la distribución de los altos riesgos entre las redes.

En EE.UU., el fracaso del Plan del presidente Clinton y el fin del crecimiento de los precios relativos de salud dio lugar a la racionalización económica comandada por grandes firmas. En Argentina, la necesidad de ajuste fiscal impulsó la concentración. Por otra parte, a partir de 1994 comenzó a disminuir el aporte patronal que financia a las obras sociales. El impactó que esto ocasionó en el ingreso de las firmas que operan en Salud, las llevó a ajustar precios hacia abajo; con lo cual dichas entidades deben crecer y ganar volumen para bajar costos⁷.

El proceso de adaptación a las presiones para ganar escala provoca su propia retroalimentación. Como la clave es bajar costos con mayor volumen, éste último se convierte en barrera de entrada al sector. Como para sus miembros, las oportunidades crecen con la demografía y la tecnología, y como los inversores hacen negocios, entonces la Salud es un negocio para entidades grandes. Todo indica así, que las empresas de Salud funcionarán crecientemente en un contexto de concentración y cambio tecnológico que combina disciplina financiera y calidad. Asimismo, la concentración impulsa a la innovación. Las empresas grandes tienen capital, socios estratégicos y asumen riesgos; seguramente, en el futuro invertirán en investigación y desarrollo, servicios al cliente y nuevas tecnologías.

Desde el punto de vista del comando y control de las nuevas firmas en el nuevo contexto, parece imponerse la idea de que sobrevivir exige gerenciar capital, información, riesgo y las pautas de regulación pública.

Respecto al capital, las grandes firmas acceden a él a menor tasa de interés, lo cual genera una ventaja competitiva que, con el tiempo, las llevará a adquirir prestadoras pertenecientes a pequeños grupos. En EE.UU., las firmas que operan en el mercado obtienen créditos superiores al billón de dólares. Quien no tenga capital, enfrenta el riesgo de ser absorbido por ellas.

En Argentina, la realidad es diferente. En muchos casos, el proceso de acumulación de capital fue fomentado por el propio Estado y por las pautas de regulación pública con las que se intentó ordenar el mercado e introducir en él una reforma de naturaleza competitiva. Pero las cosas no son sencillas. Los crecientes costos operativos que demanda reorganizar las firmas con grandes sistemas de información, centros de atención al cliente, personal capacitado en auditar -a partir del análisis metodológicamente controlado de grandes bases de datos- la reorganización del control sobre la gerencia de enfermedades y la reconversión de las firmas en entidades de inteligencia intensivas, requiere fuertes sumas de capital de trabajo. Desde esa perspectiva, en Argentina parece ocurrir un crecimiento públicamente asistido en Salud que recuerda la época de sustitución de importaciones que, a mediados de siglo, permitió el crecimiento industrial. En todo caso, la necesidad de gerenciar capital será imperativo para que los nuevos actores no sean absorbidos y puedan asociarse con otras entidades en la fase de búsqueda de escala nacional y global que se avecina.

Respecto a la información, hay que gerenciarla para equipar al paciente con información crítica, recompensar a médicos por soluciones mejores y dar poder a los especialistas para coordinar la atención. Asimismo, cuando las cápitás descienden, la información es clave para que las gerencadoras comparen las tasas de uso esperadas con las reales y mantengan a la empresa operando dentro de la restricción presupuestaria. El proceso conduce a programar la atención y a racionar por cola. Para no afectar a los pacientes, se requiere aplicar cuidadosamente criterios médicos para determinar los casos postergables. En países avanzados y en firmas de primera línea, los expertos usan la información para analizar cada paso desde el diagnóstico hasta la recuperación de los pacientes caros.

En cuanto al riesgo, debe considerarse que la cobertura es la mercadería del futuro y que se supone que en las próximas décadas el 80 % del financiamiento será capitado. Esto genera cambios operativos que trascienden el simple manejo financiero. Sin margen para administrar y subir precios, hay que manejar riesgos; lo que implica focalizar y medir tareas centrales. Al cambiar la perspectiva, en vez de lograr gran margen con pocos casos, se aprende a hacer dinero con volumen. Eso enseña la lenta desaparición de los aranceles diferenciados en Argentina. Con los precios en baja de entidades que pagaban más que las obras sociales, las clínicas empezaron a repensar la necesidad de reenfocar la estructura y los procesos hacia grandes grupos de asegurados con cápita. Esto implica realinear incentivos para manejar riesgo, aprender a poner precios y presupuestar costos en base a fórmulas de riesgo, cobrar por pacientes que no se ven.

A su vez, el gerenciamiento del riesgo, requiere ordenar la información. Los datos ordenados por códigos de prestaciones, por área y por prestador, y centrados en procesos de enfermedades dejan claro que el tradicional ordenamiento por niveles de atención no aporta beneficios; que esa idea, una forma instrumental de la puja distributiva, debe cambiar con la aparición de la organización orientada al cliente. De allí a ordenar la empresa por administración de enfermedades e información basada en el riesgo, hay un solo paso.

La última clave es el gerenciamiento de la regulación pública. Como se dijo, la intervención pública introdujo competencia al dislocar la ejecución de la competencia del paciente al pagador. Ese cambio, que se dio en Argentina cuando a comienzos de los '90 se crearon corredores organizados de atención por los que debe optar el paciente, llevó a que muchas clínicas repensaran su propia organización. La regulación pública las presionó para que compitieran y debieron aprender a hacerlo. Sin embargo, la regulación suele también ser el mayor problema para las firmas que quieren operar bien. En el mercado hay que aprender a tener éxito a pesar de las regulaciones. Ajustar costos para dar cuenta de los programas médicos obligatorios o adaptar a la industria contra el fraude sanitario; todo ello requiere contratar abogados y consultores para navegar entre las agencias públicas.

En el fondo, se trata de probar que lo grande puede funcionar mejor. La regulación pública tratará de evitar los problemas que generó un sector donde la retórica de la calidad y la falta de medición de resultados condujo a la proliferación de errores y a la mala medicina⁸. Ante esto, el desafío de la gran firma es aumentar la calidad.

Se revela así, el entrelazamiento de las funciones a gerenciar en el mundo de la competencia concentrada. Las redes consolidadas pueden ser las únicas que tengan el capital y la información necesaria en el mundo competitivo. Todavía en EE.UU. la inversión en información en el sector Salud es apenas del 2,5 % del ingreso. En otros sectores esa cifra se triplica, orillando el 7 y el 8 %. En Argentina, el desarrollo de la información en Salud es incipiente.

Los costos de Salud son grandes. Es una industria de capital y de mano de obra intensiva en la que más del 50 % de sus egresos pagan deudas, insumos y equipos, y en la que la mano de obra debe estar disponible haya o no pacientes. Hay quienes se resisten a concentrar por los despidos y la pérdida de identidad institucional. En cambio, los concentradores miran la capacidad ociosa y buscan aliviar la confusa fragmentación de un sector sobreexpandido cuyo modo de reproducción ha sido bautizado como *crecimiento conejo*.

El modelo operativo de salud se basa en *costos fijos altos sin fijación de precios y con presiones alcistas tecnológicas sobre los costos variables unitarios*. Eso requiere actuar sobre el volumen y evitar que se agraven las condiciones clínicas de las personas. El punto de equilibrio y el beneficio impulsan a promover la salud y a prevenir enfermedades. Esto quiere decir compactar capital e información.

A su vez, las clínicas -entidades con conflictos diversos y con muchas peleas por el poder- son pequeñas entidades multiplicadas por la fragmentación. Para pensar en las consecuencias de la concentración basta imaginar 10 instituciones con 10 laboratorios, 10 departamentos de recursos humanos y 10 departamentos de radiología reemplazados por un proveedor externo. Ante esta imagen, la gerencia sanitaria tiende a terciarizar departamentos específicos y descentralizar la atención mediante la cirugía ambulatoria.

Las grandes empresas descubrieron algo simple: si articular clínicas, médicos y sistemas de información baja costos, lo central es controlar el trabajo médico que influye en el resto del costo de atención. La clave son los especialistas que ordenan estudios de laboratorio, rayos, terapias físicas e internación. Las especialidades revierten la situación anterior basada en una retórica de médicos generalistas, pero generan el 75 % del gasto. En EE.UU., el 85 % de 1 trillón de dólares es controlado por médicos. En una industria donde el gasto médico es de 200 billones, sólo el 5 % de los 700.000 médicos está en empresas inversoras que gerencian su trabajo. En Salud, los recursos son controlados por médicos formados en una perspectiva asistencial que quieren concentrarse en trabajar en medicina. Esto convierte al sector en una gran oportunidad para inversores que consiguen convenios y equipos, y que gerencian. De esa forma los médicos trabajarán en grupos chicos que accederán a información y tecnología de punta a cambio de renunciar a parte de su autonomía. Así ocurre en EE.UU., donde muchos médicos hacen dinero al vender sus

prácticas a las PPMs y éstas ven dinero en su organización, capitalización y gerenciamiento⁹. En dos palabras: lo que hace excitante a este mercado es su desorganización y su gran potencial.

Adicionalmente a la concentración de departamentos, a la selección de mega proveedores y al control del trabajo médico, las firmas atraen capital ofertando acciones en los mercados de capitales. Con financiamiento y mega sistemas vinculados, estas entidades bajan su gasto en marketing y aumentan su inversión en desarrollo e investigación. Esa es una razón por la cual se espera que la imagen digital se expanda explosivamente. El mercado mundial de 500 millones de dólares en mamografía es un inicio. Se esperan vender 20.000 equipos de 300.000 dólares en los próximos 6 años; lo que significa que el proceso de innovación se acelerará junto a esta endogeneización del progreso técnico¹⁰.

Además, obra como incentivo el hecho de que el Estado cubre gran parte de la atención y paga según costos no actualizados por su inercia burocrática. Esto genera ganancias al reducir costos y obtener pagos no ajustados hacia abajo. Estas rentas adicionales obtenidas de la reducción de costos y la estabilidad de los ingresos provenientes de los pagos públicos potencia la renta innovadora monopolista generada para los pioneros que introducen un nuevo proceso en el mercado. Con la perspectiva de producir artificialmente huesos, piel, órganos y sangre, el panorama es de positiva expectativa. Sin duda, habrá más programación de investigación y desarrollo para generar nuevas máquinas con las cuales los técnicos trabajarán a menor costo y la miniaturización, robotización e informatización de la atención que hace todo menos invasivo presagia un mercado en expansión.

En este contexto, los médicos debaten su futuro. Pareciera que, ante las dificultades para ser un grupo cohesionado, tienen cuatro opciones : aceptar la actual situación declinante de trabajar sólo o en sociedades chicas, ser absorbido por una clínica, ser absorbido por un plan de atención gerenciada o afiliarse a una PPM vendiendo sus servicios a una firma inversora. Hoy, 10.000 médicos en USA pasan el control de sus prácticas al complejo médico industrial. Esta concentración se da por absorción y por red. En la absorción la firma compra los activos del médico al que contrata por varias décadas. La red une con contratos capitados y una relación continua a los prestadores con y sin internación. Sin embargo, Wall Street desconfía de la red por el menor control que ella implica. En todo caso, en este modelo el prestador cede autonomía y la firma fija ingresos, volumen, insumos y qué pacientes tratar. El prestador hace dinero y medicina, pues la firma consigue convenios y agrega servicios ambulatorios. Hoy, todo indica que estar en el mercado implica trabajar con otros.

Lo expuesto sugiere que las firmas crecen, buscan descuentos en precios, cierran capacidad ociosa y compran en escala. A su vez, terceros proveedores que también buscan ser únicos observan esta concentración. Así, las entidades sin fines de lucro (ESFL) también se concentran para no ser compradas por las corporaciones. Cuando una corporación compra una ESFL el problema más serio es valorarla. Los resultados, sin embargo, son tangibles. La comunidad deja de pagar impuestos y luego recauda. Por su parte, la ESFL que vende concentra luego los recursos obtenidos en casas de cuidados o asistencia a ancianos.

En todo caso el rumbo parece claro, la medicina capitalista atraviesa un proceso de consolidación impulsada por la sobreoferta, la fragmentación, la imposibilidad de aumentar precios, la búsqueda de menores costos y de mayor escala. Estos factores conducen a la compactación empresaria. A su vez, la concentración privada comercial aumenta la concentración de las entidades sin fines de lucro y de los proveedores. Con la configuración de las nuevas mega empresas vinculadas, los médicos pierden autonomía pero ganan volumen, tecnología y dinero. Hacia el futuro, la aceleración de la innovación tecnológica ampliará su mercado. Las decisiones en los procesos médicos tenderán a estandarizarse a partir del análisis de datos y de los comités de expertos. Esto implica que los especialistas pasarán a coordinar la atención y se revertirá el actual proceso articulador basado en el médico de atención primaria.

Esta configuración de los mercados deja por ahora de lado otras propuestas como la de los bonos vitalicios combinados con las cuentas de capitalización en salud (Tafari R., 2000). En este escenario internacional, cobra relevancia en Argentina el impulso concentrador derivado de las obras sociales nacionales y del sistema de redes licitadas desde el seguro de empleados públicos de la provincia de Córdoba (IPAM). La pregunta que sigue es si estas manifestaciones locales de la concentración no serán el paso previo a la asociación internacional con las grandes firmas de Wall Street, hoy aparentemente desinteresadas en el sector salud argentino, dada su baja escala de beneficiarios y su bajo nivel de la cápita promedio.

Nuevas formas institucionales del desequilibrio: la práctica médica de las grandes empresas

Para una de las hipótesis de este trabajo, la aparición de gerencadoras es la nueva forma institucional del ajuste sectorial en una etapa donde la restricción fiscal macroeconómica impide convalidar financieramente la atención médica innecesaria que la oferta induce en un mercado con información asimétrica. Por tanto, en esta sección se discutirán los trazos evolutivos que llevaron a la práctica empresarial médica y cuáles fueron los determinantes de la acumulación inicial y posterior crecimiento de las redes provinciales. La idea central propuesta es que *el origen de las nuevas empresas se debe a la regulación pública y a la intervención del Estado que posibilitó un proceso de acumulación de capital asistido por la retención en las nuevas entidades administradoras de parte de los aportes y contribuciones de los seguros públicos destinados a la atención médica. En segundo lugar, se argumenta que el sistema de empresas no sólo se compone de entidades de naturaleza heterogénea, sino que se encuentra en una fase de transición hacia entidades de mayor escala. En consecuencia, el crecimiento será diferente, dependiendo la forma estructural desde la cual evoluciona cada empresa.*

La práctica corporativizada de la atención médica indica que fue penetrada por las estrategias centrales de la economía (eficiencia e innovación), y que corresponde a la etapa posterior al período caracterizado por el dominio profesional, la fragmentación organizacional y la irresponsabilidad fiscal. Su aparición sugiere el fracaso del escenario regulatorio con que, retóricamente, se

pretendió controlar las fallas en la búsqueda del equilibrio en la fase del control médico del sistema.

La nueva organización de la práctica médica basada en grandes entidades comerciales aparece por la presión externa que afecta a la profesión y por la respuesta interna dada a esas presiones. En ese sentido, la fuerza externa deriva del conflicto entre los costos crecientes del progreso tecnológico, el cambio en el perfil epidemiológico y las restricciones presupuestarias que van desde el cierre de convenios a la reducción de aportes y baja de impuestos. Esta presión externa -en realidad, una contradicción entre el uso cada vez mayor de recursos tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y la escasez de recursos económicos- se convirtió en una variable exógena del modelo de funcionamiento del sector, imposible de revertir con estrategias voluntaristas, a la que se responde y complementa con la adaptación de los actores sectoriales al nuevo escenario. En otras palabras, ante la necesidad de acompañar el avance de la frontera tecnológica en momentos de relativo estancamiento de los recursos, las empresas responden con innovaciones en la organización médica y en la forma de ordenar las empresas, los servicios, el registro del movimiento, el control de los procesos, las formas de pago y la propia práctica clínica.

La reacción empresarial se debe a la percepción que tuvo el mercado de los problemas resultantes de la etapa del dominio profesional del sector Salud: las complicaciones derivadas del poder de la oferta fragmentada frente a una débil y también fragmentada demanda; la inflación de gastos; las variaciones de la práctica médica entre regiones y la débil asociación entre inversión económica y mejora en la salud poblacional. Sin embargo, se observa con sorpresa cómo se busca aplicar soluciones regulatorias cuando en otros sectores se desmantelan controles análogos. Parece ignorarse la evidencia de que el control de precios se neutraliza con mayor cantidad de prestaciones, con la elección sesgada de diagnósticos para facturar y con la ampliación horizontal de prácticas de diagnóstico. Que los certificados de necesidad para controlar la instalación de capacidad fueron abandonados en más de 20 Estados americanos que los habían impuesto y que la categorización, y reconocimiento regulado de la especialización de los profesionales no es sinónimo de accionar ético desprovisto de móvil comercial. Se observa que, como en otros sectores, la regulación en Salud genera distorsiones de todo tipo y que, pese a ello, se insiste en solucionar los problemas de este supuestamente *diferente* ámbito de la economía con más regulación, más intervencionismo público y más control estatal. Frente a ese panorama, las empresas reaccionaron y, con el fracaso del Plan Clinton en EE.UU., Wall Street decidió entrar fuerte en el sector para reorganizarlo desde el mercado.

Entre el Estado Empresa y la Empresa Estado

Dada su potencialidad para provocar fallas, el sector Salud adoptó un rumbo que parece buscar que la competencia se administre mediante grandes entidades y alianzas. De ese modo, las organizaciones buscan eliminar las fallas del mercado y minimizar los costos de transacción transfiriéndolos a los prestadores. Buscan estrategias de compras para recompensar performance y reglas que estandaricen beneficios, liberen la afiliación y generen transparencia. En ese contexto el paulatino crecimiento en la integración virtual entre aseguradoras y prestadores refleja el balance entre independencia e interdependencia en una economía dinámica. La regulación pública pasa de diseñar objetivos vacíos de comando y control, a fijar reglas de competencia. Por su parte, las empresas establecen reglas a las que deben someterse quienes deciden participar en las nuevas redes. Comienza una estratificación y diferenciación privada de los prestadores, se normativiza la atención, se busca establecer protocolos y estandarizar procesos. Si las nuevas empresas constituyen una promesa de flexibilidad, dinamismo e innovación, también expresan el peligro de nueva fragmentación, conflicto y confusión. Para decirlo de otro modo: la mayoría de los experimentos fallan y la innovación amplia de los sistemas suele ser un primo cercano al caos. Pero así emerge y crece la economía moderna.

En la nueva estructura comercial corporativizada, los subsistemas empresariales que emergen presentan importantes diferencias. Por un lado, surgen organizaciones de prestadores en *clínicas multiespecializadas o de especialización polivalente* que, a veces, se involucran en prácticas de atención gerenciada como el control de utilización y el fortalecimiento de la atención primaria. En esos casos, el problema es la heterogeneidad de intereses. Por ejemplo, la atención primaria (alto volumen y bajo margen) requiere un flujo estable y gran atención en los detalles de la eficiencia. La especialidad en cambio, tiene bajo volumen y alto margen basado en derivaciones irregulares, tecnología cara y cooperación cercana con hospitales. Con muchos intereses al interior de la clínica, la organización genera un proceso permanente de política interna de influencias que impide decisiones, agrava tensiones y bloquea una estrategia unificada.

Distintas a las clínicas polivalentes suelen ser las organizaciones desprendidas de las propias clínicas y constituidas por profesionales que buscan detener su contribución creciente a financiar costos fijos elevados o que se cansan de reclamar honorarios licuados por la política de la propia clínica. Estas *asociaciones de práctica independiente (API)* surgen entonces como respuesta de los médicos independientes a la competencia de los grupos de práctica prepagos con capacidad propia de internación. Para sus miembros, la nueva organización aparece más flexible pues une a los médicos para cumplir las funciones contractuales y de supervisión de la atención gerenciada ante los convenios externos o la integración en alguna red, mientras los deja como dueños y operadores de su propio negocio. Operativamente, los médicos cooperan para atraer pacientes capitados, pero compiten entre sí para atraer pacientes que pagan por acto médico.

En todo caso, hay problemas comunes a las clínicas polivalentes y a las API. Si bien suelen desarrollar atención primaria, departamentos de especialidades y grupos de calidad, su debilidad radica en que los médicos miran el éxito de su práctica antes que el éxito del grupo. Además, ambas reconocen su falta de escala y sofisticación; o sea, la escasa cobertura geográfica, la necesidad de diluir riesgos en una población mayor y la dificultad para introducir prácticas costo efectivas con las cuales ganar mayor competencia. Como se dijo, eso requiere capital, información y gerenciar riesgo, recursos de los que no todos disponen para sobrevivir en un mercado cada vez más competitivo.

Una tercera forma de organización es la de los *hospitales integradores de sistemas prestadores o redes de atención*. En ella, un

hospital lidera y busca coordinar todos los servicios, hacer sus seguros y tratar directamente con los consumidores. Además, intenta racionalizar la organización del sistema que lidera, eliminar la duplicación de capacidad, alinear incentivos económicos y promover la cooperación y el compromiso de los participantes. Como en las clínicas polivalentes, los problemas de este tipo de organización han sido las disputas entre médicos y dirigentes institucionales y de las especialidades entre sí. Tal vez, uno de los conflictos provenga de la diferencia cultural entre los grupos médicos con visión empresarial y la tradición institucional orientada hacia una actividad sin fin de lucro. Como ocurre con las clínicas, estos hospitales también han resistido el cierre de capacidad. Por otro lado, suelen presentar problemas derivados de inconsistentes decisiones de sus directorios; por ejemplo, la terciarización de servicios del establecimiento convierten al supuesto hospital líder en una suerte de shopping donde el comando y el control centralizado de la estrategia se diluye por la falta de autoridad ejecutiva sobre dichos servicios que se convierten en enclaves autónomos y, por ende, ajenos al propio hospital. Por su capacidad duplicada y por la existencia de objetivos conflictivos, subculturas distintas y estilos de prácticas inconsistentes, el proceso de su consolidación aparece plagado de problemas y demoras.

La cuarta forma de organización incluye a entidades que buscan integrar un sistema de atención sin centrarse en un hospital líder o en capacidad instalada propia. En realidad, estas entidades son *gerenciadoras de prácticas médicas* que buscan consolidar en grandes entidades a las clínicas polivalentes y a las API. En algunos casos se originaron tratando de captar contratos capitados en licitaciones de seguros públicos estatales. Además intentan captar contratos pagos por acto médico y suelen proveer servicios de emergencias a otros hospitales y/o pruebas para productores de medicamentos. Su problema ha sido el crecimiento demasiado acelerado y las serias crisis organizacionales en que derivó la política de absorción y compra de muchos grupos.

Nuevas empresas e intervención pública y regulación en salud

La intervención del Estado sobre el mercado de la atención médica y el marco regulatorio que al licitar los seguros públicos realineó al capital sanitario fueron algunos de los causantes del cambio en la estructura del mercado y de la aparición de nuevos actores en Salud. Ese movimiento se caracterizó por la paulatina separación de las corporaciones profesionales médicas del control de los recursos concentrados en los seguros públicos; lo cual cambió el centro de gravedad del poder y -por ende- comenzó a variar la morfología institucional del propio mercado.

Hacia fines de los '80, el sistema de Salud estaba fuertemente influenciado por el financiamiento que la ex Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) hacía de las obras sociales y por una fuerte puja distributiva al interior de los prestadores. En ese contexto, los laboratorios médicos absorbían una fuerte cantidad de fondos, mientras las entidades médicas parecían perder gradualmente su protagonismo frente a las asociaciones de clínicas y sanatorios. En este reposicionamiento de las entidades profesionales fue central el papel de los seguros públicos de jubilados y la obra social provincial que, en muchos casos, daban cuenta de más de dos tercios del financiamiento de las prestaciones de atención médica.

A mediados de los '80 surgió en Córdoba una vinculación operativa entre PAMI y la obra social provincial de empleados públicos. Aunque importante, este antecedente no logró funcionar eficientemente: el seguro provincial parecía una oficina adicional de reclamos de PAMI que no lograba gestionar el sistema. En realidad, esta experiencia continuaba con la capitación del primer y segundo nivel a las entidades profesionales médicas, mientras que la alta complejidad (nefrología, intervenciones cardiovasculares y otras) eran pagadas por acto médico y por fuera de los segmentos capitados¹¹. Esto implica que si bien la gestión de los dos seguros públicos acercados entre sí no alcanza eficiencia, el impacto de la nueva estructura de incentivos sobre las formas organizacionales no fue neutral. Aparecen así, por un lado, incentivos al surgimiento de clínicas multiespecializadas en alta complejidad; por otro, un embrión del posterior desmembramiento que habría entre los recursos de los seguros públicos y las entidades profesionales médicas, y -por ende- la aceleración de la penetración de la medicina comercial.

Con el Gobierno del presidente Menem, se intenta repartir una parte de los recursos financieros de la salud a cada grupo, dividiendo parte del convenio de PAMI entre la Federación Médica y la Asociación de Clínicas y Sanatorios. El sistema no parece haber sido operativamente satisfactorio. No había categorización ni sistemas de clearing y los afiliados se encontraban *tironeados* por ambas entidades profesionales. Esta etapa representaría la aceptación institucional del enfrentamiento estratégico entre las entidades intermedias y antecede al cambio ocurrido cuando PAMI firma un convenio con la Asociación de clínicas y sanatorios (ACLISA), incorporando todos los niveles para su administración, que debilita aún más el control de la Federación Médica. En cierta medida, esta fase representa la sustitución de un monopolio profesional de un grupo de médicos sin capacidad de internación por otro que controlaba instituciones con camas.

Hacia la mitad del primer lustro de los '90, los cambios se precipitaron con una serie de normas que impedían contratar servicios con las entidades gremiales profesionales. Con la convertibilidad, se reduce el ámbito operativo de las entidades intermedias acostumbradas a trabajar con inflación y costos operativos elevados. De ese modo, declinó un período donde primero las federaciones médicas y luego las asociaciones de clínicas y sanatorios controlaba monopólicamente los convenios de los seguros de salud. En todo caso, esos cambios institucionales anteriores marcaron la estructura del capital sanitario. Por ejemplo, el convenio monopólico con ACLISA en Córdoba había capitado los tres niveles y, en consecuencia, armado una serie de grandes fondos únicos de recursos, en los cuales se apoyaban los nuevos liderazgos basados en la distribución de esos recursos por criterios ajenos a la productividad y los precios de eficiencia.

Un momento importante durante los '90 correspondió a la gestión de Matilde Menéndez al frente del PAMI. La funcionaria incorporó a su visión la teoría de los Sistemas Integrados Locales de Salud (SILOS) y el protagonismo de los *médicos de cabecera*, instancia ya existente en Bs. As y que ella extendió a la provincia de Córdoba. El cambio tendría una gran importancia posterior. En efecto, hasta entonces, el sector salud podía verse como un contexto fragmentado de prestadores, donde las entidades gremiales

médicas administraban, tomaban los fondos como propios y tenían un gran poder discrecional para distribuirlos. Con el establecimiento dispuesto por el PAMI de las llamadas Unidades Prestacionales Integradas (UPIs), se crea una figura que no respondía a las entidades profesionales intermedias y que generó agrupamientos de cápitas de entre 10.000 a 40.000 beneficiarios. Dicho de otro modo, los prestadores debieron agruparse en uniones transitorias de empresas y, tras ello, ACLISA perdió el manejo de los recursos. Naturalmente, la ruptura no fue inmediata. Hubo influencias y desprendimientos de la propia ACLISA que se adaptaron jurídicamente a las nuevas reglas e intentaron mantener parte del control desde las nuevas UPIs.

Desde la perspectiva organizacional, lo más importante fue que con el cambio emergió la competencia por la gestión de los fondos y el manejo de las UPIs. Esto aceleró la declinación del monopolio de las entidades médicas corporativas e hizo que la estructura del sistema se basara en una serie de redes locales con actores realineados. Así como en años anteriores el poder había pasado gradualmente de la Federación Médica a ACLISA, PAMI sorprendía ahora con un nuevo modelo de atención médica y financiamiento creando UPIs médicas de primer nivel solidarias con bioquímicos, clínicos y prestadores de alta complejidad. Se plantea así la integración en un esquema de mayor escala que supera los límites de las clínicas polivalentes y de los grupos de profesionales que trabajaban independientemente.

En ese sentido, como las UPIs son de los prestadores, sus directorios se integran con una representación por niveles de atención, donde -a la postre- los médicos de primer nivel serán quienes pierdan y las clínicas con alta complejidad, las que se reposicionen en el centro del sistema administrador de fondos. Esto parece representar a su manera a los sistemas integrados basados en una entidad con capacidad de internación. En este nuevo escenario aparecen entidades -como la firma Gerenciamiento y Sistemas (GyS)- que carecen de capacidad propia instalada y que constituye el embrión de una gerenciera de prácticas médicas. En todo caso, el nuevo esquema representa una competencia incipiente entre corredores con agrupamientos financieros que controlan entre 20 y 40 mil cápitas y que brindan servicios a público cautivo. Esto implica cautivar a redes regionales. Con unas 14 UPIs, y el manejo en cada una de ellas de un cheque con miles de cápitas, las lealtades profesionales se erosionaron rápidamente. En el límite, el impacto fue la definitiva atomización de los gremios médicos.

Lo expuesto deja claro que las reformas de inicios de los '90, si bien no eran una propuesta integral para el sistema de salud, afectaban la estructura del poder del capital sanitario y su distribución futura entre poco más de una docena de actores organizados. Era el final del profesionalismo desregulado y el financiamiento controlado por la profesión y sus entidades intermedias. Aparecieron -como se dijo- actores no médicos con estrategias para incorporar los principios económicos de eficiencia e innovación al sector Salud. Sin embargo, la paradoja del cambio radicó en que al atacar la nueva estrategia a la organización que nuclea a las clínicas (ACLISA), el poder se reubicó en algunas de ellas. El poder re-aterriza en una fracción del capital sanitario y desaparece el poder del artesano independiente (médico sin capital). Esto implica que el fondo global distribuidor de cápitas (PAMI) se fragmenta en segmentos menores. Se elimina así el poder de las entidades de 2º nivel y empieza a consolidarse la medicina corporativa comercial.

Re-estructuración y Concentración del Capital

La re-estructuración del nuevo capital financiero en Córdoba -tras la intervención del Estado y la nueva regulación desde el seguro público de jubilados- consistió en crear cuatro UPIs en la Capital y unas siete en el interior. Tres de las UPIs capitalinas respondían a la propia ACLISA y la restante a una renombrada clínica de la ciudad. De las dos UPIs que se forman en Río Cuarto, una responde al directorio de GyS y otra a ACLISA. En Villa María se conforman tres UPIs: una del Hospital Privado, otra de ACLISA y la tercera de GyS. Las dos UPIs de San Francisco responden a ACLISA y a GyS respectivamente. Finalmente, aparecen una UPI en el norte y otra en el Oeste, ambas de ACLISA. Lo que en todo caso interesa, no es tanto el poder de ACLISA que empieza a concentrarse dentro de algunas clínicas pertenecientes a esa entidad, como la novedad de que el cheque de vales personales iba también al interior. Esto implicaba la aparición de nuevos líderes y la compra de lealtades. Para decirlo de otra forma: el capital sanitario continuaba reestructurándose sobre la base del capital público transferido. En el origen de estas nuevas firmas acumuladoras está -desde el inicio- la intervención pública, la regulación de PAMI, y la idea de formar sistemas locales integrados de salud; claro que ya no sobre la base de la descentralización del sector público, sino mediante la reestructuración del capital corporativo comercial. Puesto en lenguaje académico hay nuevos roles y liderazgos.

Sobre la base de la estructura mencionada en los apartados anteriores se produce un movimiento concentrador. Resultaba claro entonces, que los sistemas integrados basados en clínicas y en gerencieras de la práctica médica debían -en un contexto de ajuste fiscal y reducción del valor de las cápitas- ampliar la escala e introducir competencia a partir de una mayor libertad de elección. El nuevo responsable de PAMI, Víctor Alderete, tuvo la misión de ajustar financieramente a la institución y buscó concentrar la nueva estructura de capital montada¹². Luego, mediante la intervención pública y la regulación del seguro de jubilados, se propuso una licitación en base a redes nacionales, con fuertes reservas técnicas y severos requisitos jurídico administrativos. El proyecto de licitación pasó por diversas etapas. Primero se propuso una amplia libertad de participación, inclusive para el capital extrasectorial e internacional junto a cápitas ajustadas por riesgo. Luego, se exigió antigüedad prestacional en PAMI y otros requisitos que acotaron la libre entrada de entidades ajenas al mercado, mientras la cápita pasó a ser única y global. En todo caso, se incorporó capital extra sectorial que operaba en Argentina, como fue el desembarco en Salud del grupo Benito Roggio y del Banco de la Rioja.

Si bien la licitación sería eventualmente impugnada ante la justicia, operaron -como en cualquier mercado- expectativas racionales y anticipatorias. Rápidamente, el capital corporativo comercial se realineó para adecuarse a las nuevas reglas de juego públicas. De ese modo, en Córdoba crearon tres sociedades anónimas que se hicieron cargo de los 360.000 afiliados de PAMI que antes atendían las UPIs. Sin embargo, lo más significativo es que desde entonces, en la capital cordobesa, una clínica nuclea y comanda exclusivamente al sistema integrado de atención.

Hasta aquí llegó la reestructuración del capital sanitario durante la era de Menem. Como se explica en el libro *Economía Sanitaria* (Tafari R. 2000), a esa altura era claro que la influencia de las obras sociales de la ex ANSSAL habían perdido peso relativo en su participación dentro del financiamiento de la atención médica basada en seguros y que, al desplazarse el centro de gravedad financiero a los seguros públicos, había que observar atentamente las reformas que podrían iniciarse desde los mismos. Los resultados esperados no tardaron demasiado. Tanto el PAMI de la gestión del presidente De la Rúa como la Obra Social Provincial de empleados públicos (IPAM) de la gobernación del Justicialista De la Sota lanzaron una nueva regulación pública que, si bien con algunas diferencias, terminó por instituir definitivamente la aparición de la figura de la gerenciadora para administrar los recursos de ambos seguros públicos.

Es preciso destacar aquí que el PAMI intentó volver a reducir el poder concentrado en varias provincias donde los *pooles* de cápitas orillaban, en algunos casos, situaciones cercanas al millón de afiliados. También se pretendió acabar con la idea de redes nacionales. Por otro lado, en el IPAM se produjo un hecho de enorme relevancia: las redes que participan en la licitación deben ser provinciales. Con ello, se abrió la posibilidad para que las sociedades anónimas actuantes en el interior puedan poner una cabecera en la ciudad de Córdoba. Así, al licitar IPAM la atención médica sobre la base de redes provinciales, PRESAL dio lugar a la red Magenta -a la que se incorporó PREINCOR-; mientras la EPI, derivada de las UPIs controladas por GyS, constituyó el Consorcio Prestacional del Interior (COPRIN). Si bien la licitación de PAMI no prosperó judicialmente, el capital sanitario que participó en ambas es el mismo. Ahora con COPRIN en Capital y el montaje de una red provincial se abre el escenario para la disputa en Córdoba Capital del monopolio de PAMI en la sede de una única red.

La trama histórica muestra que la intervención y la regulación pública reestructuró el capital sanitario que opera en forma de corporaciones comerciales y que, luego, ella misma concentró. Principalmente, el PAMI ha sido el seguro público de jubilados que parece haber condicionado la figura del mercado para que después viniera la regulación pública provincial del IPAM. Sobrevino luego el impacto de IPAM sobre las nuevas entidades que condicionó el futuro institucional y las nuevas reglas de juego de PAMI en Córdoba.

En ese contexto, la desregulación de las obras sociales fue un elemento menor de la dinámica morfológica del sistema. En alguna medida se cree que las condiciones derivadas del salvataje financiero externo y la falta de poder político actual para prolongar la suspensión del programa de reformas de obras sociales iniciado en 1995, hacen inevitable el proceso desregulatorio. En ese sentido, la conformación de consorcios apenas representa una fase de transición hacia una desregulación mayor que profundizará la reforma con más competencia y libertad. En todo caso, los consorcios son la forma que toma la concentración dentro de los seguros semipúblicos para compatibilizar la transición con el interés sindical y todo indica que la reforma demorada desvalorizará mayores masas de capital, compactará más prestadores que saldrán del mercado y podrá generar importantes efectos políticos colaterales.

Ante la quiebra de entidades, el mercado piensa en la necesidad de una figura jurídica con autonomía para capturar en competencia beneficiarios de las fallidas. La desregulación quebrará la integración (solidaridad) de consorcios por rama de servicio y se espera que, para bajar costos, las empresas contratarán con sociedades competentes en gerenciar servicios organizados en red. Por eso, la solidaridad vertical (rama de actividad) dará lugar a carteras de afiliados derivados de la asociación de empresas que permitan alcanzar una adecuada cápita promedio. En definitiva, se espera que las empresas aporten beneficiarios y obtengan, así, menores primas.

En esta visión, el actual sistema de Salud se encamina hacia fondos únicos distribuidores de cápitas únicas globales con redes de prestadores en competencia. Por su parte, la red se compone de prestadores preferidos. Los prestadores deben bajar precios y ajustar las tasas de utilización. La firma debe conseguir una mayor población para atender. En realidad, para los prestadores, el volumen es la condición objetiva necesaria para obtener desde la firma gerenciadora de las prácticas médicas la lealtad de los prestadores que componen la red. La empresa se transformará lentamente en un conglomerado que opera en distintos mercados (subuniversos de beneficiarios). Todo sobre la base de una unidad de operaciones.

Lo expuesto implica que un impacto sobre lo financiero, sobre el modelo prestacional y sobre la organización interna de las entidades.

En lo financiero, la organización multi-producto y uni-operacional permite el financiamiento cruzado entre mercados con diferentes períodos de madurez. Esto representa capital de trabajo y disminución del plazo necesario para financiar el capital operativo. Además, la red requiere que los bajos precios de los prestadores sean compensados no sólo con volumen sino también con menor cantidad de días entre el compromiso devengado y la efectivización del pago.

En cuanto al impacto de la organización sobre el modelo prestacional, digamos que la prestación de servicios de alta frecuencia y bajo costo reposa sobre médicos organizados alrededor de clínicos generalistas y médicos de familia. Para la atención médica de alto costo y baja frecuencia un panel de expertos debe coordinar la asignación de recursos en coordinación con la gerencia de la red. El control del alto costo no se hace por volumen agregado de prestaciones, sino por enfermedad y especialidad. La internación requiere una contratación selectiva con menor número de instituciones y los procesos de atención se protocolizarán en un contexto de gerenciamiento de casos y enfermedades.

Respecto al impacto sobre la organización interna de las entidades, debe considerarse que el funcionamiento de la organización se evalúa con información. La evaluación es parte del proceso administrativo y debe ser coordinado por esa gerencia. La subsistencia de la firma depende de un sistema de control administrativo que capacite a los administradores de recursos humanos. Se requiere

información de los servicios que otorga, de los recursos que usa para proporcionar dichos servicios y del desempeño o la eficacia de la tarea .

En suma, todo sugiere que en un entorno de ajuste macro económico, concentración de empresas y ajuste financiero sin aumento de precios, se requiere ajustar costos, dar volumen a la red de prestadores y generar un modelo de atención costo efectiva. Esas son las condiciones para cohesionar a la red basada en grupos de médicos y evitar los desperdicios que se originan cuando la proliferación excesiva de instituciones de internación distorsiona la eficiente asignación de recursos. En todo caso, tras el proceso de desarrollo y concentración de empresas generado por la intervención del Estado y la regulación pública, no parece lógico que cada convenio sea administrado por entidades diferentes. Desde esa perspectiva y con el fin de obtener escala, se avecina un proceso de competencia entre grandes redes, no sólo por las cápitas de los seguros públicos sino también por los de las obras sociales. Entonces, la profundización de esa reforma dejará de ser una iniciativa del poder público para transformarse en un objetivo de las nuevas entidades corporativas comerciales que operen en Salud.

Resumen

En trabajos anteriores se sugirió que el sector Salud se ha privatizado por etapas. Primero por el mayor aumento de la oferta privada de servicios y por el gasto privado que cambió la naturaleza del producto sectorial y de la demanda. Luego, mediante la licitación de redes integradas prestacionales desde los seguros públicos (Tafari R. 1995,1996, 1997 b, 1997c, 2000). Esa privatización se dio en un contexto de sub cobertura y de orientación competitiva de la reforma. Como en competencia los precios no pueden aumentar y se deben bajar costos, lo primero que ocurre es que no se atiende a quien no paga. En esas condiciones, y ante las distorsiones creadas por el propio proceso de desregulación cerrada, acotada y controlada (1997a), el sistema argentino de Salud -pese a la retórica en contrario- aumentó la inequidad en el acceso y no promovió adecuadamente la eficiencia.

La propuesta del autor de combinar solidaridad con responsabilidad individual mediante bonos vitalicios y cuentas de capitalización ha sido expuesta en *Economía Sanitaria* (2000) y no puede repetirse aquí.¹³ Simplemente, resta decir que el proceso abortado de desregulación insinuado por el Gobierno del presidente De La Rúa, podría haber profundizado rápidamente el rumbo hacia una genuina competencia con libertad y solidaridad si el decreto inicial que firmara el ex vicepresidente Carlos Alvarez se hubiera reglamentado incorporando en la categoría *otras entidades* a las entidades bancarias y las AFJP para que crearan las cuentas de capitalización. Otro buen paso inicial (fortalecer el financiamiento del fondo redistribuidor que incluso empezaba a ser denominado de siniestralidad catastrófica) sugería que la política empezaba a ejecutar un rumbo alentador de libertad y solidaridad.

Nuevamente el interés de algunas corporaciones por manejar en beneficio propio el dinero acumulado en los fondos de las obras sociales impidió la democratización del sector Salud y todo se perdió en una discusión estéril sobre si 20 pesos alcanzaban para la cobertura obligatoria, como si la cápita fuera una magnitud absoluta y no relativa; es decir, como si el precio no fuera sólo uno de los elementos que, junto a los costos fijos, los costos variables unitarios y el propio volumen, permiten alcanzar el punto de equilibrio. Nada hubo en el debate sobre el hecho de que la capitación como sistema es en realidad una cuestión operativa y no simplemente financiera (Samuels David 1996).

Bastaría con preguntar a una firma que maneje algunos millones de cápitas sobre lo que puede o no puede hacer con veinte pesos y comparar su respuesta con la que pudieran dar las entidades que sólo tengan unos pocos miles de afiliados. Así se entenderá la mediocre epistemología argentina de manejarnos con variables entronizadas como absolutamente determinantes de procesos que, en realidad, son mucho más complejos que el monto absoluto de una cápita desvinculado de otras variables que lo relativizan. Este error demasiado elemental, los intereses de las corporaciones por no dejar que cada ciudadano asigne libremente junto a su médico parte de sus recursos en el mercado de la Salud y el interés de empresas demasiado pequeñas por entrar en el mundo de las nuevas corporaciones comerciales actuaron en conjunto para vaciar un buen proyecto.

En este trabajo se supuso todo lo anterior y el objetivo fue proponer una serie de hipótesis que a modo de síntesis final se sintetizan a continuación:

- El sistema de atención médica se encuentra en permanente desequilibrio porque hay un diferencial en las tasas de crecimiento de las necesidades, las inversiones en servicios y el financiamiento que los paga.
- El sistema busca equilibrar esas desproporciones en base a la institucionalidad reinante que refleja la correlación de fuerzas en distintos momentos.
- En la etapa del profesionalismo desregulado, donde las entidades gremiales médicas tenían poder sobre el sector de la atención médica, se buscó el equilibrio induciendo la demanda desde la oferta y la convalidación financiera desde los seguros públicos y semipúblicos de Salud que operaron como meras entidades procesadoras de reclamos.
- Cuando el sistema dio señales de agotamiento por la restricción fiscal, las clínicas no lograron contener los excesos debido a que su lógica antiempresa las hace carecer de control, comando e información adecuada.
- El despojo gradual del poder médico se llevó a cabo mediante la regulación pública y los marcos regulatorios de las licitaciones nacionales de PAMI y alguna obra social Provincial que fueron erosionando el poder de las agrupaciones intermedias médicas primero y de clínicas y sanatorios después. Ello permitió el ingreso de algunos sectores no médicos al mercado del manejo de los fondos destinados a la atención médica y la salud.

- La etapa actual busca equilibrar el sistema mediante grandes empresas que crecientemente comandan redes integradas de atención médica. La concentración en ellas es un proceso inevitable dada la caída de la cápita que se genera como consecuencia del ajuste fiscal.
- En ese contexto las firmas operan frente a múltiples universos de afiliados. Alcanzada la integración y una escala mínima, todo lo que supere el costo variable unitario de los afiliados será para ellas un posible cliente institucional.
- En ese contexto la desregulación de las obras sociales representa apenas un segmento adicional a ser captado y promovido, razón por la cual esta nueva estructura del capital sanitario concentrado la habrá de alentar institucionalmente.
- Esta dinámica del mercado aleja la posibilidad del encuentro en el mercado del paciente con el prestador para la alta frecuencia y el bajo costo sin la intermediación de las propias empresas. En consecuencia la decisión de los distintos gobiernos de turno de licitar redes, de regular los seguros públicos junto a la inacción de legislar a favor de la gente terminan por mostrar que la desregulación de las obras sociales no puede ser interpretada aisladamente y fuera del contexto de las otras intervenciones del gobierno. Lo contrario genera impresiones equivocadas que bien recuerdan la actitud del tero que grita en un lado pero pone los huevos en otro.

Bibliografía

Fundación Libertad. Paper en Edición. Octubre 2000. Rosario

Blandford, Robert (1998): *An approach to National health Care, lifetime Voucher, Singler Payer and Mandatory Medical Savings Accounts*. Alexandría Virginia.

Boston Consulting Group (1998): *Changing Drivers*. USA

Coase R. H. (1991): "La Naturaleza de la Empresa", en Oliver E. Williamson y otro compiladores. México: Fondo de Cultura Económica.

Grossman, Michael (1972): *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. New York: National Bureau of Economic Research.

Herzlinger, Regina (1997) *Market Driven Health Care. Who Wins, Who Loses in tthe Transformation of America s Largest Service Industry*. USA: Perseus Books.

Katz, J. y Muñoz, A. (1988): *Organización del sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*. Buenos Aires: CEPAL.

Katz, J. y Muñoz, A. (1988): "Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud reflexiones sobre el caso argentino" en Boletín OPS Nº 1. Buenos Aires

Lu, A., Begley Ch., Lairson, D. y Slater C. (1993): *Evaluating the medical care system. Effectiveness, efficiency, and equity*. Michigan: Health Administration Press.

Lutz Sandy, Woodrin Grossman y John Bogalke (1998): *Med Inc. How Consolidation is Shapimg Tomorrows Healthcare System*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

Ministerio de Economía de la Nación (1995): *PAMI: Diagnóstico y Perspectivas*. Memo.

O Brien, Lawrence (1999): *Bad Medicine*. Prometheus Books

Samuels, David (1996): *Capitation New opportunities in healthcare delivery*. USA: Irwin.

Scandlen, Greg (1998): "Medical Savings Accounts Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them" en *Policy Studies* Nº 216. Dallas: National Centre for Policy Analysis.

Tafani, Roberto (2000): *Economía Sanitaria*. Universidad Nacional de Rio Cuarto. Tafani, Roberto "Escenario y restricciones para un Programa Médico Obligatorio en Argentina" en *Medicina y Sociedad* Nº 4, Vol 18.

Tafani, Roberto (1996): *Globalización Sobreoferta y Debilidad Regulatoria: El sector Salud en Tiempos de Reforma*. Universidad Nacional de Rio Cuarto.

Tafani, Roberto (1977): "Los riesgos de la desregulación sin apertura" en *Medicina y Sociedad*, Volumen 1

Tafani, Roberto (1997): *Privatización, Subcobertura y Reforma Competitiva en Salud*. Universidad Nacional de Rio Cuarto.

Tafani, Roberto (1995): "Desfinanciamiento y Sobreoferta en Salud" en *Revista de Economía*, Nº 76. Banco de la Provincia de Córdoba.

Tafani, Roberto (1993): "Racionalidades Institucionales en el Sector salud". En *Revista de la Escuela de Salud Pública*. Córdoba.

Tafani, Roberto (1997): "La Reforma en el Sector Salud Argentino" en *Boletín Nº 53*, de la Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL. Naciones Unidas. Chile.

Tafani, Roberto (1986): *Un Ensayo sobre el Capital*. Universidad Nacional de Río Cuarto.

Thráinn, Eggertsson (1989): *El Comportamiento Económico y las Instituciones*. España: Alianza Editorial.

(*) Abogado, Master en Dirección de Empresas y Ph. D. en Economía (University of Wallles). Profesor titular de Crecimiento Económico de la U. N. de Río Cuarto y docente en diplomaturas y maestrías en salud pública de diferentes universidades. Consultor de organismos internacionales y de entidades de salud. Autor de numerosos libros.

1 Este artículo forma parte de un trabajo mayor que se lleva a cabo desde la Fundación del Dr. Carlos Oulton y del Consorcio Prestacional del Interior en la Provincia de Córdoba, con el apoyo adicional del Dr. Pablo Quaranta de la ciudad de Rosario y la Asociación de Plantadores de Tabaco de Misiones (APTM). Las opiniones son personales y por lo tanto van las excusas de rigor referidas a la responsabilidad propia .

2 Para ponerlo en términos de lenguaje simbólico $Y_s = F_p(K, L, M, T, R_i)$ Donde Y_s es el producto en salud, F_p representa la función en base a las reglas de propiedad, K el capital, L el trabajo, M los materiales e insumos utilizados, T la tecnología y R_i las reglas de juego internas de las entidades. (Eggertsson T. 1989). Así las cosas, aquí se pone énfasis en R_i que refleja los padrones de organización y coordinación de la empresa.

3 $B = V - CF - CV$

4# B son los beneficios, CF los costos fijos, y CV los costos variables iguales al número de beneficiarios (N) por sus costos variables unitarios (C_v). Si los beneficios son cero entonces $0 = V - CF - (N \times C_v)$. Despejando V y sustituyendo V por $(N \times P)$ siendo P el precio resulta que: $(N \times P) = CF + (N \times C_v)$. Transponiendo y descomponiendo en factores a N resulta que $N \times (P - C_v) = CF$ con lo cual la ecuación básica del equilibrio financiero es $N = CF / (P - C_v)$

5 Dada la cápita P la ecuación puede ser re-expresada como $P = (CF + (N \times C_v)) / N$. En consecuencia el precio (cápita) necesario para un beneficio deseado (BD) dado será: $P = (CF + BD + (N \times C_v)) / N$. En ese contexto, el costo variable máximo por unidad (C_{vmu}) vendrá dado por la relación: $C_{vmu} = ((N \times P) - CF) / N$ y los costos fijos máximos promocionables (CP) serán: $CF + CP = N(P - C_v)$

6 Como ejemplos: Resolución de PAMI 1998 exigiendo redes nacionales, con solvencia económica, reservas técnicas y estados contables. Licitación en el 2000 de redes sin jurisdicción nacional pero con requisitos similares creando la figura de gerencadoras operadoras de contratos de fideicomiso con el Banco Nación. Redes Provinciales de la Obra Social Provincial de Córdoba, etc.)

#7 Lo expuesto hasta aquí tiene su correlato en los cambios institucionales que ocurren. En 1996 hubo 633 fusiones en los EEUU. Un aumento del 58 % sobre el año anterior. Los grupos médicos hicieron 218 agrupamientos o 73 % más que el año anterior. Los hospitales tuvieron 169 consolidaciones esto es 27 % sobre el año anterior. En 1997 una firma (Columbia) vendía 20 billones con el 7 % del ingreso de la industria. El futuro será tal vez de más fusiones y concentración. Para decirlo de otra forma falta todavía en salud el equivalente del dominio de Coca cola en bebidas o Microsoft en información. Las causas de las fusiones como se dijo son varias. El crecimiento de la atención gerenciada, la sobreoferta de prestadores, la necesidad de compactar para ganar volumen, el capital requerido para comprar y la aceleración del crecimiento concentrado.

8 Cada año mueren en EEUU 200 mil personas por atención deficiente y otro 1,1 millón recibe heridas, según un informe sobre errores en la atención médica. Dos terceras partes de esos errores son evitables y prevenibles. Otro estudio muestra que en las unidades de cirugía de un hospital escuela se cometieron errores en el tratamiento del 45 % de los pacientes. La probabilidad de un evento adverso aumenta 6 % por cada día de internación y la mayoría de los errores no se reportan.

9 Por ej. En Texas, los pediatras capitan a \$ 0,20.

10 Mayores sean las firmas dominantes, mayor será la presión sobre las entidades regulatorias para liberar nuevos diseños y terapias. Adicionalmente existe en la mundialización una oportunidad de venta de equipos en países donde la debilidad regulatoria permite la introducción de equipos e insumos estén o no autorizados en el país de origen.

11 IPAM, en esta época todavía pagaba todo por acto médico.

12 Se crean así tres empresas: Pressal para Jubilados en Córdoba Capital, y Preincor y EPI que compiten por la atención de los jubilados en el interior de la Provincia.

13 Se propone efectivizar el derecho a la salud mediante un bono otorgado a la madre tres meses antes del parto para la adquisición de un seguro. Luego cuando la persona crece e ingresa al mercado laboral financia su salud mediante aportes a una cuenta de capitalización individual y a un seguro para la siniestralidad catastrófica. Se combina así la solidaridad para los incapaces desde rentas generales y se divide el aporte individual posterior al ingreso al mercado laboral en dos. La baja frecuencia y alto costo obtiene financiamiento desde el seguro de siniestralidad catastrófico que opera sobre un nivel de la franquicia establecida y para la alta frecuencia y el bajo costo el mercado de la salud opera mediante un encuentro sin intermediarios entre el paciente y el profesional que lo atiende. El estado da los bienes públicos especialmente la información sobre los atributos del prestador, sus resultados etc.