

OPS/pp  
P.D.E. ARG 1

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION  
"Dr. JUAN C. GARCIA"  
OPS/OMS

# ORGANIZACION Y COMPORTAMIENTO DE LOS MERCADOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Reflexiones sobre el caso argentino\*

Jorge Katz  
Alberto Muñoz  
Roberto Tafani



Publicación N° 1

\*El presente trabajo está basado en un estudio que Jorge Katz y Alberto Muñoz preparan en la actualidad para CEPAL, Buenos Aires.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
Representación de Argentina, 1988

**Primera edición, 1988**

**Organización Panamericana de la Salud, 1989**

**Organización Mundial de la Salud, 1989**

Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

## INDICE

	<b>Página</b>
1. INTRODUCCION	5
2. MORFOLOGIA DE LOS MERCADOS PRESTADORES	9
2.1 El mercado de servicios médicos	9
2.2 El mercado de atención sanatorial	13
2.3 La oferta de productos farmacéuticos	14
3. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS MERCADOS DE SALUD	17
4. BREVE REFLEXION FINAL	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	23



## 1. INTRODUCCION

Es frecuente observar que, a efectos de estudiar el funcionamiento del sector salud de una determinada sociedad, se divide el campo en subsistemas que luego se examinan en forma separada, como si se tratara de compartimentos o realidades aisladas de los que no interesa mayormente la interdependencia recíproca. Ocurre entonces que la idea de equilibrio general se pierde, y hechos o magnitudes relativas de un cierto fenómeno que deberían suponerse endógenamente generados por el funcionamiento mismo de los mercados, pasan a ser vistos como fenómenos exógenos cuyo origen y dimensión se determinan desde fuera del sistema.

Veamos un par de ejemplos. Para estudiar la fuente y el uso de fondos en el campo de la salud, o para explorar la organización del sector salud en una comunidad determinada, se recurre normalmente a la división entre sector público, sector paraestatal o de la seguridad social, y sector privado. El peso relativo de cada uno de estos tres subsectores en un punto dado del tiempo es tomado como un dato, y los temas de financiamiento y organización de los servicios son luego explorados atendiendo, por un lado, al origen de los recursos involucrados (rentas generales, impuestos al salario, contribuciones patronales, etc.) y, por el otro, a los diversos tipos de efectores con que estos contratan la realización de actividades y servicios. En uno y otro caso la morfología y el comportamiento de los mercados prestadores no aparece como una cuestión de importancia que requiera ser investigada. Menos aún se vislumbra la posibilidad de que el peso relativo de lo que es público y lo que es privado constituya una cuestión endógena al sistema, resultante del funcionamiento de la competencia en y entre los varios mercados prestadores. Algo similar ocurre cuando, al examinar la distribución de los servicios de salud, se divide entre atención ambulatoria e internación hospitalaria (separando nuevamente entre las provistas por el sector público y por el sector privado) pero sin hacer mayor hincapié en la morfología y el comportamiento de los mercados de servicios médicos y sanatoriales donde dichas prestaciones se concretan. Tal como veremos algo más adelante en este trabajo, el peso relativo de lo público o lo privado, de lo ambulatorio *vis à vis* la internación, etc., depende fundamentalmente de la morfología y comportamiento de los mercados de servicios médicos y sanatoriales, y de sus interdependencias. Mal podemos entonces suponer que se trate de coeficientes determinados en forma exógena, aislados de las múltiples circunstancias de morfología y comportamiento de los mercados prestadores.

A lo largo de este trabajo propondremos un sendero distinto de abordaje a los problemas del sector salud. Intentaremos, para ello, avanzar desde la óptica de la morfología y comportamiento de los varios mercados

prestadores, y de las interdependencias que entre ellos se observan. Tres mercados prestadores se destacan por su importante peso relativo dentro de la estructura global del gasto en salud de toda comunidad. Se trata del mercado de servicios médicos, el de servicios sanatoriales y el de medicamentos. Contemporáneamente, y tomados en conjunto, los mismos absorben cerca del 80% del gasto global en salud que realiza Argentina, razón por la cual su funcionamiento individual y sus interdependencias deben verse como determinantes centrales del comportamiento del sector salud en su totalidad.

Cada uno de estos sectores prestatarios se caracteriza por tener una morfología de mercado altamente idiosincrática originada en un complejo proceso histórico-evolutivo en el que han ido apareciendo cambios tecnológicos de origen endógeno y exógeno a la medicina (por ejemplo, en fecha reciente, los provenientes de la microelectrónica y la informática), formas particulares de organización y división social del trabajo, grupos económicos con distinta capacidad de presión y *lobby* político, y prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyan las tipologías de mercado más prevalentes.

En cada uno de estos mercados tienden a aparecer colegios profesionales y cámaras empresarias que negocian precios, condiciones de acreditación y de prestación de servicios, etc., con las entidades (públicas y privadas) responsables del financiamiento, la fiscalización y la provisión última de los servicios de salud. En los hechos, estas entidades actúan aquí en representación del consumidor final cuya voz en el mercado de salud solo adquiere un rol indirecto, mediatizado por la comunidad médica y profesional que es la que toma las decisiones de gasto.

Dada esta situación (de oligopsonio por el lado de la demanda, y de poderosos grupos oligopólicos por el lado de la oferta de bienes y servicios utilizados para la atención de la salud) es de esperar, a priori, que el funcionamiento de estos mercados sea más el reflejo del poder relativo de negociación de grandes grupos prestadores *vis à vis* grandes grupos compradores de servicios de salud, que el producto de la libre elección del consumidor y de la predominancia de reglas de juego competitivas de carácter convencional en las que ninguno de los actores cuenta con poder relativo mayor que el de sus competidores u oponentes.

El propósito de este trabajo es el de mostrar cómo los principios de la economía industrial aplicados a la exploración de la morfología y comportamiento de los mercados prestadores de insumos y servicios para la atención de la salud pueden aportar nueva luz sobre el funcionamiento de este vasto y complejo territorio de la vida comunitaria, así como también sugerir ideas y líneas de acción en materia de política pública que hasta el presente quedaron relativamente olvidadas a raíz del restrictivo marco metodológico en el que se desarrollara la investigación del com-

plejo salud-enfermedad (Katz y Muñoz, 1987). Nos proponemos aquí una tarea limitada y preliminar, como es la de identificar un nuevo conjunto de problemas, esta vez planteados desde la óptica de la morfología y comportamiento de los principales mercados prestadores en materia de salud, y sugerir caminos potencialmente ricos para el estudio de dichos problemas. Tal como veremos, el funcionamiento y la organización de los mercados prestadores dependen de una extensa nómina de variables, entre las que se destacan:

1. Las condiciones de ingreso de nuevos oferentes al mercado. Esto incluye tanto la cantidad como la calidad de los mismos. A su vez, dicho ingreso está condicionado por diversas barreras:
  - a) institucionales, por ejemplo, el ingreso irrestricto a la universidad, los requisitos de acreditación de médicos, clínicas y sanatorios, etc.;
  - b) de disponibilidad de capital;
  - c) de acceso a la información, a la tecnología, etc.
2. El origen y la naturaleza del cambio tecnológico que incorpora cada mercado prestador. Existen cambios tecnológicos, endógenos y exógenos, otros que ahorran capital o mano de obra (calificada o no calificada), etc.
3. La organización del mercado, aspecto que incluye la mayor o menor "cartelización" del mismo en colegios profesionales o asociaciones gremiales que reivindican intereses o reclamos particulares de cada grupo prestatario y prestador.
4. El marco institucional y legal en que se encuadra la negociación entre las partes (ley 18.610 y otros instrumentos legales semejantes).
5. El sendero de acumulación de capital y de aprendizaje tecnológico por el que transitan los diversos grupos prestadores atendiendo a su carácter (empresas familiares *vis à vis* grandes consorcios de medicina comercial), a su localización geográfica (centros urbanos *vis à vis* pueblos o ciudades pequeñas del interior), etc.
6. La capacidad del gobierno central -o de alguna agencia parastatal (INOS)- para normalizar los servicios, acreditar agentes y llevar a cabo en forma adecuada la fiscalización y el contralor *ex post* de los mismos. También para fiscalizar su propia actividad como entidad compradora de servicios.

Las variables anteriores habrán de determinar las formas que adopta la competencia entre oferentes en cada mercado particular, la organización y división social del trabajo que en cada caso toma cuerpo, los modelos de formación de precios (aranceles) y las interacciones e interdependencias que se van gestando entre los varios mercados prestadores a través del tiempo, así como las de estos con los grupos prestadores de salud.

A los efectos de presentar nuestro razonamiento utilizaremos a modo de ejemplo datos del caso argentino. En muchos planos este país registra formas de organización y división social del trabajo médico que también predominan en otras latitudes, razón por la cual el argumento puede fácilmente generalizarse.

En la sección segunda examinamos diversos rasgos morfológicos de los tres mercados mencionados, esto es, el mercado de servicios médicos, el de servicios de atención sanatorial y el de medicamentos. Realizada la primera caracterización de los mismos, en la sección siguiente abordamos el análisis de temas de comportamiento de los agentes, brindando atención a las interdependencias que se plantean entre los varios mercados.

El conjunto del sector salud debe ser estudiado como si se tratara de un vasto sistema de vasos comunicantes en el cual, en ausencia de un conjunto de reglas de juego claramente establecidas y respetadas por los diversos agentes participantes, la puja distributiva y el conflicto de intereses se traslada perpetuamente de un mercado a otro, realimentando situaciones de inestabilidad y conflicto.

Así, en el marco de una situación en la cual el costo de la atención médica crece exponencialmente (tanto local como internamente), y donde los recursos de la seguridad social no alcanzan a crecer al ritmo de la inflación, el desfinanciamiento de los entes compradores o prestadores de servicios crece a través del tiempo, conduciendo a una mayor inequidad e ineficiencia en la producción y distribución de los mismos.

La sobreprestación, el cobro de bonos o cupos complementarios no contemplados en los aranceles legales, la sobrefacturación y otras prácticas restrictivas varias aparecen como consecuencia lógica del funcionamiento del mercado en el contexto de una creciente desfinanciación sectorial.

La cada vez más clara falta de presencia del sector público (tanto en su calidad de agente de regulación como en su papel de prestador directo) aparece también como rasgo central del cuadro contemporáneo. La presente nota tiene solo un carácter introductorio y dejamos múltiples e importantes temas sin analizar. En las páginas finales se mencionan brevemente algunos de los temas que por fuerza de espacio hemos debido dejar fuera de nuestro estudio (para una discusión extensa de los mismos, véase Katz y Muñoz, 1987).

## 2. MORFOLOGIA DE LOS MERCADOS PRESTADORES

### 2.1 *El mercado de servicios médicos*

El mercado de servicios médicos ha ido experimentando una dramática transformación (tanto en la Argentina como en todo el mundo) en el curso de las tres últimas décadas. De una profesión liberal ejercida casi en forma artesanal, en la cual el honorario médico constituía integralmente el pago a una calificación personal, se ha evolucionado gradualmente hacia un mercado de servicios médicos muy complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de alta sofisticación, en el cual los ingresos profesionales no solo constituyen la retribución al capital humano sino que también involucran rentas al capital físico y a la tecnología incorporados en el acto médico. Confluyen así cambios tecnológicos de producto (nuevas especialidades), de proceso y de organización del trabajo médico. Este último involucra una tarea grupal entre pares, y a raíz de ello involucra una compleja tecnología de coordinación y programación que hace unos pocos años era escasamente significativa.

Con el correr del tiempo se ha ido gestando en el interior de la comunidad médica una creciente heterogeneidad estructural asociada con el rápido ritmo de ingreso de nuevos graduados al mercado, el cambio en la composición femenino-masculina de las nuevas camadas, el aumento de la especialización, etc. Dicha heterogeneidad estructural creciente explica el elevado índice de concentración de ingresos que exhibe el mercado médico. En ese sentido, información reciente correspondiente al caso argentino (FEMEBA, 1983) revela que en tanto el decil superior de profesionales de la salud factura mensualmente a la seguridad social cifras que oscilan en los 10.000 australes, los cuatro deciles inferiores de la distribución de ingresos solo alcanzan a facturar 100 australes por mes. Los cuatro deciles intermedios muestran una facturación del orden de los 700 australes mensuales, lo que sugiere que, a grandes rasgos, el primer decil de la distribución logra capturar el flujo de ingresos que no llega a los últimos cuatro deciles de la misma. En otros términos: la evidencia empírica disponible sugiere la existencia de un elevado índice de concentración del ingreso en este mercado.

Examinaremos a continuación algunos de los rasgos morfológicos de la oferta de servicios médicos que contribuyen a "explicar" esta extrema heterogeneidad estructural.

En términos de tamaño relativo de la comunidad médica respecto del total de su población, Argentina constituye un ejemplo claro de abundan-

cia relativa, al menos en el plano de la estadística agregada. Sus casi 70.000 médicos activos (Banco Mundial, 1987) dan cuenta de una dotación de 425 personas por profesional, cifra solo superada por países que, como Israel o Italia, muestran dotaciones de 370 y 340 habitantes por médico respectivamente. No solamente la dotación de médicos es alta sino que la tasa de crecimiento de la misma es muy elevada, abriendo ello varios interrogantes cruciales acerca del impacto que esto habrá de tener sobre la morfología del mercado médico en años venideros y sobre las formas que adoptará en el futuro el juego competitivo.

Las estadísticas de FEMEBA referidas a la provincia de Buenos Aires reflejan con dramatismo el problema potencial derivado del ritmo de crecimiento de la oferta médica. "En cinco años -entre 1977 y 1982- la cantidad de médicos inscriptos en el sistema federado creció en un 51%, es decir, de 11.007 a 16.709 médicos, con un ritmo anual del 8,2% [...] en tanto que la población creció al 1,6% anual" (FEMEBA, 1983).

A priori debemos esperar que semejante ritmo de ingreso de nuevos oferentes al mercado afecte en forma profunda la organización y división social del trabajo médico y las reglas competitivas prevalecientes en dicho mercado. Tal como veremos más adelante, el comportamiento de este sector prestador claramente está cambiando, aun cuando el mayor o menor funcionamiento de las fuerzas competitivas no solo depende de la dimensión absoluta y de la tasa de crecimiento de la comunidad médica, sino también de su distribución espacial, de la mayor o menor propensión de los nuevos ingresantes a trabajar en relación de dependencia, del grado de especialización, etc.

Veamos seguidamente cada uno de estos puntos. La localización geográfica de los médicos califica la estadística promedio antes mencionada. Así, por ejemplo, en tanto que la ciudad de La Plata presenta un médico cada 190 habitantes (fenómeno que se repite en otras grandes ciudades del país), el partido de Moreno exhibe uno cada 2.000 (Pérez Arias y Feller, 1983) y las cifras se tornan aún más dramáticas (5.000 o más habitantes por médico), en zonas de frontera, comunidades indígenas, etc. En otros términos: el exceso de oferta y la fuerte escasez de médicos constituyen rasgos que conviven en el interior de la estadística agregada, y ello obviamente tiene que ver con la formación de precios, los "bonos complementarios" y, de manera más general, con el funcionamiento del mercado y la competencia.

Introduzcamos ahora indicadores de edad y sexo de la comunidad médica. Tomando como base los trabajos citados de FEMEBA y de Pérez Arias y Feller, sabemos que 75% de los médicos tiene menos de 50 años de edad en tanto que 45% de los mismos solo alcanza a 40 años. Resalta también el hecho de que en los tramos más bajos de edad ha crecido significativamente la proporción de mujeres que ingresan al mercado médico. Así, en el tramo etéreo de 25 a 34 años, esto es, entre los profesionales que tienen entre 0 y 10 años de graduados, el 54% de los casi 25.000 médicos

que registra la provincia de Buenos Aires son de sexo femenino. El 82% de las médicas profesionales tiene menos de 45 años.

Edad y sexo parecerían estar asociados con nuevas modalidades de inserción del médico en el mercado de trabajo, hoy por hoy en franco desarrollo. El trabajo asalariado en relación de dependencia (ya sea en empresas médicas o en consultorios de obras sociales) tiene mayor peso relativo en el tramo etéreo más bajo (0 a 4 años de antigüedad en la profesión) que en los restantes tramos etéreos (Bloch *et al.*, 1980). A su vez se observa aquí colinearidad con la variable sexo, lo que lleva a que también entre las médicas jóvenes el peso relativo del trabajo en relación de dependencia sea más significativo que en el sector masculino de la profesión (Machado y Leite, 1986).

En resumen: dimensión absoluta de la comunidad médica en relación con el tamaño de la población, distribución de la misma en el ámbito geográfico, ritmo de crecimiento en el tiempo, y edad y sexo de los nuevos graduados, parecerían ser todos rasgos que favorecen el desarrollo de fuerzas competitivas dentro del mercado médico. Es más, dichas variables permiten comprender la incipiente aparición de un "proletariado médico" que trabaja en relación de dependencia en obras sociales y grandes grupos corporativos que practican la medicina comercial. Frente a esto, y actuando en sentido contrario (esto es, favoreciendo la diferenciación de productos y la aparición de "nichos" de mercado en los que prevalece el monopolio o diversas formas de competencia imperfecta), opera el creciente nivel de especialización que la profesión médica va adquiriendo a través del tiempo.

El grado de especialización en el mercado argentino es elevado. Según datos del Banco Mundial, el 57% de los médicos actúa como especialista, cifra que Bloch *et al.* colocan en el 59% de una muestra de 3.200 médicos que ellos investigaron en la ciudad de Rosario. El peso relativo de los especialistas es bajo entre aquellos médicos que tienen entre 0 y 5 años de antigüedad en la profesión (entre los cuales el peso relativo de los que trabajan en relación de dependencia es alto), y crece dramáticamente hasta alcanzar casi el 80% de la población estudiada entre los que tienen entre 15 y 30 años de ejercicio profesional.

El material hasta aquí examinado nos brinda una primera imagen "estilizada" de la oferta médica que intentamos caracterizar. Estamos frente a un grupo prestador relativamente sobredimensionado (según estándares internacionales), que crece muy rápido en el tiempo, se encuentra fuertemente concentrado en ciertas localizaciones, y escasea en forma dramática en otras.

En las nuevas camadas de graduados crece de manera significativa la proporción de mujeres y también aumenta la propensión a actuar profesionalmente en relación de dependencia, sobre todo en los primeros años de ejercicio de la medicina. Con el correr del tiempo dichos graduados buscan el camino de la especialización como mecanismo de ascenso económico

y profesional, favoreciendo y siendo favorecidos por el desarrollo de una medicina de alta complejidad, fuertemente medicalizada.

Los rasgos anteriores describen las características salientes de la oferta de servicios médicos. Junto a la estructura institucional del mercado (que examinamos brevemente a continuación), los mismos inciden en forma significativa sobre la organización y funcionamiento del mercado de salud, sobre la formación de precios, etc.

La profesión médica se estructura en entidades gremiales de primero, segundo y tercer grados. Los Colegios o Círculos Médicos constituyen los entes de primer grado. Estos se agrupan en Federaciones Médicas y éstas, a su vez, en una entidad de tercer grado de carácter nacional que es la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). Por lo general, el médico individual percibe como una necesidad la de afiliarse a la entidad de primer grado del área de su residencia. Ello deriva del hecho de que el Colegio o Círculo es el que consigue con exclusividad la contratación con obras sociales. En otros términos, resulta imposible facturar a la seguridad social actuando como médico independiente, debiendo hacerse el trámite a través del Colegio respectivo. Como condición de afiliación el profesional paga cierto porcentaje del valor de cada acto médico que realiza y recibe a cambio el servicio de validación legal y gestión de cobro de sus facturas, así como cierta aislación de un mecanismo verdaderamente competitivo en el sentido convencional.

A su vez, los Colegios se agrupan en Federaciones, siendo estas, por lo general, las que negocian directamente con la seguridad social los contratos de atención médica, actuando en muchos casos como contratistas de clínicas y sanatorios. A diferencia de dichas situaciones, también es dable hallar mercados en los que la Federación de Clínicas y Sanatorios contrata directamente con el sistema de obras sociales, cobrando las facturas y subcontratando a los efectores médicos. El cronograma de pagos puede variar entre núcleos prestadores quedando librado a la discrecionalidad del titular del contrato (médicos o clínicas) el manejo financiero de los recursos, el cual, por supuesto, genera importantes ingresos de capital.

Tal como tendremos oportunidad de ver en la sección tercera, la libre elección de médico y lugar de internación por parte del paciente, y el funcionamiento más o menos competitivo del mercado médico estarán fuertemente condicionados por los rasgos morfológicos de la oferta antes descritos (magnitud relativa de la comunidad médica, tasa de crecimiento, distribución geográfica, grado de especialización, etc.), así como por el cuadro institucional vigente en cada escenario particular. El poder relativo de negociación de este grupo efector en cada escenario particular aparecerá así fuertemente condicionado por las variables antes mencionadas.

Pasamos ahora a ocuparnos del mercado de clínicas y sanatorios, o de atención sanatorial.

## 2.2 El mercado de atención sanatorial

Pese al importante peso relativo que posee en la actualidad este sector (peso que claramente va en aumento a través de los años), es importante comprender que su desarrollo es un hecho relativamente reciente que ha ocurrido *pari pasu* con el crecimiento de la seguridad social, la cual es, obviamente, su gran fuente de financiamiento y demanda.

Al igual que en el mercado de servicios médicos, el funcionamiento del mercado de clínicas y sanatorios depende fundamentalmente del número de nuevas firmas que ingresan al mercado, de las ampliaciones que ocurren en las ya existentes, de su calidad y complejidad (tipo de especialidades y de equipamientos complejos que incorporen, etc.), así como también del grado de "cartelización" que alcance la oferta a través de las entidades gremiales del sector.

Desde un punto de vista microeconómico debemos suponer que la tasa interna de ganancia de una clínica médica particular está asociada con: 1) el *mix* de casos que atiende, el cual puede contener una mayor o menor proporción de atención quirúrgica, de casos crónicos, etc. El *mix* de casos determinará el número promedio de días de estadía por paciente, el costo/cama/día, el número de egresos por unidad de tiempo, etc. 2) El grado de utilización de la capacidad instalada. 3) La mayor o menor eficiencia empresarial, tanto en el plano administrativo como en el de la atención médica en sí.

El ingreso de nuevas clínicas al mercado y las ampliaciones legales o no declaradas han ocurrido a un ritmo acelerado en el curso de las dos últimas décadas. Notoriamente, se observa una significativa varianza en el interior de la oferta de servicios sanatoriales en lo que hace al tipo y calidad de la atención prestada, el grado de utilización de la capacidad instalada, etc. Así, mientras que en un extremo de la distribución se observan en forma simultánea altos estándares de calidad y elevados índices de utilización de la capacidad instalada, en el otro extremo de la distribución encontramos baja calidad, incumplimiento de normas y, a la vez, subutilización de la capacidad instalada disponible. Es justamente esta última, y su incidencia sobre la velocidad de rotación del equipamiento y la tasa de ganancia del capital invertido, la que contribuye a resquebrajar el funcionamiento del juego competitivo e induce a los prestadores menos fuertes del sector a buscar soluciones "pactadas" con determinadas obras sociales o firmas de prepago, en torno a contratos capitados, acuerdos de "cartera fija", etc., que bloquean la competencia y crean "nichos" monopólicos en el mercado de atención sanatorial.

Tal y como tendremos oportunidad de ver en la sección tercera, y al igual que lo que ocurre en el caso de los servicios médicos, también en materia de servicios sanatoriales nos enfrentamos con una paradójica si-

tuación de oferta excedente en el marco de una significativa escasez de servicios sanatoriales, esto último en el tramo más pobre de nuestra sociedad.

Tras esta breve revisión del tema de servicios sanatoriales, examinaremos también de manera sucinta los rasgos morfológicos centrales de la oferta de fármacos, que absorbe no menos de un tercio de los gastos globales que Argentina realiza en materia de salud y, en función de ello, reclama un examen cuidadoso.

### 2.3 La oferta de productos farmacéuticos

En el curso de este trabajo solamente enfocaremos algunos de los temas centrales de morfología y comportamiento del mercado farmacéutico que afectan de manera sustantiva el funcionamiento del sector salud en su conjunto. Esto implica que muchos aspectos importantes *per se* en los campos farmacéutico y farmoquímico serán aquí ignorados, remitiendo al lector a publicaciones complementarias que aborden el problema de manera más general (Katz, 1974, 1984 y 1986).

Concentraremos aquí nuestra atención sobre el lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos como factor determinante del ritmo diferencial de crecimiento entre empresas; también consideraremos el impacto que este hecho produce sobre la participación relativa de firmas de capital nacional y empresas de capital extranjero en el valor de la producción farmacéutica nacional, y sobre la viabilidad de largo plazo de muchas firmas de capital extranjero, en función de su reducida escala operativa local y de los altos costos de producción que les impone trabajar con las prácticas manufactureras y de control de calidad requeridas por sus casas matrices internacionales. Tal como tendremos oportunidad de ver, todo esto repercute de manera significativa sobre la puja distributiva que la industria farmacéutica mantiene con los restantes grupos prestadores (médicos y clínicas y sanatorios) ante la creciente limitación de recursos con que opera el sector salud en su conjunto.

Si comparamos el *ranking* de las principales 25 firmas farmacéuticas activas en Argentina hace dos décadas, con la situación contemporánea, emerge con claridad la pérdida de participación relativa de las empresas subsidiarias de grupos multinacionales. Así, en el marco de una situación en la que ha crecido levemente la concentración empresaria (las 25 mayores firmas del ramo controlaban 55,4% de la oferta global de fármacos en 1969 y 58% en 1984), resulta evidente que diversas firmas extranjeras han desaparecido, entre ellas Squibb, Eli Lilly, etc., en tanto que muchas otras han perdido terreno relativo dentro del conjunto, como es el caso de Pfizer, Schering, Lederle-Cyanamid, Promeco, etc. En

contraposición con ello, integran la nómina de las 25 firmas mayores en 1985 una serie de laboratorios nacionales que eran solo pequeños emprendimientos empresarios veinte años atrás. Tal es el caso de Montpellier, Microsules-Bernabó, Phoenix, Gador, Beta, Sidus, Syntial, etc. En otros términos: la industria farmacéutica muestra una profunda recomposición interempresaria en la que diversas firmas de capital extranjero (y apenas unas pocas de capital nacional) han perdido terreno relativo frente a otras que han ganado posiciones en forma vertiginosa. Salvo raras excepciones, esta última categoría describe el caso de diversos fabricantes medianos de capital nacional que lograron una mejora importante de su posición relativa en el curso de pocos años.

La explicación de este fenómeno reclama un análisis detallado en lo que hace al lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos al mercado final. Encaramos dicho análisis a continuación, prestando especial atención a lo ocurrido en un período reciente de la historia doméstica en la materia.

En el quinquenio 1980-1985 entraron al mercado farmacéutico argentino 1.577 productos nuevos; 544 de ellos fueron lanzados por firmas de capital extranjero y 1.033 por empresas de capital nacional. Es decir, estas últimas duplican el ritmo de lanzamientos anuales de nuevos fármacos que logran las empresas de capital extranjero. Ahora bien, el precio promedio de los productos que tienen entre 0 y 12 meses de vida cuadruplica aproximadamente el precio medio de la industria, en tanto que el precio de aquellos productos que tienen entre 0 y 24 meses de vida es, en promedio, el doble del precio promedio del sector. Podemos ahora comprender cómo el ritmo más rápido de lanzamiento de nuevos productos al mercado por parte de las firmas de capital nacional "explica" que la participación relativa del sector doméstico haya crecido de modo tan significativo a lo largo de los años. Contemporáneamente, la misma representa 55% del total de ventas que realiza la industria, habiendo sido 45% de dicho agregado hace solo pocos años.

El problema, por supuesto, no termina aquí. Por un lado, esta situación alimenta la puja distributiva que el sector farmacéutico mantiene con el resto de los grupos prestadores. Es obvio que al aumentar la participación relativa de los medicamentos en los gastos totales de salud que realiza la seguridad social, los restantes sectores prestadores experimentan una caída relativa proporcional que los induce a plantear nuevos reclamos a los entes de financiamiento o, lisa y llanamente, a exigir pagos o bonos adicionales de bolsillo a los usuarios del sistema. Las caídas en el nivel de cobertura, en la calidad de las prestaciones, etc., resultan así consecuencia de la puja distributiva entre mercados prestadores.

Por otro lado, y esta vez en relación con la morfología del mercado farmacéutico en sí, la pérdida de base operativa por parte del sector de firmas extranjeras acaba por generar situaciones de creciente inviabili-

dad de largo plazo para muchas de ellas que no pueden conjurar los altos costos de manufactura y control de calidad que les imponen las normas operativas de sus respectivas casas matrices con una escala productiva crecientemente recortada. El fracaso empresario, el abandono del mercado y el aumento de la concentración industrial aparecen así como una resultante endógena del funcionamiento del sistema. Es importante recordar en este punto de la argumentación que, a grandes rasgos, el sector de firmas extranjeras tiende a operar sobre la base de monodrogas, en tanto que el sector de firmas de capital nacional basa su estrategia de mercado en una mayor proporción de combinaciones de drogas o principios activos conocidos, diferencia que en modo alguno debe considerarse como inocua desde el punto de vista de la calidad de la acción terapéutica que el fármaco está llamado a cumplir.

### 3. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS MERCADOS DE SALUD

Cinco mil nuevos médicos por año (en un país que ya cuenta con 425 habitantes por médico), una oferta de camas sanatoriales privadas que crece al 4,2% por año, frente a una población que solo lo hace al 1,7% anual y, finalmente, 350 nuevos fármacos por año en un mercado que de por sí ya exhibe estándares altos de consumo per cápita (50 dólares por habitante y por año, aproximadamente), conforman una situación masiva y generalizada de expansión de la oferta de insumos y servicios en el mercado de salud. Esto no significa que dicha expansión de la oferta se distribuya de manera equitativa para toda la sociedad; antes bien, vastos sectores de los tramos de menores ingresos en la comunidad carecen de médicos, de camas hospitalarias y de fármacos, configurando una circunstancia de creciente inequidad social.

Amén del problema de la equidad, corresponde también preguntarnos qué impacto tiene sobre el funcionamiento del mercado el aumento masivo de oferta que ponen en evidencia las cifras anteriores.

Desde el punto de vista de un razonamiento convencional de equilibrio deberíamos observar una importante caída de precios, mayor en algunos campos terapéuticos que en otros, en función de la elasticidad de la demanda, pero generalizada a través del mercado. La misma, sin embargo, no es obvia, y ello reclama un análisis más profundo sobre el funcionamiento del mercado y la organización de la medicina en nuestro medio.

Tomemos primero el caso del mercado de servicios médicos. Es evidente que en un tramo del mismo (el que corresponde a los graduados jóvenes que actúan en relación de dependencia) la oferta es homogénea e indiferenciada, de manera tal que la situación competitiva tiende a prevalecer, como en los modelos convencionales de libros de texto. El salario profesional parece haber caído aquí hasta niveles cercanos a los de subsistencia pero, a diferencia de lo que ocurre en el modelo competitivo convencional, la caída de precios no parece haber beneficiado al consumidor final de servicios médicos sino a los grupos corporativos (obras sociales, empresas médicas que practican la medicina comercial, etc.) que emplean en relación de dependencia a dichos profesionales cuya situación relativa ha empeorado.

La oferta se torna menos homogénea e indiferenciada a medida que nos movemos hacia grupos etéreos mayores donde, juntamente con la antigüedad en la profesión, aumentan la especialización y la acumulación de antecedentes curriculares. De "tomador de precios" el profesional médico gradualmente se transforma en "formador de precios". Su ingreso profesional no solo constituye el pago a su calificación personal sino que incluye un complejo conjunto de rentas al capital y a la tecnología difíciles de separar unas de otras. En este camino de ascenso profesional no re-

sulta infrecuente la aparición de un nuevo rol de "empresario-médico", acerca de cuyo desarrollo de maduración como empresario capitalista es relativamente poco lo que sabemos. Sin duda este es un campo en el que el análisis económico y socioantropológico tendrá mucho que aportar en años venideros.

Tanto la especialización médica como la opción de ofrecer al mercado un paquete complejo de "producción conjunta" (hotelería sofisticada, atención de médicos especialistas e incluso seguros de prepago) permiten contrarrestar la tendencia natural a la caída de precios que debería observarse a partir de un incremento masivo de oferta de servicios como el que describen las cifras anteriormente citadas.

La oferta excedente ejerce asimismo un impacto decisivo sobre el frente gremial de los distintos grupos prestadores (sean estos médicos o sanatorios y clínicas). No son pocos los casos en que un subgrupo prestador decide separarse del tronco gremial respectivo, buscando capitalizar en un universo menor convenios capitados o de "cartera cerrada" con grandes grupos prestatarios (PAMI, obras sociales particulares, etc.) que, al ofrecer un número importante de afiliados o usuarios del sistema, permiten al prestador bajar costos unitarios de prestación del servicio, aumentar la capacidad media de utilización de sus instalaciones y, en forma concomitante, cotizar un menor precio unitario por el paquete de servicios ofrecidos. Este tipo de acuerdos por lo general son considerados perjudiciales para la calidad del servicio ofrecido.

De la misma manera que en el mercado de servicios médicos, en el de servicios sanatoriales la oferta excedente genera políticas de diferenciación de producto, sobreprestación y fracturas en el frente gremial de este grupo prestador representado por la Federación de Clínicas y Sanatorios. Al igual que en el caso del mercado médico, es este un territorio en el que la investigación económica y de antropología médica resulta aún por demás escasa y donde resta mucho por avanzar si queremos arribar a una adecuada caracterización del funcionamiento de los mercados prestadores de servicios de salud.

Un breve comentario final en torno al tema fármacos. La inmensa mayoría de los lanzamientos anuales de nuevos productos está constituida por duplicaciones de productos ya existentes en el mercado, o por combinaciones de principios activos conocidos, destinados a conseguir el favor de la comunidad médica, que en última instancia es la que decide la compra a través de la receta entregada al paciente. Ello explica por qué el lanzamiento de nuevos productos debe complementarse con fuertes gastos de venta, con la distribución de muestras y con otros esfuerzos semejantes de *marketing*, siendo este un caso claro en que la racionalidad terapéutica o el precio por lo general solo juegan un papel secundario en la explicación del éxito o fracaso de un producto en el mercado.

A diferencia de los casos anteriores (servicios médicos o servicios sanatoriales) el lanzamiento de nuevos fármacos frecuentemente coincide

con el retiro de presentaciones del mercado de igual o parecido efecto terapéutico, pero con menor o mala contribución marginal desde el punto de vista de la rentabilidad empresarial. En estos casos el lanzamiento constituye parte de la estrategia comercial de la firma, destinada a circunvalar el control de precios ejercido por la autoridad pública.

En resumen: el incremento masivo de oferta en los mercados de servicios e insumos para la atención de la salud no parece contribuir a que el consumidor final se beneficie con una caída en el costo de los mismos, como sería de esperar en el marco de un modelo competitivo convencional, ni tampoco parece contribuir a que una fracción significativa de la comunidad obtenga una adecuada atención médica, sanatorial y de productos medicinales.

La especialización, los esfuerzos de diferenciación de producto y de constitución de "nichos" de mercado, la ruptura del principio de libre elección, y la aparición de un creciente número de situaciones pactadas o de cartera cerrada, tienden a alejarnos del escenario competitivo y hacen del oligopolio con diferenciación de producto la tipología de mercado predominante.

La gradual pérdida de significación de la medicina estatal y el crecimiento de la medicina comercial (tanto en nuestro medio como internacionalmente) hacen que nuevas formas de organización y división social del trabajo adquieran cada vez más importancia en el campo de la salud. Sobre gran parte de ellas es verdaderamente poco lo que la investigación en economía médica ha logrado avanzar hasta el presente, siendo necesario un profundo esfuerzo exploratorio futuro que arroje nueva luz sobre este complejo territorio de la vida comunitaria. El avance de la medicina comercial no parece prometer mejoras en la equidad o en la eficiencia del sistema, siendo ello motivo para una detenida reflexión por parte de las ciencias sociales.



#### 4. BREVE REFLEXION FINAL

El enfoque aquí propuesto nos remite a una agenda de investigación futura en la que cada uno de los tres grandes mercados prestadores debería recibir atención pormenorizada y de detalle a fin de que eventualmente lleguemos a tener una adecuada descripción analítica del comportamiento microeconómico de los agentes y de su interrelación con las variables macroeconómicas que afectan al sector salud en su conjunto.

El poder relativo de negociación de los grandes grupos prestatarios de salud (Instituto Nacional de Obras Sociales -INOS-, obras sociales provinciales, etc.) constituye otra gran área exploratoria que deberá estudiarse en detalle si deseamos llegar a tener una adecuada comprensión del funcionamiento del creciente campo cubierto por la medicina comercial.

En el presente trabajo el sector público ha sido relegado a un papel secundario de "factor de ajuste" en la medida en que el mismo está llamado a cubrir todas aquellas patologías y tecnologías que son dejadas de lado por el sector privado por falta de rentabilidad relativa. Esto no significa que la rentabilidad social del gasto en las mismas no sea elevada, lo cual no constituye motivo suficiente como para garantizar un efectivo aprovisionamiento sin la activa participación del sector público. Este es el que mayoritariamente se hace cargo de los enfermos crónicos, los neuropsiquiátricos, los quemados, etc., y el que cubre la formación de recursos humanos, la provisión de servicios de medicina preventiva, etc. Asimismo, es el que se hace cargo de la cobertura de carenciados, obras sociales desfinanciadas, etc., los cuales indudablemente no le resultan atractivos al sector comercial de la medicina. En el presente marco socioeconómico, ello constituye sin duda una fracción importante de la sociedad que podemos estimar en el 25% y que probablemente esté en aumento en nuestros días.

En función de lo anterior se puede afirmar que, pese al hecho de que el caso local debe analizarse teniendo en cuenta que está viviendo una transición de largo plazo desde la medicina estatal hacia la medicina comercial, esto de ninguna manera le resta importancia al papel que el sector público está llamado a cumplir como proveedor último de todos aquellos bienes y servicios que la medicina comercial no está dispuesta a cubrir por falta de rentabilidad. En el marco de un sector público crecientemente desfinanciado ello abre, sin duda, complejos interrogantes de índole social que no han sido examinados en el presente estudio, cuyo carácter es introductorio y preliminar.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Banco Mundial (1987). *Argentina: Population, Health and Nutrition Sector Review*.
- Bloch C. *et al.* (1980). "Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario, 1978", en *Cuadernos Médico Sociales*, número especial de octubre, Buenos Aires.
- FEMEBA (1983). *Recursos humanos médicos en la provincia de Buenos Aires*, Buenos Aires.
- Katz J. M. (1974). *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Katz J. M. (1986). *Reestructuración productiva y empleo: el caso de la industria farmacéutica*, Proyecto Gobierno Argentino-PNUD-OIT, ARG/84/029.
- Katz J. M. (1987). *La industria farmacéutica y farmoquímica: desarrollo histórico y posibilidades futuras*, Santiago de Chile, Estudios de la CEPAL.
- Katz J. M. y Muñoz, A. (1987). *El sector salud de la República Argentina: desarrollo histórico y situación contemporánea*, Buenos Aires, CEPAL, documento mimeografiado.
- Machado M. H. y Boaventura Leite I. (1986). "La médica y el mercado de trabajo", en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 35, Buenos Aires.
- Pérez Arias E. B. y Feller J. J. (1983). "Estructura y dinámica del recurso humano médico de la provincia de Buenos Aires", en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 26, Buenos Aires.

