

II. Morfología de los mercados proveedores de bienes y servicios para la atención de la salud

1. Introducción

La prestación de servicios de salud reclama el uso de distintos tipos de insumos entre los que se destacan: a) los servicios médicos; b) los servicios sanatoriales; c) los insumos farmacéuticos; d) los servicios odontológicos; etcétera.

Cada uno de estos insumos, a su vez, proviene de un mercado particular en el que ha ido tomando forma determinado conjunto de reglas de juego, más o menos competitivas, según el caso, y donde la organización y división social del trabajo y las formas que adopta la competencia entre oferentes resultan ser función de una extensa nómina de variables entre las que sobresalen:

- las condiciones de ingreso de nuevos oferentes -o "prestadores" del servicio- al mercado. Esto incluye tanto su cantidad como su calidad;
- el origen -endógeno o exógeno- y la naturaleza del cambio tecnológico que incorpora cada mercado prestador. El cambio tecnológico puede ser ahorrador de capital, de mano de obra -calificada o no-, etcétera;
- la organización del mercado. Este aspecto incluye: el mayor o menor grado de "cartelización" -estructuración institucional en "colegios profesionales" o asociaciones gremiales que reivindican intereses o reclamos particulares de cierto grupo prestador, por ejemplo, los Colegios y Federaciones Médicas o la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) en el caso de la comunidad médica, la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFELISA) o la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) por el lado de clínicas y sanatorios, la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), y la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) en lo que hace a medicamentos, etc.-, la intensidad con que se respeta en diferentes mercados el principio de la libre elección de médicos y sanatorios, etcétera;
- el marco institucional y legal en que se encuadra la relación entre presta-

dores y prestatarios de servicios de salud, dado por leyes como la 18.610 y la 22.269;

- el proceso de acumulación de capital y de desarrollo de la capacidad tecnológica local que alcanzan distintos prestadores atendiendo a su carácter jurídico -empresas familiares, sociedades de capital- a su nacionalidad, etcétera;
- la capacidad del gobierno en materia de normatización y acreditación de agentes y de control y fiscalización *ex post* de los mismos.

Es importante comprender que las reglas de juego, las formas que adopta la competencia entre oferentes, y la organización y división social del trabajo en cada mercado particular constituyen hechos de naturaleza histórica. Si bien pueden describirse como una fotografía en un punto dado del tiempo, necesariamente deben comprenderse como parte de un proceso dinámico y evolutivo que cambia a través de los años *pari pasu* con los cambios que se producen en la tecnología médica, en el cuadro epidemiológico que exhibe la sociedad, en el poder político de los diversos actores, etcétera.

Para comprender cabalmente el funcionamiento actual del mercado es necesario estudiar primero el desarrollo histórico y la morfología de mercado de los tres principales agentes prestadores: médicos, clínicas y sanatorios, y productores de medicamentos. Ello permitirá caracterizar la oferta en cada mercado particular y comprender el poder relativo de negociación con que cada agente se desempeña en el escenario global.

A efectos de brindar una primera visión de la importancia relativa de los agentes prestadores, el cuadro II.1 presenta una estructura "tipo" de costos de atención de salud. La misma proviene de información del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) correspondiente a enero de 1987, sobre la base de las respuestas al formulario de encuesta que hizo circular el INOS entre 121 Obras Sociales responsables de la cobertura de 7,2 millones de personas, es decir, del 42% del universo total de la población beneficiada por la seguridad social local. La seguridad social representa cerca del 3,0% del PBI, esto es, poco más de un tercio del gasto global que nuestro país realiza en salud, que ha sido estimado recientemente entre 5.000 y 5.400 millones de dólares estadounidenses (World Bank, 1987 y CONCISA, 1987). Por lo tanto, puede suponerse que la estructura de costos "tipo" a que hace referencia el cuadro II.1 es representativa de lo que ocurre en un vasto sector de la atención médica local, aunque ésta, obviamente, no sea la misma en el área pública y en el campo estrictamente privado. Lamentablemente, en estas dos últimas esferas la ausencia de datos de costos es prácticamente total.¹

¹ No pretendemos en este trabajo alcanzar un excesivo refinamiento de cifras. Frente a la debilidad de los registros disponibles en el país y al carácter no necesariamente imparcial de los varios bancos de datos que nutren el debate cotidiano, es ineludible que en el plano estadístico queden preguntas sin responder. La falta de información y la endeble calidad de los datos disponibles constituyen rasgos de la situación contemporánea que no pueden ser resueltos a nivel de una investigación particular. El tema reclama una acción de mayor escala y profundidad que la que aquí puede ofrecerse y exige que el sector público sea el que encare en el futuro próximo un detenido esfuerzo de mejoramiento de la base estadística disponible si desea afianzar y reordenar su acción regulatoria. Respecto de las cifras aquí citadas véase World Bank 1987 y CONCISA, 1987.

**Cuadro II. 1. Estructura del gasto en salud
según información del INOS 1987**

<i>Rubros</i>	<i>INOS %</i>	<i>%Total</i>
1 - Honorarios Médicos		28,86
Consulta visita	64,64	
Internación clínica	3,23	
Radiografías	4,14	
Práctica quirúrgica	15,36	
Prácticas especiales	12,63	
2 - Gasto Sanatorial		21,85
Pensión	43,07	
Gasto clínico (diálisis)	3,70	
Gasto quirúrgico	16,71	
Otros gastos	15,86	
Radiografías, etc.	20,66	
3 - Honorarios Bioquímicos		8,44
Honorarios	41,69	
Gastos varios	58,31	
4 - Honorarios odontológicos		5,43
Consulta	17,59	
Honorarios	38,15	
Gastos	44,26	
SUBTOTAL		63,78
5 - Fármacos		19,78
6 - Gastos no médicos		16,44
TOTAL	100,00	

Fuentes: "Estructura del gasto total de Obras Sociales", INOS 1987 (trabajo mimeografiado).
Para un dato comparativo véase "Distribución de recursos en el gasto de la atención médica",
FEMEBA, marzo de 1987

Sobre la base de la estructura de costos de Obras Sociales presentada en el cuadro II.1 y recordando que en materia de fármacos la cobertura media de Obras Sociales oscila, en general, en torno del 50% del gasto total -lo que indica que las cifras del cuadro deben incrementarse para acercarnos a la situación real- puede estimarse que los tres mayores oferentes de servicios e insumos de salud absorben más del 75% del gasto total. En otros términos, si se suman honorarios médicos, medicamentos y gastos sanatoriales, se reúne una cifra que oscila entre los 3.200 y los 3.500 millones de dólares estadounidenses, sobre un gasto global anual que, como ya indicamos, varía entre 5.000 y 5.400 millones de dólares.

Dado el peso decisivo de estos tres rubros dentro del conjunto y la naturaleza altamente idiosincrática de sus mercados en lo que hace a las condiciones de ingreso de nuevos oferentes, al origen y naturaleza del cambio tecnológico, al desarrollo de la capacidad tecnológica local, etc., nos proponemos exa-

minar primero cada uno de ellos por separado. En un capítulo posterior -el cuarto de este estudio- intentaremos un análisis de conjunto para aclarar el funcionamiento del sector salud visto como un todo. En nuestra opinión, éste debe estudiarse como si se tratara de un vasto sistema de vasos comunicantes en el que, en ausencia de un conjunto de normas claramente establecidas y respetadas por los distintos agentes participantes, la puja distributiva y el conflicto de intereses se traslada perpetuamente de un mercado al otro, realimentándose una situación de inestabilidad y conflicto. La sobreprestación en materia de consultas médicas, de uso de fármacos, de internación hospitalaria, etc., así como la sobrefacturación de insumos y otras prácticas restrictivas que abundan en el campo de la salud, deben verse como resultado último de la ya mencionada creciente escasez de recursos y de la puja distributiva entre los distintos grupos efectores.

Comenzaremos estudiando el mercado de servicios médicos, que, estimamos, absorbe una masa de recursos de alrededor de los 1.400 millones de dólares anuales.²

2. El mercado de servicios médicos

El mercado de servicios médicos ha experimentado una dramática transformación en el curso de las últimas tres décadas, tanto en el mundo como en la República Argentina. Hemos evolucionado gradualmente desde una profesión liberal, ejercida de manera casi artesanal, en la que el honorario médico constituía fundamentalmente el pago a una calificación personal, hacia un mercado de servicios médicos altamente complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de gran sofisticación. En este mercado los ingresos profesionales no constituyen sólo la retribución a la capacitación personal, sino que también involucran rentas al capital y a la tecnología incorporados en el acto de atención médica.

Con el correr del tiempo ha ido desarrollándose en el interior del mercado de servicios médicos una creciente heterogeneidad estructural asociada a diversos factores y que subyace al elevado índice de concentración de distribución de ingresos de este mercado. Estudios recientes (Bloch, 1986, Estudio Mendocino, 1987 y FEMEBA, 1987) demuestran que, en tanto que el decil superior de profesionales de la salud factura mensualmente a la seguridad so-

² Las bases del cálculo aquí efectuado han sido las siguientes: 1) Aceptamos como válida la estimación de 5.000 millones de dólares como indicativa del gasto total anual que realiza el país en materia de salud, a pesar de que algunos especialistas consideran que dicha cifra constituye una subestimación, por no incluir los gastos de salud que se llevan a cabo para cumplir con la legislación laboral -consultorios médicos y programas de atención primaria en empresas industriales-, en tanto que otros especialistas sugieren que la cifra estaría sobreestimada y, ante la falta de información suficientemente confiable como para realizar un cálculo independiente, hemos decidido adoptar aquí dicha cifra como base de cálculo. 2) Supondremos que los ingresos por honorarios médicos incluyen: a) 600 millones de dólares en el sector de la seguridad social -calculados como 28% de 2.000 millones de dólares-; b) 20 millones de dólares como ingresos que la comunidad médica deriva del sector público -los que estimamos sobre la base de 40.000 puestos de trabajo médico en hospitales públicos a un ingreso medio de 500 dólares (de 1985) por profesional. El monto restante -entre 600 y 800 millones de dólares- derivan del pago directo de bolsillo en el sector privado.

cial cifras que superan -a precios de mayo de 1985- los 10 mil australes mensuales, los cuatro deciles inferiores de la distribución de ingresos sólo alcanzan a facturar 100 australes por mes. Los cuatro deciles intermedios muestran una facturación promedio del orden de los 700 australes mensuales, lo que sugiere que, a grandes rasgos, el primer decil de la distribución logra capturar una parte importante del total de ingresos, dejando sólo una fracción menor para los últimos tres o cuatro deciles de la misma. Por lo tanto, la evidencia empírica disponible confirma la presencia de un elevado índice de concentración del ingreso en el interior de la comunidad médica.

Como acabamos de señalar, esta concentración tiene que ver con la organización y la división social del trabajo que la medicina ha ido tomando en nuestro medio en el curso de las últimas décadas, fenómeno que ha estado fuertemente condicionado por el avance de la especialización, por la incorporación masiva de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, por el rápido ritmo de ingreso de nuevos profesionales al mercado y su mayor propensión a incorporarse como asalariados en relación de dependencia, por los cambios que la matrícula ha experimentado en términos de composición femenino-masculina, etc. Todos estos temas serán examinados a continuación a fin de arrojar cierta luz sobre la morfología y el comportamiento del mercado médico. Antes de hacerlo, sin embargo, creemos útil comenzar con un breve comentario de naturaleza histórica para definir a grandes trazos el particular sendero que tomó la medicina en nuestro medio y muchos de los rasgos que actualmente caracterizan el accionar de la comunidad médica en los diversos mercados de nuestra geografía.

El temprano desarrollo de la medicina en nuestro país estuvo íntimamente ligado a las escuelas europeas, particularmente a la francesa y, con posterioridad, a la alemana e inglesa (Corne *et al.*, 1977, pág. 123). Ello es cierto, tanto en el plano de la medicina privada como en la esfera del hospital y de la higiene pública. En uno y otro niveles los profesionales que lideraron el desarrollo local de la medicina se nutrieron en el medio europeo y trasplantaron al contexto doméstico doctrinas, tecnologías de proceso y de organización y hasta prejuicios originarios del debate europeo de la época.

La primera aplicación de anestesia general en el país, y probablemente también en América Latina (*Buenos Aires Herald*, 28 de octubre de 1944) la realizó el doctor Juan Guillermo Makenna en el Hospital Británico en 1848. Años más tarde, en 1877, el doctor Manuel Montes de Oca incorporaba la novedad de la antisepsia y antes de fin de siglo, en 1896, el doctor Jaime Acosta iniciaba el uso de la radiología. Dichos cambios tecnológicos hicieron que, desde comienzos del siglo, la cirugía se transformara en la más importante disciplina científica dentro de la profesión médica. "Los doctores Pedro Chutro, Enrique Finochietto y José Arce simbolizan a toda una generación médica que pega el salto hacia la madurez de nuestra clínica quirúrgica" (Corne *et al.*, 1977, pág. 131). El primero de los nombrados fue el fundador de la Sociedad de Cirugía en 1911. Finochietto fue condiscípulo de aquél y, al igual que Chutro, fue jefe de cirugía de un hospital parisino durante los años de la Primera Guerra Mundial. También el doctor José Arce fue una figura de relieve internacional; además de desempeñarse como profesor titular de cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde 1919 hasta 1942, fue decano de dicha Facultad y rector de la Universidad de Buenos Aires.

Los anteriores, junto con otros médicos como Mariano Castex, José Tori-

bio Ayerza y Salvador Massa, consiguieron que la medicina argentina alcanzara madurez y prestigio internacional en la primera mitad del siglo actual, hecho corroborado con el otorgamiento del Premio Nobel de Medicina al Doctor Bernardo Houssay en 1947.

Esta línea de desarrollo doctrinario e intelectual de la comunidad médica local introdujo un sesgo fuertemente academicista en la formación del profesional médico y en la concepción de la relación médico-paciente. Asimismo, marcó una visión sumamente particular del rol que cumplen el conocimiento científico y la investigación biomédica en el arte de curar y sobre la preponderancia de factores biológicos en la relación salud-enfermedad.

Todo esto incidiría posteriormente -y de manera crucial- tanto en la naturaleza de la formación universitaria impartida en nuestras facultades de medicina (Troncoso, 1985) como en el rumbo que tomaron los esfuerzos domésticos de investigación y desarrollo en el campo biomédico y sociomédico (Katz, 1987). También en el plano de la higiene pública observamos un proceso parecido, esto es, fuertemente enraizado en las tradiciones europeas, particularmente francesa. Este tema será examinado en detalle en un capítulo posterior, cuando nos ocupemos del desarrollo del hospital público en nuestro medio; no obstante, conviene citar aquí brevemente a S. Vuegen quien, en un estudio referido a la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital Rivadavia en 1887, afirma: "El moderno hospital francés, casi sin modificaciones, es el modelo que se encuentra en la génesis del hospital moderno de Buenos Aires." Y continúa afirmando que en el caso del Hospital Rivadavia no será solamente el "modelo" de institución lo que se transfiere, sino que "...llegarán de Francia gran parte del instrumental y equipamiento médico, el material de construcción, como hierros, mármoles, baldosas, el diseño de las cocinas y las camas. Se comprarán allí ropa de cama y de baño, sillones, mesas y otro tipo de muebles, etc." (Vuegen, 1987).

En esa temprana época, la medicina estatal en nuestro medio crece asociada a la sanidad marítima -ingeniería sanitaria de puertos y ciudades-, como también a la producción industrial. En este último plano, la promulgación del Código de Trabajo en 1904 institucionaliza un conjunto de acciones sanitarias destinadas a mejorar las condiciones de trabajo y elevar la productividad (García, 1982). Tras una breve etapa -en los años treinta- en que el país sufre un retraso relativo con respecto a otras latitudes en materia de salud pública y seguridad social, ambos temas comienzan a adquirir mayor presencia a partir de los años cuarenta. En 1943 el Departamento Nacional de Higiene se transforma en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, la que, a su vez, en mayo de 1946 se transforma en Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y, en marzo de 1949, en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Desde 1946 hasta 1954, el doctor Ramón Carrillo dirigió los destinos de la política pública en este campo; creó gran cantidad de hospitales en el interior del país e impulsó la realización de importantes campañas masivas para erradicar enfermedades endémicas en nuestro medio como, por ejemplo, el paludismo. Los doctores Alberto Alvarado y Jorge Coll desarrollaron esta línea de trabajo médico-epidemiológico.

No obstante el desigual peso relativo que ambas vertientes doctrinarias -la "biologista" y la "higienista"- alcanzaron en nuestro medio, una y otra han permeado la historia médica y universitaria del país y aún hoy subyacen bajo los "modelos" asistenciales que sucesivas generaciones de graduados van adquiriendo a su paso por nuestras escuelas de medicina. Es por ello que los jui-

cios de valor, las percepciones éticas, o las elecciones tecnológicas, profundamente arraigadas en la comunidad médica -y claramente determinantes de la conducta individual de cada profesional en el mercado- deben ser comprendidas como parte de un proceso histórico de larga data (Troncoso, 1985).

Efectuada esta breve reflexión histórica, pasamos ahora a ocuparnos de ciertos aspectos morfológicos de la oferta de servicios médicos. Tamaño de la comunidad médica, distribución de la misma por edades, composición femenino-masculina, peso relativo de la especialización, son algunos de los rasgos que examinaremos antes de considerar su incidencia sobre el funcionamiento del mercado y la competencia.

En términos de tamaño relativo de la comunidad médica respecto del total de población, Argentina exhibe una situación claramente privilegiada en el mundo. Sus casi 70.000 médicos activos (World Bank, 1987, pág. 38) indican una dotación, para 1985, de 425 personas por profesional, cifra solamente superada, en ese entonces, por Italia e Israel, con 340 y 370 habitantes por médico; respectivamente. No sólo la dotación de médicos es alta, sino también su tasa de crecimiento, lo que abre varias preguntas cruciales acerca del impacto que ello tiene sobre la morfología del mercado médico y sobre las formas que adopta en él el juego competitivo. Como lo atestigua el citado informe (World Bank 1987), "entre 1973 y 1976 la admisión a las siete principales escuelas de medicina no fue restringida, razón por la que los postulantes se triplicaron llegando a 18.440 en 1974." Tras una caída en las admisiones durante la etapa del gobierno militar, en 1984 vuelven a crecer de 3.000 a 8.000. Este ritmo "espasmódico" -aunque en promedio sumamente alto- de entrada de nuevos postulantes a la formación médica dio lugar a un primer "boom" de graduaciones entre 1979 y 1984 con un promedio anual de 5.000 nuevos ingresantes a la profesión, fenómeno que volverá a repetirse hacia 1990 en función de los alumnos actualmente en formación.

Las estadísticas de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) referidas a la provincia de Buenos Aires reflejan con dramatismo este problema. "En cinco años -entre 1977 y 1982- la cantidad de médicos inscritos en el sistema federado creció en un 51%, o sea, de 11.007 a 16.709 médicos, con un ritmo anual del 8,2% (...) en tanto que la población general creció al 1,6% anual" (FEMEBA, 1983).

Se puede esperar *a priori* que semejante ritmo de incorporación de nuevos profesionales -se calcula que en los próximos cinco años ingresarán al mercado 25.000 nuevos médicos-, debería afectar profundamente a la organización y división social del trabajo médico y a las reglas competitivas prevalentes en el mercado. Como veremos, es lo que efectivamente está ocurriendo, aunque vale la aclaración de que el mayor o menor funcionamiento de las fuerzas competitivas no sólo depende de la dimensión absoluta y de la tasa de crecimiento de la comunidad médica, sino también de su distribución espacial, de su mayor o menor propensión a trabajar en relación de dependencia, de su grado de especialización, etcétera.

Veamos cada uno de estos temas. La localización geográfica de los médicos introduce un primer conjunto de calificaciones a los datos hasta aquí examinados. Un ejemplo que se repite a lo largo de la geografía nacional revela la naturaleza del problema. En tanto que la ciudad de La Plata presenta un médico cada 150 habitantes, el partido de Moreno exhibe uno cada 2.000 (Pérez Arias y Feller, 1983) y las cifras se tornan aun más dramáticas -5.000 o

más habitantes por médico- en zonas de frontera, en comunidades indígenas y en otros núcleos poblacionales marginados.

En otros términos, el exceso de oferta y la fuerte escasez de médicos son rasgos que conviven en el seno de la estadística agregada; ello, obviamente, tiene que ver con el funcionamiento de la competencia entre profesionales que, por cierto, tenderá a ser más alta en grandes conglomerados urbanos que en pueblos o ciudades más pequeñas o en parajes rurales. Veremos cómo ello afecta tanto la organización y naturaleza del acto médico como la formación de precios en el mercado de servicios médicos y sanatoriales.

Además del tamaño de la comunidad médica y de su localización, también incide sobre el accionar del mercado la distribución etérea y por sexo de los médicos profesionales.

Tomando como base la información de FEMEBA (FEMEBA, 1983 y también Pérez Arias y Feller, 1983) sabemos que el 75% de los médicos en ejercicio tiene menos de 50 años de edad, en tanto que el 45% sólo alcanza a los 40 años. Además de la juventud, resalta el hecho de que en los tramos etéreos más bajos ha crecido significativamente la proporción de mujeres. Así, en el tramo etéreo de 25 a 34 años -esto es, en el grupo de profesionales que tienen 10 años o menos de graduados- el 54% de los casi 25.000 médicos que registra la provincia de Buenos Aires son de sexo femenino (Pérez Arias y Feller, 1983, pág.9). El mismo estudio revela que el 82% de las profesionales médicas -las que, en conjunto, constituyen cerca del 25% del total de médicos que registra la provincia de Buenos Aires- tiene menos de 45 años de edad y 20 o menos años de graduación.

Edad y sexo parecerían estar asociados a las distintas modalidades de inserción del médico en el mercado de trabajo. 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 (Belmartino, Bloch y de Quinteros, 1980, pág. 63). 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 significativo (Machado y Laité, 1986, pág. 29).

En resumen: la dimensión de la comunidad médica en determinado ámbito geográfico, el ritmo de crecimiento de la misma a través de la incorporación de nuevos graduados, y la edad y sexo de éstos, son todos rasgos que favorecen el desarrollo de fuerzas competitivas en el interior del mercado médico. Es más, dichas variables permiten comprender la incipiente aparición de un "proletariado médico" que trabaja como asalariado de grandes grupos corporativos que avanzan en la institucionalización de la medicina comercial. Frente a esto, como en seguida veremos, el creciente nivel de especialización que va adquiriendo la profesión a través del tiempo actúa en sentido contrario, es decir, favoreciendo la diferenciación del producto y el desarrollo de nuevas formas de organización y división social del trabajo médico con la aparición de "nichos" de mercado e imperfecciones en la competencia.

El grado de especialización en el mercado médico argentino es elevado. Según datos del Banco Mundial el 57% de los médicos actúan como especialistas (World Bank, 1987, pág.43), cifra que Belmartino *et al.*, (1980, págs. 38 y 40) colocan en el 59% en la muestra de 3.200 médicos con que trabajaron en la ciudad de Rosario.

Sin embargo, el peso relativo de la especialización no se distribuye de ma-

nera homogénea entre los distintos tramos etéreos en que se divide la población médica. En tanto que el peso relativo de los especialistas es bajo -10% de la muestra examinada por Belmartino *et al.* (1980)- entre aquéllos que tienen de 0 a 4 años de antigüedad en la profesión, crece dramáticamente hasta alcanzar cerca del 80% de la muestra entre quienes tienen de 15 a 30 años de ejercicio de la medicina.

A su vez, la categoría de ejercicio *combinado* de la profesión -esto es, de médicos que dicen ser especialistas o clínicos y que ejercen en ambos campos simultáneamente según las circunstancias- también cae significativamente al pasar del grupo etéreo más joven -esto es, el de 0 a 4 años de ejercicio en la profesión- al grupo con 15 a 30 años de experiencia profesional (Belmartino *et al.*, 1980, pág. 39). Habiendo ubicado la importancia relativa de la especialización dentro de la comunidad médica, corresponde ahora examinar cuáles son los pro y los contra -pecuniarios y no pecuniarios- asociados a ella. A falta de otros estudios sobre el tema también aquí habremos de basarnos en los resultados publicados por Belmartino *et al.* en 1980.

Según dichos autores, la especialización que se logra, por ejemplo, por vía de las "concurrencias" médicas y de los cursos normatizados de las sociedades científicas (con o sin requisitos de examen, evaluación y trabajos de tesis), permite acceder a diversos beneficios, entre los que se destacan: 1) menor carga de trabajo semanal: en tanto que la media muestral de horas de trabajo semanal oscila, en la información de Belmartino *et al.* (1980), en torno de las 60 horas (cinco jornadas de 12 horas), sólo el 25% de los especialistas, contra casi el 40% de los médicos clínicos muestrados, aparecen trabajando más de dicho número de horas semanales; 2) menor incidencia del trabajo en relación de dependencia y de los ingresos profesionales provenientes de éste (Belmartino *et al.*, 1980, págs. 67, 68 y 80); 3) mayor probabilidad de tener en propiedad equipos y aparatos complejos para el ejercicio de la actividad profesional (Belmartino *et al.*, 1980, pág. 71).

Ahora bien, como ya dijimos, mientras que la dimensión y el ritmo de crecimiento de la comunidad médica y su composición en edad y sexo parecen favorecer el desarrollo de fuerzas competitivas en el mercado médico, el elevado -y creciente- índice de especialización lleva a la diferenciación del producto y al desarrollo de "nichos" de mercado. En ellos, el monopolio o el oligopolio diferenciado constituyen las formas de organización prevalentes y los precios del servicio reflejan la presencia de rentas diferenciales asociadas a la especialización y al equipamiento de alta complejidad.³

Examinados los temas anteriores es conveniente prestar atención ahora a ciertos aspectos de la estructura institucional que caracterizan al mercado médico y que también aparecen como factor clave en la comprensión del funcionamiento de ese mercado, de la formación de precios, etcétera.

La profesión médica se estructura en entidades gremiales de primero, segundo y tercer grado. Los colegios o círculos médicos constituyen los entes de primer grado; se agrupan en Federaciones Médicas que, a su vez, se reúnen en una entidad de tercer grado de carácter nacional que es la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). El médico individual

³ Son muchos los convenios entre la seguridad social y el sistema prestador que admiten formas diferenciales de pago en función de la antigüedad del profesional involucrado.

percibe como una necesidad el afiliarse a las entidades de primer grado. Ello deriva del hecho de que el colegio o círculo del área de su residencia es el que consigue con exclusividad la contratación con Obras Sociales. En otros términos: resulta imposible facturar a la seguridad social actuando como médico aislado; este trámite debe realizarse a través del colegio médico 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 de gestión de cobro de sus facturas por honorarios. Debido a este mecanismo, los médicos que más facturan son los que poseen mayor peso gremial en el círculo o colegio individual. A su vez, los colegios se agrupan en federaciones, en las que vuelve a repetirse un proceso similar de concentración del poder gremial en manos de los círculos de mayor número de afiliados y recaudación financiera. En aquellos casos en los que los círculos pequeños votan en pie de igualdad con respecto a los grandes para conducir la federación suelen aparecer fracturas, por el hecho de que estos últimos no tienen poder gremial acorde con su peso económico. Tal es el caso de la *Agremiación Médica Platense*, o del *Círculo Médico de Mar del Plata*, que se separaron de la *Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMBA)* hace ya varios años. La federación o los círculos médicos grandes negocian directamente con la seguridad social los contratos de atención médica cobrando las facturas de sus afiliados. Esta misma es la que en algunos escenarios provinciales subcontrata a clínicas y sanatorios y actúa como eventual pagador a los distintos efectores. El cronograma de pago puede variar entre efectores, quedando librado a la discrecionalidad de la federación -o de los círculos médicos- el manejo financiero de los recursos. Esto da pie a un complejo problema de apropiación y uso de rentas financieras que juegan un papel importante a la hora de estudiar el funcionamiento del mercado en su totalidad.

Finalmente, la *COMRA* -institución de tercer grado- agrupa a las federaciones y actúa como ente de negociación a nivel de las autoridades nacionales, del *INOS*, etc., en lo que atañe al nomenclador de prestaciones, al valor de la unidad "galeno", a las políticas de normatización, de acreditación, de educación universitaria, de seguro nacional de salud, etcétera.⁴

Tal como indicáramos algunos párrafos más arriba, el funcionamiento del mercado médico depende tanto de las características de la oferta de profesionales -ritmo de ingreso al mercado, edad, sexo, especialización, etc.- como del marco institucional y gremial en el que dichos profesionales se integran a la tarea. En tanto que el incremento de oferta favorece el desarrollo de fuerzas competitivas, la "cartelización" bloquea la competencia y le otorga rasgos idiosincráticos que examinaremos con mayor detenimiento en el capítulo IV de este trabajo. Continuando con nuestro examen de la morfología de los mercados prestadores, pasamos ahora a ocuparnos de los servicios sanatoriales.

⁴ Véase la posición de la *COMRA* sobre el proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud en "Cuadernos Médicos Sociales" (junio 1986).

3. El mercado de servicios sanatoriales

Los ingresos totales de clínicas, sanatorios y hospitales privados -con y sin fines de lucro (de comunidad, etc.)- pueden estimarse en torno de los 1.200 millones de dólares estadounidenses. La cifra global abarca los ingresos por internación de los 1.740 hospitales privados que operan en nuestro país, los que controlan 47.000 camas de las 150.000 que normalmente se acepta como el total disponible en nuestro medio (World Bank, 1987, págs. 29 y 52).

No obstante el fuerte peso relativo que hoy posee este sector, es importante comprender que su desarrollo constituye un hecho relativamente reciente en el contexto local y que ocurrió *pari pasu* con el crecimiento que fue experimentando la seguridad social en nuestro medio.

Como en el caso de los médicos, es conveniente iniciar el presente examen con una breve referencia histórica. Resulta factible discernir por lo menos tres etapas diferenciadas en lo que hace a la historia evolutiva de este sector prestador de servicios. El primer "corte estructural" importante se asocia con el tema de la internación y puede ubicarse entre los años 1930 y 1940. Dejando a un lado el hospital público -en el que, por lo general, se internaba la persona de escasos recursos económicos que no podía recibir atención en su propio domicilio- y los hospitales de comunidades u hospitales de beneficencia -como el Italiano, el Británico, el Israelita, etc., de los que nos ocuparemos en el capítulo V de este trabajo- era rara la existencia de centros privados de internación en las primeras dos o tres décadas del siglo. En un importante número de casos los mismos se inician en escala pequeña y casi como extensión del domicilio privado del médico, en el que éste comienza a ofrecer cuidados postoperatorios, atención de partos, etc. Lo que hoy conocemos como el Instituto de Diagnóstico, la Clínica Marini, la Clínica del Sol, el Sanatorio Otamendi y muchos más, se iniciaron como la prolongación del trabajo profesional de un médico particular o de un grupo pequeño de médicos.

A partir de la década del cincuenta comienza a aparecer un nuevo tipo de sanatorio general, de mayor nivel de complejidad, diseñado no ya como el lugar de trabajo particular de un médico o de un pequeño grupo de médicos, sino como un centro de atención diversificada. Institutos Médicos Antártida, el Sanatorio Güemes, etc., pertenecen a esta siguiente "generación" de entidades sanatoriales. La magnitud de los recursos de capital involucrados y el número de socios médicos que se agrupa alrededor de este tipo de empresas médicas hacen que, desde el punto de vista institucional y organizativo, sean firmas de mucho mayor nivel de complejidad que las del grupo anterior. Un tercer "corte estructural" en la tecnología de atención médica y en la complejidad de las entidades sanatoriales puede ubicarse sobre el fin de la década del sesenta e inicios de la del setenta, momento en el que se sucede una extensa nómina de cambios tecnológicos que tornan más especializada la práctica profesional y la organización y división social del trabajo médico. La incorporación de salas de terapia intensiva, de unidades de neonatología, de diálisis renal, etc., se asocia a la importación de nuevos y complejos equipos de capital que sólo algunas de las entidades sanatoriales han estado en condiciones de instalar y de absorber eficientemente dentro de su rutina operativa. Cada uno de estos procesos de incorporación tecnológica demandó un lento y costoso período de adaptación y aprendizaje, en el curso del cual la organización del trabajo médico de la institución receptora y el "paquete" tec-

nológico importado tuvieron que sufrir modificaciones y ajustes recíprocos para adaptarse a una nueva dinámica operativa seguramente distinta a la involucrada en el país en el que originariamente se aplicaba esa tecnología.

No fueron pocas las entidades que fracasaron en seguir el acelerado ritmo de transformación tecnológica y que, eventualmente, debieron retirarse del mercado ante el rigor de la competencia.

Esta rápida caracterización de "generaciones" tecnológicas en el universo de clínicas y sanatorios no es independiente de la localización geográfica y del tamaño del mercado en el que trabaja cada clínica en particular.

La Capital Federal o algunas grandes ciudades del interior -como Rosario, Córdoba, Mendoza, etc.-, muestran un amplio universo de entidades sanatorias en el que están representados los diversos estratos de tamaño y niveles de complejidad descritos. En cambio, ciudades chicas del interior o incluso capitales de provincias más pequeñas atraviesan un "estadio madurativo" menos desarrollado, en el que la clínica personal o el sanatorio de baja complejidad constituyen el eje del mercado.

Ahora bien, en cualquier mercado el analista económico enfrenta una distribución de firmas por edad, tamaño, nivel de complejidad, tipología del grupo propietario (cooperativas o cuasi cooperativas médicas frente a las empresas de capital) etc., y puede examinar las razones que explican la performance diferencial entre empresas. En el caso de clínicas y sanatorios también es conveniente estudiar el impacto diferencial de variables tales como las economías de escala, el grado de utilización de la capacidad instalada, la incidencia del "mix" de casos atendidos -pacientes agudos vs. crónicos-, el volumen y la naturaleza de la atención quirúrgica brindada, la conducta de reinversión de capital del grupo propietario, etc., sobre la velocidad de rotación del capital invertido y la rentabilidad empresaria. Pensamos que un análisis de este tipo permitirá comprender el funcionamiento del mercado de clínicas y sanatorios, así como su interrelación con los restantes mercados del área de la salud, con los que compite por recursos cada vez más escasos. A dicho análisis nos abocamos a continuación.

Desde un punto de vista microeconómico, y bajo condiciones de *ceteris paribus* respecto del conjunto de variables macro, debemos suponer que la tasa interna de ganancia de una clínica médica está asociada a: 1) el "mix" de casos que atiende; éste puede tener un mayor o menor contenido de atención clínica, de enfermos quirúrgicos, 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 empresaria, tanto en el plano administrativo como en el área de la atención médica. Esto último tiene mucho que ver con la calidad del servicio brindado que, obviamente, exhibe un fuerte grado de variabilidad entre efectores según la forma en que cada grupo empresario decide cubrir riesgos quirúrgicos, proveer controles varios asociados al cuidado de un cuadro clínico dado, etc. Dicho grado de eficiencia empresaria es también función de los objetivos del grupo propietario, es decir, si funciona como una cooperativa médica que utiliza el establecimiento como lugar de trabajo o si el manejo se realiza con el estricto objetivo de extraer rédito de la inversión realizada.

El ingreso de nuevas clínicas al mercado se produjo a un ritmo acelerado en el curso de las últimas dos décadas. Como ocurre en los modelos convencionales de teoría económica, la percepción de que en el campo de los servi-

cios sanatoriales existían rentas diferenciales captables atrajo a un creciente número de empresarios-médicos, lo que llevó a que la oferta de servicios sanatoriales privados prácticamente se duplicara en sólo pocos años. Al respecto, el informe del Banco Mundial comenta: "Pequeños hospitales 'for profit' -con menos de 40 camas- han proliferado en las pasadas décadas y ahora cuentan con el 47% de todas las camas privadas. Ellos son poseídos y operados por un pequeño grupo de Médicos." (World Bank, 1987, pág. 30). En esta oferta incremental de servicios sanatoriales se observa una significativa variancia en lo que hace al tamaño, tipo y calidad de la atención ofrecida, al grado alcanzado en la utilización de la capacidad instalada, etc. Así, mientras que en un extremo de la distribución se alcanzan simultáneamente altos estándares de calidad y elevados índices de utilización de la capacidad instalada, en el otro extremo resulta proverbial la baja calidad, el incumplimiento de normas y, concomitantemente, la subutilización de la capacidad instalada disponible. Es justamente esta última -y su incidencia sobre la velocidad de rotación y la tasa de ganancia del capital empleado- la que crecientemente está dando lugar a fracturas en los acuerdos interempresarios en que se basa la organización de este mercado -acuerdos, por ejemplo, sobre la libre elección del médico y del lugar de internación por parte del usuario-, al par que induce a algunos prestadores a buscar soluciones "pactadas" con determinadas Obras Sociales o firmas de prepago en torno de contratos capitados, contratos por cartera fija, etcétera.

Al parecer, la probabilidad de que se produzcan dichas fracturas depende del poder relativo de negociación de la Confederación de Clínicas y Sanatorios -entidad que agrupa a efectores que controlan aproximadamente el 64% de la oferta total de camas privadas disponibles en el país. A su vez, dicho poder de negociación debe suponerse inversamente correlacionado con el tamaño y la fragmentación de la demanda, básicamente la que proviene del sector de Obras Sociales. Así, en mercados como la Capital Federal y el conurbano, donde existen numerosas Obras Sociales con gran cantidad de afiliados -lo que les confiere fuerza para negociar-, el poder relativo de negociación de la entidad gremial sanatorial debe ser necesariamente bajo, en tanto y en cuanto los entes de la seguridad social pueden contratar directamente con los oferentes, en lugar de hacerlo a través de la entidad madre. El recurrir a la contratación directa permite a las Obras Sociales obtener mejores precios y condiciones generales de atención, sacrificando a cambio el principio de libre elección del lugar de internación por parte de sus asociados. Inversamente, en ciudades chicas y pueblos del interior, la Federación de Clínicas de la jurisdicción adquiere mayor poder relativo de negociación vis a vis las Obras Sociales debido a que estas últimas cuentan con una cartera menor de afiliados; se revitaliza aquí el principio de la libre elección de sanatorio sustentado por la Federación (*Clarín*, junio 1987).

Tal como en el caso de los servicios médicos, el funcionamiento del mercado de servicios sanatoriales depende del ritmo y naturaleza del crecimiento y de la naturaleza de la oferta -número de nuevas clínicas que ingresan al mercado, ampliaciones de las existentes, calidad y complejidad de las mismas, etc.- y también del poder de *lobby* alcanzado por las entidades gremiales del sector. Volveremos sobre este tema en el capítulo IV.

4. El mercado de medicamentos

En 1985 la industria farmacéutica argentina produjo especialidades medicinales por un valor aproximado a los 1.000 millones de dólares, tomando el producto a precios de salida de fábrica, lo que representa 1.500 millones de dólares, aproximadamente, a precios finales de consumidor.

Expresado en términos físicos, las ventas constituyeron unos 500 millones de unidades anuales, sumando productos éticos (venta bajo receta) y rubros de venta libre (sólo el 6% del mercado global).

Dicha producción se efectuó en 225 laboratorios farmacéuticos, de los cuales aproximadamente 170 son empresas de capital nacional y 55 son subsidiarias de firmas transnacionales. En tanto que las primeras cubren el 55% del mercado, las segundas absorben el 45% restante. Tomados en conjunto, dichos laboratorios emplean a unas 25.000 personas y su producción representa cerca del 3% del producto bruto industrial del país.

Desde el punto de vista de una comparación internacional, es factible identificar al menos cuatro "estadios" madurativos en la industria farmacéutica. Al primer estadio madurativo pertenecen las naciones que históricamente han liderado el mercado químico mundial: Alemania, Suiza, Estados Unidos, Gran Bretaña, etc. (Katz, 1984).

Argentina pertenece a lo que en la literatura se caracteriza como "Estadio Evolutivo II" en el campo farmoquímico, lo que la coloca a significativa distancia de las naciones desarrolladas, aunque en situación de privilegio dentro del mundo en desarrollo. Nuestro país comparte dicha situación con Brasil y México, dentro de América Latina, y con España e India, fuera del contexto regional. Los países del "Estadio Evolutivo II" se caracterizan por poseer una industria farmacéutica local capaz de abastecer íntegramente al mercado interno de especialidades -excepción hecha de algunos productos muy particulares, como los oncológicos-, pero sobre la base de un componente muy elevado de principios activos o materias primas farmacéuticas importadas. La industria farmacéutica y farmoquímica de estos países incursiona de manera incipiente y en escala francamente reducida en el negocio de exportación de principios activos.

Como ya señalamos, la industria final de especialidades farmacéuticas alberga en nuestro país tanto a un sector de firmas de capital nacional como a un extenso número de subsidiarias locales de firmas farmacéuticas transnacionales. La lógica de funcionamiento de uno y otro grupos de empresas difiere significativamente. Las firmas de capital nacional actúan sobre la base de un ritmo más frecuente de lanzamiento de "nuevos" productos al mercado, con una mayor intensidad de combinaciones de drogas o principios activos conocidos y con más fuertes gastos de promoción y ventas dirigidos a la comunidad médica. En cambio, el grupo de subsidiarias de firmas transnacionales opera con un ritmo menor de lanzamientos anuales, basado más en monodrogas que en combinaciones medicamentosas, y con un mayor componente de materias primas farmoquímicas importadas desde sus respectivas casas matrices o firmas asociadas a "precios de transferencia", que guardan poca relación con el costo competitivo de producción de las drogas involucradas. Además de las diferencias anteriores, también importan a los fines de este estudio, el mayor peso relativo que las subsidiarias de firmas transnacionales otorgan al cumplimiento de normas internacionales de manufactura y control de calidad (normas GPM) y el efecto que ello tiene sobre los costos de pro-

ducción, dadas las fuertes deseconomías de escala que genera un mercado pequeño como el local. En efecto, a pesar de que un sector importante de los mejores establecimientos farmacéuticos de capital nacional cumple con rigor exigencias internacionales de manufactura y control de calidad, ésta no es la situación del grueso de las firmas de capital nacional. La exigencia que en este sentido le plantea a cada subsidiaria doméstica su respectiva casa matriz internacional hace que, en un número significativo de casos, la escala de producción local impida alcanzar niveles aceptables de rentabilidad operativa, lo que cuestiona seriamente la viabilidad a largo plazo del grupo empresario respectivo. Como ocurre con los temas anteriormente mencionados -número de lanzamientos anuales de productos nuevos, gastos de promoción y ventas, monodrogas vs. combinaciones, etc.-, este último tema, es decir, el mayor o menor cumplimiento de normas y exigencias internacionales de manufactura y control de calidad, debe verse como parte del conflicto interempresario subyacente en el mercado de medicamentos.

A pesar del interés intrínseco de muchos de estos temas, en el curso de este trabajo sólo habremos de detenernos en el examen de aquellos aspectos centrales de la morfología y el comportamiento del mercado farmacéutico que inciden de manera sustantiva sobre el funcionamiento del sector salud en su totalidad. Esto implica que muchas cuestiones de importancia general para una comprensión más cabal del tema farmacéutico serán aquí soslayadas, por lo que el lector deberá remitirse a otras publicaciones que aborden el tema de manera más global (Katz, 1974, y Katz, 1986). Concentraremos aquí nuestra atención sobre el lanzamiento de productos nuevos como determinante del ritmo de crecimiento empresario y sobre el impacto que ello tiene en la participación relativa de las firmas de capital nacional y extranjero en las ventas totales de la industria. Tal como tendremos oportunidad de ver, este hecho repercute significativamente 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 el conjunto del sector salud opera a través del tiempo.

El cuadro II.2. muestra la participación relativa de los principales 25 laboratorios farmacéuticos activos en el medio argentino en 1969 y 1984. Obviamente, los nombres de las firmas no tienen por qué ser los mismos, ya que el ritmo de crecimiento de las empresas ha sido diferente a través del tiempo, lo que generó los cambios en el "ranking" que exhibe el sector.

Los datos del cuadro II.2. deben manejarse con cierta cautela porque reflejan fenómenos de muy diverso tipo, tales como cierre de empresas, fusiones, transferencias parciales o totales de las "líneas" de productos de firmas que dejaron el mercado a otras que permanecieron en él, caídas y ascensos muy espectaculares de firmas particulares, etcétera.

Así, por ejemplo, en 1986 Squibb había cerrado sus puertas; Ciba Argentina se había fusionado con Geigy Argentina; Gerardo Ramón, Eli Lilly, Pfizer, Schering, Lederle-Cyanamid, Raffo y Promeco, habían perdido posiciones de manera abrupta dentro del ranking de empresas, en tanto que otras firmas que no integraban la nómina de las 25 mayores en 1969 sí lo hacían en 1986, como es el caso de Montpellier, Microsules-Bernabó, Phoenix, Gador, Beta, Sidus, Syntial, etc. En otros términos, tras una superficie aparentemente calma, en realidad se oculta un leve aumento de la concentración agregada y una profunda recomposición interempresaria en la que diversas firmas de ca-

Cuadro II.2. Veinticinco laboratorios farmacéuticos en 1969 y 1984

<i>Laboratorio Farmacéutico</i>	<i>Posición en 1984</i>	<i>Origen Matriz</i>	<i>Participación en Ventas totales</i>	
			1969	1984
1 - Roche	3	Suiza	4,3	4,6
2 - Lepetit	13	USA	2,8	2,0
3 - Roemmers	1	Argentina	2,8	6,3
4 - Pfizer	20	USA	2,6	1,8
5 - Argentia	9	Argentina	2,5	2,3
6 - Squibb & Son	no figura	USA	2,5	---
7 - Abbott	4	USA	2,3	3,4
8 - Bagó	2	Argentina	2,1	5,5
9 - Boehringer	22	Alemania	2,1	1,8
10 - G. Ramón	40	Argentina	1,9	1,3
11 - Winthrop	61	USA	1,8	0,4
12 - Ciba	7	Suiza	1,8	2,4
13 - Inca	24	Argentina	1,7	1,7
14 - Geigy	7	Suiza	1,7	2,4
15 - Eli Lilly	43	USA	1,7	1,2
16 - Merck, Sharp & Dohm	6	USA	1,7	3,1
17 - Hoechst	21	Alemania	1,7	1,8
18 - Schering	42	Alemania	1,6	1,2
19 - Promeco	32	Alemania	1,6	1,3
20 - Raffo	47	Argentina	1,6	0,8
21 - Beta	33	Argentina	1,4	1,4
22 - Glaxo	26	Gran Bretaña	1,4	1,6
23 - Parque Davis	39	USA	1,4	1,3
24 - Lederle-Cynamid	54	USA	1,3	0,7
26 - Roux Ocefa	28	Argentina	1,3	1,6

Fuente: IMS, varios números

pital extranjero -y sólo algunas pocas de capital nacional- han perdido terreno relativo frente a otras que lograron ascensos de carácter vertiginoso. A pesar de que dentro de estas últimas se ubican algunas pocas subsidiarias de grupos extranjeros -por ejemplo, Bayer o MSD-, esta categoría parece describir más bien el caso de diversos fabricantes medianos de capital nacional que lograron una rápida mejora de su posición relativa en el curso de pocos años.

El ascenso relativo de diversos grupos empresarios de capital nacional en el ranking de la industria y la concomitante pérdida de posición del sector de empresas extranjeras constituye uno de los temas centrales en este estudio del mercado farmacéutico. El mismo reclama un examen pormenorizado que encaramos a continuación.

En el quinquenio comprendido entre 1980 y 1985 entraron al mercado farmacéutico argentino 1.577 productos nuevos, 544 de ellos lanzados por firmas de capital extranjero y 1.033 por empresas de capital nacional. Dado que el precio promedio de los productos que tienen entre 0 y 12 meses de vida cuadruplica aproximadamente el precio medio de la industria y que el de los que tienen entre 0 y 24 meses de vida lo duplica, podemos comprender inmediatamente que el más rápido ritmo de lanzamiento de productos nuevos al mercado por parte del sector de empresas de capital nacional -y, particularmente, por aquéllas que registran avances espectaculares dentro del ranking

de firmas de la industria- es lo que explica que la participación relativa de ese sector haya aumentado tan considerablemente (IMS, varios números).

En otros términos: el mayor ritmo de lanzamiento de nuevos productos y la recomposición del precio promedio por laboratorio que ello lleva involucrado, es lo que explica la reestructuración industrial que pone de manifiesto el cuadro II.2. antes presentado. Ahora bien, la creciente erosión en la participación relativa del sector transnacional torna cada vez más inviable el hecho de que muchos de los grupos empresarios extranjeros hoy activos en el país mantengan a largo plazo su interés por seguir operando en el medio doméstico. En efecto, un mercado interno en gradual contracción, en el marco de un elevado costo fijo originado en la necesidad de cumplir con prácticas internacionales de manufactura y control de calidad, sólo puede dar por resultado una creciente caída de la rentabilidad operativa y un eventual interés por abandonar el mercado cediendo la línea de productos a una tercera firma interesada en comercializarla. La concentración económica y el gradual retiro de firmas del mercado de medicamentos configuran así una realidad difícil de evitar con las actuales reglas de juego.

5. Interdependencias mutuas y génesis de la puja distributiva

Habiendo examinado la morfología de los mercados de servicios médicos, de servicios sanatoriales y de productos farmacéuticos, estamos ahora en condiciones de comprender su interdependencia y la puja distributiva que de ella resulta.

En los hechos, estos grandes grupos prestadores productores de bienes y servicios para el cuidado de la salud, compiten entre sí por cierta masa de recursos fungibles cuya transferencia en una u otra dirección ocurre por vía del sistema de precios. Así, los precios relativos arancel médico/arancel sanatorial, arancel médico/precio de medicamentos, arancel sanatorial/precio de medicamentos, etc., se constituyen en poderosos instrumentos de transferencia de ingresos en el seno del mercado de la salud y, por ende, en tema central de negociación y presión política entre los varios agentes participantes, los entes "paraestatales" -INOS y Obras Sociales individuales- y la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

En un perceptivo documento publicado en 1982 bajo el título "Medicamentos y Prestaciones de Salud", la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) explora el tema de la puja distributiva, centrándose en los precios relativos previamente mencionados y en el índice de costo de vida.

Sin duda, pueden cuestionarse ciertos supuestos que subyacen a la metodología empleada por CAEME, por ejemplo, la forma inadecuada en que absorbe el efecto del cambio tecnológico que, en cada uno de los tres mercados, modifica la "canasta" de bienes ofrecidos, sus precios y calidades, introduciendo un problema de números índices en las series presentadas; pero resulta evidente que: a) las series se comportan de manera distinta a través del tiempo, de forma tal que, en algunos de los períodos examinados, los aranceles médicos y sanatoriales aventajan al de los precios de medicamentos, mientras que ocurre lo inverso en otros períodos; b) las tres series mencionadas pierden sistemáticamente terreno respecto del índice del costo de vida, lo cual refleja el retraso relativo del sector en el conjunto de la economía; y, finalmente, c) abriendo la "canasta" de prestaciones en "grupos" terapéuticos que,

entre otros, incluyen consulta ambulatoria, radiología, kinesiología y fisioterapia, internaciones quirúrgicas y obstétricas, prácticas especializadas de consultorio (electrocardiograma), se observan fuertes diferencias en los comportamientos individuales de los distintos grupos terapéuticos, lo que pone en evidencia un complejo fenómeno distributivo dentro de cada serie agregada.

Un trabajo reciente del Dr. C. Marracino preparado para la Confederación de Clínicas y Sanatorios, vuelve a examinar este tema mostrando, por un lado, que el conjunto de las Obras Sociales "...propicia el establecimiento de una línea arancelaria que responda a la disponibilidad de fondos y no a los reales costos de los servicios, creando una brecha cuyas consecuencias son difíciles de prever..." y, por otro lado, que la puja distributiva entre mercados prestadores produce distintos desfases y ajustes a través del tiempo, dando origen a "atrasos" y "adelantos" relativos entre todos ellos.⁵

Ahora bien, llegados a este punto de nuestra argumentación, estamos en condiciones de comprender un hecho crucial relacionado con la organización social de la medicina en nuestro medio, así como con la creciente nómina de conductas restrictivas -sobreprestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de "bonos complementarios", etc.- que gradualmente fueron apareciendo y consolidándose en el escenario local.

Esas conductas constituyen sin duda la respuesta de los varios agentes prestadores que operan en mercados imperfectamente competitivos y que enfrentan la creciente restricción de recursos que padece el sector y la sostenida puja distributiva, a través de acciones "perversas" destinadas a captar recursos relativamente móviles. En otros términos: es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública.

Cerramos aquí nuestro análisis de los tres principales mercados proveedores de bienes y servicios para la atención de la salud, de la puja distributiva que entre los mismos se entabla y de la incidencia que todo ello tiene sobre la organización social de la medicina en nuestro medio. El capítulo siguiente de este trabajo encara el estudio del sistema de Obras Sociales y de su ente técnico, el INOS. En la práctica, dichas agencias adoptan la representación indirecta del consumidor final, negociando precios y condiciones de prestación de los servicios con los diversos grupos oferentes hasta aquí examinados. Como tendremos oportunidad de ver, el sistema de Obras Sociales tiene una compleja historia en nuestro medio y arrastra viejos problemas de organización, equidad distributiva, solidaridad, etc., que inciden fuertemente en el nivel de bienestar alcanzado por la comunidad nacional. Encaramos a continuación el estudio de dichos temas.

⁵ Véase también al respecto los capítulos 2 y 3 de FECLIBA (1987).