



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ESTADÍSTICA

CARRERA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS CON MENCIÓN EN
DIRECCIÓN GENERAL**

Tema: “Evaluación del impacto de la liberación del mercado de la Salud en la Calidad del Servicio de las Empresas de Medicina Prepaga, en la ciudad de Rosario en 2024”.

Autor/a: Facundo Amerise Amato.

Director/a: Mgs. Juan Pablo Cristiani.

Fecha: 17/02/2025

Resumen:

El sistema de salud argentino enfrenta desafíos en eficiencia, calidad y accesibilidad. En este contexto, la liberalización del mercado ha sido promovida como una solución para mejorar estos aspectos mediante mayor competencia y reducción de regulaciones. Sin embargo, surgen interrogantes sobre su impacto en la calidad del servicio de las empresas de medicina prepaga.

La liberalización implica cambios estructurales que afectan tanto a prestadores como a afiliados. Se espera que la competencia incentive la mejora de la calidad y eficiencia operativa, pero también existe el riesgo de que la búsqueda de rentabilidad afecte negativamente la atención y los resultados en salud.

Comprender los efectos de esta transformación es clave para evaluar si realmente mejora la calidad del servicio, cómo impacta en los costos y precios de los planes, y si fomenta una competencia saludable. En un contexto donde los usuarios son cada vez más exigentes, es fundamental un análisis basado en datos que permita medir el impacto real de la liberalización en el acceso y la calidad del servicio. Esto proporcionará información valiosa para la toma de decisiones de los actores del sector y los responsables de políticas de salud.

Palabras clave:

Liberación del Mercado de la Salud - Empresa de Medicina Prepaga - Subsector Privado
- Calidad - Satisfacción al afiliado

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Antecedentes	4
1.2 Problemática	8
1.3 Hipótesis	10
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo General	11
2. 2 Objetivos Específicos	11
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1 Sistema de Salud Argentino	12
3.2. Empresa de Medicina Prepaga	18
3.3. Comportamiento Prestacional y Costos	26
3.4. Calidad en Salud	30
4. METODOLOGÍA	34
5. RESULTADOS	37
6. CONCLUSIONES	49
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
8. ANEXOS	57
Anexo 1: Cuestionario a usuarios de Empresas de Medicina Prepaga.	57
Anexo 2: Guía cuestionario prestadores	62

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

En nuestro país, según Roberto Tafani (2001) el sector Salud crece en permanente desequilibrio debido a una tendencia a la disminución del financiamiento observada desde los años setenta. Esta tendencia de largo plazo se debe a los diferenciales en las tasas de crecimiento de las necesidades sanitarias, en el aumento de la oferta de servicios y en el comportamiento del financiamiento dependiente, entre otros factores, de las condiciones macroeconómicas.

Las prestaciones médicas tienen una inflación de costos que es siempre superior a la inflación general. Esto se explica porque los costos de atención médica en las instituciones privadas de salud se conforman fundamentalmente de recursos humanos (que son de calificación alta y media), insumos médicos (que tienen un alto componente importado) e inversiones (que tienen un alto costo financiero).

La presión inflacionaria superior en el área de Salud respecto del resto de las actividades económicas también tiene causas específicas originadas en el mismo sector. Por un lado, uno de los principales impulsores es el proceso de innovación tecnológica, especialmente en el área de medicamentos, además el cambio en el patrón epidemiológico hacia la aparición de nuevas patologías, particularmente las crónico-degenerativas y la introducción de nuevos tratamientos para las viejas patologías ejercen una influencia no menor. Por otro lado, la complejidad y particularidad que caracteriza a las empresas de Salud inducen al crecimiento de los costos.

El negocio de salud prepaga encierra polémicas, incluso partiendo desde su propia definición. Hablar de “negocio” y “salud” en la misma oración resulta agresivo, al menos en una primera impresión.

La salud, además de un derecho esencial, es un bien preciado. La medicina como profesión es una de las más antiguas conocidas. Desde hace tiempo, ciertos médicos y demás profesionales de la salud pertenecen a un sector de prestigio de la sociedad, debido a su carrera de grado y especialización que requieren años de estudio, y se encuentran en permanente actualización científica. La conclusión lógica es que cobren por la atención los aranceles acordes.

Esto respecto a la relación médico – paciente, promovida por el sanitarismo, conforma el primer eslabón de la prestación del servicio. La medicina prepaga se refiere a una especie más sofisticada de relación, que surgió para dar respuesta a una necesidad concreta de la sociedad que requería financiación para lograr cobertura ante contingencias médicas.

La salud es sin lugar a dudas un derecho, pero en el estado de civilización actual, también debemos hablar de un bien de mercado.

En la década de los '90 las prepagas no tenían sus precios regulados, pero tampoco había inflación.

Se salió de la convertibilidad y volvió la inflación. En el 2006, empezó a crecer por lo que el entonces Secretario de Comercio, Guillermo Moreno, puso la lupa en las prepagas. Si bien no existía regulación, los controles se realizaban con otras formas que impulsaba dicho funcionario.

Hasta la sanción de la Ley 26.682 en 2011, la única normativa que regulaba el sector de medicina prepaga era la Ley 24.754, la cual estipulaba que las empresas de medicina prepaga deben cubrir como mínimo las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, es decir, el Programa Médico Obligatorio (PMO). Esta medida buscaba proteger a los usuarios de posibles estafas y garantizar que las prestaciones ofrecidas fueran suficientes y justificarán las cuotas pagadas.

La Ley 26.682 representó la primera regulación específica y detallada del sector. Definió legalmente a las empresas de medicina prepaga como entidades que brindan prestaciones de

salud a través de sistemas de adhesión paga, ya sea con efectores propios o terceros contratados. La ley subraya el carácter progresivo del derecho a la salud, incluyendo prevención, protección y rehabilitación.

Además de definir las empresas de medicina prepaga, la Ley 26.682 estableció un menú prestacional mínimo basado en el PMO, que debe ser garantizado por todas las empresas. Permite coberturas parciales solo en casos específicos, como servicios odontológicos exclusivamente, emergencias médicas, y empresas con menos de 5000 usuarios en una localidad.

La ley también regula el financiamiento, excluyendo la posibilidad de determinar arbitrariamente el valor de las cuotas, las cuales deben ser aprobadas por la Superintendencia de Servicios de Salud en base a estadísticas y variaciones en los costos. Prohíbe cuotas diferenciales, salvo para enfermedades preexistentes o usuarios mayores de 65 años, y establece límites para la variación de precios entre franjas etarias.

El primer decreto reglamentario (1.991/11) amplió la ley a cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones con objeto de brindar servicios de salud. El segundo decreto (1.993/11) reforzó la autoridad de la Superintendencia de Servicios de Salud, detallando aspectos contractuales y de prestación de servicios.

El decreto 66/2019 modificó el reglamento del Marco Regulatorio de las Empresas de Medicina Prepaga, asignando exclusivamente a la Superintendencia de Servicios de Salud la competencia para regular y autorizar incrementos de cuotas, eliminando la intervención de la Secretaría de Comercio Interior para simplificar los trámites administrativos.

La “técnica” dice que en los seguros de salud corresponde que haya controles de precios. La razón es que la persona no tiene perfecta información para evaluar si el aumento del precio del plan de salud es pertinente o no. Por esto, el ente regulador del Estado debe autorizar los aumentos en función de un análisis técnico actuarial que justifique el aumento y brindar información a los afiliados para que ejerzan su libre elección de manera informada.

Cuando existe inflación (y más aún hiperinflación), los aumentos de precios no implican aumentos de precios, sino que son actualizaciones de costo.

En junio del 2021, los precios de las prepagas eran un 30% inferior en términos reales a marzo de 2020 cuando se encierra a la población por Covid.

En la segunda mitad del 2022, la Superintendencia de Salud comienza a aplicar una fórmula de ajuste automático de los precios de las prepagas basada en los costos de la atención médica. Esto permitía a las Empresas de Medicina Prepaga poder tener previsibilidad.

En el 2023 la inflación se acelera. Cuando sucede esto, no hay fórmula de ajuste automático que le gane.

En agosto del 2023, el precio de las prepagas volvió a estar 30% debajo de marzo de 2020. En este punto, Sergio Massa procede a congelar el precio de las prepagas.

En diciembre del 2023, el precio de las prepagas era un 40% en términos reales inferior a marzo del 2020. La razón es que el congelamiento del Covid fue con inflación del 36% en el 2020 y de 211% en el 2023.

A través del decreto 70/2023, el Presidente de la Nación, Javier Milei, desreguló las prepagas y las obras sociales. El decreto establece que se deben liberar las restricciones de precios al sistema de medicina prepaga para aumentar la competitividad del sistema. El objetivo es que los beneficiarios puedan elegir libremente entre una prepaga o una obra social sindical, y que esta dinámica mejore el nivel de las prestaciones e impulse la libre competencia.

1.2 Problemática

El sistema de salud argentino enfrenta desafíos significativos en términos de eficiencia, calidad y accesibilidad. En este contexto, la liberalización del mercado de salud ha sido promovida como una solución para mejorar estos aspectos, con la esperanza de que la competencia y la reducción de regulaciones puedan fomentar la innovación y optimizar la prestación de servicios. Sin embargo, esta transición hacia un mercado más liberalizado también plantea interrogantes cruciales sobre su impacto real en la calidad de los servicios ofrecidos por las empresas de medicina prepaga.

La liberalización del mercado de salud implica una serie de cambios estructurales que pueden afectar tanto a los prestadores de salud (Clínicas y Sanatorios) como a los afiliados. Por un lado, se espera que la competencia aumente la eficiencia operativa y la calidad del servicio, ya que las empresas de medicina prepaga deben esforzarse por atraer y retener clientes en un entorno menos regulado. Por otro lado, existe el riesgo de que la reducción de las regulaciones lleve a prácticas que prioricen la rentabilidad sobre la calidad del servicio, afectando negativamente la experiencia del usuario y los resultados de salud.

A medida que Argentina avanza en la implementación de políticas de liberalización del mercado de salud, es crucial comprender cómo estos cambios impactan a las empresas de medicina prepaga y, por ende, a sus usuarios. ¿Realmente mejora la calidad del servicio con la liberalización? ¿Cómo varían los costos y los precios de los planes de salud? ¿Estas medidas realmente fomentan la competencia?

Esta problemática es especialmente relevante en el contexto actual, donde los usuarios de servicios de salud están cada vez más informados y exigentes respecto a la calidad y la eficiencia de la atención que reciben. Un análisis detallado y cuantitativo de estos aspectos permitirá obtener una visión clara y basada en datos sobre los efectos de la liberalización del mercado de

salud, proporcionando insights valiosos tanto para los responsables de formular políticas de salud.

1.3 Hipótesis

La liberación del mercado de salud en Argentina mejora la calidad de los servicios ofrecidos por las empresas de medicina prepaga, promueve la competencia y la eficiencia operativa, y esto se traduce en una mayor satisfacción del cliente y logra reducir los costos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Evaluar el impacto de la liberalización del mercado de salud afecta la calidad de los servicios ofrecidos por las Empresas de Medicina Prepaga en Argentina.

2. 2 Objetivos Específicos

- 1) Analizar la percepción de los afiliados sobre la calidad del servicio de las empresas de medicina prepaga antes y después de la liberación del mercado.
- 2) Examinar los cambios en la satisfacción de los usuarios con respecto a diversos aspectos del servicio.
- 3) Evaluar la apreciación de los prestadores médicos sobre la calidad del servicio ofrecida a los afiliados tras la liberación del mercado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Sistema de Salud Argentino

Los sistemas de salud provienen de tres modelos: a) los servicios nacionales de salud, en los que los recursos pertenecen al Estado y se financian mediante impuestos generales, b) los de seguridad social, donde los recursos pueden ser estatales o privados y se financian mediante alcuotas del salario, y c) los financiados exclusivamente por el sistema privado.

En América Latina, según Hugo Arce (2012) predominan sistemas pluralistas en los que coexistieron diferentes componentes: a) subsistemas de servicios públicos financiados por el Estado; b) subsistemas de origen estatal, financiados mediante aportes salariales y dirigidos a trabajadores formales, cuyos prestadores fueron predominantemente privados, y c) subsistemas privados a través de entidades aseguradoras con o sin fines de lucro.

El mercado sanitario es distinto a los demás. Es difícil identificar otro servicio que posea a la vez tantas condiciones distorsionantes del libre juego del mercado, ya que no puede planificarse por sí mismo mediante las fuerzas invisibles del interés personal y de la independencia de los compradores debidamente informados, dado que las personas no saben ni cuanto, ni cuando necesitan la asistencia sanitaria.

El mercado de la salud tiene características particulares que lo diferencian, por lo que las leyes de la economía de mercado no pueden aplicarse como en el mercado de cualquier otro producto. Algunas de las características son: 1) el que compra no elige el producto que adquiere, 2) el que compra no paga siempre en forma directa, 3) la demanda es impredecible, 4) falta de incentivos a los proveedores privados, 5) hay una relación de agencia y asimetría de información donde los consumidores – pacientes, no suelen tener los conocimientos necesarios para hacer elecciones apropiadas y el médico determina la demanda de los pacientes. Sumado a esto último,

que el paciente además de depender del profesional tratante, depende de otros servicios tales como laboratorio, imágenes, etc.

El rasgo más relevante del Sistema de Salud de Argentina está determinado en primer lugar por la organización federal del país, de modo que las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud y educación.

En Argentina, el sistema de financiamiento se caracteriza por la segmentación y fragmentación de los fondos financiadores. En la cobertura de los servicios de salud coexisten el sector público, el privado y el de las obras sociales nacionales y provinciales “con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social” (Maceira 2010:13-17).

La fragmentación se caracteriza por ser un fenómeno multidimensional, entre estas dimensiones se encuentra la funcional, la económica - financiera y la social. En su dimensión funcional, se puede observar una falta de responsabilidad en quien provee los servicios de salud a la población. Además, vemos que, dentro del sector público, esta falta de coordinación lleva a una descentralización de la toma de decisiones a nivel nacional y provincial, lo que suma una arista política a la problemática. Esta falta de coordinación entre los subsistemas se puede ver reflejada en la presencia de tres transferencias cruzadas. Ellas se dan de tres formas:

1. Subsidios: transferencias indirectas del subsector público a las obras sociales y empresas de medicina prepaga.

2. Descreme de las obras sociales: Beneficiarios del sistema de seguro social recurren a obras sociales con el objetivo de acceder a una prepaga.

3. Doble cobertura: personas que tienen más de una obra social, o que tienen obra social y prepaga (Tobar, 2012).

A grandes trazos el sistema opera bajo tres formas de aseguramiento, generando la existencia de distintos subsistemas:

- Subsistema de Seguro Social: integrado por las obras sociales, que son organizaciones de la seguridad social cuya función consiste en prestar servicios de salud y sociales a los beneficiarios. Estos últimos son todos aquellos ciudadanos comprendidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), es decir, trabajadores en relación de dependencia del sector privado o público nacional, jubilados y pensionados, trabajadores autónomos (monotributistas y adherentes), el personal doméstico incorporado por vía fiscal y desempleados. Además, incluye a los grupos familiares primarios de cada uno de estos subconjuntos (Garay, 2017).

Este subsistema no es homogéneo. Según el marco normativo vigente, está conformado por las obras sociales nacionales (OSN), las obras sociales provinciales (OSP) y la obra social de los jubilados (INSSJyP, conocido como PAMI). Todas ellas son diferentes entre sí en lo que hace a beneficiarios y financiamiento, y son el claro reflejo de la fragmentación del sistema (particularmente si se observa a varias de las obras sociales de los sindicatos). Esto sucede ya que, al contar con distintos marcos normativos que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios, genera variaciones en el acceso y uso de servicios y, por ende, inequidad (Cetrángolo y Goldschmit, 2012).

Este problema de desigualdad de recursos entre las distintas obras sociales aún persiste, más allá de las iniciativas para resolverlo. Una de ellas es el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) creado por la ley N° 23.661. Su principal función es apoyar financieramente no sólo a las obras sociales para la cobertura de prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico, sino también a las jurisdicciones adheridas a la Ley del Seguro Nacional de Salud, con el objeto de incorporar a aquellas personas sin cobertura ni recursos.

1. Obras Sociales Nacionales (OSN): son obras sociales que tienen por objeto brindar las prestaciones médicas que figuran en el Programa Médico Obligatorio (PMO) a sus afiliados-beneficiarios, los cuales están conformados por los trabajadores del sector privado formal, del sector público nacional, monotributistas y su grupo familiar.

Están sujetas a control estatal, más específicamente a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), la cual funciona como organismo descentralizado de la administración pública nacional, tiene personalidad jurídica y está enmarcada en un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Esto es así ya que se encarga de supervisar, fiscalizar y controlar los agentes que integran el SNSS (art 2, decreto 1615/96) y la aplicación de las leyes N° 23.660 de Obras Sociales y N° 23.661 del SNSS, las cuales regulan a este tipo de obras sociales. Son financiadas mediante los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores. Por ley, el trabajador en relación de dependencia debe aportar el 3% de su remuneración, y también un adicional de 1,5% de su remuneración bruta por cada beneficiario que esté a su cargo (art 16, inc b., Ley de Obras Sociales N° 23.660). El empleador, por su parte, debe contribuir el 6% de la remuneración de los trabajadores en relación de dependencia (art 16, inc a, Ley de Obras Sociales N° 23.660).

2. Obras Sociales Provinciales (OSP):

Las 24 obras sociales provinciales brindan cobertura a los empleados públicos provinciales (y en algunos casos municipales), docentes, personal de seguridad y sus grupos familiares y en algunos casos también a jubilados (Cetrángolo, y Goldschmit, 2018). Están agrupadas en el Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA) y, a diferencia de las OSN, no son vigiladas ni fiscalizadas por la SSSalud, sino que rinden cuentas de su accionar a aquellas instancias establecidas por el respectivo Estado provincial. Tampoco están alcanzadas por la normativa que regula el PMO, sino que cada jurisdicción provincial tiene una ley especial que regula que prestaciones médicas debe brindar. Otra diferencia con las OSN, es que los afiliados de las OSP no tienen la libertad de elegir a cuál pertenecer (Jaimarena Brion, 2017).

Al igual que con las OSN, este sistema es financiado de forma contributiva por medio de aportes y contribuciones, con la diferencia de que aquí son los empleados públicos los que

aportan y el Estado provincial el que contribuye. Las leyes provinciales que regulan las OSP fijan un aporte obligatorio por parte de los primeros que ronda entre el 3% y el 5% de las remuneraciones, valor similar al que aportan los trabajadores beneficiarios de las OSN. Además, cada jurisdicción provincial destina recursos económicos (Jaimarena Brion, 2017).

3. INSSJYP:

Por medio de la Ley N° 19.032 promulgada durante el año 1971, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (más conocido como PAMI - Programa de Atención Médica Integral), el cual tiene por objeto principal “(...) la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección recuperación de la salud.” (art 2). Al igual que con el sistema de las OSN, quienes finalizan su trámite jubilatorio pueden elegir dentro de un listado acotado, a qué obra social pertenecer, en el caso de no querer permanecer en el INSSJP - PAMI. El Instituto es un organismo no estatal, por lo que tiene autarquía y autonomía administrativa. Sin embargo, funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación. Además, en cuanto a su financiamiento, los recursos provienen de los aportes de los trabajadores activos y de las retenciones a los jubilados y pensionados de sus haberes (Garay, 2017). También son importantes los aportes del Tesoro Nacional (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Actualmente el Gobierno Nacional destina al instituto un presupuesto de \$456.400.242.000,00. (INSSJP, Resolución 2 de 2021).

- Subsistema Público: este subsistema se compone por el Ministerio de Salud en sus tres dimensiones: nacional, provincial y municipal. Se caracteriza por brindar una cobertura de salud universal a la cual todo ciudadano tiene derecho de acceso, independientemente de que cuente con otro tipo de cobertura (obra social o medicina prepaga). Se estima actualmente que el 35,7% de la población hace uso de los servicios de salud pública (CADIME y DPT, 2020). En lo que

respecta a su financiamiento, su fuente principal son los impuestos recaudados a nivel provincial, nacional y municipal. Dentro de las competencias del Ministerio de Salud Nacional (MS) se halla la normalización, regulación, planificación y evaluación de toda política de salud dentro del territorio nacional y comprende, a la vez, la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación (Belmartino, 1999). Sin embargo, debido a la estructura federal y descentralizada del Estado, las provincias revisten una alta autonomía en materia de políticas de salud dentro de sus jurisdicciones. De esta forma, las directivas desde la Nación, adoptan formas diferentes según cada jurisdicción provincial. En otras palabras, en la práctica, el poder del MS está acotado a los criterios del gobierno de cada provincia. Esto genera que la responsabilidad por los servicios públicos de salud resida en la gestión provincial (Cetrángolo, 2014). La comunidad en su conjunto a través del pago de impuestos financia estas prestaciones.

- Subsistema Privado: engloba a los usuarios que cuentan con capacidad propia de aporte y contratan un seguro voluntario de salud. Adhieren al mismo de manera voluntaria a través del pago de una cuota de la cual se financian las prestaciones de salud. Las Empresas de Medicina Prepaga atienden a un nivel socioeconómico ABC1, C2 y C3.

3.2. Empresa de Medicina Prepaga

De acuerdo a Garay (2002), los antecedentes de la medicina prepaga pueden rastrearse en las mutuales, cooperativas, los abonos sanatoriales, las obras sociales y el seguro de salud, todas variantes de prestación del servicio de salud, que aplicadas en nuestro país, se constituyeron en la base del posterior desarrollo de los prepagos. El mutualismo es considerado un antecedente muy importante; se sostiene que fue el germen de lo que luego serían las obras sociales y más tarde la medicina prepaga.

Los planes de cobertura en los inicios de la actividad cubrían principalmente la internación, pero el mercado no sólo exige la ampliación de ellos sino que, a causa de la competencia, van incorporándose más y mejores coberturas, al tiempo que exclusiones y tiempos de espera van disminuyendo. En síntesis, se pueden rastrear algunos antecedentes de la medicina prepaga en las primeras décadas del siglo XX, pero, sus comienzos en el siglo pasado se pueden ubicar en los años 60, incrementándose su expansión en las décadas del 70 y especialmente en toda la década del 80. Las prepagas se fortalecen en los años 90, a raíz de la política económica que se instaló en el país, a partir de 1989/1990.

Las entidades prepagas han desarrollado históricamente su actividad en el ámbito privado. Se han constituido a iniciativa de sus socios fundadores, quienes aportan el capital inicial de la empresa. Se complementan con los subsectores de la seguridad social (obras sociales) y el hospital público, en la atención de la salud de la población. Hasta muy recientemente, la actividad de estas empresas se desarrolló sin una regulación especial. Atento que el bien objeto de prestación de estos entes (servicios de salud), reviste interés público, los contratos de medicina prepaga fueron alcanzados por normas imperativas y de orden público.

Estas empresas, desarrollaban su actividad hasta el dictado de la ley 26.682, conforme a las reglas de la economía de mercado: libertad de competencia, libertad de elección, onerosidad del vínculo entidad prepaga/asociado.

Las entidades prepagas asumen el riesgo económico de prestar el servicio de salud a sus asociados. El mantenimiento económico-financiero de estas empresas se asienta en el fondo que se constituye a partir del pago de las cuotas periódicas por parte de los adherentes al sistema. Es un sistema que trabaja con el “ahorro” de los asociados, es decir, con el capital que mes a mes van aportando los mismos.

El mecanismo de las mismas funciona del siguiente modo: la empresa de medicina prepaga actúa desempeñando un rol de intermediación entre quienes demandan el servicio o seguro de salud y quienes los prestan efectivamente (las instituciones y profesionales); no obstante, hay empresas que tienen el doble rol de prestar el servicio médico a través de sus propios efectores, y de contratar prestadores para que brinden el servicio en su nombre.

Las prepagas asumen la obligación asistencial de prestar los servicios de cobertura médico asistencial, conforme a un Plan de Salud, para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos. El núcleo de la relación contractual que obliga a estas empresas es brindar prestaciones de salud. Es decir, la empresa se obliga a dar cobertura médica a través de un Plan de Salud. Los planes de Salud pueden tener distintas variantes; pero, en definitiva, deben procurar proteger, prevenir, curar y rehabilitar (en los estados de salud/enfermedad) al afiliado-usuario del servicio médico prepago. Estos planes de Salud no tienen un límite máximo o techo en cuanto a prestaciones (prácticas médicas, hotelería, etc.), pero sí un límite mínimo o piso que deben respetar las entidades prepagas, el cual está contenido en el Programa Médico Obligatorio (PMO) (aplicación art. 7º, Ley 26.682).

Las entidades prepagas tienen como clientes a los individuos que voluntariamente contratan con las mismas, y que, como contraprestación, se obligan al pago de una cuota periódica. A diferencia de los beneficiarios de las obras sociales (que deben afiliarse obligatoriamente), los particulares se asocian voluntariamente a la medicina prepaga. El vínculo se formaliza a través de un contrato de afiliación. Éste no estaba tipificado como tal por nuestro

ordenamiento jurídico. A través del contenido contractual, las partes se obligan recíprocamente: una a brindar prestaciones de salud al asociado-beneficiario; la otra, como contraprestación, al pago de una cuota mensual (contrato de cambio).

El individuo sabe que en algún momento de su vida se va a enfermar; que ello le ocasionará gastos que muy difícilmente pueda afrontar o que lo lleve a endeudarse, etcétera. Para evitar esas complicaciones se asocia a una entidad que le va a dar cobertura ante las situaciones de enfermedad que padezca. Así, el individuo busca seguridad ante la incertidumbre de los eventos aleatorios que puedan afectar su salud (sabe que muy probablemente se va a enfermar, lo que no sabe es cuándo ni cómo). A la incertidumbre la enfrenta a través de la previsión de asegurarse para cuando ocurra el riesgo. De este modo, paga periódicamente el valor de la cuota, para gozar en su momento de la prestación médica, sin tener que abonar el costo económico de la misma. Es una especie de “ahorro” que el particular da en pago para cubrirse de una contingencia de enfermedad que no sabe si ocurrirá ni cuándo sucederá (aleatoriedad). La empresa, a su vez, toma ese desembolso (del asociado-cliente) como un pago anticipado de la prestación futura. No se sabe si ese asociado se enfermará pronto o luego de transcurrido un largo lapso del vínculo contractual. Pero sí sabe, a través de cálculos actuariales, que las probabilidades son que las personas sufren determinadas enfermedades en las distintas etapas de sus vidas, y que sus clientes no se enfermen todos al mismo tiempo. Así, maneja la aleatoriedad del riesgo asegurado, difundiendo el costo de las prestaciones individuales en la globalidad de sus asociados.

El vínculo contractual empresa-asociado se enmarca en la funcionalidad global del sistema. El Contrato de Medicina Prepaga (CMP) individual es funcional a la pluralidad de relaciones contractuales individuales. Por otra parte, dicho contrato es de los llamados de “larga duración”. El particular tiene interés en que el vínculo perdure, para que cuando el riesgo afecte su salud, se vea cubierto por el seguro. La empresa, a su vez, busca ser competitiva y obtener una

ganancia económica a lo largo del tiempo, lo cual logra mediante la captación periódica de las cuotas sociales de los adherentes al sistema. Los derechos y obligaciones de las partes deben respetar el equilibrio del negocio. Ello no debe verse alterado por los cambios de todo tipo que (en un contrato de larga duración) el transcurso del tiempo provoca en las partes del contrato.

La forma de vincularse contractualmente con las entidades prepagas. La clientela de los prepagos proviene de los particulares que se asocian individual y voluntariamente, del personal jerárquico de empresas, y de grupos de empleados suscritos por empresas privadas; o de las obras sociales que contratan la cobertura para sus afiliados. Así, tenemos distintas formas de contratar y vincularse con las empresas de medicina prepaga:

- Forma Individual - Vínculo directo: la persona se incorpora de modo individual o con su grupo familiar; no hay una norma jurídica que lo obligue, sino, es por su propia voluntad que decide adherir al sistema prepago, abonando una cuota periódica, en contraprestación por la cobertura de salud estipulada en el “Plan de Salud” contratado.

- Forma Corporativa Empresarial -Vínculo Indirecto: una empresa contrata con una empresa de medicina prepaga la cobertura de salud para todo su personal o para distintos niveles operativos. En este caso, tanto la empresa como el empleado deben tributar la contribución y el aporte de ley a la obra social de la actividad, y además, la empresa se hace cargo del precio del vínculo con la empresa prepaga.

- Forma Corporativa Obra Social -Vínculo Indirecto: en este caso, la obra social subcontrata con la medicina prepaga para que se le brinde las prestaciones de salud a sus afiliados. La obra social, con los fondos que le ingresan por aportes y contribuciones, financia el costo de la cobertura de salud a sus afiliados vía la medicina prepaga.

Un sistema de Salud es, según la Organización Mundial de la Salud, la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la Salud, en

otras palabras, todos aquellos esfuerzos cuyo propósito sea promover, restaurar y mantener la Salud.

La Salud es un bien económico muy particular, el mercado en que se encuentra inserto, también lo es. Un mercado es la institución social en la que los bienes y servicios se intercambian. Este, opera en un marco caracterizado por la escasez de recursos, lo cual implica para las organizaciones que participan en él un desafío para brindar servicios de salud eficaces y de calidad. Se encuentra conformado por instituciones públicas como empresas privadas.

El fenómeno del “tercer pagador” se da cuando un tercero (obra social o prepaga) se hace cargo económicamente de una transacción que no le reporta beneficios directos. Esta aparece cuando el afiliado concurre al médico y este es quien decide el tratamiento que abona el financiador. Dicho de otra manera, la obra social o la prepaga se hace cargo de pagar el consumo o tratamiento de un paciente decidido por un tercero, el médico.

En términos económicos, este fenómeno se describe como la ausencia de elasticidad-precio, la cual se define como la variación porcentual de la cantidad dividida por la variación porcentual del precio. Por lo que la demanda de los servicios de salud no se ve afectada ante las variaciones en los precios de las prestaciones.

Según Álvarez (2000), el sistema de pago a prestadores es uno de los componentes más importantes de las relaciones contractuales entre los agentes de los sistemas de salud y uno de sus rasgos definidores.

Esto se caracteriza por la presencia de los tres actores principales: el usuario, el financiador y el prestador. El usuario es quien sustenta las prestaciones médicas mediante el pago de la cuota (asociado a empresa de medicina prepaga) o a través de aportes y contribuciones (asociado a seguridad social) y es a quien se le brindan los servicios médicos asistenciales. El financiador es quien administra los fondos de los beneficiarios adquiriendo paquetes

prestacionales. El prestador es quien percibe su retribución por parte del financiador por los servicios prestados a los usuarios.

En Argentina el acceso a la salud es un derecho universal, sin embargo, aún existen brechas en el acceso y cobertura efectiva a los servicios de salud y, en los resultados sanitarios obtenidos según las jurisdicciones y los tipos de cobertura (pública, privada, seguridad social).

Comparado con otros países de la región, Argentina posee un robusto sistema de salud con buenos indicadores de desempeño. Sin embargo, los resultados están por detrás del potencial del país, considerando que es uno de los países con mayor gasto per cápita y desarrollo humano de la región. En resumen, los principales problemas de salud en Argentina se relacionan con la equidad y la eficiencia.

En un ideal de Estado garantista, bien podría tomarse como indicador de eficiencia el grado de conformidad de la población con la salud pública. Como Ente Supremo, el Estado debería garantizar el acceso a una cobertura igualitaria y efectiva, donde todos tengan la seguridad de que, mediante el pago de sus impuestos, contarán con asistencia sanitaria oportuna y de calidad.

En esta utopía surge el concepto de Cobertura Universal de Salud. Este término, tan en boga por estos días, se trata de la máxima aspiración de cualquier sistema sanitario nacional. Y hablar de cobertura universal es referirse a algo mucho más abarcativo que el concepto de “salud pública”, porque pretende amparar a todos los habitantes de un país bajo un sistema integral e integrado.

Y la cobertura universal es, principalmente, una herramienta política, que debe servir para unir a una sociedad; más aún en casos como la Argentina, que demuestra una disociación cada vez mayor.

Un sistema de salud debe contribuir a la cohesión social, a la sostenibilidad democrática, y a la competitividad de los países. En cambio, la salud mal administrada, implica costos

financieros e impactos en la productividad; la falta de cobertura, conlleva el acceso inequitativo; la mala atención, implica costos políticos; y el gasto ineficiente o excesivo, significa pérdida de competitividad (Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud, 2013).

Por esto es que el sistema de salud de un Estado debe brindar un servicio equitativo y de calidad, que proteja de forma igualitaria ante la circunstancia de enfermedad y el impacto financiero que ella genere, cobrando así vida los principios de universalidad e igualdad consagrados en la Constitución Nacional.

América Latina se caracteriza por ostentar sistemas de salud segmentados, fragmentados, replicando el esquema social general. Cada subsistema pertenece y representa a distintos sectores de la sociedad: el subsistema público, corresponde al quintil poblacional más pobre; el subsistema de la seguridad social, en principio, quedaría reservado para la clase media, la clase del trabajador asalariado, finalmente, el subsector de la medicina privada, que comprende a la medicina prepaga, definitivamente se condice con el sector poblacional medio-alto y alto.

Las empresas de medicina prepaga representan sólo un eslabón de toda la cadena que conforma el programa de salud de la sociedad. Es necesario y fundamental lograr una articulación entre todos los eslabones, para que la cobertura universal se alcance, pero en parámetros de realidad y posibilidad.

La metodología puesta en funcionamiento con la sanción de la ley 26.682 genera un impacto de tipo “todo para todos”, en el mismo momento (Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud, 2013), lo que nunca será viable en el mediano y largo plazo.

Según estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, los países que han obtenido niveles más altos de cobertura universal efectiva, lo han logrado a través de los siguientes elementos:

- Procesos políticos y sociales que permitan el aumento de la inversión en salud en períodos de crecimiento;
- Incremento de gasto en salud por vías solidarias (reformas tributarias que sustentan aumentos de la inversión en salud a través de las leyes anuales de presupuesto, de incrementos en aportes a fondos mancomunados, o vía impuestos generales);
- Gobiernos con capacidad de liderazgo, que han puesto en la agenda pública la cobertura universal en salud, procesos de negociación y consenso;
- Políticas públicas en salud persistentes.

Según Ernesto Báscolo (2016), la desregulación del nuevo marco institucional fue una limitante a la hora de garantizar las condiciones de eficiencia, calidad y equidad de los servicios. La combinación de la introducción de mecanismos de mercado en la asignación de recursos en el mercado asegurador y la debilidad o retirada del Estado como regulador de precios relativos y formas de provisión de servicios explican la profundización de heterogeneidad e inequidad del sistema de seguridad social.

3.3. Comportamiento Prestacional y Costos

El costo es la medida, en términos monetarios, del sacrificio o esfuerzo económico (mano de obra, materias primas, insumos, etc.) que se debe realizar para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Por otro lado, también se lo puede definir como la suma de las erogaciones en las que se incurre para adquirir o producir un bien o servicio con el objeto de generar ingresos en el futuro.

Los costos sirven para evaluar decisiones de inversión, valuación de inventarios, determinación de resultados, cálculo del beneficio, evaluar gestión empresarial, entre otros.

Los costos se pueden clasificar de la siguiente manera:

De acuerdo a la unidad de referencia o a la identificación del producto o servicio con un departamento:

- Costo directo: son aquellos costos que inequívocamente se identifican con una unidad de referencia u objeto de costeo
- Costo indirecto: son los costos que no se pueden identificar con la unidad de referencia dado que se encuentra compartido con otras.

De acuerdo al volumen de actividad:

- Fijo: Son aquellos que se mantienen constantes cuando el nivel de actividad cambia.
- Variables: El costo total varía en proporción al número de unidades producidas; en otras palabras, a medida que aumenta el número bienes o servicios, aumenta el costo total

El margen de contribución es el exceso de ingresos por ventas sobre los costos variables.

El concepto de margen de contribución es especialmente útil en la planeación de los negocios porque da una visión del potencial de utilidades que puede generar una empresa. El margen de contribución se calcula como la diferencia entre los ingresos por ventas y los costos variables totales obtenidos del Estado de Resultado.

Una entidad prestadora de servicios tiene una estructura de costos diferente a una empresa productora de bienes, pero al igual que estas últimas su conocimiento es imprescindible para asegurar una gestión exitosa.

Entonces, cuando estamos analizando un financiador de salud (que terceriza sus servicios en el mercado prestador, es decir no tiene una red propia), su costo está determinado por el importe que los prestadores le facturan por brindarle los servicios a sus afiliados, más los costos de funcionamiento (administrativos, comerciales, financieros, otros).

La estructura agrupa dos grandes ítems:

a) Costos médicos:

1. Costos ambulatorios. urgencias y emergencias, consultas, estudios de diagnóstico y tratamiento.

2. Costos de internación. Prestaciones médicas, servicios de pensión.

3. Medicamentos. Recetados y vendidos por farmacias con diferentes descuentos.

Medicamentos especiales con coberturas del 100% por PMO. Medicamentos de internación.

4. Vacunas.

5. Odontología.

6. Prótesis

7. Otros (Discapacidad, Internación domiciliaria, etc)

b) Costos de funcionamiento: son aquellos necesarios para la operatoria de la empresa.

1. Costo de administración.

2. Costo de comercialización.

El objetivo de los análisis de costos médicos es conocer la incidencia de estos por afiliados a diferentes niveles o tipos de agrupamiento de planes, conocer tasas de uso o consumo de servicios médicos, controlar los precios de las prestaciones y evaluar precios de planes.

Las modalidades de contratación y pago, ejercen su influencia en la determinación de los costos. La integración puede llegar a ser menos costosa en determinadas situaciones y circunstancias (y hoy una ventaja considerable al tener aseguradas camas, un recurso más que escaso en épocas de pandemia por Covid), mientras que un sistema por prestación, como consecuencia de la sobreprestación y sobrefacturación, tiende a incrementar los costos. Esto lleva a algunos financiadores a introducir los denominados techos financieros o a optar por un modelo agregado de transferencia de riesgos como es la cápita.

Se puede categorizar las modalidades de contratación según las siguientes variables:

1 - Momento del pago

- a) Prepago: Se abona antes de la realización del servicio. Se puede considerar dentro de este sistema de asignación, la formulación presupuestaria de los hospitales públicos.
- b) Postpago: Se abona después de realizados los servicios. En ambos casos, los precios suelen estar prefijados.

2 - Unidad de Contratación:

- a) Capitación: La unidad está referida a la demanda de personas identificadas durante una unidad de tiempo. Como demanda se define al conjunto de prestaciones incluidas en el contrato en el que, además, se encuentran detallados los servicios excluidos. Al prestador se le paga un precio determinado por afiliado, independientemente de la tasa de uso de los servicios. Las personas no están identificadas y la modalidad de contratación es por un determinado número de afiliados. Por lo tanto, los prestadores reciben una suma fija de dinero, independientemente de los servicios prestados a los pacientes.
- b) Prestación: En este caso la unidad es un servicio específico y se le paga un precio prefijado a cada uno de los participantes del proceso productivo, ya sean, honorarios profesionales, gastos sanatoriales etc. En esta situación el prestador, cobra por cada

servicio asistencial realizado, por lo tanto, esta modalidad de pago tiene estrecha relación con la producción del prestador.

- c) Módulo: Se contrata una o varias prestaciones a cambio de un valor fijo, a diferencia de la capita dependerá de la cantidad de pacientes atendidos.

Estas tres modalidades, a su vez, representan tres formas diferentes de distribuir el riesgo.

Mientras que en la capita la asume el gerenciador, en el modelo por prestación el financiador y en el módulo, el riesgo de enfermar lo asume el financiador mientras que el riesgo de cumplimentar todos los servicios incluidos en el módulo lo asume el prestador (si hay prestaciones por afuera de las inclusiones en el módulo se facturan por separado).

3.4. Calidad en Salud

La calidad de la atención de la salud se reconoce como un tema de importancia estratégica para la transformación de los sistemas sanitarios (Petracci, Manzelli, Pecheny, Necchi, Cerrutti, 2004). Conceptualmente se trata de un término dinámico, dado que articula ámbitos institucionales diversos como la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. A su vez es polisémico, dado que su sentido varía según el enunciador sea la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública,

En cuanto a la producción teórica en la temática, pueden identificarse al menos cuatro dimensiones no excluyentes (Petracci, 2004):

- a) La producción está ligada al “deber ser” de la calidad, entendida como un componente básico del derecho a la salud. Esa producción está representada, fundamentalmente, por los documentos internacionales encargados de sentar las definiciones sobre estos términos.
- b) La bibliografía al respecto de los indicadores y/o índices que permiten acreditar si la atención brindada por un establecimiento reúne (o no) ciertos estándares de calidad. Ejemplos de esta dimensión son los programas que tienen como objetivo aportar una metodología de evaluación del funcionamiento hospitalario.
- c) La producción que apunta a mejorar la gestión de un establecimiento de salud a través de la aplicación de un proceso de gestión de la calidad. Es posible decir que gran parte de la bibliografía que aparece bajo la denominación de “calidad total” se orienta en esa dirección: establecer las bases y las líneas de acción que hagan posible la implementación de una gestión de calidad en las instituciones. Esta perspectiva se inicia al volcar las ideas de E. Deming a la industria japonesa de posguerra. Deming (1989) define a la calidad

como una meta que es posible alcanzar a partir de una serie de cambios organizacionales orientados a la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, así como a través del mejoramiento de la calidad de vida laboral y la promoción de la satisfacción (calidad percibida) del cliente/usuario. Ese enfoque integral de la calidad se convirtió en un paradigma de gestión e ingresó con posterioridad al ámbito de las políticas públicas y de los servicios.

- d) Las investigaciones persiguen comprender qué es una atención de calidad y/o medir la calidad desde la perspectiva de los profesionales y los usuarios.

A. Donabedian (1990), definió que la calidad es un concepto multidimensional en el que se conjugan múltiples atributos: eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, aceptabilidad y legitimidad.

Tradicionalmente la palabra paciente denota una forma de relación asimétrica entre el médico-enfermo o proveedor de servicios de salud-usuario, donde el paciente asume un rol pasivo y de sufriente, siendo quien recibe un tratamiento específico de parte de un experto y espera a curarse, sin tomar parte en las decisiones que ese tratamiento involucra. En esta relación asimétrica la persona es cosificada bajo la forma del “paciente” (Neuberger, 1999).

Esta noción contrasta con el contexto actual en el cual se busca que los pacientes tomen cada vez mayor participación en el propio cuidado de su salud y en las decisiones terapéuticas. Además en muchas oportunidades la interacción del equipo de salud con el paciente no se da con el fin de curar una patología, sino para abordar la salud ya sea desde la prevención o desde la consejería, por ejemplo, en materia de salud sexual y procreación responsable.

Sin embargo se entiende que esta definición de paciente es sólo una modalidad que puede adquirir la forma de relación, mientras que optar por la denominación usuario está más asociado a la lógica de consumidor o cliente. Pecheny y Manzelli (2003) plantean una tipología según la

cual pueden identificarse tres modelos de paciente según distintos niveles y cualidades de autonomía: sujeto pasivo, usuario de servicios de salud y paciente como interlocutor legítimo.

“Paciente como sujeto pasivo: en la relación paciente–médico, el cuerpo es objeto del saber/poder médico, y se inserta en un orden simbólico, social, político y legal que legitima la heteronomía corporal y psíquica del paciente.

Usuario de servicios de salud: se caracteriza por la autonomía propia de los clientes o consumidores de un servicio dentro de un mercado competitivo más o menos oligopólico. Aquí, el vínculo paciente – médico está inserto en un orden mercantil que legitima argumentaciones y elecciones, vinculadas a los servicios y tratamientos, que provienen de la lógica típicamente económica, y participa del lenguaje de la responsabilidad profesional, la calidad de atención y la satisfacción del usuario.

Paciente como interlocutor legítimo: refiere a la autonomía en términos de derechos, responsabilidades y obligaciones individuales y comunitarias. En este modelo, la relación paciente–médico, se transforma en un campo de negociación, donde el paciente –consciente de sus derechos y responsabilidades– ejerce su capacidad de voz y decisión en lo vinculado a su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales. El modelo de paciente se acerca al ciudadano participativo.” (Pecheny y Manzelli, 2003: 567).

Por otra parte, pese a las limitaciones de la palabra paciente, consideramos que contiene la especificidad de una relación en la cual uno de los agentes concede ciertos derechos a condición de ser curado (Espigares y Orden, 2010) y donde el otro asume un rol que incorpora el deber imaginario de ser aquel que devuelve un estado de salud previo a la patología, de él se espera la aplicación de un saber experto que resuelva los problemas de salud y enfermedad de los pacientes (Ibíd.)

La satisfacción puede definirse como el cumplimiento de las expectativas de los pacientes respecto de la atención sanitaria y el estado de salud resultante. (Corbella y Saturno, en

Massip Pérez et al., 2008). “La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.” (Instituto Nacional de Salud de Madrid en *Ibíd.*, p.4). Por otra parte autores como Fitzpatrick (en Riveros y Berné, 2007) sostienen que hay una relación entre el grado de satisfacción y la efectividad de la atención médica. Según esta mirada los pacientes con baja satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan peores resultados en salud. De tal forma, mayores niveles de satisfacción con el servicio podrían influir en una mayor efectividad de la atención prestada.

4. METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo, se ha utilizado un enfoque mixto, esto ha permitido combinar técnicas de recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Este enfoque ha permitido abordar de manera integral el impacto de la liberación del mercado de la salud en la calidad del servicio de las empresas de medicina prepaga en la Ciudad de Rosario, considerando tanto las percepciones de los principales actores como los resultados objetivos mediante encuestas de los afiliados.

Por un lado, para realizar la comparación de la percepción de los usuarios (afiliados) sobre la calidad del servicio antes y post liberación del mercado, se ha utilizado un enfoque cuantitativo. Por el otro, para captar las percepciones y las experiencias de los directivos de los prestadores médicos se ha abordado a través de un enfoque cualitativo.

El diseño de la investigación es de tipo exploratorio, ya que el objetivo del trabajo es comprender el fenómeno reciente de la liberación del mercado de la salud, sus efectos en la relación entre prestadores médicos y las empresas prepagas, y por último sobre la percepción en la satisfacción del usuario final, el afiliado.

Se realizó una revisión de la literatura relacionada con el mercado de la salud, como así también la evaluación de calidad de servicio. Esta etapa permitió identificar conceptos claves para realizar las encuestas y entrevistas.

Por el lado de los afiliados al servicio de medicina prepaga, la población seleccionada han sido 1163 usuarios de dicho servicio en la ciudad de Rosario. Se ha utilizado un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que los usuarios han sido seleccionados en base a la disposición a responder el cuestionario realizado a través de un formulario de Google. Este ha sido diseñado incluyendo preguntas cerradas y de opción múltiple, se incluyeron preguntas relacionadas con la percepción de calidad del servicio, la satisfacción con la atención recibida,

los motivos de insatisfacción y expectativas frente a la liberación del mercado. Los datos obtenidos se han analizado para identificar tendencias y relaciones entre las variables para poder realizar las conclusiones pertinentes.

Con respecto a la población, en base a la edad se distribuyen de la siguiente manera:

- 18 a 30 años: 31,9% → 371 encuestas
- 31 a 45 años: 35.7% → 415 encuestas
- 46 a 60 años: 20.6% → 240 encuestas
- Mayor a 60 años: 11.8% → 137 encuestas

En cuanto la ocupación de los encuestados, podemos destacar:

- Empleado: 59.8% → 695 encuestas
- Estudiantes: 6.4% → 74 encuestas
- Jubilado: 5.7% → 66 encuestas
- Desempleado: 5% → 58 encuestas
- Autónomo: 23.1% → 269 encuestas

Por el tiempo utilizando los servicios de Empresas de Medicina Prepaga, observamos:

- Menor de 1 año: 25.8% → 300 encuestas
- Entre 1 y 3 años: 25.7% → 299 encuestas
- Entre 4 y 6 años: 23.5% → 273 encuestas
- Mayor a 6 años: 25% → 291 encuestas

En cuanto al plan contratado por el usuario, podemos encontrar la siguiente distribución:

- Plan Básico (Hab. Compartida): 61.9% → 720 encuestas
- Plan Intermedio (Hab. Privada): 30.8% → 358 encuestas
- Avanzado (Premium): 7.3% → 85 encuestas

Por el otro lado, con respecto a los prestadores de salud (entidades sanatoriales), se han realizado cuatro entrevistas a directivos de los grupos de mayor relevancia en la ciudad de

Rosario. Estas entrevistas han sido semiestructuradas, dado que fueron guiadas por un guión de preguntas que ha sido diseñado para indagar sobre la calidad del servicio. Estas estuvieron orientadas a explorar la percepción en los cambios en la relación con las empresas de medicina prepaga, los desafíos enfrentados por los prestadores y las estrategias implementadas para mantener la calidad en este nuevo contexto planteado en el trabajo. Posteriormente estas han sido transcritas y analizadas mediante un enfoque de análisis temático, se han identificado patrones, coincidencias y temas recurrentes en las respuestas.

Los resultados obtenidos en ambas etapas (cuantitativa y cualitativa) fueron integrados, lo cual permitió identificar puntos de convergencia y divergencia entre las percepciones de los afiliados y directivos de las instituciones. Este enfoque busca garantizar mayor validez al estudio. Este enfoque mixto se ha seleccionado debido a la necesidad de tener una comprensión integral del fenómeno estudiado.

Posteriormente, estos resultados serán cotejados con la hipótesis mencionada en los capítulos anteriores y con los objetivos específicos del estudio.

Se ha garantizado la confidencialidad de los participantes en todas las etapas del estudio. Los datos recopilados fueron utilizados únicamente con fines académicos.

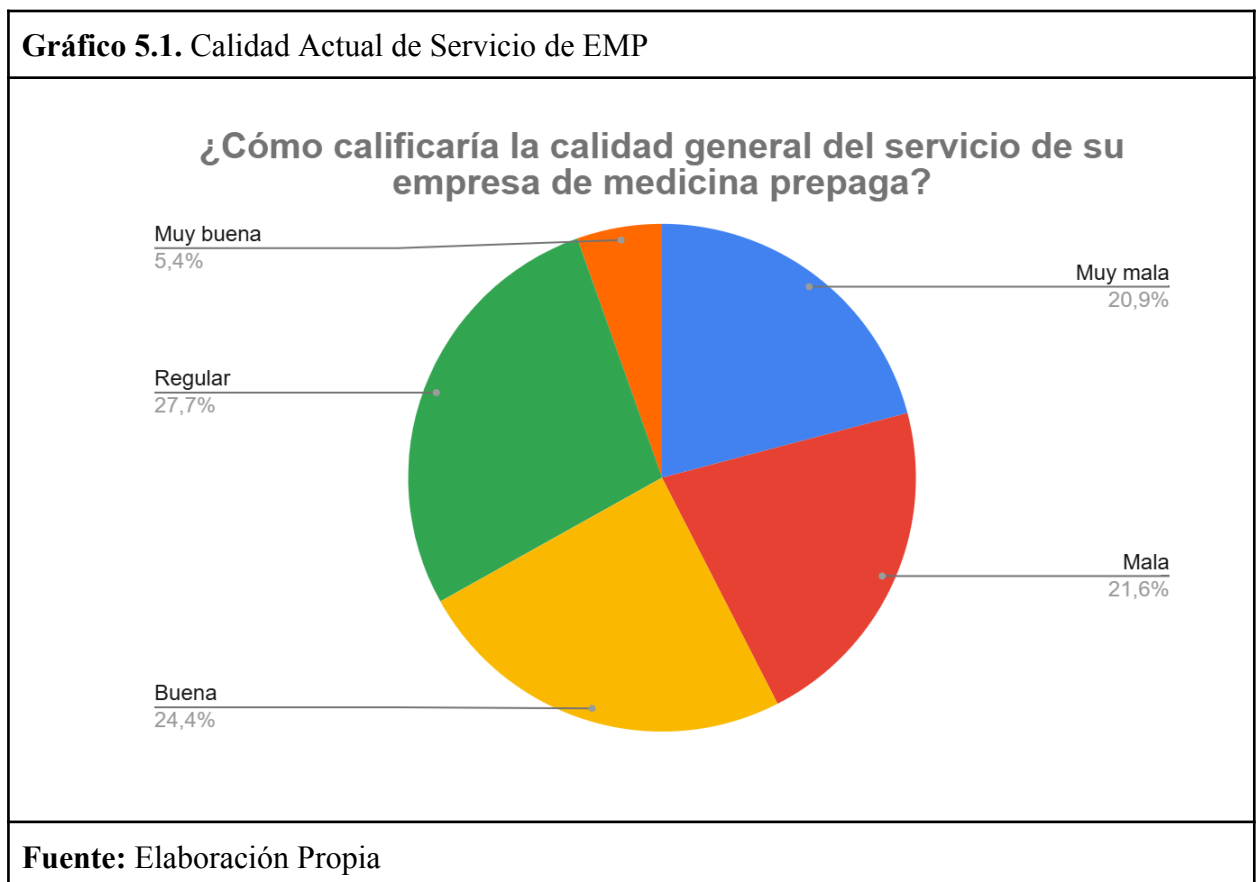
5. RESULTADOS

Los resultados pretendidos con el siguiente trabajo de investigación consisten en conocer fundamentalmente la percepción de los usuarios de servicios de medicina prepaga sobre la calidad antes y después de la liberación del mercado. A su vez profundizar en diversos aspectos como la atención recibida, obtención de turnos, el impacto económico en los costos y la relación calidad-precio del servicio.

Este estudio permitirá formular conclusiones y recomendaciones prácticas para mejorar la calidad del servicio para beneficiar tanto a las empresas como a los usuarios.

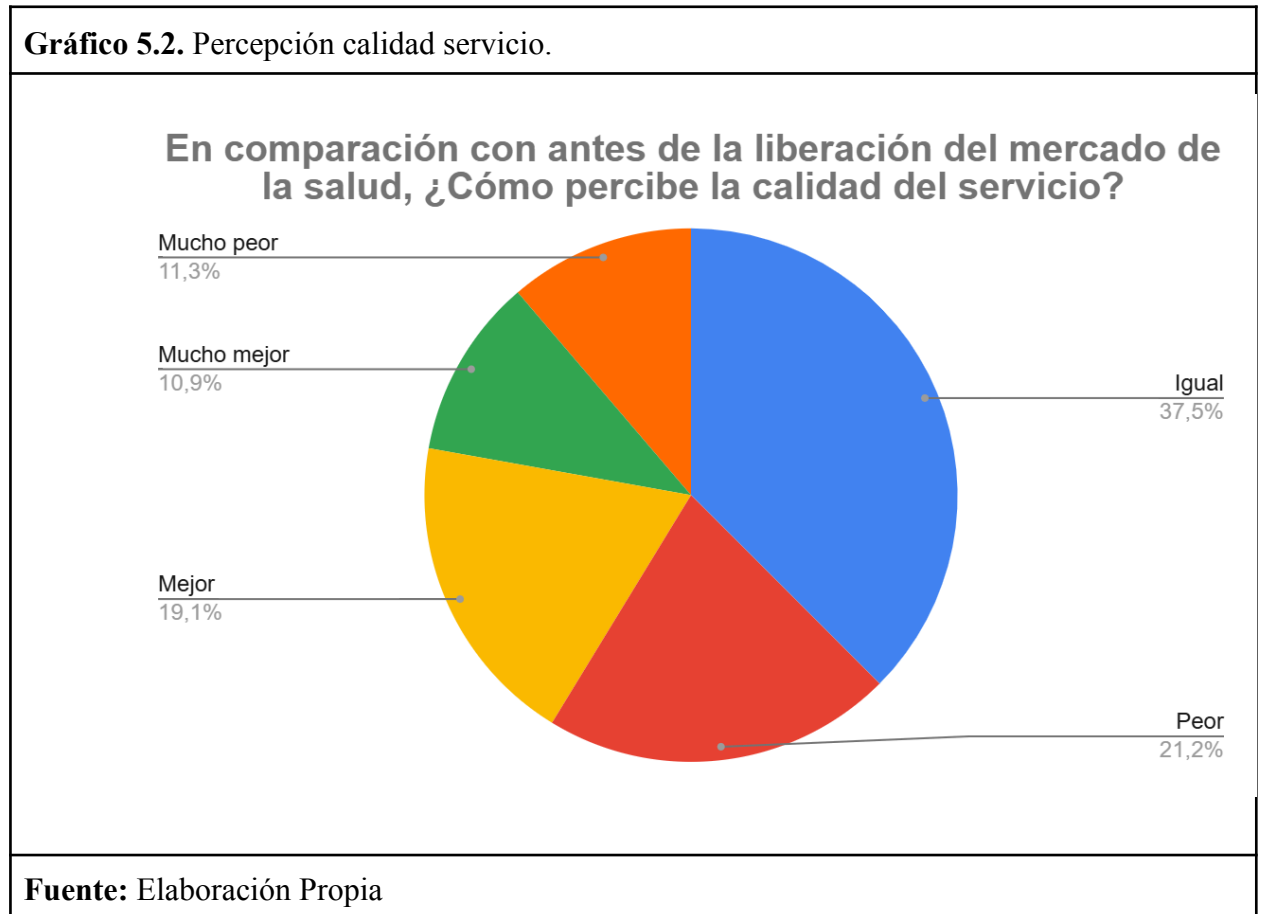
Encuestas a usuarios de EMP:

Con respecto a la pregunta 5, la calidad actual percibida por los clientes es de:



Podemos ver que el 42.5% afirman que la calidad es mala o muy mala, el 27.7% regular, y el 29.8% es buena o muy buena.

Por la pregunta 6, la percepción posterior al cambio es de:



El 32.5% ha visto empeorado el servicio, el 37.5% considera que el servicio mantiene la misma calidad, y el 30% que ha mejorado.

Estudiando estas dos preguntas, podemos determinar que de las 494 personas que respondieron que su calidad actual era mala y muy mala, han afirmado:

- 36.23% se encuentra peor o mucho peor (179 encuestados)
- 36.84% se encuentra igual (182 encuestados)
- 26.92% se encuentra mejor o mucho mejor (133 encuestados).

Por conclusión, sólo el 26.92% ha visto mejorada la calidad de servicio.

Por aquellos usuarios que han respondido “regular” en la percepción de calidad del servicio, podemos encontrar que:

- 29.19% se encuentra peor o mucho peor (94 encuestados).
- 38.82% se encuentra igual (125 encuestados).
- 31.99% se encuentra mejor o mucho mejor (103 encuestados).

Por último, de aquellos clientes de empresa de medicina prepaga que consideraban un servicio bueno y muy bueno, han respondido que:

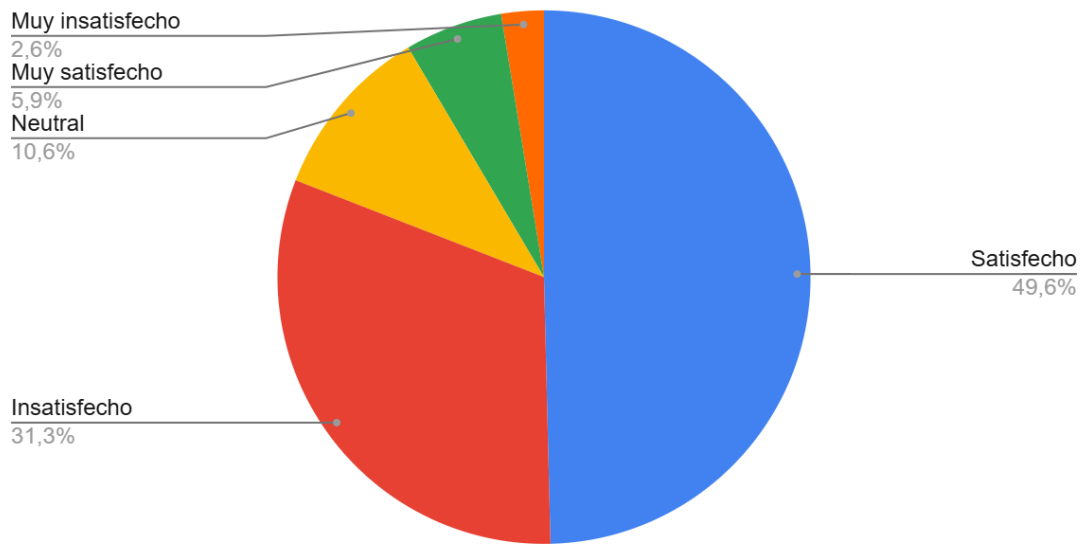
- 32.59% se encuentra peor o mucho peor (117 encuestados).
- 35.93% se encuentra igual (129 encuestados).
- 31.48% se encuentra mejor o mucho mejor (113 encuestados).

Como conclusión de estas preguntas, podemos definir que el 70% se encuentra igual o peor, mientras que solamente el 30% vio mejorada la calidad de atención.

En relación a la satisfacción percibida en la atención de los profesionales médicos en la cartilla de la prepaga, podemos decir:

Gráfico 5.3. Satisfacción Profesionales

¿Qué tan satisfecho está con la atención recibida de los profesionales de la salud en su plan de medicina prepaga?

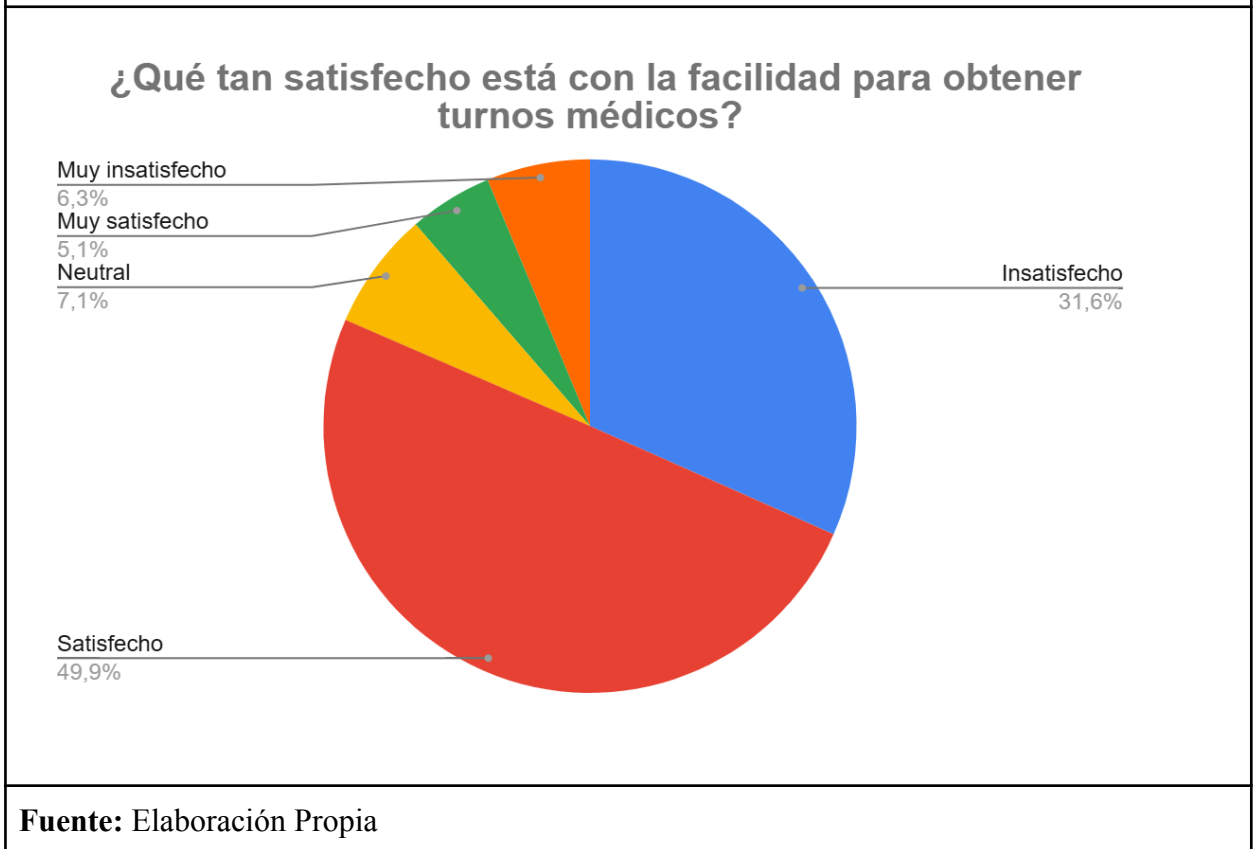


Fuente: Elaboración Propia

El 55.5% se encuentra satisfecho o muy satisfecho con la atención, mientras que el 33.9% se encuentra insatisfecho o muy insatisfecho.

Con respecto a la satisfacción en la facilidad para la obtención de citas médicas, podemos ver:

Gráfico 5.4. Satisfacción Turnos médicos

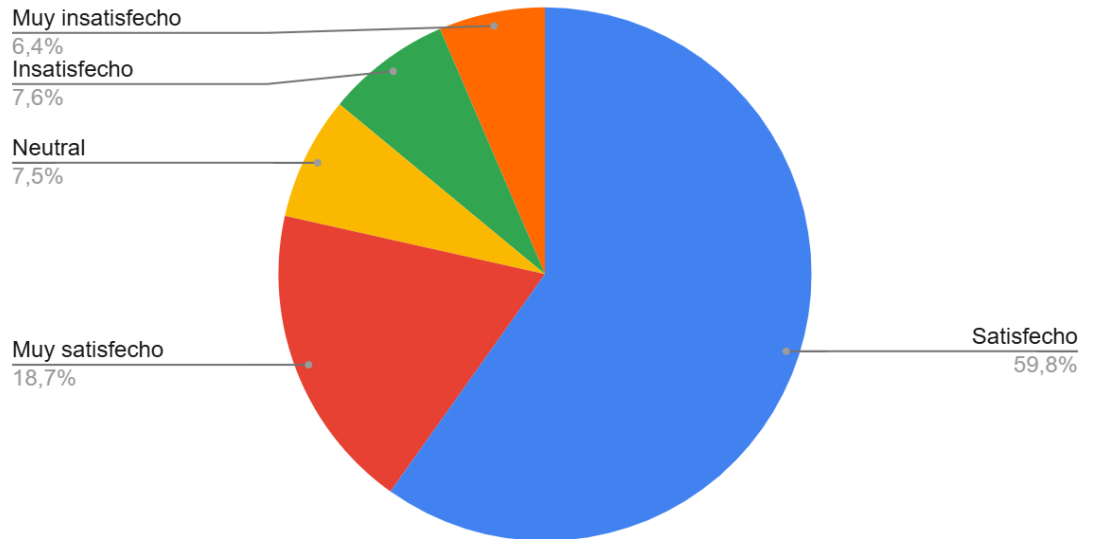


El 62% se encuentra satisfecho o igual, mientras que el 38% restante mantiene dificultades para la obtención de turnos.

En cuanto a la satisfacción de los centros médicos, sanatorios y hospitales incluidos en la cartilla del plan, podemos comentar que:

Gráfico 5.5. Satisfacción Centros Médicos

¿Qué tan satisfecho está con la calidad de los centros médicos y hospitales incluidos en su plan?



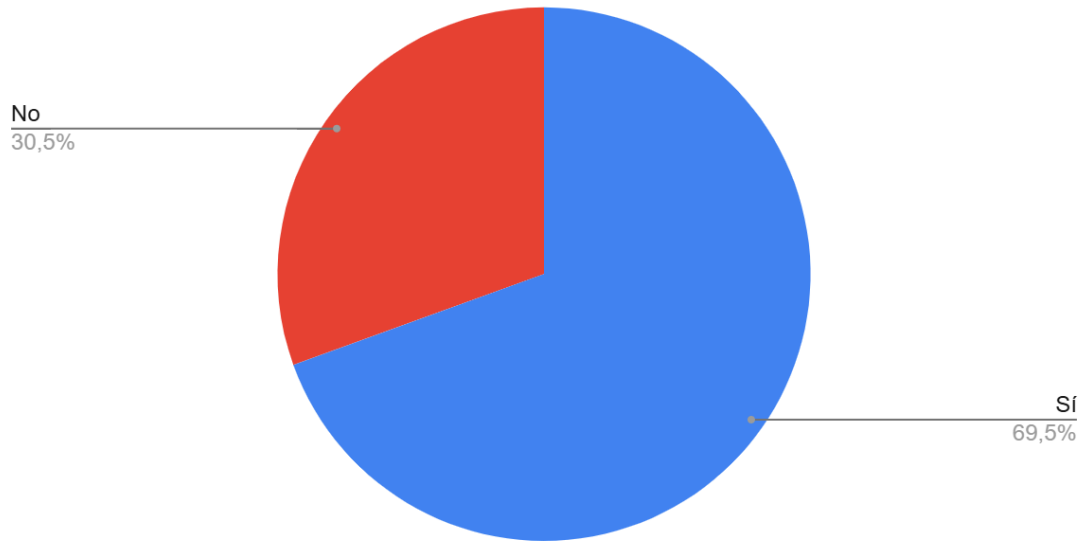
Fuente: Elaboración Propia

El 78.5% se encuentra satisfecho o muy satisfecho con la calidad de los centros, el 7.5% se mantiene neutral, y el 14% se encuentra insatisfecho o muy insatisfecho.

Con respecto a la pregunta si el usuario ha considerado cambiarse de prepaga, podemos ver:

Gráfico 5.6. Cambio EMP

¿Ha considerado cambiarse a otra empresa de medicina prepaga en el último año?



Fuente: Elaboración Propia

El 69,5% de los clientes de las EMP han considerado cambiarse, mientras que el 30,5% no lo hizo.

En cuanto a los motivos para el cambio, podemos destacar los siguientes:

Gráfico 5.6. Motivos Cambio EMP



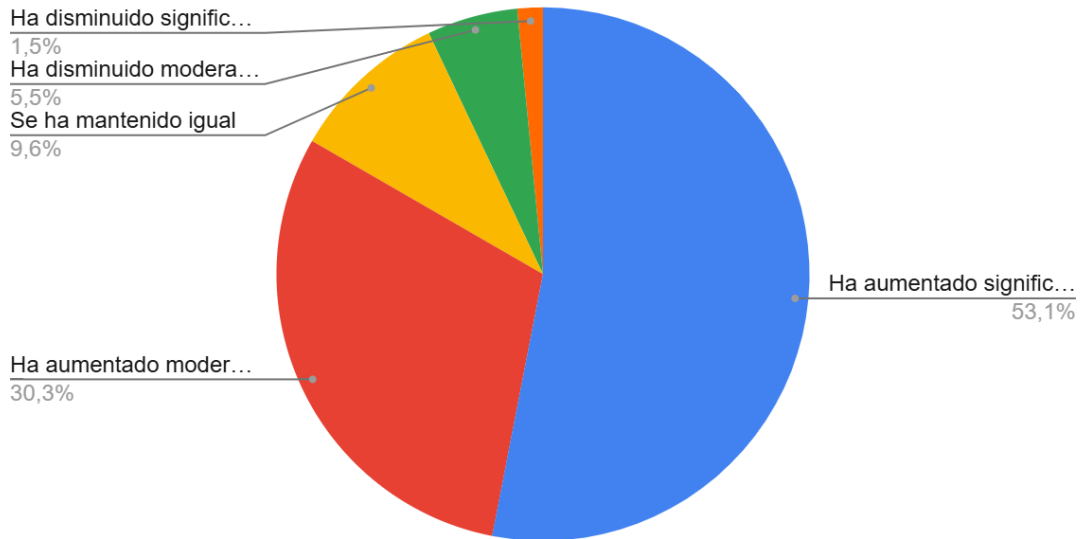
Fuente: Elaboración Propia

El mayor motivo de análisis de cambio de empresa corresponde a costos, y en menor cantidad mejorar la calidad de atención, cobertura, entre otros.

Con respecto a la afectación de costos de la liberación de precios, los usuarios han contestado que:

Gráfico 5.7. Afectación Costos

¿Cómo ha afectado la liberación del mercado de la salud a los costos de su plan de medicina prepaga?



Fuente: Elaboración Propia

El 93% de los encuestados (1082 usuarios) ha contestado que los costos han aumentado o se han mantenido igual, mientras que sólo el 7% argumenta que su plan ha disminuido.

Por último, en la pregunta correspondiente a la apreciación en la relación calidad-precio post liberación, la encuesta arroja el siguiente resultado:

Gráfico 5.8. Relación Calidad-Precio



Fuente: Elaboración Propia

El 92,5% ha contestado que la relación calidad-precio se ha mantenido igual o ha empeorado, mientras que sólo el 7,5% ha respondido que la relación ha mejorado respecto al período de regulación.

Entrevistas a Directivos:

Con respecto a los resultados de las entrevistas con los directivos de las clínicas de la Ciudad de Rosario, podemos encontrar las siguientes respuestas:

- 1) Todos coinciden en que la relación se ha vuelto más demandante o tensa, existe un mayor enfoque por parte de las empresas de medicina prepaga en la reducción de costos. Uno de los directivos resalta que la relación se ha vuelto más transparente, en el que cada uno puede exponer lo que necesita sin estar atado a un indicador determinado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

- 2) Los cuatro mencionan que las demandas de las EMP incluyen métricas más estrictas, renegociación de aranceles hacia la baja y redirección de afiliados a sanatorios más económicos. Además, notan mayores auditorías sobre las prestaciones que realizan.
- 3) En este contexto coinciden que el mayor desafío es el equilibrio entre brindar un servicio de calidad sin dejar de ser rentable. Comentan la necesidad y dificultad de retener a profesionales. Uno de los directivos menciona que el desafío principal es la competitividad, y el reto de invertir en nuevas tecnologías frente a la competencia.
- 4) Todos coinciden que la calidez humana y el trato con el paciente son esenciales para definir la calidad. Algunos resaltaron también la importancia de la infraestructura tecnológica para brindar un diagnóstico asertivo.
- 5) En cuanto a las expectativas, todos mencionan que han aumentado. Los afiliados se muestran más exigentes a la hora del servicio, sobre todo a la hora de acceder a especialistas.
- 6) Las acciones que han tomado consisten en capacitación continua del personal. Un directivo destaca, que si bien lo viene realizando desde la pandemia, realiza acciones en sistemas de telemedicina para brindarle a los afiliados.
- 7) En cuanto a la calidad, mencionan que los tiempos de respuesta en la atención han mejorado. Pero que en ocasiones se encuentran sobrecargados y hay ciertos “cuellos de botella”.
- 8) Con respecto a la afectación de la demanda, algunos comentan que tratan de acomodarse a las necesidades de la prepaga, mientras que otros directamente se manejan con sus estándares.
- 9) Todos mencionan que han aumentado las exigencias, sobre todo en la reducción de costos.

- 10) Los afiliados valoran la agilidad y accesibilidad, pero perciben que los costos son más elevados, porque en algunos casos, con determinadas empresas tienen que abonar un diferencial para acceder a los especialistas con mayor rapidez.
- 11) Todos coinciden que los niveles de satisfacción de los afiliados han disminuido, sobre todo en la presión económica sobre el afiliado como así también en los prestadores médicos, y esto repercute en la calidad de la atención. Los afiliados tienen en su mente que al abonar cuotas altas deben tener acceso a la brevedad y hoy en día no existe. Las expectativas del afiliado son mucho más altas ahora.
- 12) Por la insatisfacción, las similitudes coinciden que las principales fuentes son la espera y la accesibilidad a especialistas, largas esperas (a veces de meses).
- 13) Los usuarios de EMP perciben la calidad de manera más crítica por el aumento en precios, tanto la mensualidad que abonan a su empresa y cobro de adicionales en algunos casos. Por otro lado, algunos valoran la tecnología que poseen algunos centros de salud.
- 14) La percepción en la satisfacción ha caído en general, y destacan las causas en aumento de costos y limitación de servicios. Destacan que sus pacientes eligen sus servicios por confianza, son “clientes de toda la vida”.
- 15) Las áreas que generan mayor insatisfacción consisten en la limitación de profesionales en su cartilla y el tiempo de espera en la disponibilidad de turnos.

6. CONCLUSIONES

En primer lugar, se analizarán las conclusiones arribadas en la encuesta realizada a los usuarios de Empresas de Medicina Prepaga.

- 1) Los encuestados con alta satisfacción en atención al cliente y calidad de los centros son más propensos a percibir mejoras en el servicio (55%). En contraste, los usuarios con baja satisfacción tienden a asociar los cambios con un deterioro del servicio (70%). Esto sugiere una conexión directa entre la experiencia inmediata del usuario y su percepción general de los cambios en el mercado.
- 2) El 85% de los usuarios que perciben un aumento significativo en los costos manifiesta intención de cambiar de proveedor. Aquellos que consideran los costos estables muestran mayor fidelidad, con solo un 25% considerando cambiar. Esto destaca al precio como un factor crítico en la retención de clientes.
- 3) Los afiliados que se encuentran satisfechos con la calidad de los centros médicos tienen menor intención de cambiar de empresa (sólo el 30%). Por otro lado, un 65% de los usuarios insatisfechos con la calidad de los centros médicos, también reporta insatisfacción en la atención al cliente.
- 4) Entre los usuarios que mencionaron “mejorar calidad profesional” como motivo para cambiar, el 60% percibe un deterioro en la calidad del servicio tras los cambios en el mercado. Aquellos que buscan “menores costos”, conforman el 45% perciben los cambios del mercado como irrelevantes, por lo que sugiere que están más motivados por factores económicos que por la experiencia general.
- 5) Los usuarios que identificaron mejoras en la disponibilidad de turnos, reportaron una mejor percepción de los cambios del servicio (42%).

- 6) Los usuarios que consideran que la relación precio-calidad ha empeorado presentan una mayor intención de cambiar (74%), esto es independiente de la satisfacción que presentan a aspectos como atención o infraestructura. Podemos decir que aunque un cliente esté satisfecho con algunos aspectos, si existe un desbalance en la percepción entre lo pagado y lo recibido, puede motivar el cambio de empresa igualmente.
- 7) Los encuestados con intención de cambiar de empresa, mostraron insatisfacción en dos áreas, estando el 75% insatisfechos con la atención al cliente y el 68% se encuentran insatisfechos con la relación calidad-precio.
- 8) El 85% de las personas que perciben un aumento de costos, también reportaron una caída de la percepción del valor del servicio.
- 9) El 90% de los usuarios satisfechos con los profesionales médicos, reportaron satisfacción en otros aspectos como infraestructura y atención al cliente.
- 10) El 65% de los encuestados insatisfechos con la atención al cliente, perciben que el servicio ha empeorado tras los cambios en el mercado.
- 11) El 85% de los encuestados que perciben un aumento de los costos considera que el servicio ha empeorado. Por otro lado, quienes no percibieron variaciones en el costo, ven el servicio de manera neutral o positiva, lo que podemos concluir que la percepción del valor económico influye fuertemente en la evaluación del cambio.
- 12) El 75% de los afiliados se encuentran insatisfechos con la cobertura de servicio considera que el servicio ha empeorado, mientras que el 40% de los satisfechos con la cobertura, opina que el servicio mejoró. La cobertura es un pilar clave para determinar la percepción de la mejora o deterioro del servicio.
- 13) Un 68% usuarios con más de 5 años de antigüedad como afiliados percibe que el servicio empeoró. Los usuarios con menos de 2 años de antigüedad muestran mayor proporción

de opiniones neutrales o positivas (45%), esto se puede dar por menor referencia previa para comparar.

14) Los factores que contribuyen a la percepción de mejora son: 45% mejor atención de profesional, 35% mayor disponibilidad de turnos y 20% mejora en la infraestructura o acceso a centros médicos.

15) Los factores que contribuyen a la percepción de empeoramiento son: 55% incrementos de costos sin una mejora percibida en la calidad, 30% problemas de atención al cliente y 15% falta de cobertura para ciertos servicios médicos.

Por el lado de la percepción del servicio por parte de los usuarios de Empresas de Medicinas Prepagas, podemos detectar una división entre mejoras percibidas en aspectos específicos y sensaciones de insatisfacción debido a factores económicos. Ciertos grupos identificaron mejoras en áreas como la calidad profesional, disponibilidad de turnos e infraestructura, otro segmento considera que el servicio ha empeorado influenciado principalmente por el incremento de costos, limitaciones en la cobertura y deficiencias en la atención al cliente.

De esta forma, podemos concluir que la relación precio-calidad ha empeorado, siendo que los aspectos intrínsecos que corresponden a las Empresas de Medicina Prepaga (costos, cobertura, atención al cliente, etc) representan valoraciones negativas, mientras que los aspectos extrínsecos (calidad profesional, disponibilidad de turnos e infraestructura de los centros médicos) han obtenido mayor valoración, y no corresponden de forma directa a la EMP, sino que estos servicios son brindados a través de los prestadores médicos.

Como conclusiones de las entrevistas, podemos destacar que la liberación del mercado ha generado una relación más tensa entre los prestadores y empresas prepagas. Existe una presión de ambas partes por reducir costos y una carrera por aumentar la eficiencia. De esta forma, según lo comentado por los Directivos, las EMP intentan trasladar esta presión sobre los prestadores

aumentando auditorías médicas, administrativas como así llevando a cabo la renegociación de aranceles.

Existe el desafío de mantener la calidad del servicio frente a esta presión por reducir costos, y esto se ha llevado a cabo a través de capacitaciones, mejoras en infraestructura, aperturas de centros médicos.

Sin embargo, las expectativas de los afiliados han aumentado significativamente en cuanto a la accesibilidad y calidad de atención, por lo que también se nota insatisfacción en estos puntos por los costos más altos y los tiempos de espera.

Así también, en este contexto, los prestadores médicos deben empezar a implementar nuevas estrategias para captar afiliados del mercado.

Como conclusión final de ambas partes del estudio, podemos decir que la liberación del mercado de la salud, ha generado un contexto de transformación tanto para los prestadores médicos, afiliados y empresas de medicina prepaga, los resultados obtenidos muestran una relación entre la competencia en el mercado, los costos y la calidad de los servicios brindados.

Las entrevistas con los directivos revelan que la relación con las empresas de medicina prepaga se ha vuelto más competitiva y exigente, especialmente porque ambas partes están buscando la reducción de costos y mejora de eficiencia. Esto ha generado un cambio hacia relaciones más transaccionales que colaborativas, lo que ha afectado la calidad percibida de los servicios así como la capacidad de los prestadores para mantener el nivel de atención. En cuanto a los afiliados, reconocen avances en tecnología y accesibilidad, han percibido un aumento en los costos y reducción en la calidad de la atención, sobre todo en tiempos de espera.

Una de las áreas más críticas que surge de las encuestas de los afiliados es el aumento en las expectativas sobre la calidad del servicio, sobre todo por el aumento de costos, se percibe que al aumentarse el costo aumenta de forma lineal la calidad del servicio. Sin embargo, muchos usuarios se sienten insatisfechos por estos costos, los tiempos de espera prolongados y falta

cobertura en algunas prestaciones. Esto coincide con la mirada de los Sanatorios entrevistados, quienes comentaron que a pesar de los esfuerzos realizados por mantener la calidad, las exigencias del mercado y de costos presionan la capacidad de ofrecer servicios de alta calidad, pero destacan las mejoras tecnológicas como la introducción de la telemedicina en los últimos años.

La liberación del mercado de la salud ha generado un nuevo entorno dinámico y desafiante en la relación de los servicios de prestadores médicos y las empresas de medicina prepaga. Esta relación bilateral no puede dejar de existir, porque ambos actores se necesitan mutuamente para subsistir, los sanatorios necesitan de los afiliados para pagar sus costos, y las empresas de medicina prepaga necesitan de los sanatorios para poder vender sus planes comerciales.

En este contexto “liberal”, los afiliados experimentan mayores aumento de costos, mayores aumentos de tiempo de espera y en algunos casos abonar “copagos” en los prestadores, y la sensación es que no perciben la relación precio-calidad, dado que la variable precio aumenta, y la calidad disminuye o en algunos casos se mantiene estable, por lo que la expectativa del afiliado no se ve satisfecha. Por el lado de los prestadores, estos se encuentran en un mercado que cada vez más necesitan eficientizar sus procesos y promover las inversiones en tecnología para poder atraer usuarios de las empresas de medicina prepaga y subsistir en el mercado.

Ambos lados deberán encontrar un equilibrio, un punto en común para que los afiliados sigan sintiendo que obtienen un valor real por el servicio que pagan, y no tirar cada uno para su lado, dado que el afiliado es la pata del Sistema de Salud que es cliente de ambos lados, del prestador como de la empresa de medicina prepaga, y su satisfacción debería estar en el centro de la discusión permanentemente.

En base a los resultados hallados, se procede a desechar la hipótesis propuesta.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Álvarez, B.; Pellisé, L. y Lobo, F. (2000). “Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE”. Revista Panamericana Salud Publica vol.8 n.1- Washington July/Aug.
- 2) Arce, H. (2012). “Organización y Financiamiento del Sistema de Salud en la Argentina”. Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló, Buenos Aires.
- 3) Báscolo, E. (2016). “Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos”.
- 4) Belmartino, S. (1999.) “Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?”. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- 5) Cetrángolo, O. (2014). “Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino”. Revista de Economía Política de Buenos Aires, (13), pp 146- 183.
- 6) Donabedian, A.(1990). “Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Perspectivas en Salud Pública”. México: Instituto de Salud Pública, 72 p.
- 7) Deming, W. (1989). “Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis”. Madrid.
- 8) Espigares, L. y Orden, P. (2010). “La relación médico-paciente, desde la perspectiva del paciente”. En VI Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata. 2010.
- 9) Garay, O.E. (2002). “La medicina prepaga. Doctrina. Jurisprudencia. Legislación”. Buenos Aires.

- 10) Hernandez Sampieri, R. (2014). “Metodología de la Investigación”. Ed. Mc Graw Hill. 6ta Edición. México D.F.
- 11) Jaimarena Brion, G. (2017). “Obras Sociales Provinciales”. Ministerio de Salud de la Nación.
- 12) Maceira, D; Cejas, C.; Olaviaga, S.; Reynoso, A.; Peralta, M.; Rodríguez, M. (2010). “Sistemas de salud locales: análisis de la relación entre aseguramiento y mecanismos de contratación y pago en Córdoba, Salta y Tucumán”. *Revista Argentina de Salud Pública*, pp 13–17.
- 13) Massip Perez, C.(2008). “La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad”. *Rev. Salud pública*, vol.34, n.4, pp.1-10.
- 14) Neuberger, J. (1999). “Let’s do away with patients.” *BMJ: British Medical Journal* vol. 318, pp. 1756–1757
- 15) Pecheny, M. y Manzanelli, H.(2003). “Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo”.
- 16) Petracci, Mónica. (2004).” Calidad en atención de la salud. Serie seminarios salud y política pública: seminario V. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad”.
- 17) Riveros, J. y Berne M.C. (2007). “Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Rev. méd. Chile*, vol.135, n.7
- 19) Tafani, R. (2001). “Más allá de la desregulación”. *Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental*.
- 20) Tobar, F.; Olaviaga, S.; y Solano, R. (2012). “Complejidad y Fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino”. Documento de Políticas Públicas/Análisis N 108. Buenos Aires: CIPPEC

21) Tobar, F. y Lifschitz, E. (2011) “La Ley de prepagas como oportunidad para construir un modelo de salud. Medicina y sociedad”.

8. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario a usuarios de Empresas de Medicina

Prepaga.

1) Edad:

- 18-30 años
- 31-45 años
- 46-60 años
- Más de 60 años

2) Ocupación:

- Empleado
- Autónomo
- Desempleado
- Estudiante
- Jubilado

3) ¿Cuánto tiempo lleva utilizando los servicios de una empresa de medicina prepaga?

- Menos de 1 año
- 1-3 años
- 4-6 años
- Más de 6 años

4) ¿Cuál es el plan que tiene contratado?

- Básico (Hab. Compartida)
- Intermedio (Hab. Privada)
- Avanzado (Premium)

5) ¿Cómo calificaría la calidad general del servicio de su empresa de medicina prepaga?

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

6) En comparación con antes de la liberación del mercado de la salud, ¿Cómo percibe la calidad del servicio? Tome como referencia de partida fecha 1/1/2024

- Mucho peor
- Peor
- Igual
- Mejor
- Mucho mejor

7) ¿Qué aspectos del servicio han mejorado después de la liberación del mercado?

(Seleccione todos los que correspondan).

- Atención al cliente
- Cobertura de servicios
- Calidad de los profesionales
- Disponibilidad de citas

- Infraestructura de centros médicos
- Ninguno

8) ¿Qué aspectos del servicio han empeorado después de la liberación del mercado?
(Seleccione todos los que correspondan).

- Atención al cliente
- Cobertura de servicios
- Calidad de los profesionales
- Disponibilidad de citas
- Infraestructura de centros médicos
- Ninguno

9) ¿Qué tan satisfecho está con la atención recibida de los profesionales de la salud en su plan de medicina prepaga?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Neutral
- Satisfecho
- Muy satisfecho

10) ¿Qué tan satisfecho está con la facilidad para obtener turnos médicos?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Neutral
- Satisfecho

- Muy satisfecho

11) ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de los centros médicos y hospitales incluidos en su plan?

- Muy insatisfecho
- Insatisfecho
- Neutral
- Satisfecho
- Muy satisfecho

12) ¿Ha considerado cambiarse a otra empresa de medicina prepaga en el último año?

- Sí
- No

13) Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, ¿Cuáles fueron los motivos? (Seleccione todos los que correspondan)

- Mejor cobertura
- Mejor atención al cliente
- Menor costo
- Mejor calidad de profesionales
- Otro:

14) ¿Cómo ha afectado la liberación del mercado de la salud a los costos de su plan de medicina prepaga?

- Ha aumentado significativamente

- Ha aumentado moderadamente
- Se ha mantenido igual
- Ha disminuido moderadamente
- Ha disminuido significativamente

15) ¿Considera que la relación calidad-precio de su plan de medicina prepaga ha mejorado, empeorado o se ha mantenido igual después de la liberación del mercado?

- Ha mejorado
- Se ha mantenido igual
- Ha empeorado

Anexo 2: Guía cuestionario prestadores

- 1) ¿Cómo ha afectado la liberación del mercado de la salud a la relación entre los prestadores médicos y las empresas de medicina prepaga?
- 2) ¿Ha observado cambios en las regulaciones o en las demandas de las empresas prepagas hacia los prestadores desde que se implementó la liberación del mercado?
- 3) ¿Qué desafíos principales enfrentan los prestadores médicos en este contexto más “liberalizado”?
- 4) ¿Cómo definiría la "calidad en salud" desde la perspectiva de su institución?
- 5) Desde la liberación del mercado, ¿ha notado cambios en las expectativas de los afiliados con respecto a la calidad de los servicios brindados?
- 6) ¿Qué acciones han tomado para mejorar o mantener la calidad del servicio frente a la presión por costos o competencia en el mercado?
- 7) En su opinión, ¿qué aspectos de la calidad del servicio han mejorado o empeorado desde la liberalización?
- 8) ¿Cómo afectan las demandas de estas empresas a la calidad del servicio que ofrecen?
- 9) ¿Han percibido un aumento en las exigencias de estas empresas en cuanto a costos y eficiencia? ¿Cómo han manejado estas demandas?
- 10) Desde su perspectiva, ¿cómo perciben los afiliados la calidad del servicio en este nuevo contexto?
- 11) ¿Ha notado algún cambio en los niveles de satisfacción de los afiliados con el servicio recibido, en especial en comparación con los años previos a la liberalización?
- 12) ¿Qué áreas del servicio generan más insatisfacción en los afiliados y cómo las están abordando?
- 13) Desde su perspectiva, ¿cómo perciben los afiliados la calidad del servicio en este nuevo contexto?

- 14) ¿Ha notado algún cambio en los niveles de satisfacción de los afiliados con el servicio recibido, en especial en comparación con los años previos a la liberalización?
- 15) ¿Qué áreas del servicio generan más insatisfacción en los afiliados y cómo las están abordando?