

Economía de la salud y neoinstitucionalismo

Ernesto Báscolo

Resumen

Este trabajo discute las implicancias teóricas del proceso de integración organizacional de los servicios de atención médica desde diferentes teorías (la teoría de la agencia, la teoría de los costos de transacción de Williamson y la economía evolucionista) relacionada con el pensamiento actual de la economía neoinstitucional. En este trabajo, el concepto de integración no está asociado con un fenómeno de integración de la propiedad de la firma, sino con el desarrollo de mecanismos conscientes de coordinación entre las diferentes unidades productivas involucradas en los servicios de atención de la salud. La transformación institucional de las organizaciones corporativas médicas en Argentina es tratada solo como un ejemplo de una tendencia general del proceso de integración en los servicios médicos. El análisis teórico considera los supuestos claves, como la conducta del agente económico,

Palabras clave

Economía de la Salud. Neo-institucionalismo. Integración Vertical y Virtual. Reforma del Modelo de Atención.

Key words

Health Economics. Neo-Institutionalism. Vertical and virtual integration. Health Care Reform.

1. Introducción

Durante las últimas dos décadas se han producido profundos cambios organizacionales en los mecanismos de financiamiento y en los modelos asistenciales en gran parte de los sistemas de salud. En términos generales, este proceso ha sido caracterizado como una tendencia de cambio desde el modelo tradicional, con una fuerte fragmentación de la organización de los procesos de atención médica hacia un nuevo modelo integrado de atención.

Mientras el primer modelo se estructura sobre el rol de la autonomía profesional como único y determinante mecanismo de coordinación, el actual modelo en construcción se desarrolla sobre un complejo conjunto de estrategias de gestión que se articulan con el

los valores individuales y el rol de las normas sociales. Desde las primeras dos teorías, el proceso de integración de las organizaciones de servicios médicos podrían considerarse como el resultado natural de un nuevo marco macro institucional. En esta interpretación la estructura de incentivos juega un rol analítico determinante. En el último abordaje, el proceso bajo estudio podría ser interpretado como parte de una transformación más amplia, en la cual la profesión médica está tomando un nuevo carácter. En este caso, los valores/preferencias y las nuevas normas profesionales son consideradas variables endógenas del proceso de cambio, y representan variables centrales en el análisis de los cambios radicales de la organización de los servicios sanitarios. En este sentido, la problemática de los incentivos es solo una parte de un cambio organizacional de naturaleza más amplia.

Abstract

This work discusses the theoretical implications of the present organizational integration process of the health care services from different theories (the agency theory, the Williamson transaction cost approach and the evolutionary economics) related with the thought current of the new institutional economics. In this work, the integration concept is not necessarily associated with an owner integration phenomenon but with the development of conscious mechanisms of co-ordination among the different productive units involved in the health care sector. The institutional transformation of the medical corporate organizations in Argentina is treated only as one example of this general trend of the health care process of integration. The theoretical analysis will consider the key assumptions of the competing frameworks, linked with the behavior agents, the individual values, and the role of the social norms. From the first two frameworks the process integration of the health care organization could be considered as the natural result of the new institutional environment, in which the incentive structure plays a determinate role in the development of new models of relationships between the key actors. In the last approach, the process under study could be interpreted as part of a broader transformation, in which the medical profession is facing a new character. In this case, the organizational integration process of the health care services represents a new production process of the professional norms. This analysis emphasizes the endogenous explanation of this phenomenon, in which the organizational characteristics of the actors affect the new developing social norms and the innovations of the patterns of co-ordination of the health system.

objetivo de regular la organización de los servicios de salud (Enthoven 1997).

Si bien este radical proceso de transformación ha sido objeto de análisis por parte de las ciencias económicas, existen alternativas visiones o abordajes teóricos, con sustanciales divergencias en sus implicaciones. En este sentido, es posible mencionar a Culyer (1981), que considera que la “Economía del Bienestar” es el soporte común del reciente desarrollo de la “Economía de la Salud”. Sin embargo, al mismo tiempo es necesario advertir que la “teoría de la firma o la empresa” es tratada por la teoría neoclásica en términos no problemáticos, sin considerar la dimensión de su estrategia como la organización de sus procesos de producción.

Otros abordajes teóricos dentro de la teoría económica (Williamson 1975; Demsetz 1988; Nelson 1985) examinan el problema organizacional de la firma como un punto explícito de la temática institucional. Este trabajo intentará analizar las implicancias de alternativas explicaciones teóricas de los temas institucionales de los servicios de atención médica.

En términos generales, existe un interés creciente en la teoría económica en el análisis de la naturaleza y el rol de las instituciones sociales. Más aún, un gran cuerpo de la literatura llamada Economía Neo institucional ha avanzado sobre esta temática durante la última década. Sin embargo, esta corriente teórica no puede ser presentada como un cuerpo teórico homogéneo. Al interior de esta corriente del pensamiento, existen marcos teóricos con diferentes supuestos, que podrían conducir a interpretaciones excluyentes (Fuchs 2000).

El objetivo de este trabajo es analizar el presente proceso de integración desde la teoría de la agencia, la teoría de los costos de transacción de Williamson y la teoría evolucionista, considerando la teoría de la firma, el comportamiento de los actores y las preferencias del consumidor como ejes claves de este análisis.

La estructura de este trabajo es la siguiente. En primer lugar, se hará una breve descripción de las principales características de los cambios organizacionales de managed care en los servicios médicos, identificando algunos cambios institucionales en la estructura de las organizaciones corporativas médicas en Argentina. En la tercera, cuarta y quinta sección se desarrollará la teoría de la agencia, la teoría de los costos de transacción de Williamson y la teoría económica evolucionista. Los supuestos institucionales claves son enfatizados, con sus principales implicaciones para el análisis de los presentes cambios organizacionales bajo estudio. Finalmente, se hará una discusión sobre las implicaciones teóricas de los marcos teóricos alternativos desarrollados. Finalmente, una breve conclusión será incluida.

2. Características generales de los cambios organizacionales de los servicios de atención médica

En términos generales, es común considerar que los presentes cambios organizacionales en muchos sistemas de servicios de salud podrían caracterizarse por la introducción de nuevos mecanismos que intentan regular el comportamiento de los proveedores. Sin embargo, este fenómeno no puede ser realmente comprendido solo como una influencia sobre el trabajo diario de los médicos individuales, sino como el desarrollo de nuevas y complejas estructuras organizativas e institucionales que modifican los mecanismos de coordinación del conjunto de los procesos de atención como un todo (Robinson 1999).

Más específicamente, es posible identificar este proceso de cambio en la siguiente forma. El primer modelo está caracterizado por un modelo asistencial fragmentado, basado sobre la autonomía profesional como el principal mecanismo de coordinación de los

servicios de atención médica. En el proceso productivo de los servicios de salud, el flujo del paciente está determinado por la opinión informal de los profesionales médicos. Este principio debilita la posición de los aseguradores de los servicios médicos, no solo porque ellos no pueden definir el producto sanitario y sus precios relativos en la negociación con los prestadores de servicios de salud, estableciendo las condiciones de calidad de los servicios sanitarios, sino porque a ellos les resulta imposible afectar la coordinación de los distintos servicios involucrados en el modelo de organización de los mismos (Enthoven 1993).

Actualmente, existe un creciente proceso de innovaciones organizacionales en los servicios de salud, identificada en la literatura como el modelo de “*managed care*”, el que es generalmente descrito en los siguientes principios esenciales. En primer lugar, la propuesta de “*managed care*” está basada sobre un modelo contractual selectivo de los proveedores. De esta forma, los compradores de los servicios de salud eligen los proveedores por calidad y economía. Adicionalmente, los nuevos mecanismos de pago incluyen como una de sus variables el desempeño de calidad de los proveedores. Al mismo tiempo, las nuevas herramientas de gestión de evaluación en la utilización de los servicios son usadas para desarrollar guías asistenciales de orientación por diferentes prácticas y pacientes. Estas herramientas se extienden desde limitaciones administrativas a través de una autorización previa para los pacientes al desarrollo de nuevas herramientas de gestión que potencien el rol del primer nivel de atención como eje determinante del proceso de atención integral del paciente (Enthoven 1993).

Es interesante señalar que este proceso de innovaciones organizacionales es generalmente considerado como amenazante de la autonomía profesional de los médicos (Robinson 1999). El potencial comportamiento oportunista, asociado con situaciones de asi-

metría de información es minimizado tanto por los procesos de mercado como por nuevas reglas organizacionales. Como mecanismo de mercado, es necesario enfatizar el proceso competitivo que produciría una apropiada estructura de incentivos. Las nuevas reglas organizacionales se deberían asociar con el nuevo modelo de gobernanza clínica o gestión clínica, usado como un factor clave de las innovaciones corrientes de los servicios de salud.

Por último, el modelo de “*managed care*” está vinculado con un proceso de integración entre los diferentes componentes de los procesos de los servicios de salud. Más específicamente, Enthoven (1997) identifica las distintas formas en que toma lugar la integración en las actuales innovaciones de las organizaciones de servicios de salud.

Entre otros: la integración entre la responsabilidad financiera y la prestación de los servicios (basado sobre un prepago capitado), entre los proveedores y la población (con una perspectiva epidemiológica) y diferentes clases de integración entre los componentes del modelo asistencial. En este último caso, Enthoven incluye al proceso de integración del completo espectro de los servicios de salud, entre los distintos profesionales de salud, entre médicos y hospitales, en la integración horizontal entre hospitales, y en la integración de la información del paciente.

En términos generales, los presentes cambios conducen a un modelo conocido como “*managed care*”, con una mayor integración, compromiso y responsabilidad de los servicios de salud. En esta forma, este concepto de integración no está asociado necesariamente con un fenómeno de integración de la propiedad de los factores, sino al desarrollo de mecanismos conscientes de coordinación entre las diferentes unidades productivas involucradas en los servicios de salud.

Este estudio estará basado sobre el análisis de la última clase de procesos de integración, relacionados con nuevos mecanismos horizontales y verti-

cales de coordinación de los servicios de salud.

El caso especial de los cambios en las organizaciones privadas de servicios de salud en Argentina

Características generales

Tradicionalmente, el sistema de servicios de salud de Argentina se ha hecho sobre la base de sus fuentes de financiamiento. En esta forma, tres subsectores relativamente independientes han sido reconocido: el sistema de seguridad social, los servicios destinados a la población excluida del sistema de la seguridad social y financiada a través del presupuesto estatal y las organizaciones de seguro privado (Belmartino y Bloch 1995).

Con relación a las características de las instituciones a cargo del financiamiento del sistema de la seguridad social de los servicios de salud, es posible considerar que las instituciones a cargo del financiamiento del sistema están organizadas como fondos de enfermedad. Estas organizaciones de financiamiento —alrededor de 370— financian los servicios de salud de los trabajadores en relación de dependencia y de sus grupos familiares inmediatos (un porcentaje cercano al 52% de la población total).

Explicaciones endógenas y exógenas de los cambios organizacionales

de los servicios de salud

Los servicios privados de salud en Argentina han experimentado un radical cambio organizacional como resultado de la crisis de financiamiento del modelo institucional en la última década. Esta situación es analizada como el producto de factores exógenos y endógenos.

Considerando las razones generales y exógenas de este proceso de cambio,

mencionaremos a continuación las siguientes: las ventajas en la ciencia médica han generado una creciente demanda de recursos (Drummond 1987). Adicionalmente, en la actualidad, las tendencias del proceso político están conducidas por el propósito de reducir el tamaño del sector público, liberando recursos y capital para su inversión en el sector privado (Saltman 1995 y von Otter 1995). Por último, reformas de desregulación han promovido el desarrollo de nuevas estructuras de incentivos como una estrategia para mejorar la eficiencia del sistema (Medici et al. 1997).

Considerando las características específicas del sistema de salud en Argentina, el desarrollo de la nueva estructura de incentivos estuvo asociado con la desregulación de los modelos o patrones de relaciones entre los principales actores (beneficiarios, organizaciones financieras y proveedoras de servicios de salud).

Una visión complementaria podría introducir el análisis de los factores endógenos, enfatizando el estudio de la dinámica de las relaciones idiosincrásicas entre los actores involucrados. En esta óptica, la estrategia de los actores y sus acuerdos relacionales son considerados como las fuerzas reales que modelan la naturaleza de la estructura organizacional, su crisis y sus innovaciones institucionales (Belmartino 1997).

Para caracterizar este proceso de cambio, se compara a la situación institucional actual con el modelo previo de organización de servicios de salud.

El anterior modelo de organización de servicios de salud

El modelo previo de organización de servicios de salud podría ser descripto en la siguiente forma. Las reglas del juego están definidas por las relaciones institucionales establecidas entre las grandes corporaciones, proveedoras de servicios y los sindicatos, a cargo de la administración de las obras

sociales (o fondos de salud) y regladas por las leyes 18.610/70 y 23.660/89. Estos acuerdos, en un nivel macro, regularon la actividad del sistema, con el respaldo de la *Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL)*. Esta agencia estatal cumplió solo algunas funciones de supervisión, control y predistribución de recursos.

En este modelo, la relación entre los beneficiarios y las organizaciones financieras, cada trabajador tenía la obligación de canalizar sus contribuciones para la seguridad social de servicios de salud a su correspondiente obra social de su respectivo sindicato. Una segunda característica institucional de este escenario está vinculado a la relación entre los financiadores y los proveedores de servicios. Esta relación está basada sobre un modelo contractual entre las instituciones financiadoras con dos principales organizaciones, las corporaciones médicas, representativas de los profesionales independientes y de grupos de profesionales (clínicas) y las organizaciones representativas de los hospitales privados. Estos contratos estuvieron regulados por agencias del Estado cuyas decisiones estuvieron basadas sobre los acuerdos entre las principales partes involucradas.

Estos modelos contractuales respaldaron la tradición de la autonomía profesional, permitiéndoles amplia libertad de prescripción y remunerados sobre una base de pago por servicios. En este esquema, la definición de los productos sanitarios y sus precios relativos fueron el resultado del proceso de negociación entre las organizaciones representativas de los proveedores en el ámbito nacional y las respectivas instituciones financiadoras. Es posible considerar que en este marco la intervención del Estado solo estaba restringida al resultado de tales acuerdos (Belmartino y Bloch 1994).

En el primer modelo, los mecanismos de coordinación de los servicios sanitarios estaban determinados por las características institucionales del sistema de salud en Argentina. La es-

estructura de incentivos propia de la naturaleza idiosincrásica de las relaciones entre las organizaciones financiadoras y médicas, junto a la débil presencia del Estado en la regulación del sistema representaron los factores claves de este modelo institucional.

Cambios contractuales en la relación entre los actores

En términos generales, la situación corriente está en proceso de transición, en la cual pueden distinguirse dos cambios relevantes. Por un lado, se promovió la libertad de elección de los asegurados de servicios de salud a elegir la institución a la cual ellos preferían canalizar sus contribuciones. Por otro lado, fue permitida la libertad de prescripción entre las instituciones financiadoras y proveedoras de servicios, sin restricciones a mecanismos de pago y precios preestablecidos.

Este proceso significa un movimiento del nivel de negociación, desde un nivel nacional a escenarios locales, con importantes cambios en la naturaleza de los actores involucrados. Mientras en el modelo previo, precios y productos se definían en un nivel macro, sobre la base de una estructura de transferencias de recursos articulada sobre un esquema de pagos por servicios, en el modelo actual, ellos están negociados por un nuevo tipo de relaciones entre financiadores y proveedores, basado sobre una estructura de pago capitada. En consecuencia, las organizaciones corporativas locales asumen la responsabilidad y el riesgo económico en la provisión de los servicios a sus beneficiarios (Belmartino 1998).

Cambios organizacionales en la provisión de los servicios de salud

La transformación de las relaciones contractuales entre financiadores y proveedores es complementada por importantes innovaciones institucionales en los servicios de salud. Esta situación podría explicarse por a) cambios

en el rol jugado por los principales actores, b) el desarrollo de nuevas capacidades de gestión, y c) el proceso de integración entre los diferentes niveles de integración del conjunto del sistema de salud (Belmartino y Bloch 1998).

Adquiere particular relevancia el análisis teórico de los cambios institucionales de las corporaciones médicas. Este fenómeno puede describirse en la siguiente forma:

a) En el modelo anterior, las corporaciones de los proveedores controlaron la oferta bajo condiciones monopolíticas, con un rol de intermediación contractual entre los proveedores directos y las organizaciones financiadoras. En el presente proceso de transformación, bajo condiciones más competitivas, las organizaciones corporativas médicas están siendo involucradas en el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación de la oferta de los servicios de salud. En este proceso, el modelo de producción de servicios de salud está cambiando hacia la creación de consorcios o formas de red de servicios. En este nuevo modelo institucional, se agrupan diferentes firmas dedicadas a la producción de servicios de salud complementarios, usualmente por medio de acuerdos estratégicos establecidos a través de contratos específicos entre asociaciones de profesionales independientes con hospitales privados, servicios ambulatorios diagnósticos y clínicas de especialidades, etc. (Báscolo y Belmartino 1995).

b) El desarrollo de las capacidades de las corporaciones médicas está relacionado con el propósito de limitar el impacto económico que tiene la sobredimensión de la oferta prestacional y los efectos que los sistemas de incentivos de un modelo de pago por servicios tienen en cada una de las unidades de producción de servicios de salud. En esta innovación institucional, se generan nuevas herramientas de gestión, tales como la creación de sistemas de control de la producción y los gastos prestacionales, como cambios en el mismo modelo presta-

cional, restringiendo la oferta de servicios, definiendo normativamente mecanismos de articulación entre los proveedores e introducción de médicos generalistas con un rol de “*gate keeper*” (Belmartino 1997).

c) Finalmente, el proceso de integración relacionado con los cambios institucionales de las corporaciones médicas podría ser caracterizado como el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación en el proceso de atención. En esta forma, es posible mencionar el desarrollo de los mecanismos de coordinación entre el primer y segundo nivel de atención de la salud.

Estas tres características describen las formas “virtuales” de integración entre diferentes mecanismos de coordinación entre organizaciones privadas de producción de servicios de salud en Argentina. En este escenario, las organizaciones corporativas médicas juegan un papel importante en el desarrollo del cambio institucional. Resulta útil apelar a diferentes abordajes teóricos para comprender las características de los procesos de cambio que se han producido en el sistema de servicios de salud.

3. Abordaje contractualista

El abordaje contractualista mantiene los supuestos teóricos de la escuela neoclásica con relación a la conducta de los agentes económicos. La empresa es vista como un conjunto de contratos entre factores de producción, en donde cada factor está motivado por su interés individual (Demsetz 1988).

De acuerdo con Alchian y Demsetz (1972), la cooperación puede tomar lugar a través del mercado (entre empresas) o entre especialistas (al interior de la empresa). La real característica especial de la empresa es una utilización de los insumos en la forma de un equipo de producción y la posición centralizada de alguna parte en la gestión contractual de los otros insumos. Cada miembro del equipo de producción actúa desde su propio interés in-

dividual, pero son conscientes que sus destinos dependen de la sobrevivencia del “equipo de producción” en su competencia con los otros equipos. En esta forma, la empresa está disciplinada por la competencia de las otras empresas, las cuales fuerzan la evolución de los mecanismos de monitoreo y el desempeño del equipo de producción como un todo y el de sus miembros individuales.

La característica especial de la relación de empleo no es un presumido “poder” de la gestión en la definición del contenido de las tareas del trabajador o de la naturaleza de “largo plazo” del mismo. Por el contrario, la única característica distintiva de la empresa se basa en la posición centralizada contractual de la gestión del proceso de producción del equipo. En esta estructura, el principal problema de la empresa es la medición de la productividad de cada factor de producción individual y la definición de su correspondiente remuneración (Alchian y Demsetz 1972).

Mientras el mercado vincula remuneración y productividad en forma descentralizada, la firma tiene dificultades en determinar la contribución individual en un equipo de producción. En este caso, es el equipo de producción quien produce el producto. Este no es la sumatoria de productos separados. Alchian y Demsetz (1972) enfatizan la relevancia del problema de medición de la producción del equipo, considerando el problema de coordinación del proceso de producción en la empresa como un problema meramente de incentivos. El punto clave en el diseño institucional de la empresa es cómo los miembros de los equipos deberían ser remunerados con el propósito de lograr una producción lo más eficiente posible.

El problema de medición del desempeño de cada miembro del equipo de producción considerado como costos de información es el principal problema de coordinación de la empresa. La evaluación comparativa costo efectivo entre las empresas y el mercado

principalmente depende sobre aquellas características de la firma: los beneficios de la relevancia de las condiciones de los equipos de producción y los costos asociados con sus problemas de medición. Mientras la primera característica está asociada con las ventajas de la integración de la línea de producción, la segunda está relacionada a los problemas de medición por parte del monitor central del desempeño de cada miembro individual del equipo de producción.

Aplicaciones del abordaje contractualista

a los servicios de salud

Este desarrollo teórico tiene algunas relevancias centrales en la interpretación de las características de las organizaciones médicas. Las condiciones de trabajo profesional tienen un alto costo de gestión profesionalizado en comparación con el potencial incremento de productividad en el esfuerzo del equipo. En estos casos, la autonomía profesional es explicada por las características especiales del carácter artesanal. Más específicamente, las actividades con características profesionales conducen naturalmente a una situación de "free rider" en la conducta de cada uno de los miembros de equipo de producción, incrementándose los costos de gestión de esta clase de insumo.

Los cambios en la forma institucional de la profesión médica podría explicarse, considerando al mismo tiempo los cambios que se originan en los costos de monitoreo y los beneficios de la producción en equipo. En este sentido, el modelo tradicional y fragmentado de organización de los servicios de salud está basado sobre una forma descentralizada, debido a sus altos costos de monitoreo en comparación con las ventajas del equipo de producción. En este modelo, las condiciones individuales y autónomas de trabajo están asumidas, en donde los mecanismos de coordinación inter firma se suponen que no afectan la efec-

tividad y eficiencia productiva del producto final.

En contraste, en las formas institucionales virtualmente integradas, aunque los costos de monitoreo son relevantes, debido a la presencia de importantes condiciones profesionales en el proceso de trabajo, los beneficios del equipo de producción son altos en tal forma que sobrepasan los costos de medición. Por lo tanto, una estructura integrada (basada sobre una posición de monitoreo centralizada) es más eficiente que una relación contractual de mercado entre firmas independientes.

Aplicaciones del abordaje contractualista a los cambios organizacionales en los servicios

de salud en Argentina

De acuerdo con este abordaje teórico, los cambios organizacionales en los servicios de salud en Argentina podrían ser entendidos solo en términos de cambios de las estructuras contractuales, más que radicales innovaciones.

Más aún, este cambio podría considerarse como el resultado natural de nuevas condiciones competitivas en el sistema de servicios de salud. Según Alchian y Demsetz (1972), la característica distintiva de las empresas que subyace en este marco teórico no es algún poder disciplinario en la relación de empleo sino la existencia de un agente centralizador de contratos, tanto en relación al proceso de producción en equipo (empleados) como con los proveedores y clientes. Es interesante considerar que esta característica está presente tanto en los anteriores modelos de organización de los servicios como en los modelos actuales en formación. Mientras en la anterior, las corporaciones médicas jugaban un rol de intermediación, centralizando las relaciones contractuales con cada profesional individual, en la estructura organizacional actual existe también una posición centralizada entre el comprador y cada proveedor.

De acuerdo a este marco teórico, el rol de las corporaciones médicas es muy diferente en aquellos dos modelos organizacionales. La diferencia entre la primera función de intermediación y el actual rol de “compradores” de servicios de salud con un rol más activo en el centro de la red de servicios podría analizarse considerando en forma diferente el desarrollo de las funciones de monitoreo que tienen ambos modelos.

Esta tendencia podría describirse como el desarrollo de las siguientes innovaciones. En primer lugar, estos cambios podrían asociarse con un conjunto de herramientas gerenciales, tales como el desarrollo de nuevos sistemas de innovación y estrategias de revisión de utilización de servicios médicos. Estas innovaciones representan parte de un nuevo rol de monitoreo, correspondiente a la función de coordinación de los servicios de salud. En segundo lugar, la transformación contractual se podría explicar como cambios en la estructura tradicional de pagos, entre financiadores y agencias de intermediación, y entre estas últimas y los proveedores individuales. Estos cambios no solo implican un cambio de un sistema de pago por prestación a un sistema de capitado, sino un nuevo modelo organizacional de distribución del riesgo financiero entre los proveedores involucrados en el sistema de servicios.

Finalmente, Demsetz (1995) enfatiza que la eficiencia de muchos de los procesos de integración vertical se explica por el hecho de que en tales procesos de producción existe operación con “*continuity economics*”. Este concepto está asociado al concepto original de las ventajas de las condiciones de producción en equipo de Alchian y Demsetz (1972). En ambos conceptos, la alta interdependencia entre las actividades involucradas en el proceso de producción es considerada la causa de la eficiencia de los modelos integrados versus los modelos descentralizados y fragmentados. Sin embargo, no resulta fácil identificar los factores endógenos

que promueven el desarrollo de “*continuity economics*” como causa de los cambios organizacionales en los servicios de salud.

El proceso de integración en los servicios de salud con crecientes mecanismos de coordinación se explica por el desarrollo de funciones de monitoreo de las organizaciones corporativas médicas. Este fenómeno estaría causado por formas más eficientes y promovidas por nuevas condiciones competitivas.

4. Abordaje de los costos de transacción

En la teoría de los costos de transacción, la unidad básica de análisis es la transacción (Williamson 1991) y los costos de transacción están definidos como los costos de funcionamiento del intercambio económico. Este abordaje teórico está basado sobre el análisis de las diferencias claves que podrían distinguir formas organizacionales alternativas y la evaluación de sus eficiencias comparativas.

Williamson (1991) explícitamente considera que el mercado, la jerarquía y los modelos híbridos como las principales y más genéricas formas institucionales, definidas en un nivel meso y denominadas como estructuras de gobierno. El análisis institucional macro es tratado como un ambiente institucional en el cual cambios claves en los parámetros modifican los costos comparativos de las estructuras alternativas de gobierno.

En este análisis, la racionalidad limitada y el oportunismo son dos supuestos complementarios de la conducta de los agentes. La racionalidad de los actores individuales está vista como restringida por la información disponible y por la capacidad de los mismos para procesarla. Por otro lado, el concepto de oportunismo de este marco teórico es diferente del modelo neoclásico, ya que los individuos no solo se consideran como actuando por su propio interés, sino que pueden actuar con dolo (Williamson 1985).

En el análisis institucional de las estructuras de gobierno, el problema de adaptación a distintas clases de factores de cambios (o perturbaciones) es considerado como el problema económico central. En otras palabras, el desempeño institucional de las estructuras alternativas de gobierno se evalúa a través del análisis de sus habilidades para adaptarse a la naturaleza del problema de coordinación de los procesos productivos (Williamson 1987).

La teoría de los costos de transacción distingue la habilidad institucional (el mercado, la jerarquía o los modelos híbridos), identifica la naturaleza de los mecanismos alternativos de coordinación usados. Estos son analizados a través de la consideración de los tipos alternativos de reglas contractuales relacionados a cada uno de los mecanismos de coordinación; y se evaluará la habilidad de cada estructura de gobierno para adaptarse a circunstancias cambiantes (Williamson 1991).

La estructura de gobierno de mercado se aplica a un modelo ideal de transacciones contractuales, en el cual las partes se vinculan como entidades anónimas y autónomas (Macneil 1974). En este tipo de transacciones, la regla contractual es muy legalista. El principal mecanismo de coordinación entre los agentes económicos es la señal de los precios. La clase de disturbios asociados con esta forma institucional es “no consecucional”, porque el desvío que se produce a una situación de eficiencia es demasiado pequeño para cubrir los costos del ajuste. El proceso de ajuste no es considerado, ya que las ganancias netas por el realineamiento institucional son negativas. La habilidad del mercado para adaptarse a las nuevas condiciones de demanda y oferta (reflejado en los cambios de precios) es llamada “adaptación autónoma”, porque este tipo de adaptación no requiere un rediseño de los acuerdos inter firma.

La forma institucional de la firma está asociada con la estructura de gobierno de la jerarquía. Williamson

(1991) enfatiza el hecho que mientras en el mercado las cortes son usados en las relaciones contractuales inter firma, en las disputas internas, la jerarquía es su corte de última instancia. La empresa tiene incentivos internos con menor poder en comparación con los incentivos de mercado. En la firma, los cambios en el esfuerzo de cada trabajador no tienen efectos inmediatos en sus respectivas compensaciones. Sin embargo, en contraste con los abordajes contractualistas, el vínculo imperfecto entre productividad y remuneraciones no es considerado como un problema, sino una de las características de uno de los diferentes mecanismos de coordinación. Mientras los instrumentos de incentivos del mercado vinculan productos y precios (recompensas), en la firma los incentivos de baja potencia son usados porque se privilegia la cooperación como mecanismos administrativos de control interno (Williamson 1975).

La habilidad de la firma es conocida como adaptación colaborativa. Más específicamente, es posible considerar que este tipo de adaptación interna representan mecanismos de coordinación conscientes y deliberativos, considerando como parte a las negociaciones estratégicas. Según Williamson (1991), la estructura de gobierno de la jerarquía (con adaptación adaptativa) reemplaza la estructura de mercado (con adaptación autónoma) cuando la dependencia bilateral se construye progresivamente en el mismo proceso de adaptación.

Los modelos de mercado y de jerarquía podrían ser considerados como casos polares y los modelos híbridos como una mezcla de los mecanismos de coordinación utilizados por los anteriores modelos. Los instrumentos de incentivos y los controles administrativos son generalmente incluidos en el diseño de este tipo de estructura. Más específicamente, los modelos híbridos desarrollan contratos relacionales, en los cuales las partes mantienen autonomía, pero son bilateralmente dependientes en un grado no trivial. Por lo

tanto, en este caso la identidad de las partes tiene importantes implicancias en el diseño de la estructura de gobierno. En estos casos, los acuerdos contractuales complejos de largo plazo son construidos con el propósito de gobernar el proceso de adaptación entre las partes involucradas, en un contexto de disturbios consecuenciales (Williamson 1991).

En esta perspectiva, el análisis de los atributos de la transacción bajo estudio permite la evaluación de la capacidad de la estructura de gobierno para adaptarse a los diferentes tipos de disturbios. De acuerdo a los atributos de las transacciones, es posible mencionar su frecuencia, la incertidumbre y los activos específicos involucrados en las condiciones de los procesos de producción relacionados a este tipo de relación contractual. Sin embargo, el último factor es la principal variable que explica los crecientes costos de transacción. Más aún, en el modelo de costos de transacción de Williamson, la especificidad de los activos representa la principal variable endógena del cambio institucional involucrado en el proceso contractual inter firma.

Clarificando el concepto de los activos específicos, Williamson (1991) considera que la especificidad de los activos se vincula con el grado en el que un activo puede reemplazarse a otro uso alternativo y por usuarios alternativos sin sacrificios en su valor productivo. Esta situación se produce cuando una organización hace inversiones muy específicas para los productos y necesidades de un determinado cliente, generando una dependencia bilateral con esa firma. Estos activos con alta especificidad son aquellos que perderían mucho valor si se utilizasen en la producción de otros procesos de producción o para otros clientes. Los siguientes tipos de especificidad de activos producen dependencia bilateral: especificidad de activos físicos (como bienes de capital), activos específicos humanos, capitales con nombre de marca y activos con inversiones con destinos específicos.

Al mismo tiempo, el concepto de activos específicos está relacionado con el análisis del fenómeno conocido como “la transformación fundamental” (Williamson 1985). Este está referido a la situación en donde los factores participan de un proceso de producción conjunto, desarrollando un grado de especificidad entre ellos mismos. El grado de especificidad se refleja por el hecho de que el valor de los mismos en el contexto en el que están involucrados excede al valor que de ellos tendrían en un contexto ajeno a la particular situación del proceso productivo en el que participan. Cuando dos factores participan en un proceso de producción con estrechas relaciones entre los mismos, la especificidad crea cuasi rentas *ex post* que necesitan ser proveídas y garantizadas a través de mecanismos contractuales *ex ante*. Este es uno de los temas centrales de la teoría de los costos de transacción de Williamson, por el cual se explica la transformación de las condiciones competitivas de mercado por “condiciones monopólicas” de dependencia bilateral e integración entre empresas.

Aplicaciones del abordaje de los costos de transacción a los servicios de salud

Ni los tradicionales mecanismos administrativos de control de la estructura jerárquica, ni los instrumentos de incentivos del mercado podrían explicar las características especiales de los mecanismos de coordinación de los servicios de salud. Sin embargo, el modelo analítico de Williamson (1991) podría servir como un útil punto de partida, en el desarrollo de un adecuado marco conceptual para analizar los problemas organizacionales de los servicios de salud, introduciendo en la evaluación de las alternativas estructuras de gobierno el inevitable juicio profesional como mecanismo esencial de coordinación.

Como una consecuencia, las organizaciones de los servicios de salud no

pueden identificarse con las típicas estructuras de jerarquía, mercado y modelos híbridos. Pareciera más conveniente pensar en una combinación de los mecanismos de coordinación tradicional (incentivos y controles administrativos) con normas profesionales. El profesional médico es el agente que determina el flujo inter firma del paciente, la intensidad de los servicios de salud, y es el principal responsable de la calidad del proceso integral de los servicios de atención médica. Una evaluación comparativa del costo efectividad de las diferentes estructuras de gobierno debería pensarse como patrones de diferentes tipos de combinaciones de normas profesionales, incentivos y normas administrativas. El análisis de los cambios institucionales deberían identificar el distintivo *mix* de mecanismos de coordinación involucrados en el primer y segundo modelo de atención.

Aplicaciones del abordaje de los costos de transacción al cambio organizacional de los servicios de salud en Argentina

Considerando los cambios organizacionales de los servicios de salud en Argentina, es posible considerar que el anterior modelo fragmentado podría describirse como una típica estructura de gobierno profesional, en la cual la coordinación de los recursos tanto al *interior* de la firma como *entre* las mismas es controlada directamente por normas profesionales. La decisión autónoma e informal de los médicos definen la prescripción de prestaciones, medicamentos y la referencia entre médicos o niveles de atención.

En esta estructura de gobierno profesional, existe una relación informal entre los médicos o servicios independientes. Este proceso no representa acuerdos anónimos (como los mecanismos de mercado), sino que está basado en mecanismos profesionales de coordinación. En este sentido es posi-

ble considerar que el desarrollo de la carrera de cada profesional depende de su red informal de relaciones entre sus colegas. En este modelo, existe un proceso de adaptación autónoma *relativo*, ya que cada profesional recibe el flujo de pacientes desde diferentes fuentes, y sus habilidades profesionales son desarrolladas sin una fuerte dependencia de la evolución del desempeño de sus colegas.

Siguiendo a Williamson (1991), este cambio radical puede ser analizado desde dos perspectivas. En primer lugar, el análisis de las causas endógenas pueden ser explicado por los atributos claves de las transacciones bajo estudio: su frecuencia, la incertidumbre y la especificidad de los activos. En segundo lugar, es posible identificar las fuerzas del cambio, como una transformación de los parámetros del contexto institucional.

Causas endógenas (la especificidad de los activos)

En el argumento clásico de la teoría de los costos de transacción, la principal causa de la evolución de las estructuras de gobierno de mercado a formas híbridas o de jerarquía es que el incremento de los costos de transacción está explicado por el crecimiento de la especificidad de los activos. Sin embargo, en un análisis de los cambios organizacionales de los servicios de salud, la evolución debería considerarse como cambios desde modelos de estructuras de gobiernos profesionales hacia modelos híbridos, basados sobre un *mix* de mecanismos de coordinación. En este caso, aunque el incremento de la especificidad de los activos podría explicar el desarrollo de modelos integrados, desde estructuras de gobierno de mercado hacia modelos híbridos, la explicación de los cambios desde modelos profesionales hacia híbridos en la producción de servicios de salud requiere otro tipo de argumentos (Williamson 1985).

Con relación al caso especial bajo estudio, la especificidad de los activos

debería ser cuidadosamente considerada. En el modelo médico tradicional, este tipo de especificidad de activos no es relevante, ya que el desarrollo del modelo profesional tradicional de los médicos no produce altas dependencias sobre una determinada relación de producción particular.

En contraste, en el modelo organizacional actualmente en formación, el incremento de la especificidad de los activos está relacionado a la alta dependencia entre la necesidad de la red de servicios de salud y el desarrollo de cada unidad de producción. En otras palabras, los mecanismos organizacionales afectan la definición de la especialización de los diferentes roles en el desarrollo de un modelo de mayor integración del sistema de servicios de salud en su conjunto. Con el propósito de gestión en proceso de atención integral, la evolución del nuevo modelo de servicios sanitarios conduce al desarrollo de formas más integradas de coordinación de los servicios médicos. El vínculo entre las partes no es exclusivamente informal y profesional. Este proceso de cambio implica una creciente participación de mecanismos organizacionales explícitos de coordinación, en donde emerge un diferente tipo de especificidad de activos en el desarrollo de cada forma particular de modelo de producción más integrado de servicios de atención médica.

En el análisis de los costos de transacción de Williamson, la alta especificidad de los activos está explicada en una forma endógena, la transformación desde el mercado a un modelo de jerarquía debido al desarrollo creciente de las condiciones que producen especificidad de los activos como resultado de las mismas relaciones de mercado previas. Por el contrario, en el análisis de los cambios en las organizaciones sanitarias, el desarrollo de los activos específicos en los modelos integrados de los servicios sanitarios no está vinculado con las relaciones profesionales tradicionales. Este fenómeno pareciera responder al desarrollo deliberado de las estrategias orga-

nizacionales que construyen modelos integrados; como consecuencia y no causa de las mismas.

Fuerzas exógenas

De acuerdo a Williamson (1991), la relación entre el contexto institucional y las estructuras de gobierno podrían analizarse considerando las repercusiones que parámetros del primero generan en la eficiencia comparativa de los últimos. En este análisis, por ejemplo, se identifican los cambios que los efectos en la reputación o la incertidumbre tienen, considerando a los mismos como parámetros claves del escenario institucional.

Considerando los efectos de reputación, Williamson (1991) considera que las mejoras en la reputación afectan en las relaciones inter firma, ya que atenúa los potenciales comportamientos oportunistas. Sin embargo, en el contexto especial de los servicios de salud, el cambio desde modelos con estructuras profesionales hacia formas híbridas podría estar asociado con una decreciente legitimidad social de las normas profesionales como el único mecanismo de coordinación. Más directamente, las normas profesionales son vulnerables a los incentivos de los mecanismos de remuneración de los mismos profesionales, y como consecuencia, existe una real amenaza de comportamientos oportunistas. En esta forma, los modelos integrados de servicios de salud están asociados con el desarrollo de incentivos y mecanismos administrativos de control como medios de gestión de potenciales comportamientos oportunistas de los proveedores de servicios médicos. En esta forma, los decrecientes efectos de reputación del anterior modelo médico fragmentado en Argentina podría ser pensada como la causa del desarrollo de modelos integrados de los servicios sanitarios.

Con relación a los efectos de la incertidumbre, Williamson identifica dos clases de incertidumbre: 1) el incremento de la frecuencia de los disturbios o perturbaciones y 2) cuando

tales disturbios se constituyen en consecuenciales. En ambos casos, dado que en los modelos híbridos las disputas entre las firmas separadas requieren consensos mutuos, el alto costo de estos tipos de negociación tendería al reemplazo de los modelos híbridos por estructuras de mercado o de jerarquía. Dado que el proceso de integración bajo estudio está relacionado con modelos de “integración virtual”, más que formas de integración vertical asociadas con la topología clásica de la jerarquía, no es clara la aplicación de este argumento de la incertidumbre.

Con el propósito de resumir, desde una perspectiva de los costos de transacción de Williamson, la especificidad de los activos (como factor endógeno) y los argumentos basados en la incertidumbre (como factor exógeno) no pueden aplicarse como las causas reales del proceso de integración de los servicios de salud. En esta perspectiva, la principal explicación del proceso de integración bajo estudio podría estar dada por los decrecientes efectos de reputación, pensada como un cambio de una de las variables exógenas, como lo representan las normas sociales profesionales pertenecientes al contexto institucional.

5. La empresa como un conjunto de rutinas productivas

En el marco teórico evolucionista, la conducta del agente se basa en el supuesto que los actores no respondan a situaciones particulares como eventos únicos, sino que tienden a formar categorías de escenarios, percibidos por ellos como similares en algún sentido relevante.

De acuerdo a Simon (1991), la conducta de los agentes se explica por el concepto de racionalidad limitada, procedimental o adaptativa. Más específicamente, se reconocen las limitaciones del conocimiento y del poder de procesamiento de los actores para entender su real ambiente subjetivo,

como determinante de su proceso en la toma de decisiones. De esta forma, Simon considera que es la experiencia pasada de los actores lo que gobierna los mecanismos selectivos de su proceso procedimental. Más aún, la capacidad de los actores de aprender depende de sus experiencias, errores y ambiente subjetivo.

De acuerdo a esta línea argumental, existen influencias institucionales sobre los individuos y sus valores, los cuales determinan el comportamiento individual de los agentes (Hodgson 1988). Los valores, las preferencias y los objetivos de los individuos están fuertemente condicionados por las “instituciones relevantes” en las cuales se encuentran. En este estudio, llamaremos “instituciones relevantes” a aquellas reglas sociales formales o informales que definen las restricciones o normas que regulan la conducta de los actores.

La naturaleza de tales instituciones afecta el comportamiento individual, no solo en términos de elecciones y restricciones presentadas al agente, sino también como modelando las mismas preferencias de los agentes. Como consecuencia, en este análisis, los valores son pensados como endógenos a la misma estructura institucional. Ellos dependen de los acuerdos relacionales institucionales, en los cuales los actores participan y están contenidos. De esta forma, este abordaje institucional no incluye solo a las reglas del juego, sino también los patrones estándares y esperados de las relaciones entre los actores involucrados.

La teoría de la firma y el marco evolucionista

En la teoría evolucionista, la firma es vista como una institución definida por un conjunto articulado de rutinas productivas. Se enfatiza el concepto de rutinas (Nelson y Winter 1982), como mecanismos tácitos de coordinación de los procesos de producción. La capacidad de la firma está relacio-

nada con experiencias y conocimientos que la empresa posee; vinculadas directamente con sus habilidades para superar la incertidumbre inevitable de los problemas de coordinación de los procesos de producción. Mientras el concepto de rutina se asocia al conocimiento actual, las capacidades organizacionales se refieren a las fortalezas de las empresas para sobrevivir a escenarios futuros.

Esta interpretación de la empresa permite vincular dos temas complementarios. En primer lugar, la firma es pensada como una institución, con poder para definir comportamientos tácitos, como asociados a convenciones individuales y grupales de trabajo. En segundo lugar, reconoce a la firma como un actor evolucionista, en donde la misma puede influenciar la conducta de los individuos involucrados en sus procesos de producción. Por otro lado, la empresa en sí misma es considerada como siguiendo tácitas “reglas”, influenciada por el marco institucional. Esta doble determinación depende de la naturaleza específica de la institución bajo estudio.

En una forma similar al abordaje institucional, el marco sociológico normativo está basado sobre el concepto de la jerarquía de valores. Sin embargo, en contraste a la teoría evolucionista, este abordaje enfatiza la importancia de las fuentes macro sociales, externas de los procedimientos rutinizados. Esta explicación normativa interpreta al profesionalismo como la fuerza colectiva de los miembros de esa ocupación, con capacidad de definir las condiciones y los métodos de su trabajo, controlando de esta forma el proceso productivo, a partir de su base cognitiva (sus propios conocimientos y habilidades especiales) y la legitimación social de sus autonomías ocupacionales (Freidson 1970).

En este sentido, es posible considerar que mientras el punto de vista evolucionista y sociológico enfatiza las rutinas productivas como un comportamiento que depende de reglas tácitas, estos marcos teóricos difieren en

sus respectivas interpretaciones de los procesos de producción de aquellas convenciones productivas tácitas. Por un lado, en el enfoque evolucionista la firma es el espacio institucional de la producción de rutinas idiosincrásicas. Por otro lado, en un enfoque sociológico, las fuentes de las habilidades profesionales están fuera de los límites de la firma. Esta no tiene capacidad de definir las condiciones y los métodos de los procesos de producción. En este caso, la empresa está determinada por las convenciones sociales.

Los procesos de integración desde

un abordaje evolucionista

De acuerdo al abordaje evolucionista, temas como la estrategia de las empresas, los bordes de la misma y la naturaleza del proceso de cambio están estrechamente relacionadas. La base de este argumento es que la firma consiste de dos partes. La primera parte, su corazón intrínseco, comprende elementos que son sinérgicamente idiosincrásicos, inimitables y no codificables; y representa los objetivos estratégicos de la empresa. Esta parte constituye la razón de ser de la firma, define su racionalidad económica en la industria. Las habilidades de la firma vinculadas a esta parte están representadas por las rutinas organizacionales y su cultura (Langlois 1986).

La segunda parte de la empresa consiste de capacidades secundarias. Ellas son codificables y no son únicas, como propiedad exclusiva de la empresa. Para alcanzar objetivos estratégicos, las habilidades centrales deben estar suplementadas por habilidades complementarias. A diferencia de las habilidades centrales, las que están bajo el control unilateral de la organización, las habilidades complementarias son frecuentemente controladas por otras organizaciones. En estos casos, con el propósito de alcanzar los objetivos estratégicos, la firma entra en acuerdos cooperativos con empresas

que controlan capitales complementarios (Nelson 1995).

La estrategia de eficiencia de los bordes de una empresa está determinada por la extensión a la cual las capacidades secundarias están internalizadas en la organización, controladas por alianzas estratégicas, con acuerdos de cooperación, o comprando a través del mercado con relaciones contractuales anónimas. La primera alternativa está relacionada a los procesos de integración vertical, el segundo se refiere a formas de redes o híbridas. En estas últimas, el mercado es visto como medio por el cual las capacidades secundarias se complementan a las estrategias de la empresa. La variable clave por la cual es posible elegir entre aquellas alternativas es la evaluación comparativa de las capacidades organizacionales, relacionadas con las que podrían ser obtenidas a través de contratos externos. Un análisis dinámico de las capacidades de la firma requiere considerar el cambio de las condiciones en las que se encuentra inmersa la problemática de la coordinación de sus procesos productivos (Langlois y Robertson 1995).

En términos generales, la forma institucional del mercado podría estar definida como un modelo descentralizado con unidades de producción especializadas, en las cuales cada una tiene escasa extensión de su *mix* de producción. Esta clase de forma institucional podría incrementar la eficiencia y conducir a la innovación de un determinado estadio específico de un proceso productivo. Sin embargo, este incremento de la eficiencia es al precio de una reducida capacidad de producir innovaciones significantes en el proceso de producción en su conjunto (lo cual involucra diferentes estadios productivos).

En otras palabras, podría considerarse que cambios o *innovaciones radicales* requieren un alto grado de interdependencia entre sucesivos estadios de producción. De esta forma, es que se explica que la mayor integración emerge porque son modelos ins-

titucionales más costo efectivos en comparación con los costos de negociación que se producirían en la producción de nuevos mecanismos de coordinación entre oferentes independientes. En este punto, es necesario distinguir explícitamente diferentes clases de innovaciones. En primer lugar, existen innovaciones autónomas cuando cambios en un estadio particular no tienen implicaciones para las otras operaciones. En contraste, innovaciones sistémicas se definen como aquellas relacionadas con sufrientes cambios radicales, requiriendo transformaciones significantes en cualquier lugar en el sistema (Langlois 1988).

La superioridad de la forma institucional integrada como modelo de control centralizado está basada sobre su habilidad para conducir, direccionar y desarrollar aquellas capacidades con el propósito de aprovechar una oportunidad estratégica de emprender una innovación radical. En este concepto está involucrado el análisis de la misión, el objetivo y las estrategias de las empresas. Silver (1984) considera que los actores tienen características de innovadores cuando sus objetivos conducen a cambios radicales de los procesos de producción, requiriéndose relevantes modificaciones en la organización de los procesos de producción y de las capacidades disponibles. Es de esta forma, que la firma puede superar los problemas de coordinación en un modo dinámico.

Cuando la empresa integra capacidades secundarias, esta produce nuevas rutinas productivas, redefiniendo los patrones tácitos de producción de la industria. Esta visión está asociada al argumento shumpeteriano, el cual considera que las capacidades de las firmas pueden influenciar la estructura de la industria, creando tecnologías relevantes del contexto industrial. En otras palabras, es la estrategia organizacional de la firma la que permite producir nuevas rutinas productivas, afectando la naturaleza del proceso de cambio (Nelson y Winter 1982).

Aplicaciones del concepto de rutinas productivas

a los servicios de salud

En términos generales, es posible identificar importantes implicaciones del concepto de rutinas a un análisis del funcionamiento de las organizaciones de los servicios sanitarios, ya que el comportamiento de los principales actores involucrados (tanto los proveedores como los propios pacientes) en este proceso de producción podría ser visto como determinado por importantes normas sociales. En esta línea, confianza (*trust*) y reputación juega un rol clave en la función médica de utilidad. Por otro lado, las preferencias/valores de los pacientes están determinadas por el mismo ambiente institucional. De esta forma, es que es posible considerar que tanto los valores del consumidor como las rutinas productivas de los mismos proveedores están condicionados por la naturaleza profesional del proceso de producción de los servicios de salud.

La aplicación teórica está basada sobre las características distintivas de su supuesto con relación a los factores que determinan el comportamiento de los actores. Tanto el comportamiento de los pacientes como de los médicos está determinado por rutinas relevantes que modelan la organización del proceso de producción de los servicios sanitarios. De acuerdo con este abordaje, el peso determinante de las normas profesionales en la coordinación del proceso de producción de los servicios sanitarios debería ser considerado como el principal factor que modela las rutinas del modelo médico tradicional.

Aplicaciones del concepto de rutinas a los cambios organizacionales de los servicios

de salud en Argentina

Desde una perspectiva evolucionista, el proceso de integración en los servi-

cios de salud podría explicarse en función del análisis de la naturaleza de su proceso de innovación. En este sentido, las presentes transformaciones podrían ser consideradas como innovaciones sistémicas. El desarrollo de esta proposición puede analizarse de la siguiente forma.

En primer lugar, las nuevas formas organizacionales emergen no solo debido a la necesidad de integración de los diferentes estadios de los procesos productivos del modelo tradicional, sino porque la integración es requerida para desarrollar nuevos y diferentes mecanismos de coordinación entre las unidades de producción. Siguiendo a Teece (1984), este tipo de innovaciones conduce a formas organizacionales integradas porque es necesario desarrollar altos grados de interdependencia entre los sucesivos estadios de producción. Las innovaciones sistémicas conducen a procesos de innovaciones de los mecanismos de coordinación inter firma.

En segundo lugar, la innovación sistémica de las actuales organizaciones sanitarias involucra una transformación radical en el proceso de producción de las rutinas productivas. Mientras en el modelo médico tradicional la autonomía profesional está basada en normas sociales definidas por fuera de los límites de la firma, en los cambios actuales el sistema de servicios sanitarios está afectado por el desarrollo de una profesión médica con un nuevo carácter. En la actualidad, las nuevas rutinas productivas son el producto de las presentes características de la complejidad de las organizaciones y redes en las cuales se producen los servicios de salud (Schulz y Harrison 1986; Ellwood 1988).

De acuerdo con esta línea de pensamiento, el desarrollo de formas organizacionales integradas se vincula con un cambio de las estrategias de las organizaciones corporativas médicas. En función del análisis de los límites de la firma desarrollado anteriormente, es posible considerar al proceso de integración como un cambio estratégico,

ampliando la extensión de la firma desde sus capacidades centrales hacia secundarias. En otras palabras, esta transformación podría describirse como la extensión de las capacidades de la firma, desde un rol contractual de intermediación a un desarrollo de nuevas capacidades productivas, en las cuales las nuevas funciones incluyen el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación, afectando la naturaleza del proceso de producción de las mismas rutinas productivas.

Considerando el rol cambiante jugado por las organizaciones corporativas médicas, mientras en el modelo anterior estas defendían la autonomía profesional como una de sus misiones institucionales, en el presente proceso de cambio se ven involucradas en el desarrollo de innovaciones organizacionales, lo cual determina un nuevo carácter de las rutinas en los servicios sanitarios y por lo tanto de la naturaleza de la profesión médica.

De acuerdo a este marco conceptual, dos fuerzas complementarias determinan el desarrollo de procesos de integración en la organización de los servicios sanitarios en Argentina. En primer lugar, la caracterización de la naturaleza de las innovaciones actuales, como innovaciones sistémicas. En segundo lugar, la consideración del cambio institucional de las organizaciones corporativas médicas, en términos del desarrollo de nuevas capacidades de estas instituciones, interviniendo en la producción de cambios en las rutinas productivas presentes en la coordinación de los servicios médicos.

Por último, las condiciones competitivas presentes en el sistema de servicios de salud en Argentina podrían ser consideradas como parte de la explicación del proceso de cambio bajo estudio. Sin embargo, la evolución y el desempeño de diferentes formas de integración deberían analizarse considerando las capacidades institucionales de las organizaciones involucradas en el proceso. En esta concepción enfatiza los factores endógenos con argumentos claves en la explicación de las

nuevas formas integradas y sus implicancias en el desarrollo de nuevas normas profesionales.

6. Discusión

Uno de los aspectos teóricos centrales en la discusión institucional de los procesos de cambio de las organizaciones de servicios de salud en Argentina es la relación entre la definición conceptual de las “instituciones” y el supuesto del comportamiento de los actores. Es posible considerar que mientras la teoría de la agencia y la teoría de los costos de transacción se adecuan muy bien con la definición de institución como “reglas de juego”, la de la escuela evolucionista incluye las normas sociales como parte del análisis de la problemática de las instituciones.

En el primer caso, las preferencias y los valores de los agentes son considerados como exógenos, explicando el comportamiento de los actores con el concepto de racionalidad limitada. Este último concepto es explicado como el resultado de los problemas de información y de asimetría de información en el intercambio que vincula los agentes económicos (Langlois y Robertson 1995).

Por otro lado, el marco evolucionista permite tratar a los valores de los agentes como una variable endógena, como determinada por las “instituciones relevantes”. El comportamiento de los agentes está definido en términos de una racionalidad procedimental, en la cual las normas sociales modelan la racionalidad de los actores. En otras palabras, aunque existen características comunes en todos los marcos teóricos analizados, existen diferencias importantes con implicancias determinantes para el análisis organizacional.

La teoría de los costos de transacción de Williamson está basada sobre un concepto de racionalidad limitada. En la teoría de la agencia, la racionalidad limitada se explica por el problema de la medición. En ambos casos, el concepto de racionalidad limitada se explica por la competencia limitada de los agentes económicos, como un re-

curso escaso con relación a la complejidad de los problemas de toma de decisiones (Langlois 1986).

El abordaje evolucionista se diferencia de la hipótesis de maximización tradicional no solo por la aceptación de la racionalidad limitada, sino porque las reglas, las rutinas o la ideología determinan el comportamiento. En este caso, el concepto de maximización es reemplazado por el de racionalidad procedimental.

Por otro lado, en los primeros dos abordajes la transacción es la unidad de análisis, y las preferencias y el valor de los actores están considerados como dados, mientras en la teoría evolucionista las rutinas productivas son las unidades de análisis, en donde preferencias y valores son variables endógenas de la dinámica institucional de la relación de los actores (Nelson 1995). En este último caso, la capacidad organizacional de la firma es la variable clave para explicar el proceso de producción de las rutinas productivas y la naturaleza de sus procesos de cambio.

Los supuestos desarrollados anteriormente tienen relevantes implicancias en el análisis de los procesos de integración de los servicios. La teoría de la agencia enfatiza el problema de coordinación en términos de la dificultad en dirigir, negociar y monitorear un proceso de producción de un equipo de producción. El problema de coordinación está dado por la indivisibilidad del equipo de producción, lo que conduce a que la detección de comportamientos oportunistas sea costosa.

La teoría de los costos de transacción de Williamson considera que la fuente de ineficiencia es la puja de las rentas, *ex post* a la relación contractual. Tales problemas distributivos se relacionan con las siguientes condiciones: 1) existen activos que están relacionados sinérgicamente y no pueden redireccionarse sin costos relevantes si el acuerdo contractual finalizara y 2) la racionalidad limitada y el oportunismo explican el comportamiento de los agentes económicos. En esta explicación, el problema de coordina-

ción de la producción se explica por el desempeño de los acuerdos contractuales para garantizar la calidad de los intercambios (Langlois y Robertson 1995).

Desde la teoría de la agencia, la característica de alta interrelación del proceso productivo de los modelos de managed care podría explicar el proceso de integración de las organizaciones sanitarias. Desde la perspectiva de Williamson, la especificidad de los activos profesionales podría considerarse como la razón del desarrollo de este modelo de servicios de salud. Sin embargo, no es claro si las condiciones de alta interrelación de los procesos productivos y la presencia de especificidad de los activos pudiesen considerarse como las causas de los cambios organizacionales de los servicios sanitarios o como las consecuencias de este desarrollo institucional. En primer lugar, las condiciones de alta interrelación de los servicios sanitarios son uno de los objetivos de las innovaciones organizacionales analizadas. En segundo lugar, la creación de activos específicos relevantes podrían explicarse como un resultado del desarrollo de los nuevos mecanismos de coordinación en la producción de servicios médicos (Alchian y Demsetz 1972).

Por lo tanto, si los acuerdos institucionales endógenos no pueden explicar este proceso de cambio, se necesita considerar la transformación de variables exógenas del ambiente institucional. En esta forma, desde la teoría de la agencia, la transformación radical de las formas institucionales de las organizaciones médicas podrían considerarse como la respuesta natural a condiciones más competitivas del ambiente. En la perspectiva de Williamson, el proceso de integración podría explicarse por el decrecimiento de los efectos de reputación de los sistemas de servicios de salud. Tales cambios pueden afectar el desempeño de los acuerdos contractuales, conduciendo a formas institucionales más integradas, ya sea con relaciones virtuales o jerárquicas (Williamson 1991).

Aquellas explicaciones “*top-down*” de las relaciones entre el ambiente institucional y los cambios de las estructuras de gobierno podrían estar asociadas con las consideraciones de Enthoven (1997), quien considera que el desarrollo de las condiciones de *managed competition* conducen a modelos prestaciones de *managed care*. Más específicamente, Enthoven argumenta que el cambio en la estructura de los incentivos de los sistemas de servicios de salud es una de las principales fuerzas que conducen la evolución de las organizaciones de *managed care*. De esta forma, el diseño de una estructura apropiada de incentivos (*managed competition*) en un nivel institucional macro produce cambios en las estructuras de gobierno en términos meso (*managed care*).

Desde esta perspectiva, la política de reforma debería ser considerada como el diseño de “nuevas reglas de juego”. Estas condiciones del ambiente macro representa la estructura de incentivos, definiendo el desempeño o eficiencia de las nuevas formas integradas en el sistema de servicios de salud en Argentina.

En una perspectiva evolucionista, las rutinas productivas son las unidades de análisis y el proceso de integración es explicado por la naturaleza de las innovaciones involucradas en el proceso de cambio bajo estudio. Más específicamente, las innovaciones radicales de este proceso no solo representan nuevos mecanismos de coordinación y el desarrollo de herramientas de gestión sino también la creación de nuevas normas sociales, definiendo un nuevo carácter de la profesión médica (Nelson 1995).

En el modelo anterior, los valores propios del sistema de salud eran compatibles con el modelo de autonomía profesional, como el principal mecanismo de coordinación, y con un modelo prestacional fragmentado, la creación de nuevos tipos de rutinas productivas requiere el desarrollo de modelos organizacionales más integrados. Solo aquellos tipos de formas

institucionales pueden producir las innovaciones requeridas en las capacidades organizacionales de las firmas involucradas en el sistema de servicios de salud, ya que la sustitución del modelo de autonomía profesional tradicional requiere al mismo tiempo el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación y nuevos valores de los sistemas sanitarios.

Retomando el tópico particular de este trabajo, las innovaciones institucionales de las organizaciones corporativas médicas reflejan el cambio radical del sistema de servicios de salud. En el anterior modelo, las organizaciones corporativas médicas en Argentina han tenido un rol de protección de la autonomía profesional tradicional, a través de un rol contractual de intermediación entre las instituciones financiadoras y los proveedores directos. En el presente proceso de innovaciones, los representantes de los proveedores están siendo involucrados en el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación de los servicios sanitarios. Por lo tanto, este nuevo rol es la real fuerza que conduce a las organizaciones corporativas médicas a extender sus estrategias o misiones primarias para introducir nuevas funciones en su evolución institucional.

Esta explicación está basada en una perspectiva shumpeteriana del proceso innovativo, ya que las estrategias de la firma son vistas como modelando las condiciones del ambiente institucional macro. El nuevo modelo prestacional integrado es el lugar en donde son producidas las nuevas rutinas productivas, lo cual significa nuevos patrones de coordinación y nuevas normas como resultado de una nueva estructura industrial. En otras palabras, el nuevo carácter de la profesión médica puede ser visto como el producto del proceso de construcción de nuevos modelos asistenciales más integrados. En esta visión, la regulación vía incentivos es solo parte del problema fundamental de la organización de los procesos productivos y las naturales de los cambios organizacionales, más que su

principal preocupación (Nelson y Winter 1982). Este análisis enfatiza la explicación endógena de este fenómeno, en el cual las características organizacionales de los nuevos actores afectan el desarrollo de nuevas normas sociales y las innovaciones de los patrones de coordinación del sistema de servicios de salud. En esta línea, las capacidades institucionales de las organizaciones sanitarias involucradas en el proceso de producción de rutinas productivas determinan la evolución y el desempeño de las innovaciones organizacionales actuales en los servicios sanitarios.

Mientras la nueva economía institucional permite tratar el problema institucional como un punto central en el análisis de los actuales cambios, sus principales limitaciones están relacionadas con la necesidad de definir la aplicación de sus herramientas conceptuales a las características especiales de los servicios de salud.

Más específicamente, en el caso de la teoría de la agencia y la teoría de los costos de transacción de Williamson, el supuesto de que los valores son exógenos no permite explicar la naturaleza del actual proceso de cambio de la profesión médica. Estas perspectivas están localizadas en la relación entre los médicos y los pacientes. La asimetría de información y el análisis del comportamiento oportunista de aquellos agentes representan el principal problema de un diseño de incentivos. Sin embargo, en este análisis, las innovaciones de las normas sociales que determinan la función objetivo de los agentes económicos y sociales está ausente.

Por otro lado, aunque en el análisis de los evolucionistas, el concepto de las rutinas se refiere al conocimiento tácito sobre el proceso de producción de la empresa, las rutinas productivas de los servicios sanitarios requieren un análisis más preciso que se vincule con las características particulares de sus procesos de producción. En este sentido, es posible considerar que el estudio de los cambios de las rutinas de los ser-

vicios sanitarios necesita construir modelos ad hoc con capacidad para describir la real naturaleza de la evolución de las instituciones sanitarias.

En los últimos cinco años, algunos autores han sugerido la necesidad de introducir aspectos institucionales como una de las principales temáticas de la futura agenda de investigación de la economía de la salud. Más específicamente, Phelps (1995) considera que los cambios futuros en la práctica de la economía de la salud incluyen el análisis de la relación entre estructuras institucionales y cambios económicos. Fuchs (2000) enfatiza el análisis institucional en su visión de la economía de la Salud como ciencia conductista. Al mismo tiempo, Maynard y Kanavos (2000) identifican la relación entre incentivos y la mejora en el desempeño como parte de la agenda básica de investigación de la economía de la salud. El denominador común de estas consideraciones es el énfasis en el desarrollo teórico y empírico de la temática institucional en la investigación de los servicios de atención médica.

Considerando la discusión de los abordajes teóricos evaluados en este trabajo, la agenda de investigación en economía de la salud debería estudiar la naturaleza y las implicaciones del nuevo carácter de la profesión médica para analizar los cambios en las organizaciones sanitarias. Más específicamente, en función de las características particulares de la producción de los servicios sanitarios, es necesario romper el marco tradicional. En primer lugar, la necesidad de descubrir los aspectos endógenos de los procesos tecnológicos y la definición de las preferencias. En segundo lugar, el análisis de la producción de las normas profesionales y su proceso de cambio. En tercer lugar, entender el nuevo carácter de la relación entre aspectos organizacionales y comportamientos de los profesionales médicos.

El análisis de los cambios institucionales está vinculado con las innovaciones en las rutinas productivas, consideradas esas como nuevas estra-

tegas de coordinación. El estudio de este proceso requiere considerar las implicancias del desarrollo de los nuevos modelos organizacionales con las nuevas normas sociales profesionales y las preferencias y valores de los pacientes/consumidores.

En este trabajo existieron interpretaciones teóricas alternativas al presente proceso de cambios organizacionales de los servicios sanitarios, considerando tres líneas sugeridas como agenda de investigación de la futura economía de la salud. Sin embargo, la principal limitación de este trabajo es la necesidad de introducir información cuantitativa y cualitativa con el propósito de verificar las implicancias teóricas de los abordajes considerados.

7. Conclusión

Este trabajo intentó aplicar los aportes que surgen del desarrollo del debate teórico neoinstitucional a los cambios organizacionales de los servicios sanitarios. La nueva economía institucional contiene una variedad de teorías (teoría de la agencia, teoría de los costos de transacción de Williamson y la economía evolucionista), en las cuales la elección de los supuestos institucionales claves conducen a interpretaciones alternativas del proceso de cambio institucional de las corporaciones médicas en Argentina.

Se puede considerar que desde las primeras dos teorías, el proceso de integración de las organizaciones de servicios médicos podría considerarse como el resultado natural de un nuevo marco macro institucional. En esta interpretación la estructura de incentivos juega un rol analítico determinante. En el último abordaje, el proceso bajo estudio podría ser interpretado como parte de una transformación más amplia, en la cual la profesión médica está tomando un nuevo carácter. En este caso, los valores/preferencias y las nuevas normas profesionales son considerados variables endógenas del proceso de cambio y representan variables centrales en el análisis de los cambios radicales de la or-

ganización de los servicios sanitarios. En este sentido, la problemática de los incentivos es solo una parte de un cambio organizacional de naturaleza más amplia.

Finalmente, las nuevas formas institucionales de los modelos de atención de los servicios de salud deberían ser analizadas, considerando la naturaleza idiosincrásica de las relaciones entre las corporaciones médicas involucradas en cada escenario en particular. Es de esta forma que los factores institucionales que surgen y se construyen a partir del vínculo entre los actores protagonistas son identificados y analizados como variables explicativas de la dinámica del cambio institucional. En este sentido, las nuevas formas institucionales integradas en las organizaciones de servicios de salud deberían ser consideradas como parte de una "innovación radical", y en donde el cambio del proceso de producción de las rutinas profesionales representa una de las variables centrales de esta transformación. •

Bibliografía

- Alchian, Demsetz (1972). "Production, Information Costs, and Economic Organisation"; *American Economic Review* 62, 5: 772-795.
- Arrow, K. (1963). "Uncertainty, evolution and economic theory"; *Journal of Political Review*, 53: 941-73.
- Arrow, K. (1969). "The organization of economic activity: issues pertinent to the choice of market versus non-market allocation"; en Joint Economic Committee, *The Analysis and Evaluation of Public Expenditure: The PPB system*, Vol. I: pp. 59-73.
- Axelrod, R. (1984). *The Evolution of Cooperation*, New York: Basic Books.
- Báscolo, E. y Belmartino, S. 1995. "Proceso de reconversión del sector salud en los años noventa". *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud*. Asociación de Economía de la Salud, pág. 145-164.
- Barney, J. (1991). "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage"; *Journal of Law and Economics* 25: 27-48.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intere-*

ses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud.

Belmartino Susana y Bloch, C. (1995). *El Sector Salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos*. Publicación de la Representación de O.P.S. en Argentina. (400 pgs.).

Belmartino, S. (1995). "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo". *Desarrollo Económico* 35, 137: 83-103.

Belmartino, S. (1995b). "Estado y Obras Sociales: desregulación y reconversión del sistema". *Cuadernos Médico Sociales* 72: 5-25.

Belmartino, Susana (1996). "Servicios de salud, solidaridad y mercado: apuntes sobre el caso argentino" *Estudios Sociales* VI 10: 53-74.

Belmartino S. y Bloch C. (1998). "Desregulación/privatización. La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica argentina"; *Cuadernos Médico Sociales* 73: 61-80.

Belmartino, S. 1998. "Nuevas reglas de juego en los servicios de salud". *Salud Problema y Debate*, nº 2.

Belmartino, S. (1997). *Autorregulación y rol de agente: Problemas de eficiencia en la producción de servicios de salud en Argentina*. Ponencia VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Buenos Aires, abril.

Ben-Porath (1980). "The F-Connection: Families, Friends, and Firms in the Organization of Exchange"; *Economic History Review* 45, 1: 24-50.

Coase, R. (1937). "The nature of the firm"; *Economica*, N.S. 4: 386-405.

Croxxon (1997). "Cooperation, competition, and the NHS internal market". *HERU Discussion Paper 01/07*. University of Aberdeen.

Culyer (1981). "Health, Economics, and Health Economics" En van der Gaag, J., Perlman, M. (eds) North-Holland Publishing Company.

Dahlman (1979). "The problem of Externality"; *Journal of Law and Economics* 22: 141-162.

Demsetz, H. (1988). "Theory of the Firm Revisited", *J. of Law, Economics, and Organization*, 4, 141-63.

Demsetz, H. (1989). "Efficiency, Competition and Policy". Vol. 2 of *The Organisation and Economic Activity*. Oxford, Basil Blackwell, 112.

Drummond, M. (1987). "Economic Appraisal of health technology in the European community: future directions". En Drummond (ed.)

Economic Appraisal of Health Technology in the European Community; Oxford University Press.

Ellwood, P. (1988). "Shattuck Lecture: Outcomes Management". *New England Journal of Medicine* 318 (23): 1549-1556.

Enthoven, A. (1997). "The market-based reform of America's Health care Financing and Delivery System: Managed Care and Managed Competition". En: *Innovations in Health Care Financing*. An International conference sponsored by the World Bank. March 10-11, 1997 Washington, DC.

Enthoven, A. (1986). "Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda". *Health Care Financing Review*, Annual Supplement 1986, pp. 105-119.

Enthoven, A. (1988). "Theory and Practice of Managed Competition". En *Health Care Finance*, North-Holland, De Vries Lectures Vol. 9.

Enthoven, A. (1993). "History and Principles of Managed Competition". *Health Affairs* Vol. 12, Supplement, 1993a, pp. 24-48.

Fama, E., Jensen, M. (1983). "Agency Problems and Residual Claims"; *J. of Law and Economics* 327-49.

Flynn R., Williams G., Pickard S. (1996). *Markets and Networks. Contracting in community health services*. Open University Press.

Flynn R., Williams G. (1997). *Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service*. Oxford University Press.

Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.

Fuchs, V. (2000). "The future of health economics"; *Journal of Health Economics* 19: 141-157.

Hodgson, G. (1988). *Economics and Institutions: A Manifesto for a Modern Institutional Economics*, Cambridge Polity Press/Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Hodgson, G. (1989). "Institutional rigidities and economic growth"; *Cambridge Journal of Economics* 13(1) March: 79-101.

Hodgson (1993). "Evolution and Institutional Change: on the nature of selection in Biology and Economics". En Maki, U., Gustafsson, B. Knudsen, C. (eds.) *Rationality, institutions & economic methodology*; Routledge London and New York.

Jensen, M., Meckling, W. (1990). "Theory of the Firm: Managerial Behaviour, Agency Costs and Ownership Structure"; *Journal of Financial Economy*, 305-60.

- Klein, B. Crawford, R., Alchian, A. (1978). "Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process"; *J. of Law and Economics*, 21 (2), 297-326.
- Langlois, R. (1984). "Internal Organisation in a Dynamic Context: Some Theoretical Considerations", en Jussawalla, M., Ebenfield H. (ed.). *Communication and Information Economics: New Perspective*, Amsterdam: North-Holland: 23-49.
- Langlois, R. (1986). "The new Institutional Economics: An Introductory Essay"; en Langlois R. (ed.) *Economics as a Process: Essays in the New Institutional Economics*; New York: Cambridge University Press: 1-25.
- Langlois, Robertson (1995). *Firms, markets and economic change. A dynamic theory of business institutions*. Routledge London and New York.
- Maynard, A., Kanavos, P. (2000). "Health Economics: an evolving paradigm"; *Health Economics* 9: 183-190.
- Medici, A.C., Londoño, J.L., Coelho, O., Saxenian, H. (1997). "Managed Care and Managed Competition in Latin America: Issues and Outlook". En *Innovations in Health Care Financing*. An International conference sponsored by the World Bank. March 10-11, Washington, DC.
- Nelson, R., Winter, S (1977). *An Evolutionary Theory of Economic Change*; Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Nelson, R., Winter, S. (1982). "The Schumpeterian Tradeoff Revisited"; *The American Economic Review*, Vol. 72, Issue 1 (Mar., 1982), 114-132.
- Nelson, R. (1995). "Recent Evolutionary Theorising About Economic Change"; *Journal of Economic Literature*, Vol 33, Issue 1. 48-90.
- North, D. (1993). "Institutions and Economic Performance", en Maki, U., Gustafsson, B. Knudsen, C. (eds.) *Rationality, institutions & economic methodology*; Routledge London and New York.
- Phelps, C. (1995). "Perspectives in Health Economics"; *Health Economics*, Vol. 4: 335-353.
- Richardson, G. (1972). "The Organisation of Industry"; *Economic Journal* 82: 883-896.
- Robinson, J. (1999). *The Corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care*; University of California Press, Ltd. London, England.
- Saltman, R., von Otter, C. (1990). *Planned Markets and Public Competition*; Open University Press. Buckingham. Philadelphia.
- Saltman, R., Von Otter, C. (1992). *Planned Markets and Public Competition*; Open University Press, Buckingham.
- Saltman, R. (1994). "A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms"; *European Journal of Public Health* 4, 287-293.
- Saltman, R., von Otter, C. (1995). "Introduction", en Saltman, R., von Otter, C (eds.) *Implementing planned market in health care. Balancing social and Economic Responsibility*. Open University Press.
- Schulz, R., Harrison, S. (1986). "Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States". *International Journal of Health Planning and Management* 2: 336-55.
- Schumpeter, J. (1934). *The Theory of Economic Development*; Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Silver, M. (1984). *Enterprise and the Scope of the Firm*, London: Martin Robertson.
- Silver, M. (1992). *Business Statistics*. McGraw-Hill Book Company Europe.
- Simon, H. (1947). *Administrative Behaviour*. New York: Macmillan, 3rd edition, 1976.
- Simon, H. (1979). "Rational Decision Making in Business Organisations"; *American Economic Review*, 69, 493-513.
- Simon, H. (1991). "Organisations and Markets"; *Journal of Economic Perspectives - Volume 5, Number 2 - Pages 25-44*.
- Teece (1984). "Economic Analysis and Strategic Management"; *California Management Review*, 26, 87, 110.
- Williamson, O. (1975). *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*; New York: Free Press.
- Williamson, O. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York and London: Free Press.
- Williamson, O. (1987). "Transaction cost economics. The comparative contracting perspective"; *Journal of Economic Behavior and Organization* 8: 617-25.
- Williamson, O. (1991). "Comparative Economic Organisation: The Analysis of Discrete Structural Alternatives"; *Administrative Science Quarterly*, 36 (2), June, 269-96.