

## CHAMBER OF PPOS - NEW ENGLAND

En el año 2004, en Manchester, estado de New Hampshire, los médicos empezaron a advertir que sus ingresos comenzaban a disminuir o al menos estancarse, como consecuencia de las constantes presiones de los financiadores para bajar sus costos en honorarios profesionales.

### Los profesionales médicos

Los médicos del este de Boston, específicamente los que trabajaban en la ciudad de Manchester, eran profesionales independientes que atendían a sus propios pacientes y ejercían su práctica en diversos hospitales. Eran profesionales prestigiosos que tenían contratos directos con diversos financiadores. Atendían tanto a servicios nacionales con financiación por parte del Estado como Medicaid y Medicare, así como a algunas compañías de seguro (HMO) y tenían contratos con los sistemas de seguro privado, similar a un prepago, en el cual los socios con libre elección, podían manejarse dentro de un menú de prestaciones y de una red, pagando una cuota mensual.

El mecanismo de contratación era a través de PpoS1 (centros médicos que ofrecían los servicios de los profesionales adheridos) los cuales facturaban los honorarios de todos los médicos o cada profesional facturaba en forma independiente.

Sin embargo no existía una relación entre los diferentes PPOs y eran los mismos profesionales quienes realizaban sus propios contratos.

### Las Empresas Financiadoras

Las aseguradoras eran empresas de capitales privados, con fines de lucro, alguna de las cuales cotizaban en bolsa. Con la economía fuertemente traccionada por los efectos de la guerra en Irak, mantener la atención de los accionistas en estas compañías era solo viable prometiendo y asegurando un nivel de dividendos diferenciados.

Estas empresas se encontraban bajo la dirección de un comité ejecutivo, al frente del cual se encontraba un CEO<sup>2</sup>, responsable del total de la operación. Dicho CEO, profesional de prestigio, era contratado por un sueldo, beneficios y bonus, según el resultado anual de las operaciones. Este comité contrataba a profesionales con formación específica para las distintas áreas de operación. Por otra parte todo el nivel ejecutivo tenía una forma de contratación parecida, de manera de poder garantizar el nivel de alineamiento entre todas las partes.

---

1 PPO: es una sigla que quiere decir Preferred Provider Organization, una de las formas de funcionamiento de las organizaciones de atención gerenciada (managed care) que en definitiva ofrecían servicios a los distintos gerenciadores ya sea como centros, como redes u otras formas de contratación

2 CEO: Chief Executive Officer

Estas empresas tenían una serie de divisiones, cada una de las cuales tenía un representante en el comité ejecutivo:

***Departamento Médico:*** dedicado al área prestacional pura. Contaba con tres subdivisiones:

- ✓ Contratación: se ocupaba de las negociaciones de precios de los servicios que la empresa compraba en los hospitales de la red, de fijar las políticas de honorarios, remuneraciones, así como fijar y establecer los precios de transferencia de los servicios propios.
- ✓ Aseguramiento de Calidad: establecía los estándares y comparaba las performances de los sanatorios y perfiles de la red.
- ✓ Hospitales: existía en alguna de estas empresas que contaban con servicios propios (hospitales generales, hospitales de alta complejidad, centros de cirugía ambulatoria, centros médicos). Un representante de este departamento formaba parte del comité.

***Departamento de Administración y Finanzas:*** se encargaba de mantener los estados contables, de la estrategia de finanzas de la compañía, así como de establecer los presupuestos y el control de los diferentes departamentos y de la empresa en general. Daba también el soporte técnico a todas las áreas, ya que de allí salían los estilos de “gestión responsable” para gestionar con herramientas econométricas. Establecían los costos, los precios, las plantillas teóricas. Tenían dos representantes en el comité Ejecutivo, uno de los cuales era el CEO. Tenían además a cargo el recruiting de personal no médico.

***Departamento Comercial:*** contaba a su vez con tres subdivisiones específicas:

- ✓ Ventas de Retail.
- ✓ Ventas Corporativas (atendían empresas con grandes paquetes de empleados).
- ✓ Clientes “vip”, con financiamiento asegurado (Medicaid, Medicare, HMOs nacionales) Tenían un representante en el comité de gestión. Se encargaban de las estrategias de Marketing y de establecer políticas de fidelización de clientes. El presupuesto con el que contaban lo recibían del departamento de Administración y Finanzas. Formulaban los presupuestos de ventas y recibían bonus conforme el cumplimiento de dichos presupuestos.

***Departamento de Atención al Cliente:*** trabajaba específicamente en todo lo relacionado con el paciente/cliente. Era responsable de las encuestas de satisfacción, el contacto con todas las áreas para resolver problemas de los usuarios y de dar respuesta frente a consultas de servicios. Era considerada un área clave, ya que la opinión de los pacientes-clientes podía influir en los contratos de retail y de las grandes compañías corporativas. Mantenían un nivel

de quejas aceptables y los mayores inconvenientes los tenían con el representante de la Departamento Médico.

### **El Entorno**

Boston era considerado un polo académico. El estado de Massachussets era uno de los más prestigioso del país y una usina de ciencia de reconocimiento internacional. Muchos profesionales de Estados Unidos realizaban allí sus carreras y esto garantizaba mejores ingresos en el futuro ya que la formación profesional, la investigación, y el ejercicio contaba con un plus por pertenecer a estas renombradas casas de estudios.

Manchester, New Hampshire se encontraba a una hora de auto y muchos profesionales de Manchester eran egresados de las universidades de Boston. Incluso muchos atendían en ambas localidades, repartiendo sus actividades y su tiempo de manera de permanecer vinculados a las actividades en Boston.

El mercado de usuarios privados en esa región (retail y corporativo) se encontraba en manos de 200 empresas. Sin embargo el 10% de ellas concentraba el 80% de la facturación. Las empresas tenían sus propias políticas de venta y aunque sus productos variaban. Siempre tenían que superar las prestaciones brindadas por los agentes del seguro nacional, como Medicaid y Medicare. Asimismo debían competir con las grandes HMOs nacionales. Siempre superaban a los tres competidores grandes del sector, ya que tanto los clientes corporativos como los individuales que los elegían, lo hacían por su selectividad con la selección de sus clientes, la atención personalizada al beneficiario, las agresivas campañas de marketing y la calidad de sus centros y profesionales. Incluso las compañías más grandes del sector, tenían contratos con las poderosas HMOs nacionales, quienes preferían volcar a estas empresas la atención de sus clientes de mayor nivel. Incluso compartían a veces campañas de marketing a los fines de obtener sinergia.

### **Trynari**

Era la empresa más importante del sector. Se caracterizaba por presentar el mayor volumen de pacientes y de facturación. Poseía productos con y sin franquicias. Atendía tanto al segmento de retail como a los corporativos. Tenía asociaciones fuertes con varias HMOs nacionales a las que les brindaba servicios. Gozaba de prestigio. Se había caracterizado en toda su historia por privilegiar el pago de los honorarios y aunque los profesionales contratados sentían que podían pagarles más, se manifestaban satisfechos con el trato y con la menor burocracia a la que los sometían cuando atendían afiliados de esta empresa. No contaban con servicios propios y tanto los profesionales como los centros realizaban contratos en forma directa. Contaba con un board de administración que renovaba sus miembros cada cuatro años. Siempre se ha caracterizado por mantener un perfil conciliador, ya que al ser la empresa más grande cualquier conflicto tendría importante repercusión.

## **Hipócrates Medical Union**

Siempre se dirigió al segmento más alto. Se jactaba de ser la más costosa y quien contaba con la prestación de mayor excelencia disponible en el mercado. Tenían la mejor performance en el ratio facturación/beneficiarios. Para un médico era una distinción pertenecer a la red de esta empresa. Se encontraba a la vanguardia en precios, tecnología disponible y trataba a los beneficiarios de los planes como si se hicieran a medida para ellos. Sin embargo la opinión de los profesionales no era la mejor. Pagaban bajos honorarios, tenían topes de facturación o procedimientos mensuales, realizaban débitos inexplicables. Los profesionales sentían que no hacían el mismo esfuerzo con los prestadores que con los clientes y les molestaba esta asimetría. Al ser una empresa poderosa era formadora de opinión médica, caracterizada por ser la primera en autorizar y realizar los procedimientos más novedosos. Por otra parte era formadora de precios; todos miraban a Hipócrates para entender hacia donde iba el sector. Desde la empresa siempre comentaban que, por experimental que fuera un procedimiento, ellos seguramente deberían emplearlo, ya que sus médicos quienes los recomendaban y ellos eran los responsables de los servicios que los practicaban. Y sus médicos eran quienes realizaban el mayor aporte a las publicaciones científicas.

Contaba con servicios propios, donde se practicaba una medicina costosa pero de excelencia. Asimismo y para mantener la alta calidad realizaba contrato con los principales hospitales, a precios razonables, ya que atender a la población de Hipócrates tiene el valor agregado del prestigio.

Actualmente se encontraba muy presionada para lograr mejores dividendos. Sus accionistas habían manifestado su queja en la última asamblea. El CEO de esta compañía era un hombre con mucha experiencia, que hasta el momento había manejado de manera satisfactoria la empresa. Sin embargo era conocido por su mal genio, actitudes de liderazgo rayando lo insólito y manejaba una cuota de representatividad del sector que lo ponía cerca de la política y esto implicaba un protagonismo más allá del mismo sector. Por otra parte tenía una amplia red de contratos a los que recurría para dar un toque mítico y temido a su figura.

## **Ammisys Medical Corporation**

La estrategia de Ammisys consistía en ser un prestador de grandes grupos poblacionales. Se dedican específicamente al segmento corporativo y a brindar soluciones a los HMOs nacionales. Si bien competían en el retail lo hacían en el segmento B y C1, ya que en este segmento los consumidores son menos interesados en los aspectos de atención personalizada y privilegian el precio del plan. Desde el punto de vista de los afiliados tienen un número ligeramente inferior que Trynari, y sus prima es más baja. En los últimos años desarrolló una fuerte integración vertical expandiendo la cantidad de servicios propios. Cuenta con una gran cantidad de efectores propios y mantiene un importante plantel de médicos. Su fortaleza reside en ofrecer planes económicos dentro de

la gama alta, atendiendo a sus beneficiarios dentro de sus propios centros y lograr eficiencia con la escala.

La opinión de los profesionales respecto de esta empresa no es la mejor. Tiene grandes atrasos en los pagos, un complicado sistema de autorizaciones, mucha burocracia y su departamento de liquidaciones es siempre cuestionado. Los médicos habitualmente comentan lo dificultoso que les resulta encontrar a alguien a quien plantearle los problemas que surgen.

El CEO de esta empresa era una persona que se definía a si misma como un "self-made man", que siendo en principio un médico del sector prestador, se transformó en empresario. Nunca un grupo prestador le planteo problemas. Por otra parte, a pesar de contratar cifras millonarias, nunca negoció con los prestadores en forma directa, ya que él decía que no "atendía prestadores".

### **Otras Empresas**

Además de estas empresas mencionadas, los pacientes podían pertenecer a las mas diversas formas de organización. Existían otras empresas prepagas como New Manchester Health Service, emprendimiento local que se encontraba aún en estado embrionario. Había comenzado a operar apenas 5 años atrás. Su estrategia consistía en precios bajos, sistema cerrado de atención y férrea auditoria. Debió pagar una multa a la Secretaría de Salud de New Hampshire por no cumplir con un contrato de cobertura. Los médicos tenían reservas sobre el futuro de este emprendimiento ya que permanentemente tenían dificultades. Constellation era otra compañía privada que atendía el segmento AB. Se caracterizaba por privilegiar tanto el trato a los beneficiarios como a sus prestadores. Mantenía contratos con las empresas grandes y también atendía los planes más "suculentos" de las HMOs nacionales. Si bien tenía planes con gran burocracia también sabía como hacerlo mejor. Sin embargo los médicos se quejaban de sus políticas con los profesionales. Sentían que aún cuando los escuchaban, nada hacían para resolver los problemas planteados.

### **El Dr. Burkowsky**

El Dr. Burkowsky era cirujano. Tenía 47 años. Había estudiado en la prestigiosa Universidad de Harvard. Más allá de su título de grado, obtuvo un PhD en cirugía infantil. Ha publicado una cantidad importante de trabajos científicos y sus aportes fueron utilizados a lo largo y a lo ancho de USA. Era un profesional de prestigio que repartía sus tiempos entre el Central Hospital de Massachussets, en Boston y su practica privada que la realizaba en un Centro Médico de New Hampshire. Sin embargo siempre se dedicó de lleno al ejercicio de su profesión, a la investigación y la enseñanza. Manteniéndose alejado del negocio de la salud y su gerenciamiento, su único contacto con las grandes empresas era cuando necesitaban su opinión experta. Hacía caso omiso a las cuestiones relacionadas con el dinero y sus honorarios, los cuales dejaba en manos de sus secretarias. En el verano del 2003 la generosa vegetación de New Hampshire llegó también con la idea de mudarse de Manchester a Bedford. Su esposa Helen, le había dicho que en ese lugar podrían comprar una casa más

espaciosa donde disponían del espacio necesario para emplazar una piscina climatizada y así poder disfrutarla durante el duro invierno de la zona que dura nueve meses. Todo esto por el mismo valor obtenido por la venta de la casa de Manchester. Sin embargo, debían para ello pagar unos cargos por adelantar el pago de la hipoteca y cancelarla. El Dr. Burkowsky estuvo de acuerdo y le pidió a su esposa que llevara adelante todos los preparativos de la mudanza. Su esposa le recordó que eso era imposible si el no tenía alguna expectativa de conseguir dinero. Los ahorros del último año y todas las reservas no alcanzaban para afrontar dicho emprendimiento. Tal noticia perturbó profundamente al Dr. Burkowsky.

Siendo un médico reconocido por sus pares comenzó a conversar con sus colegas. Más allá del precio de la prestación unitaria, los profesionales se quejaban de los engorrosos mecanismos para poder facturar y cobrar, los topes a la facturación, la incapacidad de los financiadores para dar alguna respuesta personalizada, los débitos sobre sus facturas, el retraso en los pagos, así como la negativa total a sentarse en una negociación seria sobre las condiciones de trabajo de los profesionales.

Estos se sentían responsables de la asistencia de los pacientes, a quienes por los topes de facturación, no podían ofrecer los tratamientos adecuados ya que si se los realizaban, al superar el tope prefijado, los honorarios por dichas prestaciones no eran abonados ni en ese momento ni en el futuro.

Por otra parte como las empresas contaban con sanatorios adheridos a la red, si un profesional internaba un paciente fuera de la red contratada se le disminuían en un 30% los honorarios.

La necesidad de los profesionales de poder mantener un nivel de ingresos adecuado, forzaba a los mismos a trabajar más para obtener los mismos resultados, a expensas de perder la calidad, la relación médico-paciente, la formación y un nivel de medicina de excelencia que siempre habían mantenido y comenzaban a sentir se deterioraba.

El Dr. Burkowsky comenzó una serie de entrevistas telefónicas, pidió sus facturas, revisó sus declaraciones de impuestos y entonces sintió que se había desentendido demasiado de un tema que ahora resultaba una espina en su zapato.

## **Las PPOs**

Estas formas de agrupación de profesionales de la salud, surgieron como respuesta a una inquietud de los financiadores con el fin de que los médicos participaran y colaboraran de alguna manera en las diferentes etapas de evolución del sistema de salud. Bajo esta forma de organización los profesionales brindaban una respuesta a los financiadores, ya que los pacientes podían encontrar en un solo lugar las diferentes especialidades clínicas. Inicialmente surgieron como centros monovalentes que luego mutaron brindando una solución ambulatoria global a los usuarios. Algunos incluso incorporaban a riesgo y de manera tercerizada servicios ambulatorios de diagnóstico en radiología y laboratorio. Estos emprendimientos funcionaban como unidades de negocio y eran propiedad de los médicos. Para abrir un

centro, los profesionales realizaban desembolsos económicos para solventar al inicio el funcionamiento del mismo: la compra de la propiedad, el proyecto arquitectónico o las reformas necesarias, la inversión en computadoras y programas, así como los mobiliarios. Se hacían cargo además de los sueldos de los administrativos y enfermeras. Como estos lugares eran en definitiva un excelente servicio para los médicos, los profesionales terminaban dejando sus consultorios y concentraban allí la atención de todos sus pacientes, incluso los privados. Por otra parte los pacientes preferían atenderse en estos centros ya que esto implicaba tener “todo a mano”. Era excluyente para los centros contar con un buen acceso, cómodo para los pacientes así como un estacionamiento y cafetería de manera de brindar un servicio completo. Por lo antedicho los médicos que quisieran trabajar en un centro debían ya sea pagar un alquiler o invertir en el momento de la fundación. También existía una modalidad de contratación por la cual los profesionales trabajaban y cedían al centro un porcentaje de los ingresos generados por la consulta. Esta oportunidad era explotada fundamentalmente por médicos jóvenes que no podían afrontar el pago de la tarifa para una puesta en marcha desde cero. De cualquier manera en los últimos años y por la presión de los pagadores, los centros habían tenido que aumentar los servicios brindados. Esto implicaba que automáticamente los costos se trasladaban a los profesionales quienes veían que para mantener un nivel adecuado de ingresos y poder pagar los gastos para el mantenimiento de los centros, debían aumentar el número de pacientes. Los costos de administración de un centro que se pagaban en el 2001 con el 18% de los honorarios facturados, llegaron hasta un 34% en el año 2005. (Anexo 1).

### **Las consultas un tema excluyente**

Uno de los temas que más preocupaba a los médicos era el valor que percibían por sus consultas. Uno de los datos más relevantes era que para sistemas nacionales como Medicare y Medicaid los valores de consultas eran muy parecidos a los de los sistemas privados. Así ambos sistemas pagaban U\$S 12 por consulta. Estos precios estaban vigentes desde el 2001 y habían sido aumentados a razón de 10% por año, cada dos años, según el plan del gobierno. A diferencia de ellos Ammisys pagaba U\$S 14 igual que NMHS. Trynari poseía un sistema que los médicos consideraban equitativo: ajustaba el valor de sus consultas por la inflación anual, en tres períodos en el año, con lo cual siempre mantenía un valor aceptable. Pero en el caso de Hipócrates la cosa era distinta: tenía consultas de U\$S 15, U\$S 17 y U\$S 19, dependiendo del plan que tuviera paciente. Los médicos consideraban que eran valores bajos, ya que todos conocían perfectamente el valor de la cuota que pagaban los afiliados, que era la más cara del mercado. Constelation pagaba valores similares a los de Trynari. Como los profesionales recibían el 50% de sus ingresos por atender pacientes, a pesar de no comprender demasiado lo que ocurría, consideraban que mejoras en el valor de las consultas traerían aparejado una mejora en sus ingresos. Por otra parte sentían que las empresas a la hora de focalizarse en el gasto variable concentraban fundamentalmente en este punto sus políticas más radicales.

## La estrategia

El Dr. Burkowsky recogió múltiples impresiones de sus colegas y comenzó a pensar en alguna estrategia que le permitiera comenzar a debatir con las empresas una serie de puntos conflictivos. Si bien por el hecho de ser un personaje conocido las empresas nunca se negaron a recibirlo, nadie efectivamente dio una respuesta a sus inquietudes. Pronto advirtió que las empresas más grandes y sus aparatos burocráticos eran un impedimento para poder llegar a alguna clase de entendimiento.

Al charlar con sus colegas los puntos de mayor preocupación e interés general eran los siguientes:

- Honorarios profesionales
- Plazo efectivo de pago
- Topes en las prestaciones
- Débitos injustificados
- Retraso en la información
- Ajustes automáticos
- Burocracia para autorizar procedimientos
- Discrecionalidad en el pago de procedimientos en sanatorios no adheridos
- Sistemas de profiling cuando en la confección de los mismos, no hubieran intervenido los profesionales.

El Dr. Burkowsky se deprimió. “Esto pasa por lo económico, pero no es nada más que lo económico. Mi padre es médico. Yo viví el respeto que tenía la sociedad, los pacientes y los financiadores por el profesional médico en la época de mi padre. Nada que ver con la actualidad. Eso no existe más. Puede estar bien que no exista más, pero que se haya perdido el respeto del paciente por el médico, como se perdió, en muchos casos, tiene mucho que ver con una diferencia económica, con la mala atención, la atención a las corridas, por médicos mal formados, hay un montón de cosas que tienen que ver con la decadencia de la imagen del médico. La imagen del médico tiene mucho de brujo: cura también con la seguridad que le da al paciente. Las instituciones fueron perdiendo prestigio por la falta de calidad de los médicos. Creo que en el fondo sí tiene que ver con lo económico. Cuando el médico está mal remunerado, se nota. Cuando el paciente se da cuenta que el médico es barato, le pierde el respeto. Porque es así. Si el médico cobra caro, debe ser bueno es el pensamiento popular. En cambio, si cobra 12 dólares, es un “little doctor”. Entonces los fundamentos son los muy malos honorarios. Pero lo que a mi realmente me motivó fue la decadencia del médico, la decadencia de la relación médico paciente, la atención despersonalizada. Muchos pacientes eligen ahora ir a los hospitales, porque los atienden rápido. Cada vez más los pacientes caen a la sala de emergencia por ejemplo, para que lo vea un pediatra, lo vea en un minuto e irse rápido. El médico perdió su posición en la familia, perdió un



montón de cosas. Y creo que se debe a una variedad de factores, pero parte de esos tienen que ver con los honorarios médicos y con la forma en que los financiadores ven el futuro de la medicina, que lo ven como un supermercado. Algo tenemos que hacer.”

### **La creación de la “Chamber of PPOS -New England”**

Intentando ganar fuerza para estar en condiciones de enfrentar a las empresas financiadoras el Dr. Burkowsky imaginó una asociación de médicos, que negociara con las financiadoras como una entidad. Sin embargo lograr aglutinar a por lo menos 500 profesionales, como era su intención era costosa y no tenía seguridad de éxito. Por otra parte cada empresa tenía contratos diferentes y los profesionales no necesariamente adherirían a una asociación que los represente respecto de unos intereses que si bien todos compartían algunos no sentían que fueran tan importantes como para comenzar una acción gremial. Además, tratándose de una profesión liberal, se desconocía cual sería el efecto que causaría tal asociación ya que los médicos, de gran poder social, eran profesionales exitosos y adinerados y esto contrastaba con una agremiación. De hecho hubo dos intentos anteriores de crear estas instituciones y fracasaron.

A pesar de estas prevenciones el doctor Burkowsky decidió hablar con los directores de ocho PPOS de Manchester, todos profesionales de prestigio, médicos con un perfil de liderazgo, conocidos por él y con el que mantenía una fluida relación. Les explicó sus razones y los invitó a una cena de trabajo para darles mayores detalles. Fue en esa cena donde se decidió crear la “Chamber of PPOS -New England-”, entidad que aglutinaría a los ocho centros médicos más importantes de Manchester. La intención era asociar a todos los centros médicos de la ciudad en el largo plazo y por tanto extender la iniciativa a todos los médicos de la región. Esta cámara fue creada para tener mayor poder de negociación y que las empresas no “atacaran” a los profesionales de manera individual. De esta manera las demandas de los profesionales serían anónimas a partir de la existencia de la “Chamber of PPOS -New England”.

Para su creación fueron necesarios los siguientes recursos: una oficina, un empleado, una secretaria y un asesor legal. Esto se costearía con un arancel que pagarían los profesionales adheridos. De esta manera se obtuvo el dinero para comenzar a operar: primero por los directores de los centros y luego por las cuotas de los profesionales adheridos. En septiembre del 2004 se realizó la asamblea constitutiva, se obtuvieron los permisos y se cumplieron los requisitos legales para su creación, ante las autoridades de aplicación. Se decidió que la comisión directiva se conformaría con un representante de cada PPO, y que la presidencia en esta primera instancia quedaría en manos del Dr. Burkowsky. Se nombraron además una comisión revisora de cuentas, un secretario, un tesorero y se crearon los departamentos de atención a los sistemas nacionales Medicaid y Medicare.

Una carta que informa acerca de la creación de la cámara y que fue enviada a todos los profesionales que se encontraban trabajando en los diferentes PPOS para que tomaran conocimiento.(Anexo 2).

## Los primeros pasos

Luego de conformada y ya en funcionamiento la Chamber se puso en contacto con las diferentes empresas financiadoras. Para tal fin les envió por correo una carta genérica, idéntica para todas. Ninguna de las empresas contestó este primer contacto en un gesto evidente de no reconocimiento de la existencia de la cámara.

Ante esta falta de respuesta la cámara decidió utilizar esta vez un sistema de correo tipo FEDEX, que incluía el envío y la constancia de recepción de la nota, asegurándose así la recepción de la misma.

Esto molestó a las empresas quienes argumentaron, que no tenían ninguna relación previamente establecida con la citada "Chamber of PPOS -New England" y que en definitiva ellas habían contratado a médicos o a PPOS, con abstracción de una nueva manera de agruparse a la que desconocían.

Ante esta respuesta los PPOS de Manchester, comunicaron formalmente a las empresas que de allí en adelante sus intereses serían representados por esta "Chamber of PPOS -New England" y que en lo sucesivo por cuestiones referidas a los contratos deberían comunicarse con las autoridades de la misma. Para evitar dilaciones utilizaron nuevamente el citado mecanismo de FEDEX.

Las empresas, entendiendo la seriedad del nuevo movimiento que se había gestado, decidieron recibir a los representantes de la "Chamber of PPOS -New England".

Con el fin de prepararse el Dr. Burkowsky se reunió con la comisión directiva y estableció una matriz que les permitiría establecer cuales eran los problemas más acuciantes. (Anexo 3)

De todas maneras aún con un análisis tan concienzudo no sabía como continuar.

Decidió entonces que debía ir a las reuniones, asesorado por un negociador.

Establecieron un precio por el servicio, que consultó con la Comisión directiva.

La misma consideró excesivo el valor solicitado.

Fue entonces cuando sonó su teléfono y usted recibió la siguiente encomienda: diseñar con el Dr. Burkowsky la estrategia para negociar en las reuniones.