
DISEÑO SISTÉMICO-FUNCIONAL DE UNA RED PÚBLICO-PRIVADA PARA GESTIÓN DE SALUD A NIVEL PROVINCIAL

**CONECTANDO INFRAESTRUCTURAS, ENSAMBLANDO LÓGICAS
Y PROCURANDO SINERGIAS**



Tesis

Maestría en Gestión Empresarial
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad Nacional del Nordeste

Director: Dr. FEDERICO TOBAR

Alumno: FERNANDO ALESSO

Resistencia, Chaco
Octubre de 2017

Resumen

Este trabajo diseña y propone una red de atención sanitaria que articula el desempeño de prestadores públicos y privados a nivel provincial. Examina la infraestructura prestacional tomando al Chaco como referencia, analiza la normativa vigente, concibe la empresa administradora de la red y plantea mecanismos de gestión sanitaria y presupuestaria, todo ello con miras a conectar y coordinar funcionalmente a dichos prestadores y remunerar equilibradamente sus servicios. Finalmente comprueba la coherencia y consistencia de la propuesta entrevistando y encuestando a informantes claves.

Abstract

This paper devises and proposes a medical assistance network assembling the performance of both public and private providers at a provincial level. It examines the health services infrastructure taking Chaco as a reference, analyzes the existing regulatory framework, formulates a network-governance entity and proposes mechanisms for health care management and budgeting, all that with the objective of functionally linking and coordinating such providers while compensating their services in a balanced way. It finally tests the coherence and consistency of the proposal by interviewing and surveying key informants.

Palabras claves

<redes de salud><redes público-privadas><Estado y mercado>
<gestión empresarial><gestión presupuestaria><población-objetivo>
<asimetría informativa><fórmulas de remuneración>

Agradecimientos

Esta presentación resulta del aporte de muchas personas, a algunas de las cuales puedo claramente identificar y deseo reconocer.

En primer término a mi director de tesis, Dr. Federico Tobar, por su invaluable guía, reflexión y estímulo, arrebatando horas a su muy intensa agenda personal. He tenido la fortuna de contar con la dirección y el apoyo de un académico, profesional y ser humano de excepción.

Al Dr. Carlos Suarez y al Cdor. Raúl Suarez, por la amistad con que me honran y el acompañamiento de años en la exploración de esta temática.

A la Directora de Fiscalización Sanitaria de la Provincia del Chaco, Dra. Cecilia Meiriño, y a la referente provincial de Establecimientos de Salud (REFES) del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA), Dra. Graciela Páez, por la diligente gestión para permitirme el acceso a ese sistema informático.

A la Dra. Ana Pratesi, por el generoso análisis de mi abordaje metodológico.

Al Sr. Vicedecano, Cdor. Guillermo Odriozola, por sus oportunas sugerencias y contagioso entusiasmo.

A los informantes claves, por el tiempo y la atención que dedicaron primero a interpretar la propuesta y luego a expresar sus opiniones.

A mis compañeros de grupo en la maestría –Lic. Yvonne Brunel, Cdora. Virginia Visentín, Cdor. Mario Medina e Ing. Hernán Solari– por los conocimientos, opiniones y momentos compartidos, que me enriquecen y han hecho todo mucho más ameno.

A mi hermano, por su exhaustiva revisión y agudas observaciones.

A mis padres, que ya no están, por inculcarme la búsqueda de la excelencia.

Por último –en enumeración, no en importancia– a mi esposa e hijas, por tolerar las vivencias perdidas durante mi “ausente presencia” de estos últimos meses, sentado frente a la computadora y sumido en mis pensamientos.

A todos ellos: ¡gracias!

Índice de contenidos

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
Objetivo general	2
Objetivos específicos.....	3
LIMITACIONES AL ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	3
METODOLOGÍA EMPLEADA.....	4
Tipo de investigación	4
Enfoque metodológico.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Modelo	5
Red de servicios	6
Concepto	6
Requisitos funcionales.....	7
Gestión sanitaria.....	7
Oferta, demanda y necesidad	8
Cobertura médico-asistencial	9
Roles.....	9
Equilibrio funcional	11
Dimensiones de la eficiencia	12
Referencia, contrarreferencia y derivación	12
Fórmulas de remuneración	13
Remuneración prospectiva vs. retrospectiva.....	14
Modelos de contrato y sistemas integrados.....	14
Fallas y aciertos del mercado en la atención sanitaria	15
Incertidumbre	15
Asimetría informativa y relación de agencia	16
Externalidad.....	18
Bien tutelar	19
Insuficiente racionalidad individual.....	19
Fallas y aciertos del Estado en la atención sanitaria	20
Economía de los derechos de propiedad	21
Función de utilidad del proveedor	22
Clientes de la atención	24
Oposición de intereses entre los actores	26
Economía de los costos de transacción	27
Tríadas y coaliciones.....	28

Tipos de tríada según la distribución del poder relativo	29
Tipos de coalición según la distribución de poder entre aliados y antagonistas	29
MARCO CONTEXTUAL	31
Infraestructura prestacional instalada	31
Normativa vigente	33
Categorías analíticas	33
El SNIS: un antecedente a nivel de macrogestión	34
MODELO PROPUESTO	35
Nexo jurídico	36
Sociedad de Economía Mixta	39
Acto legislativo de creación	41
Reglamento de funcionamiento	42
Clases de acciones	42
Nexo operativo	48
Gestión por población-objetivo y nivel de atención	49
Los pares como actores en nuevas tríadas y coaliciones	54
Lineamientos para las fórmulas de remuneración de los servicios	54
Criterios y procedimientos de referencia, contrarreferencia y derivación de pacientes ..	57
Normalización de procesos y cadenas de valor para el paciente	57
Remuneración frente a la condición de público o privado	59
APORTES DEL MODELO	59
Análisis FODA	59
Fortalezas	59
Oportunidades	60
Debilidades	60
Amenazas	60
5 fuerzas de Porter	61
Rivalidad y competencia del mercado	61
Amenaza de nuevos competidores	61
Amenaza de nuevos productos o servicios	61
Poder de negociación de los proveedores	61
Poder de negociación de los clientes	62
Contribuciones al equilibrio funcional	62
Accesibilidad	62
Efectividad	62
Eficiencia	62
Justiprecio	63

Suficiencia	63
Oportunidad.....	63
TESTEO EXTERNO	63
informantes claves.....	64
Entrevistas realizadas y observaciones obtenidas.....	64
Interferencias políticas condicionantes o inhabilitantes del funcionamiento de la red ...	64
Sometimiento a vaivenes políticos.....	65
Fuerte influencia de distintos grupos de interés.....	65
Análisis de intereses de los actores	66
Descreme en favor de los establecimientos privados.....	66
Selección de prestadores por parte de algunas entidades prestatarias.....	67
Preferencia del cliente de prepaga por la atención privada	67
Herramienta para una articulación previamente acordada	67
Audiencia pública previa.....	68
Irrelevancia frente a los derechos de los beneficiarios.....	68
Masa crítica con alguna obra social o programa para iniciar el funcionamiento	68
Definición de pautas para el financiamiento	68
Requisito de previsibilidad sobre el giro empresarial	69
Alteración radical del sistema de salud provincial.....	69
Ensamble de la red con el sistema de salud	69
Posible primer paso hacia una integración del sistema de salud	70
Aptitud para instrumentar la Cobertura Universal de Salud (CUS)	70
Complejidad.....	70
Confrontación de culturas.....	71
Primacía de la condición de prestador sobre la de accionista	71
Compromiso (<i>trade-off</i>) entre objetivos económicos y sanitarios.....	72
Trascendencia del coordinador de población-objetivo y escasez de profesionales idóneos para la función	72
Definición del perfil técnico del coordinador de población-objetivo	72
Dificultades para liderar a los coordinadores en caso de gerente no médico.....	73
Concentración de poder en la figura del presidente	73
Importancia de las condiciones éticas y técnicas del presidente	73
Prevención de actos de corrupción	73
Acreditación de los establecimientos y auditoría externa de las prestaciones.....	74
Estímulo a la competencia	74
Breve acotación sobre las entrevistas a profesionales de atención especializada.....	75
Encuesta.....	77
Estructura	77

Confidencialidad	77
Abstención	77
Instancia de sondeo.....	78
Resultados	78
CONCLUSIÓN	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXO I – CUADROS Y NOTAS AUXILIARES DEL MARCO TEÓRICO Y DEL MARCO CONTEXTUAL	88
ANEXO II – INFORMANTES CLAVES.....	108
ANEXO III – FORMULARIOS.....	115

Índice de gráficos, esquemas, cuadros, notas y formularios

Gráfico 1 – Secuencia metodológica	5
Gráfico 2 – Oferta, demanda y necesidad.....	8
Gráfico 3 – Roles básicos de una cobertura médico-asistencial.....	10
Gráfico 4 – Condiciones para un equilibrio funcional básico.....	12
Gráfico 5 – Nivel de agregación de las unidades de pago.....	13
Gráfico 6 – Función de utilidad del proveedor y propensiones derivadas de ella	23
Gráfico 7 – Clientes de la atención.....	26
Gráfico 8 – Oposición y conflictos de intereses.....	26
Gráfico 9 – Tipos de tríada según la distribución del poder relativo.....	29
Gráfico 10 – Tríada entre financiador (A), prestador (B) y paciente (C), con coalición revolucionaria entre estos dos.....	30
Esquema 1 – Ventajas y desventajas de la ACE	38
Esquema 2 – Ventajas y desventajas de la UTE	38
Esquema 3 – Ventajas y desventajas de la SAPEM	39
Esquema 4 – Ventajas de la SEM.....	41
Gráfico 11 – Clases de acciones y sus proporciones en el capital social	44
Gráfico 12 – Nivelación figurativa de pretensiones pecuniarias	46
Gráfico 13 – Distribución interna de poder y contralor en decisiones ejecutivas	48
Gráfico 14 – Organigrama elemental.....	50
Gráfico 15 – Gestión por población-objetivo y nivel de atención	53
Gráfico 16 – Evolución de tríadas y coaliciones entre el coordinador (A), el prestador (B) y el paciente (C) con la incorporación de los pares del prestador (D).....	54
Gráfico 17 – Cadena de valor para el paciente ambulatorio.....	58
Gráfico 18 – Cadena de valor para el paciente internado	58
Gráfico 19 – Las 5 fuerzas de Porter	61

Gráfico 20 – Cuantificación de observaciones, sugerencias y advertencias agrupadas por afinidad temática	76
Gráfico 21 – Evaluación de la aplicabilidad del modelo a la atención de pacientes con distinta financiación	79
Gráfico 22 – Evaluación de otros aspectos presentes en el modelo o incentivados por él....	80
Cuadro 1 – Resultado analítico de la encuesta	82
Cuadro 2 – Unidades y mecanismos de pago.....	88
Nota 1 – Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD).....	88
Esquema 5 – Información requerida para la clasificación	90
Nota 2 – Categorías de Manejo de Pacientes o <i>Patient Management Categories (PMC)</i>	91
Cuadro 3 – Camino de Manejo del Paciente (<i>PM PATH</i>) con Puntaje de Intensidad Relativa (<i>RIS</i>)	92
Cuadro 4 – Puntaje de Intensidad Relativa (<i>RIS</i>) con comorbilidad.....	92
Nota 3 – Dilema del prisionero	93
Cuadro 5 – Distribución de sentencias	93
Cuadro 6 (parte 1 de 2) – Infraestructura de internación.....	94
Cuadro 6 (parte 2 de 2) – Infraestructura de internación.....	95
Cuadro 7 (parte 1 de 6) – Centros de atención ambulatoria y/o en internación.....	96
Cuadro 7 (parte 2 de 6) – Centros de atención ambulatoria y/o en internación.....	97
Cuadro 7 (parte 3 de 6) – Centros de atención ambulatoria y/o en internación.....	98
Cuadro 7 (parte 4 de 6) – Centros de atención ambulatoria y/o en internación.....	99
Cuadro 7 (parte 5 de 6) – Centros de atención ambulatoria y/o en internación.....	100
Cuadro 7 (parte 6 de 6) – Centros de atención ambulatoria y/o en internación.....	101
Cuadro 8 (parte 1 de 2) – Producción en el sub-sector público.....	102
Cuadro 8 (parte 2 de 2) – Producción en el sub-sector público.....	103
Cuadro 9 (parte 1 de 2) – Formas societarias, asociativas y coparticipativas evaluadas	104
Cuadro 9 (parte 2 de 2) – Formas societarias, asociativas y coparticipativas evaluadas	105
Nota 4 – Fideicomiso	106
Nota 5 – Fundación.....	106
Nota 6 – Nómina de informantes claves	108
Cuadro 10 – Ámbito de desempeño de los informantes claves	112
Cuadro 11 – Formación académica de los informantes claves.....	113
Esquema 6 – Mecanismo de ponderación de puntajes obtenidos en la encuesta	114
Formulario para encuesta sobre el modelo propuesto.....	115

INTRODUCCIÓN

Vista la importante infraestructura sanitaria instalada –a veces con escasa planificación– en los subsectores público y privado, reconocida la conveniencia de imprimir continuidad al proceso de atención de los pacientes y frente a la necesidad de optimizar el empleo de los recursos, resulta imperativo ensamblar adecuadamente ambas ofertas prestacionales.

Es consabido que, salvo en circunstancias puntuales, hospitales públicos y sanatorios privados se tienen en escasa consideración recíproca a la hora de atender casos que superan las propias posibilidades: suelen entender a sus contrapartes como componentes del “otro” circuito sanitario. En los primeros se recela del interés económico de los segundos; en los segundos se da por sentada la ineficiencia de los primeros. En este cruce de miopías la atención del paciente suele postergarse en espera del próximo –o no tan próximo– turno, cama o quirófano en un centro de mayor complejidad o especialidad que pertenezca al “propio” circuito y al que probablemente se tendrá mayor o menor acceso según la afinidad que exista entre directores, jefes de servicio o profesionales tratantes en los establecimientos de origen y destino. Las escasas interacciones entre prestadores de uno y otro sub-sector ocurren en carácter de excepción y solo en subsidio, cuando la capacidad de alguno de ellos se satura, colapsa o queda temporalmente fuera de servicio.

A fin de superar en forma sostenida situaciones como las descritas, ¿podemos articular partes tan heterogéneas dentro de una misma red de atención? En tal caso, ¿cuál es el modelo más adecuado para lograrlo?

En este trabajo intentaremos responderlo. Proponemos como directriz, a tal fin, encuadrar la vinculación en la normativa vigente con un diseño organizativo que posibilite a los integrantes supervisar el destino de los recursos e incentive positivamente el impacto sanitario de la atención. En esas condiciones la complementación de ofertas prestacionales puede proporcionar, por un lado, provecho inmediato de inversiones ya realizadas y, por otro, restricción en los costos de transacción insumidos por el giro operativo.

En el capítulo del marco teórico introducimos y explicamos conceptos doctrinarios y empíricos que resultan familiares en la gestión sanitaria –no así fuera de ese contexto– y útiles para interpretar posteriormente nuestra propuesta.

Luego, en el capítulo del marco contextual, relevamos la infraestructura prestacional instalada y la normativa de posible aplicación.

A partir de ambos marcos de referencia, en el capítulo correspondiente al modelo propuesto formulamos un arquetipo para la integración de prestadores públicos y privados en

una red de alcance provincial. Para ello seleccionamos el nexo jurídico a instrumentar entre los prestadores y desarrollamos un nexo operativo tendiente a coordinar dinámicamente sus actuaciones equilibrando las relaciones de poder entre ellos, los pacientes y quienes deben afrontar los costos de la prestación. Conjugando ambos nexos delineamos una organización empresarial cuyo ánimo de lucro y distribución de capital operan en pos de ese equilibrio.

A continuación, en el capítulo referido a los aportes del modelo, realizamos un conciso análisis FODA de la construcción resultante, y otro desde la óptica de las 5 fuerzas de Porter con énfasis en el mercado.

Finalmente y en el capítulo del testeo externo, sometemos el modelo a la crítica de informantes claves. Estos han sido seleccionados en virtud de sus formaciones profesionales, experiencias y ámbitos de actuación, posibilitando así la percepción de la problemática y la valoración de la propuesta desde muy diversas perspectivas. Sondeamos y analizamos sus calificadas opiniones apuntando observaciones, objeciones y sugerencias útiles para una hipotética implementación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Formular un modelo de red de gestión de salud a nivel provincial que vincule a prestadores públicos y privados, conecte oportunamente sus desempeños, remunere equilibradamente sus servicios, facilite al Estado el ejercicio del poder de rectoría sobre la política sanitaria, y permita fiscalizar la aplicación de los recursos afectados a su desenvolvimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y analizar los principales roles involucrados en una cobertura médico-asistencial, sus respectivos intereses y las principales relaciones de poder subyacentes.
- Relevar la infraestructura médico-asistencial pública y privada habilitada como oferta prestacional en la provincia del Chaco, que es tomada como referencia para el planteo de la propuesta.
- Seleccionar la forma jurídica más conveniente para vincular en red a prestadores públicos y privados, esbozando luego la organización funcional.
- Analizar la distribución de poder emergente del funcionamiento de la red, particularmente entre la conducción operativa, los prestadores y los pacientes.
- Identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la red propuesta, así como su hipotética posición en el mercado.
- Constatar la razonabilidad del planteo con informantes calificados.

LIMITACIONES AL ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

- El análisis se circunscribe al marco normativo vigente, sin pretensión de modificarlo.
- No se proponen mecanismos para financiamiento de la cobertura médico-asistencial, asumiéndose que los servicios de la red pueden ser financiados con recursos provenientes de programas específicos, seguros públicos de salud, cápitas de obras sociales, rentas generales u otras fuentes.
- No se abordará la problemática relacionada con la obtención de consensos (políticos, corporativos, etc.) necesarios para la implementación del modelo desarrollado, entendiendo que la formulación y la evaluación de cursos de acción –alternativos o complementarios– para ese fin exigen investigaciones específicas que exceden los objetivos del presente trabajo.
- Aun tratándose de una cuestión sustancial para evaluar –en el plano teórico– la robustez de la red y su resiliencia¹, no analizaremos su diseño topológico o gráfico –como conjunto de nodos interconectados– por carecer de información que permita estimar razonablemente y en términos cuantitativos los movimientos de referencia, contrarreferencia y derivación de pacientes (conceptos estos que luego explicamos).

¹ Capacidad para recuperar el estado inicial luego de ser sometida a perturbaciones.

METODOLOGÍA EMPLEADA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según los objetivos y el estado del conocimiento, la investigación es descriptivo-exploratoria.

- Presenta aspectos descriptivos en vista de que:
 - ✓ Se relevan y exponen características de los fenómenos sobre los que versa la investigación.
 - ✓ Existe un conocimiento previo del problema que permite determinar cuáles son las variables de estudio, cuáles son los aspectos a evaluar y las relaciones que pueden establecerse entre ellos.
- Tiene asimismo aspectos exploratorios dado que:
 - ✓ Se pretende que las soluciones propuestas resulten novedosas.
 - ✓ No existen antecedentes que, por sus características, puedan tomarse como referencia para la solución propuesta.
 - ✓ Surgen categorías nuevas a partir de las entrevistas llevadas a cabo para el testeo externo de la propuesta.

ENFOQUE METODOLÓGICO

- Se trata de la construcción de un modelo a partir de datos cualitativos referidos a atributos de sujetos (físicos y jurídicos) y conductas (observadas y pronosticadas).
- Anticipa las conductas basándose en abstracciones teóricas e información extraída de la realidad.
- Toma las siguientes unidades de análisis:
 - ✓ Naturaleza jurídica.
 - ✓ Rol desempeñado.
 - ✓ Población-objetivo.
 - ✓ Nivel de atención.
 - ✓ Especialidad asistencial.
- Efectúa relevamientos exhaustivos de los siguientes fenómenos:
 - ✓ Infraestructura médico-asistencial habilitada como oferta prestacional en la provincia del Chaco.

- ✓ Normativa vigente en la República Argentina referida a sociedades, asociaciones y contratos coparticipativos.
- Como resultado de ese relevamiento toma como categorías analíticas, para cada figura jurídica, determinadas variables o atributos.
- A partir de la información recabada, comparada y evaluada elabora un modelo sistémico-funcional.
- Testea la razonabilidad del modelo mediante entrevistas en profundidad a informantes claves, quienes evalúan determinados atributos y expresan las propias observaciones en una encuesta semiabierta o bien –en forma desestructurada– fuera de ella.
- Compendia por afinidad temática las observaciones.
- Analiza cuantitativamente los resultados de la encuesta.

A continuación resumimos y representamos gráficamente la secuencia señalada:

Gráfico 1 – Secuencia metodológica



Fuente: Elaboración propia.

MARCO TEÓRICO

Resumimos a continuación algunos conceptos, razonamientos y especulaciones teóricas que facilitarán la interpretación de nuestra propuesta.

MODELO

En este trabajo consideramos como “modelo” a una construcción mental que distingue las características de un fenómeno para facilitar su comprensión (Achinstejn y otros, 1987), y que “... describe un tipo de objeto o sistema atribuyéndole lo que puede llamarse una estructura interior, composición o mecanismo, con referencia al cual se explicarán varias propiedades exhibidas por ese objeto o sistema” (Achinstejn, 1968, p. 69).

Procuraremos construir un sucinto armazón conceptual que, visto el objetivo general antes enunciado, resulte a la vez coherente y práctico.

RED DE SERVICIOS

Concepto

En sentido amplio, denominamos red de servicios a la organización resultante de *conectar* y *coordinar* prestadores con el objeto de brindar una atención comprometida. Tal compromiso de atención se descompone en un conjunto de obligaciones de *hacer* y de *dar*.

Algunas definiciones y nuestras preguntas de investigación recurren al verbo "articular", que empleamos reiteradamente y significa "unir dos o más piezas de modo que mantengan entre sí alguna libertad de movimiento" (R.A.E. – 1ª acepción). Si bien lo encontramos aplicable a los servicios desempeños (hacia afuera), no así a los aspectos funcionales internos de aquellas redes que se organizan por *integración* (de las partes al todo) y donde cada parte conserva autonomía funcional. A su vez, ciertos autores hablan de la "heterarquía" como gobierno por acuerdo entre partes en un plano de igualdad. Esto se da en cierta medida, pero la dinámica de una cobertura médico-asistencial demanda mecanismos ágiles para la toma de decisiones, sin perjuicio de acotarlas *a priori*, revisarlas y eventualmente revocarlas con las responsabilidades que de ello puedan emerger. La acción acompañada y seguida por el control resultan propios de todo mandato, y éste resulta imprescindible si se pretende encauzar un colectivo de voluntades. En la práctica, una rigurosa heterarquía paralizaría la red por indecisión y precipitaría una virtual ausencia de gobierno interno, una anarquía.

En el ámbito sanitario la red es un *entorno colaborativo*, una modalidad de organización que procura *sinergia*² y *complementación* en las ofertas prestacionales con miras a optimizar el funcionamiento conjunto, respondiendo a la complejidad o amplitud territorial del servicio, o a la necesidad de coexistencia o ajuste de esas ofertas (Alesso, 2007). Las reseñadas referencia, contrarreferencia y derivación, al conectar entre sí a los proveedores, son los hilos cuya atadura va conformando el entramado operativo. Tobar y Anigstein (2013, p. 10) asumen que una red de salud implica "extender los cuidados captando al paciente antes y acompañándolo con los cuidados hasta después de lo que harían los servicios funcionando en forma aislada", y fundamentan su existencia en la continuidad entre las acciones promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Puede entenderse a la red como un modo *híbrido* de coordinación de procesos productivos, con algunos aspectos de *estructura jerárquica* y otros de *mercado*. Por un lado se

² Acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales (R.A.E.).

establecen normas de subordinación funcional que separan la concepción y la ejecución de ciertas actividades, y por otro se conciertan internamente mecanismos contractuales que se basan más en precios e incentivos que en controles administrativos. No tratándose de modelos uniformes, el predominio de unos u otros elementos acerca el resultado final a un modelo jerárquico o a uno de mercado (Báscolo y Sánchez de León, 2001).

Para Rovere (1999, p. 30) la red es fundamentalmente un concepto vincular que no homogeneiza; por el contrario, "asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas".

Requisitos funcionales

Específicamente con relación a los servicios sanitarios, para Marracino y otros (1992) una red debería presentar las siguientes características básicas:

- Incluir los niveles de cobertura comprometidos, atendiéndolos integralmente.
- Garantizar accesibilidad y evitar derivaciones innecesarias, sobreprestación, rechazos y otras ineficiencias.
- Incluir prestadores en magnitud suficiente para atender la demanda estimada, pero evitando el exceso de oferta.
- Garantizar un costo adecuado a través de servicios eficientes.
- Estar conducida y administrada adecuadamente.

Por su parte, Otero (2001) destaca la necesidad de criterios y vínculos jurídicos de *complementariedad* y de *referencia-contrarreferencia*, así como la conducción por una *gerencia operativa única*.

GESTIÓN SANITARIA

Entendemos como gestión sanitaria a un conjunto de acciones realizadas para la obtención de determinado efecto sobre el estado de salud de un grupo humano. Ortún Rubio (citado por Tobar y Anigstein, 2013, p. 23) desagrega la gestión sanitaria en:

- *Microgestión*: decisiones clínicas (que afectan la porción mayoritaria de los recursos),
- *Mesogestión*: decisiones relativas a la gestión de los servicios, y
- *Macrogestión*: decisiones referidas a los sistemas de salud.

Katz (2006, p. 4) considera que la mesogestión comprende "medidas que contribuyen a mejorar el rendimiento de la capacidad instalada y de los recursos implicados", en tanto que la

macrogestión está referida a aquellas “medidas que un Estado define de cara a regular la intervención de todos los agentes involucrados en el sector Salud”.

Las cotas de actuación referidas suelen ser conocidas como *niveles* de la gestión, que no hemos de confundir con los niveles de la atención (I, II y III), tema que trataremos más adelante con referencia al carácter ambulatorio o de internación del paciente, y a la complejidad relativa de las prestaciones.

Los sistemas de cobertura médico-asistencial y las redes de servicios son el hábitat natural de la mesogestión. Allí las fórmulas de remuneración, conectando acción con retribución como más adelante veremos, tienen relevancia fundamental.

OFERTA, DEMANDA Y NECESIDAD

En el mercado de la atención médico-asistencial, a las ya conocidas oferta y demanda (cantidad de un servicio o suministro que se está dispuesto a vender o comprar a determinado precio) debe agregarse la *necesidad*, entendida esta como la cantidad de dicho servicio o suministro que, con la evidencia científica y la tecnología existentes, produciría mejoras en el estado de salud del paciente. El concepto en abstracto aparenta una nitidez infrecuente en la práctica: la aplicación a cada caso específico suele ser materia de controversia, aun cuando paulatinamente –a través de la investigación experimental– se van logrando consensos sobre las correctas prácticas diagnósticas o terapéuticas.

Gráfico 2 – Oferta, demanda y necesidad



Fuente: Elaboración propia.

Vista la asimetría informativa que domina esta actividad, tema sobre el que luego abundaremos, la oferta tiende a crear su propia demanda con cierta prescindencia de la necesidad, así como la necesidad puede no estar cubierta por la oferta ni exteriorizada por la

demanda. Una mayor cantidad de especialistas (“...ólogos”) en determinada rama de la Medicina implica con certeza una mayor cantidad de prestaciones en ese segmento de atención, probablemente con mejor diagnóstico y terapéutica, pero en desmedro económico-financiero de la atención clínica general o de otras ramas que sean percibidas como menos redituables por la profesión.

COBERTURA MÉDICO-ASISTENCIAL

En sentido lato, la cobertura médico-asistencial puede definirse como un compromiso de prestación de servicios de dicha naturaleza, ante su requerimiento conforme a condiciones convenidas. Si esta definición no nos transmite demasiado, intentaremos conceptualizarla por característica común y diferencias específicas, toda vez que:

- Su funcionamiento resulta asimilable en general al de un seguro, es decir: a cambio de un importe determinado alguien asume una obligación de dar o de hacer –por sí o por un tercero– supeditada a un hecho futuro incierto dentro de determinado horizonte temporal. En un sentido genérico tal importe puede tener incluso características de subsidio a la oferta, como en el caso del hospital público cuyos gastos operativos están sufragados en determinada proporción por el erario público y –como contrapartida– debe necesariamente atender a quienes no disponen de obra social, prepaga, mutual u otro financiador externo.
- En el seguro tradicional la contingencia es ajena a la voluntad del asegurado, mientras que en la cobertura médico-asistencial el beneficiario puede acudir a consulta cuando lo desee (ej.: chequeo) sin necesariamente padecer una dolencia.
- En el seguro el pago es siempre previo o concomitante a la vigencia; en la cobertura médico-asistencial puede ser diferido, y con frecuencia lo es.

ROLES

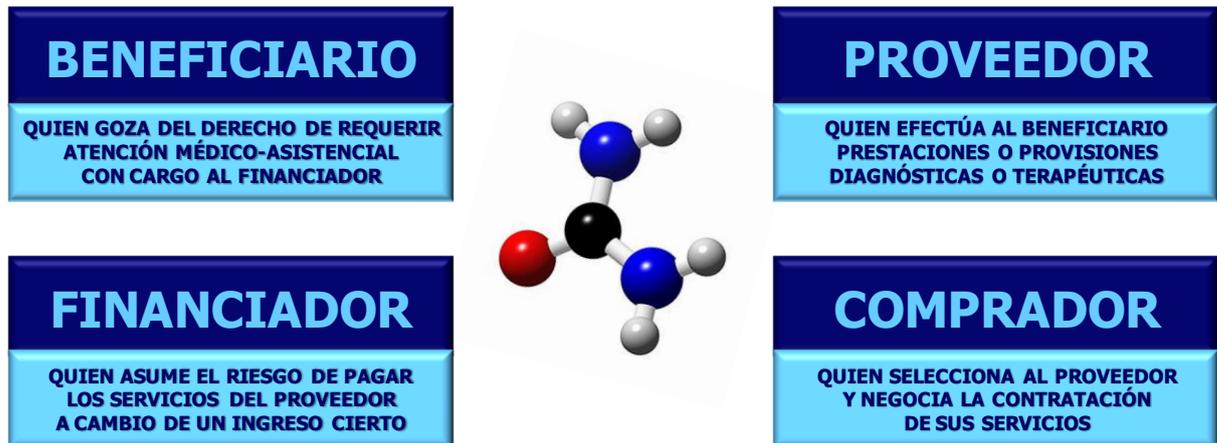
Caracterizaremos seguidamente los roles que conforman una “molécula” o núcleo básico de relaciones propio de una cobertura médico-asistencial (De Val-Pardo y Corella, 2006; Alesso, 2007):

- *Beneficiario* es quien goza del derecho de requerir atención médico-asistencial para la prevención, tratamiento o morigeración de dolencias, o la recuperación de capacidades funcionales, adquiriendo la condición de *paciente*³ al hacer uso de esa atribución;

³ Según está aceptado por los etimologistas, el vocablo *paciente* proviene del latín *patiens*, participio de *pati*, *patior*, que significa sufrir o padecer, derivado del verbo griego πάσχειν (= *paskhein*) y su acción y efecto πάθος (= *pathos*). Quizá debió haber sido mejor traducido como “padeciente” pero –complicando las cosas– también el sustantivo *paciencia* tiene ese origen. Quizá como consecuencia de ello se conceptúe tradicionalmente al paciente como un sufriente abnegado. Tal circunstancia, sumada a una posible o aparente escasez de opciones a su

- *Proveedor* o *prestador*⁴ es quien efectúa al paciente prestaciones diagnósticas o terapéuticas orientadas a esos fines;
- *Financiador* es quien, a cambio de un ingreso percibido bajo determinada modalidad, asume el riesgo⁵ de sufragar la mencionadas prestaciones; y
- *Comprador* es quien selecciona al proveedor actuante en la atención del beneficiario.

Gráfico 3 – Roles básicos de una cobertura médico-asistencial



Fuente: Elaboración propia.

Para una mejor aprehensión de estos conceptos daremos a continuación algunos ejemplos. Las obras sociales y empresas de medicina prepaga cumplen un doble rol en sus esquemas tradicionales de funcionamiento: como *financiadoras* las primeras cobran básicamente porcentuales sobre la masa salarial de sus afiliados y las segundas cobran cuotas individuales o grupales, ambas contra la obligación de pagar determinadas prestaciones sanitarias efectuadas a aquellos afiliados cuya atención las requiere; como *compradoras* eligen y, negociación mediante, contratan individual o grupalmente prestadores para conformar sus cartillas. Por su parte, el sanatorio o la clínica que cobra un módulo o “paquete” para una cirugía con su correspondiente internación, actúa parcialmente como *financiador* –además de *prestador*– porque con esos recursos debe solventar un extenso listado de insumos y gastos: equipo quirúrgico, preparación de quirófano, alojamiento y alimentación del paciente, enfermería, provisión de fármacos, etc. Se dan también situaciones de integración vertical con establecimientos que ofrecen sus propios planes prepagos, actuando “aguas arriba” como *financiadores*, así como obras sociales y empresas de medicina prepaga que gestionan

alcance, suele desdibujar en él la condición de *cliente* atribuyéndole o presuponiendo de su parte paciencia o pasividad frente al accionar del profesional en quien ha depositado fe y confianza.

⁴ En este trabajo empleamos indistintamente los términos *proveedor* y *prestador*, dado que nos referimos solamente a quien brinda un servicio médico-asistencial. En realidad el primer concepto es más amplio que el segundo, pues también incluye a quien solo suministra un bien material.

⁵ En sentido lato, *riesgo* significa “proximidad de un daño o peligro”; en nuestra materia lo entendemos como contingencia económica, es decir: obligación eventual de afrontar gastos.

establecimientos que atienden a sus afiliados y –usualmente– a otros pacientes, asumiendo “aguas abajo” el rol de *prestadores*.

A los fines de este trabajo denominaremos genéricamente *entidades prestatarias* a las obras sociales, empresas de medicina prepaga, empresas de seguros de salud, asociaciones mutuales, etc. que contratan atención para sus beneficiarios.

EQUILIBRIO FUNCIONAL

Para que la cobertura mantenga continuidad en el tiempo es necesario que alcance un equilibrio funcional básico –pero intrínsecamente precario– procedente del cumplimiento simultáneo de las siguientes condiciones (Alesso, 2007):

- Que el financiador asegure al beneficiario la *accesibilidad* de los servicios comprometidos, o sea: la facilidad para hacer uso de ellos en la práctica.
- Que el proveedor brinde al beneficiario sus servicios con *efectividad*, interpretada esta en sentido clínico como el grado de obtención de las mejoras posibles en el estado de salud del paciente (relación entre objetivos previstos y objetivos alcanzados). Distinguimos este concepto del de *eficacia* (relación entre causa y efecto), puesto que si bien ambas expresiones se refieren a la capacidad de una acción para obtener un resultado, la segunda solo considera su ejecución en condiciones óptimas. Mallo y Merlo (1995, p. 2) fusionan ambas acepciones al entender la eficacia como “el grado en que los *outputs* actuales de sistema se corresponden con los *outputs* deseados”.
- Que el proveedor actúe con *eficiencia* respecto del comprador, maximizando el rendimiento de los recursos aplicados (relación entre objetivos alcanzados y recursos insumidos). Los autores antes citados (Mallo y Merlo, 1995, p. 2) definen concisamente la eficiencia como “el ratio entre *outputs* e *inputs* actuales”.
- Que el comprador reconozca al proveedor el *justiprecio* de su desempeño, retribuyéndolo satisfactoriamente en términos de valor y plazo de pago.
- Que el financiador suministre con *suficiencia* y *oportunidad* los fondos requeridos para cancelar, directamente o por intermedio del comprador, los servicios del proveedor.

Tal equilibrio se visualiza en el gráfico siguiente:

Gráfico 4 – Condiciones para un equilibrio funcional básico



Fuente: Elaboración propia.

DIMENSIONES DE LA EFICIENCIA

Señalada la eficiencia como atributo de la atención del proveedor que prima para el comprador, puede estar referida a alguno de los siguientes aspectos o dimensiones (Reynolds y Gaspari, 1986; Drummond, Stoddard y Torrance, 1991):

- *Costo-efectividad*: relación entre *unidades naturales* de *determinado impacto* (años de vida o días laborables ganados, mm de presión arterial reducidos, etc.) y el costo de su obtención.
- *Costo-utilidad*: relación entre el incremento en *años de vida* (reducción de mortalidad) ajustados por *calidad de vida* (reducción de morbilidad), y el costo de su obtención.
- *Costo-beneficio*: relación entre las *unidades monetarias* obtenidas o ahorradas y las insumidas para lograrlas.

REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y DERIVACIÓN

Tomada la capacidad de resolución de patologías como vara para retribuir los servicios, no solo interesan los servicios que el proveedor realiza: tanto o más relevantes son los que solicita o prescribe. Para su identificación y valorización deben tenerse en cuenta los siguientes conceptos:

- *Referencia*: remisión del paciente a una unidad de atención de mayor complejidad o especialización, con el fin de que reciba atención diagnóstica o terapéutica.
- *Contrarreferencia*: retorno del paciente a la unidad de la cual fue referido, una vez atendido, para control, seguimiento y continuación de su atención integral.
- *Derivación*: reubicación del paciente, conforme a su patología, en un nivel de complejidad o especialización diferente de aquel en el que recibía atención.

FÓRMULAS DE REMUNERACIÓN

En primer término, por sistemas de pago o fórmulas de remuneración entendemos “la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes” (Álvarez, Pellisé y Lobo, 2000, p. 56).

Los sistemas de pago de prestaciones sanitarias presentan dos dimensiones principales (Pellisé, 2000):

- Unidad de pago

Surge de estimar la cantidad y el valor de los insumos utilizados o de los productos –intermedios o finales– generados por el proveedor para atender un caso concreto o los que puedan presentarse en un grupo de beneficiarios.

Las unidades se diferencian por el grado de *agregación* de los servicios asistenciales que incluyen. Puede decirse que la unidad más desagregada o menos global es el pago por *prestación* (servicio brindado) o *suministro* (material provisto), y las más agregadas o globales son la *cuota* (cierto menú prestacional por un período para un beneficiario o grupo familiar específicos), la *cápita* (igual a la cuota pero con un valor unificado para un padrón o grupo extenso de beneficiarios debidamente identificados) y la *cartera fija* (igual a la cápita pero de carácter global para un grupo de beneficiarios sin identificar cuya pertenencia puede ser verificada al producirse el consumo).

Entre ambos extremos existe una extensa gama de alternativas y combinaciones, como puede apreciarse en el siguiente gráfico:

Gráfico 5 – Nivel de agregación de las unidades de pago



Fuente: Elaboración propia.

“Este criterio de ordenación es sumamente trascendente, ya que determina el tipo de incentivo que el financiador emite al prestador, al determinar qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia que se está incentivando” (Álvarez y otros, 2000, p. 56).

- Riesgos financieros

Una vez establecida la unidad de pago, debe definirse la fórmula de remuneración. Por ejemplo: tarifa única o diferenciada, y en este caso fijando condiciones y rangos para cada tarifa.

Cada unidad de pago y fórmula de remuneración conlleva una diferente distribución de riesgos financieros entre el proveedor y el financiador, es decir: una asignación particular de cuáles costos debe cada uno soportar.

Remuneración prospectiva vs. retrospectiva

Lo visto nos permite distinguir dos modalidades extremas de fórmula de remuneración: la prospectiva y la retrospectiva. Siguiendo a Álvarez y otros (2000, p. 57):

Como caso extremo se considera una remuneración fija, o sea, con un solo intervalo. Es el pago prospectivo más puro, o sin ajustes [...] los prestadores soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos para una tarifa prefijada y una unidad de pago. En el otro extremo, tenemos el caso del pago retrospectivo o pago por acto (*fee-for-service* en inglés). El riesgo incurrido por los prestadores es nulo: sea cual sea el costo de la unidad producida, la remuneración lo cubrirá y el financiador será quien soporte todo el riesgo derivado de la variabilidad de los costos.

Resumiendo lo dicho podemos concluir que cuanto más *uniforme* sea la tarifa convenida por *unidad de pago*, tanto mayor será el *riesgo financiero* asumido por el prestador frente a la variabilidad de sus costos, por lo que más *prospectiva* será su remuneración.

En términos generales, las fórmulas de remuneración prospectiva incorporan incentivos financieros para que el prestador asuma mayor responsabilidad en el cuidado integral de los pacientes a su cargo (Tobar y Anigstein, 2013, p. 29).

En el cuadro 2 del anexo I detallamos los incentivos positivos y negativos, así como otras ventajas y desventajas, de algunas unidades y mecanismos de pago (prestación, día-cama, paciente-mes, caso agregado por afinidad diagnóstica, cápita, cartera fija y sueldo). En las notas 1 y 2 del mismo anexo reseñamos brevemente dos avanzado sistemas de pago implementados en otros países.

Modelos de contrato y sistemas integrados

Oggier (2010), basándose en trabajos de Tobar, Rosenfeld y Reale, amplía el análisis e incluye a las referidas modalidades prospectiva y retrospectiva (que denomina *sistemas* prospectivos y retrospectivos) dentro de los *modelos de contrato*, y agrupa en una categoría separada –que da en llamar *sistemas integrados*– a la remuneración en relación de dependencia, a los honorarios y a los presupuestos.

FALLAS Y ACIERTOS DEL MERCADO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Dice Rovere (1999) –muy acertadamente– que cuando la atención de la salud se vuelve mercadería, más vale curar que prevenir. El problema radica en que las transacciones involucradas en la atención sanitaria se llevan a cabo en condiciones que alteran la normal interacción entre oferta y demanda: la incertidumbre, la asimetría informativa y la relación de agencia que ella genera, la insuficiente racionalidad individual, las externalidades, los bienes tutelares, los rendimientos crecientes, los mercados incompletos, etc. distorsionan fuertemente los precios y las cantidades de intercambio (López i Casanovas y Ortún Rubio, 1998; Ortún Rubio y Del Llano Señarís, 2000), provocando que el mercado no brinde soluciones óptimas para la comunidad en su conjunto. Explicamos a continuación las que consideramos más ilustrativas y de sencilla interpretación.

Incertidumbre

Ninguno de los actores de la cobertura médico-asistencial tiene certeza respecto de las siguientes cuestiones referidas a la salud del beneficiario:

- Incidencia de la enfermedad: entendida como la posibilidad de que el paciente padezca una patología.

La respuesta institucional (como el mercado actúa) ante esta cuestión es el *aseguramiento*, el cual supone un pago cierto (habitualmente periódico) para poner a cargo de un tercero (asegurador o el ya comentado financiador) el costo de detección y tratamiento de patologías de posible ocurrencia (incidencia). Tal respuesta institucional genera efectos secundarios, como ser:

- ✓ *Selección adversa o antiselección* (en el mercado del seguro): tarificación de una cobertura por encima de su estimación actuarial por presuponerse un ocultamiento de información sobre los verdaderos riesgos del asegurado (oportunismo pre-contractual).
- ✓ *Tarificación por riesgo*: exigencia de una prima según el historial sanitario (preexistencia de enfermedades, antecedentes familiares, etc.) así como el modo y los hábitos de vida del asegurado. Particularmente el primer aspecto implica una inequidad o falla de tipo normativo (referida al deber ser).
- ✓ *Riesgo moral (moral hazard) o acción oculta*: alteración intencional o negligente del asegurado en su conducta, en perjuicio del asegurador, como consecuencia de la cobertura obtenida (oportunismo post-contractual). Ejemplo: iniciar la práctica de deportes violentos o de riesgo luego de contar con seguro médico.

- Relación entre signos, síntomas y enfermedades: vínculo causal de una patología con determinadas manifestaciones objetivas (signos: susceptibles de observación o medición externa) y referencias subjetivas (síntomas: de propia percepción por el paciente).
- Efectividad, costo-efectividad y demás aspectos favorables y desfavorables de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos: tanto en cuanto a su existencia como en su apropiada ponderación.

La respuesta institucional a estas dos últimas cuestiones es la *regulación* del ejercicio profesional y la *penalización* de su ejercicio ilegal. Específicamente el art. 208 del Código Penal reprime con penas de 15 días a 1 año de prisión el ejercicio ilegal de la medicina y los delitos contra la salud pública.

El *comportamiento corporativo* suele devenir en principal efecto secundario de esta respuesta institucional.

Asimetría informativa y relación de agencia

La información involucrada en la atención sanitaria se distribuye en proporción muy dispar entre el proveedor, el beneficiario/paciente y el financiador. Normalmente el primero dispone de más y mejores conocimientos que el paciente para diagnosticarle una posible afección y recomendar un curso de acción a su respecto. Asimismo, siendo quien toma contacto con el caso, a la hora de reportar los servicios pretendidamente prestados y justificar la necesidad de otros –propios y de terceros– también aventaja en información a aquel que debe solventarlos: el financiador. Finalmente este último suele obtener algo bastante distinto de lo que supone haber comprado, toda vez que las modalidades de contratación y liquidación habituales dejan un margen demasiado amplio al arbitrio del proveedor: terreno fértil para que se pergeñen, imiten o presupongan comportamientos oportunistas. Esta situación es potenciada por la *relación de agencia*, paradójicamente uno de los remedios intentados para morigerarla.

Se conoce como relación de agencia al vínculo que surge cuando un individuo (*principal*) delega en otro (*agente o delegado*), a cambio de una contraprestación y de cierta autonomía en las decisiones, la realización de una actividad en pretendido beneficio del primero. Efectuada esa delegación, el agente puede tomar decisiones interesándose únicamente en el beneficio del principal o –por el contrario– dando intervención a sus propios objetivos de beneficio. Decimos que actúa como agente *perfecto* en el primer supuesto y como agente *imperfecto* en el segundo. Más aún, cuando la utilidad del agente tiene prioridad sobre la del principal, calificamos su comportamiento como *oportunista*.

El proveedor de atención asistencial puede (y suele) actuar como *agente imperfecto* del paciente, del comprador y del financiador, desplegando dicho comportamiento oportunista. El contexto se le presenta propicio a ese fin, en vista de que en general:

- Existe un desigual bagaje de conocimiento (*asimetría informativa*⁶) en su favor sobre los siguientes aspectos de la casuística atendida:
 - ✓ Posibilidad de incidencia de patologías.
 - ✓ Relación de signos (observados) y síntomas (reseñados) con el diagnóstico.
 - ✓ Disponibilidad, costo-efectividad, cursos de acción alternativos, efectos adversos y demás aspectos favorables y desfavorables de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos y/o fármacos prescritos al paciente.
- Es difícil observar o inferir el verdadero impacto de las acciones del proveedor sobre la salud del paciente.
- El producto de la atención asistencial presenta alta diferenciación y escasa tipificación.
- Algunas actividades ofrecen rendimientos crecientes.
- El costo de contralor o auditoría puede superar la pérdida residual derivada de la actuación espuria del agente.

Según Enthoven, citado por Báscolo y otros (2001, p. 7), “la libertad de elección del prestador por parte del beneficiario no solo no permite minimizar las imperfecciones de la información, sino que, en los casos en que esta sea la única estrategia para acercar el funcionamiento de los servicios a las reales preferencias de los consumidores, existen altas posibilidades de que estas sean moldeadas por la misma oferta”.

No obstante, resulta innegable que además del contenido científico que se le adjudica, la opinión profesional del médico goza generalmente de una fuerte legitimidad social. La comentada asimetría informativa en ventaja del proveedor, así como la falta de un seguro “ideal” que cubra al beneficiario contra el fortuito fracaso de la asistencia recibida, lo obliga a delegar en el proveedor gran parte de su libertad de elección (Arrow, 1981).

Una situación análoga se entabla entre el proveedor y el administrador, dado que el primero –como hemos señalado inicialmente en el planteo del problema– es quien toma contacto directo con el paciente, lo diagnostica e indica el curso terapéutico, todo ello con cargo al financiador. Podemos concluir entonces que el proveedor actúa como *doble agente* de quien atiende (beneficiario) y de quien le paga (financiador y/o comprador), en forma probablemente

⁶ El estudio de los efectos de la asimetría informativa en distintos mercados ha valido el Premio Nobel de Economía a Kenneth Arrow (1972), a James Mirrlees y William Vickrey (1996), y a Joseph Stiglitz, George Akerlof y Michael Spence (2001).

imperfecta e inciertamente oportunista. Como en los relatos bélicos y de suspenso, el doble agente –en definitiva– opera para sí mismo.

La pérdida residual emergente de dicho comportamiento oportunista, junto al costo administrativo incurrido para evitarla o reducirla (conceptos previamente aludidos), integran el denominado *costo de agencia*.

La teoría de la agencia supone contratos que fijan detalladamente los derechos y obligaciones de cada participante para cada contingencia. Las fórmulas de remuneración derivadas de este enfoque tienden a ofrecer incentivos individuales solo a quienes pueden ejercer control sobre el ritmo y la calidad de su desempeño, con mayor intensidad cuanto mayores sean la calidad de medición de tal desempeño y la repercusión de este en quien lo contrata (Cabiedes y Ortún, 2001).

Sin entrar a analizar la factibilidad o conveniencia de contratos tan exhaustivos, en la relación con el proveedor sí resulta imprescindible definir palmariamente al menos las dos dimensiones fundamentales –ya comentadas– de la fórmula de remuneración: la *unidad de pago* y los *riesgos financieros* a ser asumidos por cada parte (Pellisé, 2000).

Por último, no podemos dejar de mencionar la amplificación de efectos nocivos de la asimetría informativa derivados de la presión ejercida sobre el prestador por las industrias farmacéutica, protésica y de aparatología diagnóstica o terapéutica con el propósito de incentivar la demanda de sus productos.

Externalidad

Denominamos externalidad a todo beneficio o perjuicio sin compensación, generado por un bien o un servicio a un tercero ajeno a su producción o prestación. En la atención sanitaria abundan situaciones de esta naturaleza donde la solución por la vía del mercado no siempre es asequible, eficiente, equitativa o políticamente aceptada. Mencionamos algunas:

- Desechos contaminantes de un polo fabril provocan afecciones en pobladores de comunas vecinas, los cuales reciben atención en sus hospitales municipales.
- Campañas públicas de vacunación evitan la pérdida de días laborables en talleres clandestinos cuyos propietarios evaden toda obligación impositiva o previsional.
- Extranjeros no residentes ingresan al país al solo efecto de realizarse cirugías gratuitas en hospitales públicos.

Bien tutelar

Se entiende como bien tutelar a aquel bien o servicio cuyo consumo es considerado prioritario por los poderes públicos, independientemente de las valoraciones individuales que se reflejen en el mercado. Para asegurar dicho consumo y en obvia imposición de preferencia, se desvincula su provisión de la capacidad adquisitiva del individuo.

La elección social de la salud como bien tutelar suscita cuestiones relacionadas con la equidad de la atención y la evaluación de la necesidad de servicios frente al financiamiento disponible.

Insuficiente racionalidad individual

Nos referimos aquí a la decisión individual que, aun tomada lógicamente pero ante limitaciones en la información disponible, resulta perjudicial para sí y para los demás. Esto nos introduce en la teoría de los juegos.

Para Morgestern⁷ (1947, p. 348) una particularidad decisiva en las teorías tradicionales del comportamiento racional es la de que "la recomendación de comportarse de una manera determinada para poder alcanzar el objetivo propuesto (como por ejemplo un máximo de utilidad o de ganancia) parte de la suposición de que el individuo controla *todas las variables* de que depende el resultado de su comportamiento".

La cuestión cambia diametralmente cuando los individuos establecen relaciones recíprocas, allí "el punto de partida del acto de comportamiento de uno cualquiera de ellos, depende de variables que este domina solo parcialmente" (Morgestern, 1947, p. 348). Las restantes variables dependen del comportamiento de los otros individuos, cada individuo persigue su propia ventaja máxima en *oposición* y con *menoscabo* de los intereses de otros, con lo que el resultado total queda sometido a la operación conjunta de *todas* las variables.

En la atención sanitaria, la interrelación de los actores puede ser analizada como un entramado de juegos que a menudo resultan *no cooperativos* y son entendidos por algunos de ellos como de *suma cero*. Cada participante de esta "contienda" ejecuta su mejor "movimiento" previendo que los demás harán los suyos. Alcanzado este punto, denominado "equilibrio de Nash"⁸, "equilibrio de Cournot", "equilibrio de Nash-Cournot" o "equilibrio del miedo", cada participante tiene adoptada determinada estrategia para maximizar el propio beneficio asumiendo que los restantes también, por lo que ninguno tiene incentivos para modificar

⁷ Oskar Morgestern fue, junto a John von Neumann, uno de los precursores de la formalización y la aplicación multidisciplinaria de la teoría de los juegos.

⁸ John Nash recibió, junto a R. Selten y J. Harsanyi, el Premio Nobel de Economía (1994) por su aporte en esta área. De él trata la película "Una mente brillante" (2001) basada en la novela homónima (1998) de Sylvia Nasar.

individualmente esa estrategia si tampoco lo hacen –y en simultáneo– los demás. No obstante, el resultado podría ser mejor para todos si coordinaran de alguna manera sus acciones, y no lo hacen por carecer de mecanismos efectivos para asegurar el cumplimiento general –sin excepciones– de una estrategia consensuada.

Como ejemplo consabido, la arbitraria fórmula de remuneración por *índice con quita o tope* –en la que “pagan justos por pecadores”– impone al proveedor un juego no cooperativo asimilable al *dilema del prisionero* (esquemático en el cuadro 5 del anexo I y resumido bajo él). En nuestro ámbito la situación se presenta del siguiente modo: dada la axiomática escasez de los recursos frente a la infinitud de las necesidades y ante la incapacidad de *racionalizar* los gastos, algunos financiadores o compradores tienden a *racionar* los recursos aplicando a la facturación del conjunto de proveedores quitas proporcionales o topes máximos mensuales (fijos o acumulativos) por encima de los cuales no reconocen deuda. Este artificio supone de por sí ineptitud o insuficiencia de las fórmulas aplicadas previamente para restringir fundadamente el consumo de prestaciones hasta la medida de los recursos disponibles, o bien –visto a la inversa– exigüidad de estos últimos para afrontar dicho consumo. La fórmula de índice, quita o tope impone un equilibrio dinerario *instantáneo*, tan inmediato como efímero, el cual provoca inexorablemente ardidres resarcitorios por parte de los proveedores. De hecho, las reglas del juego inducen al proveedor a sobreprestar o sobrefacturar sus servicios (sabe cómo), puesto que si él no lo hiciera y sus colegas sí (no tiene certeza pero puede presumirlo) terminaría cobrando menos⁹ que si facturara debidamente prestaciones indispensables efectivamente realizadas. En términos de la teoría de los juegos tiende al ya comentado equilibrio de Nash y –planteadas como están las reglas del juego– nada lo induce a tomar otra dirección. La actuación conjunta resultante conduce a su vez a nuevos y más intensos ajustes. Así las cosas, de no frenarse el espiral de medidas y contramedidas, en algún momento la cobertura cesa en su genuino funcionamiento. Se producen entonces los conocidos problemas de cobro de “plus” o “arancel ético”, reducción del menú prestacional y de la cartilla de prestadores, demora para la obtención de turnos, diferimiento de cirugías, suspensión de servicios, etc.

FALLAS Y ACIERTOS DEL ESTADO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Mientras el mercado fracasa en este ámbito a la hora de ajustar la oferta con la demanda y la necesidad, el Estado no logra intervenir adecuadamente para corregir esa falencia.

⁹ Esto se verifica tanto para cada unidad de pago como a nivel total, resultado que –por su carácter evidente e intuitivo– consideramos innecesario demostrar matemáticamente.

El funcionario encargado de brindar atención a un usuario difícilmente lo ve como un cliente a satisfacer, al no vincular su situación laboral con la calidad de dicha atención. En general, una imprecisa e insuficiente apropiación de logros desalienta el compromiso, la iniciativa y la aceptación de riesgos en quienes intervienen en la concepción y/o en la ejecución de las actividades. Esto modela instituciones rígidas y burocráticas, con fuerte apego a los procedimientos y débil compromiso con los resultados.

En la faz positiva, cuando el Estado le asigna al proveedor de servicios sanitarios potestad sobre los recursos –bajo la forma de *discrecionalidad*– este tiende a emplearlos privilegiando la *accesibilidad* de dichos servicios.

ECONOMÍA DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD

En Economía se entiende por derecho de propiedad a la facultad de la que goza un agente económico para dar a un recurso los usos y el destino lícitos que desee. Un sistema de derechos de propiedad es un método por el cual se confiere a los individuos, respecto de determinados bienes, la potestad de escoger lícitamente entre un conjunto de usos alternativos. Cuanto más estrechamente se vincula la propiedad de los recursos con la actividad individual, más potentes serán los incentivos a utilizarlos eficientemente (Martín Martín, 2006).¹⁰

A los fines de nuestra investigación interesan particularmente los siguientes derechos de propiedad:

- *Derechos residuales de decisión y control*: facultad de tomar cualquier decisión concerniente al uso de los recursos que no esté explícitamente regulada o asignada a un tercero.
- *Asignación de rendimientos residuales*: atribución del producido por el uso de los recursos, una vez sufragados los costos.

Va de suyo que el pago de los servicios representa un ingreso para el proveedor y un costo para el financiador. En consecuencia, mientras el primero –animado por su objetivo de renta– procura maximizar la cantidad de unidades y/o los valores unitarios pautados como bases para retribuir su desempeño, el segundo (con intervención del comprador) busca minimizarlos. En la terminología que suele utilizarse en la administración de conflictos, podemos sostener que este antagonismo es del tipo “permitido vs. permitido” (Entelman, 2005, p. 66) por cuanto –y salvo evidencia en contrario– las acciones se desenvuelven dentro del marco contractual y normativo vigente.

¹⁰ El desarrollo teórico del efecto de los derechos de propiedad y de los costos de transacción –que veremos en el apartado inmediato siguiente– en el funcionamiento de la economía y en las estructuras institucionales, le valió a Ronald Coase el Premio Nobel de Economía en 1991.

Desde la perspectiva que estamos comentando, el proveedor y el financiador confrontan derechos residuales de decisión y control sobre las prestaciones a ser efectuadas al beneficiario, y reivindican sus rendimientos residuales; de hecho, cuanto más estrecho sea el vínculo entre cada uno y la propiedad de los recursos, más eficiente para sí mismo resultará su utilización. En este caso, convenida una fórmula de remuneración y valiéndose del arbitrio que a uno y a otro les cabe para determinar la aplicación de recursos al paciente, los servicios que el proveedor tiende a prescribir y que el comprador tiende a reconocer o autorizar son aquellos que maximizan el excedente entre los propios ingresos y costos.

Siendo inverosímil el cumplimiento de esta condición respecto del proveedor y del financiador simultáneamente, los intereses suelen converger en alguna situación sub-óptima para ambos, acordándose finalmente la prestación y su pago.

FUNCIÓN DE UTILIDAD DEL PROVEEDOR

Considerando que el proveedor integra conflictivamente aspectos de *homo œconomicus*, de bienhechor y de jefe, en su función de utilidad es posible identificar los siguientes cinco vectores o componentes:

- *Renta*: busca maximizar sus ingresos aumentando la cantidad de las unidades adoptadas para retribuir sus servicios (ej.: consultas, estudios diagnósticos, módulos quirúrgicos, etc.), denominadas en lo sucesivo *unidades de pago*.
- *Ocio*: intenta incrementar los precios retributivos de sus servicios manteniendo el tiempo asignado al descanso y la recreación.
- *Prestigio*: en su afán de respaldar o agregar volumen a su labor científico-académica, puede inducir consumos innecesarios de determinado suministro o prestación (fármacos, prótesis, consultas, análisis bioquímicos, etc.), gravando al financiador con un mecenazgo inopinado de futuras ponencias.
- *Bienestar del paciente*: su formación académica y juramento hipocrático tienden a inducir el objetivo de mejorar la situación sanitaria del paciente previniendo o curando patologías, rehabilitando funciones o paliando dolencias.
- *Poder*: cuando se desenvuelve dentro de una organización (hospital, clínica, quirófano, etc.) intenta imponer criterios y convicciones a sus subordinados.

Para una rápida aprehensión, a continuación se esquematizan los referidos componentes de la función de utilidad, así como la tendencia que cada uno aporta sobre la conducta del prestador.

Gráfico 6 – Función de utilidad del proveedor y propensiones derivadas de ella



Fuente: Elaboración propia.

En su clásico tratado sobre la acción humana sostenía von Mises que “La vida humana es una incesante secuencia de acciones simples. Pero la acción simple no está en modo alguno aislada. Es un eslabón en una cadena de acciones que forman conjuntamente una acción de un nivel más elevado, dirigida a un fin más distante” (Mises, 1998, p. 45, traducción propia).

La reducción que hemos intentado nos permitirá analizar más adelante la cuestión de los incentivos para el proveedor, pero no debe llevarnos a confusión. No podemos asimilarlo a un autómatas que ejecuta cinco básicas instrucciones: realiza –como todo ser humano– un proceso de decisión complejo, difuso y no necesariamente tan racional, aun cuando de dinero se trate.

Daniel Kahneman, psicólogo que obtuvo en 2002 –y compartido con Vernon Smith– el Premio Nobel de Economía por sus investigaciones sobre los mecanismos de decisión en condiciones de incertidumbre¹¹, demuestra que frente a limitaciones en la información disponible (Kahneman, 2012), el ser humano tiende a decidir:

- tomando *atajos heurísticos*: en forma resuelta e intuitiva en detrimento de la probabilística,
- padeciendo *anclajes*: adoptando información inducida externamente como referencia o punto de partida para estimar incógnitas o negociar, y
- experimentando *sesgos cognitivos*: con distorsiones sistemáticas en la interpretación de ciertos hechos.

Estos factores pueden alejarlo inadvertidamente de su propio beneficio a largo plazo y deberán ser tenidos en cuenta si aspiramos a persuadir al prestador ofreciéndole incentivos.

¹¹ Los trabajos pioneros fueron desarrollados conjuntamente con su colega y amigo Amos Tversky, tempranamente fallecido y a quien Kahneman dedicó esa distinción.

Es oportuno mencionar al respecto la teoría del *nudge* o empujoncito, propuesta por Richard Thaler y Cass Sunstein (2009) y objeto –en su momento– de gran difusión en política y salud pública. Ofrece una estrategia de intervención para superar determinadas tendencias negativas de la decisión humana sin recurrir a la coacción¹², a la coerción¹³ o a incentivos económicos. Propone, en cambio, una sucesión de pequeñas correcciones aplicadas en la dirección buscada.

Estamos convencidos de la ineficacia de iniciativas de este tipo frente a situaciones de juego no cooperativo: la imposibilidad de garantizar el “buen comportamiento” de los agentes económicos, en directa rivalidad por los recursos, obsta a una convergencia progresiva de las acciones hacia un punto de mutua conveniencia. Al no modificarse la interacción de intereses a través de la fórmula de cancelación, con los correspondientes incentivos económicos que el *nudging* intenta obviar, los resultados serían nulos en el mejor de los casos. Equivaldría a recetar en baja dosis un jarabe de sabor agradable para una patología erróneamente diagnosticada.

CLIENTES DE LA ATENCIÓN

En materia de Marketing, y aun con alguna variación en la terminología, es aceptado que el rol de cliente puede caber a distintos individuos que intervienen en una misma compra. Así se habla de:

- *Iniciador*: quien plantea la idea de compra.
- *Influyente*: aquel cuya opinión o recomendación es tenida en consideración en la decisión de compra. Es también referido como *especificador* cuando define técnicamente las características requeridas del producto (bien o servicio).
- *Decisor*: el que determina algún elemento sustancial de dicha decisión, por ejemplo: si/qué/cómo/dónde/cuándo/a quién se compra.
- *Comprador*: quien a cambio de un precio obtiene el producto.
- *Usuario o consumidor*: aquel que utiliza o aprovecha el bien o servicio adquirido.
- *Pagador*: el que afronta el costo de la compra.

Si relacionamos estos roles con los analizados con anterioridad –a la luz de la asimetría informativa y de la relación de agencia– podemos advertir qué papel desempeña cada actor de la cobertura médico-asistencial, a saber:

¹² “Fuerza o violencia que se hace a alguien para obligarlo a que diga o ejecute algo” / *Der.* “Poder legítimo de derecho para imponer su cumplimiento o prevalecer sobre la infracción” (R.A.E.).

¹³ “Presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta” / “Represión, inhibición, restricción” (R.A.E.).

- El beneficiario es:
 - ✓ Iniciador: cuando percibe síntomas o cuando terceros influyentes (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) manifiestan reconocer signos que lo instigan a consultar al proveedor.
 - ✓ Decisor: cuando resuelve recibir atención sanitaria, concurriendo a consulta o a realizarse una práctica.
 - ✓ Usuario o consumidor: cuando recibe tal atención, adquiriendo –como ya hemos visto– la condición de paciente.
 - ✓ Pagador: cuando abona de su propio peculio un copago, un coseguro o algún otro concepto relacionado legítimamente con la atención comprometida. Excluimos de este análisis cobros indebidos y demás desembolsos derivados de irregularidades o deficiencias en la cobertura.

Podría también ser influyente en la compra de otro beneficiario, pero no en la propia.
- El proveedor es:
 - ✓ Iniciador: cuando advierte al beneficiario la necesidad o conveniencia de determinada provisión¹⁴.
 - ✓ Influyente: cuando persuade respecto de dicha necesidad o conveniencia.
 - ✓ Especificador: cuando define la provisión requerida y su oportunidad, y/o cuando recomienda o indica quién debe efectuarla (un tercero o él mismo).
 - ✓ Decisor: cuando prescribe o receta la provisión.
 - ✓ Usuario o consumidor: cuando, mediante la provisión sanitaria prescrita, precisa o confirma el diagnóstico, o incrementa la efectividad terapéutica.
- El financiador es netamente pagador al solventar mayoritariamente la provisión incluida en la cobertura a su cargo.
- El comprador es:
 - ✓ Influyente: cuando, dentro del menú prestacional y la cartilla de prestadores, induce al beneficiario o acota de algún modo su libertad de elección.
 - ✓ Decisor: cuando asigna prioridad o programa la provisión a realizarse al beneficiario.
 - ✓ Comprador: obviamente y en ejercicio de su función primordial, cuando selecciona al proveedor y contrata sus servicios.

¹⁴ En sentido amplio: tanto prestación como suministro.

Gráfico 7 – Clientes de la atención



Fuente: Elaboración propia.

La superposición de roles en la figura del proveedor y la desigual atribución del rol de pagador, inherentes a toda cobertura médico-asistencial, dan lugar a los más críticos de los diversos conflictos que resumimos a continuación.

OPOSICIÓN DE INTERESES ENTRE LOS ACTORES

Lo visto hasta aquí nos permite volver sobre el ideal de equilibrio presentado en el Gráfico 4 y explicitar en el gráfico siguiente la natural rivalidad de intereses entre los actores.

Gráfico 8 – Oposición y conflictos de intereses



Fuente: Elaboración propia.

Aclaremos previamente, tratándose de una cuestión que no requiere mayor explicación, que entre el beneficiario y el financiador o el comprador se producen conflictos por:

- *Menú* de prestaciones, cuando el beneficiario pretende determinados servicios que el financiador no reconoce a propio cargo.
- *Cartilla* de prestadores, cuando el beneficiario desea atenderse con profesionales o en instituciones que el financiador no tiene contratados.

- *Copagos, coseguros* y otras sumas fijas o porcentuales que, bajo distintas denominaciones, el financiador carga al beneficiario con intención de moderar el consumo de prestaciones y/o transferirle parte de su costo. Esto genera a menudo la lógica resistencia del beneficiario.

Al proveedor y al comprador los opone la *función de utilidad*: el primero constituye un costo para el segundo, y este representa un ingreso para aquel. La puja entre ambos se entabla tanto respecto de las cantidades prestadas o facturadas como de los valores (aranceles) retributivos de esos servicios.

Finalmente –siguiendo la ya comentada teoría de la agencia– explicitamos la situación del proveedor como *doble agente* del beneficiario y del comprador, disputando con este último los *derechos residuales de decisión y control* sobre las prestaciones alegadas en favor del primero.

Las tensiones mencionadas son ínsitas a una cobertura de salud. Solo para confirmarlo, Thomas Roy Reid III –documentarista y periodista de *The Washington Post* que viajó por el mundo interiorizándose de los sistemas de salud vigentes en distintos países– cita a la economista de la Universidad de Princeton Tsun-Mei Cheng (Reid, 2009, p. 26-27) por haber desarrollado las tres “Verdades Universales de los Sistemas de Asistencia Sanitaria”, según denominación de este último y las que –con propia traducción– seguidamente transcribimos:

1. Sin importar cuán bueno sea el sistema de asistencia sanitaria de un país, la gente se quejará de él.
2. Sin importar cuánto dinero se destine a la asistencia sanitaria, médicos y hospitales argumentarán que es insuficiente.
3. Siempre falló la última reforma.

ECONOMÍA DE LOS COSTOS DE TRANSACCIÓN

Una transacción implica la modificación de derechos de propiedad a partir de un acuerdo. Para arribar a tal entendimiento y asegurar su ejecución, deben desarrollarse tareas de acreditación, negociación y supervisión, y estas usualmente generan costos (Ortún y Del Llano, 2000).

Llamamos costos de transacción a los recargos propios de una fórmula cualquiera de asignación de recursos, originados en la necesidad de *coordinar* y *motivar* a sus participantes. Implican un menoscabo de recursos accesorio a los costos de producción o prestación, y su efecto se compara en la Economía con el de la fricción en la Física (Williamson, 1996). Dando por cierto que en materia de salud se gasta mucho para comprar pocos resultados (González y Tobar, 1999), la diferencia entre lo que se gasta y lo que se compra está constituida mayormente por costos de transacción.

La línea de pensamiento de la economía de costos de transacción entiende a la firma más como estructura de gobierno que como función de producción. Reconoce que en el mundo real los acuerdos de intercambio deben ser gobernados y que, dependiendo de las transacciones a ser organizadas, algunas formas de gobierno resultan mejores que otras (Williamson, 1996).

En lo que a nuestro tema concierne, en el trayecto que siguen los recursos hasta el efectivo acto prestacional, cada instancia de negociación que deben transponer –para asumir o transferir riesgos, para concertar aranceles o modalidades de prestación, etc.– detrae de ellos cierta porción: son costos de transacción (de no-prestación, en este caso) tributados para obtener y acotar la actuación del proveedor, vista la dificultad para justipreciarla e intentando prevenir comportamientos oportunistas.

TRÍADAS Y COALICIONES

Los conceptos a exponer en este apartado se basan en el razonamiento del sociólogo estadounidense Theodore Caplow y el análisis que de él hace Entelman (2005) en su tratado sobre conflictos. En tal sentido, esta mención general reemplaza sucesivas citas específicas.

La dinámica de las relaciones interpersonales puede presentar particularidades según la cantidad de integrantes del grupo en el cual se desarrollan. Así podemos hablar de díadas, tríadas, tétradas, péntadas, etc.

La primera distinción notoria entre una díada y una tríada reside en que el grupo de dos no tiene una entidad diferente de sus miembros, dado que la desaparición de uno de ellos implica la extinción del grupo.

A los fines de este trabajo y con referencia en particular a las relaciones conflictivas, nos interesan particularmente las tríadas por cuanto, según el enfoque mencionado, todos los restantes agrupamientos –no diádicos– pueden ser reducidos a tríadas y razonados como tales. Esto es así porque a la original bipolaridad se incorpora un entorno o “auditorio” que, como un tercero en aparente representación del sistema más amplio al que pertenecen los actores, influye en el desenvolvimiento de la interacción entre estos.

Por convención se ha dado en denominar «A» y «B» a los actores del conflicto, reservando la letra «A» para designar al actor de mayor poder relativo o uno cuyo poder no es superado por los restantes, y la «C» para el de menor poder o uno cuyo poder no supera al de los demás. Atento a lo dicho, las relaciones que se entablan en la tríada son AB, BC y AC, que se grafican usualmente con una línea simple como lado de un triángulo cuyos vértices son las letras asignadas a los actores. A su vez, el poder relativo del que goza cada uno de ellos es

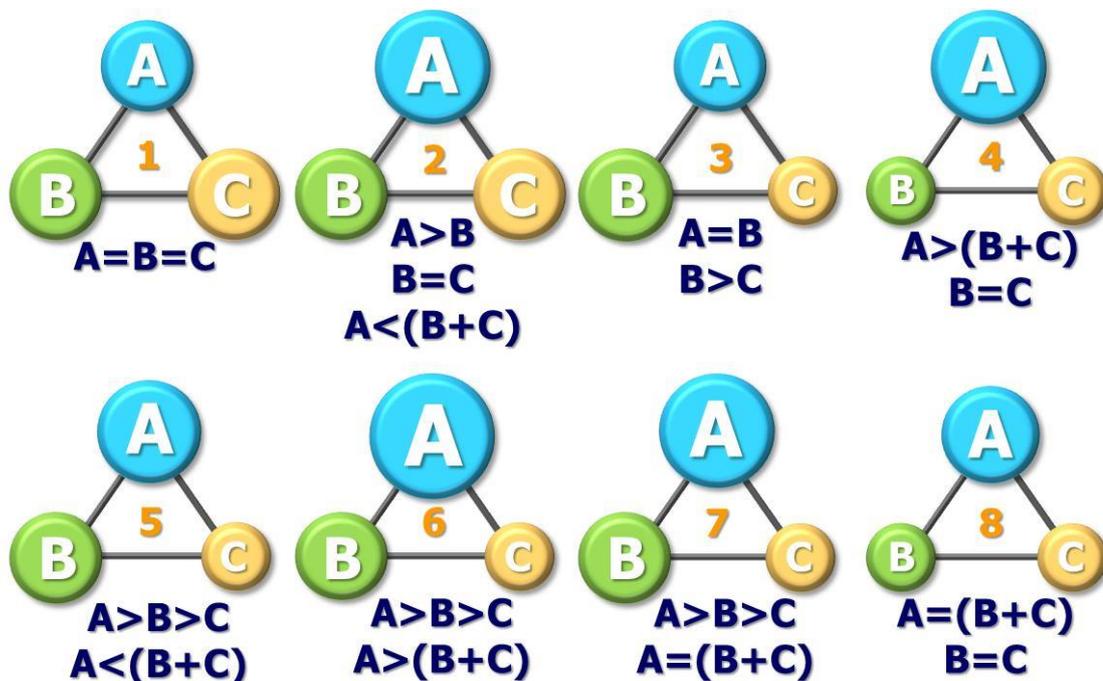
representado como un círculo en torno a la letra respectiva, con diámetro proporcional a ese poder.

Los miembros de una tríada pueden ser individuos, unidades colectivas o una combinación de ellos: un individuo y dos grupos, dos individuos y un grupo, tres individuos o tres grupos.

Tipos de tríada según la distribución del poder relativo

Aun cuando existen distintas taxonomías para las tríadas, una de las más elementales se basa en la preeminencia de poder entre los miembros. Caplow formuló originalmente ocho tipos posibles, que representamos a continuación consignando, en notación algebraica, las relaciones comparativas de poder.

Gráfico 9 – Tipos de tríada según la distribución del poder relativo



Fuente: Adaptado de Entelman (2005, p. 156).

La propiedad más importante de las tríadas es su *tendencia a formar coaliciones o alianzas* entre dos de sus miembros frente al tercero, y el análisis del poder relativo de cada uno permite predecir con bastante certeza las coaliciones que habrán de formarse.

En caso de concretarse, se grafica convencionalmente la coalición con una línea doble conectando a los aliados.

Tipos de coalición según la distribución de poder entre aliados y antagonistas

Partiendo de una determinada situación de poder relativo entre quienes conforman la coalición y aquel al que se oponen, la coalición puede ser:

- *Revolucionaria*: Permite adquirir dominio sobre el miembro de más poder.
- *Conservadora*: Mantiene el dominio del miembro de más poder en situaciones en las que –de lo contrario– podría perderlo.
- *Impropia*: No sirve a ninguno de los propósitos antes señalados.

La tríada básica en la que intervienen el comprador y/o el financiador como individuo o grupo (A), el prestador (B) y el paciente (C) suele presentar una distribución de poder como la que se esquematiza en el Gráfico 10 (del 5º tipo según la comentada clasificación de Caplow), que permite a una coalición entre estos dos últimos imponerse al financiador. Se trataría de una coalición *revolucionaria* –en los términos vistos– no solo factible sino también muy frecuente en la práctica. Por ejemplo, si el médico prescribe determinada prestación o provisión con cargo al financiador, y esta es objetada por la auditoría médica del comprador o del financiador (al

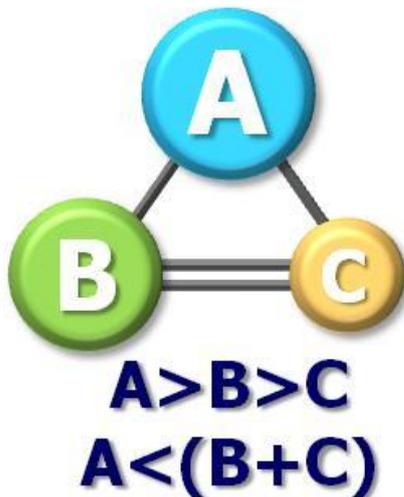


Gráfico 10 – Tríada entre financiador (A), prestador (B) y paciente (C), con coalición revolucionaria entre estos dos
Fuente: Adaptado de Entelman (2005, p. 151).

juzgarla improcedente, innecesaria o insuficientemente costo-efectiva en comparación con cursos de acción alternativos), poco podrán hacer estos últimos para disuadir al paciente. En caso de denegar la cobertura quedan incómodamente expuestos a acciones judiciales o al descrédito ante la opinión pública, y el financiador podrá verse forzado finalmente a afrontar al menos parte del costo. Una vez más, tengamos en cuenta la ya comentada función de utilidad del prestador y la posibilidad de que actúe como agente imperfecto.

Siguiendo el enfoque triádico, si se añadiese un cuarto miembro «D», surgirían entonces cuatro tríadas (ABC, ABD, ACD y BCD) y se incrementarían a seis las posibles coaliciones (AB, BC, CD, AD, AC y BD), tornándose notoriamente más compleja e interesante la dinámica relacional. En el desarrollo de la propuesta exploramos esa posibilidad.

Como referencia y aun cuando no profundizaremos su análisis, con un quinto miembro «D» el número de tríadas ascendería a diez (ABC, ABD, ABE, ACD, ACE, ADE, BCD, BCE, BDE y CDE) y al igual que el de posibles coaliciones (AB, AC, AD, AE, BC, BD, BE, CD, CE y DE). Cada posterior incorporación entrañaría una cantidad rápidamente creciente de entrelazamientos, con las correspondientes agrupaciones y potenciales alianzas resultantes.

MARCO CONTEXTUAL

INFRAESTRUCTURA PRESTACIONAL INSTALADA

Con una visión general a nivel país y vasta experiencia en la gestión sanitaria, afirma Arce (2010, p. 310):

Sintéticamente, puede plantearse que la Argentina está sobredimensionada en su disponibilidad de camas de internación, profesionales de la salud y tecnología de alta complejidad. [...] la configuración del Sector en la Argentina ha posibilitado que sea la oferta la que determine el comportamiento de la demanda; de manera que el desequilibrio mencionado en la oferta de algunos recursos fue incentivado por un modelo prestacional con una actitud reparadora antes que preventiva, tendiente a privilegiar las prestaciones de alta complejidad, en desmedro del 1^{er} nivel de atención.

Tomamos al Chaco como ejemplo de una provincia con importante oferta prestacional tanto pública como privada. Para su relevamiento fuimos oportunamente autorizados a acceder y consultar el Sistema integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA). En el anexo I se detalla, para las localidades demográficamente más importantes, la cantidad de establecimientos y de camas por tipo de internación (cuadro 6 - partes 1 y 2) y los centros o servicios de atención para las distintas especialidades (cuadro 7 - partes 1 a 6), coloreando las casillas según el subsector que compone la oferta prestacional: *azul* para el público, *verde* para el privado y *celeste* para ambos en simultáneo. En ambos casos se consigna además la población proyectada para el año en curso.

Extractamos la información sanitaria del mencionado SIISA (Argentina, Ministerio de Salud Pública de la Nación, 2016), y estimamos la población aplicando el incremento departamental calculado por el INDEC para julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

En un golpe de vista se evidencia la importancia del subsector público en las localidades menos pobladas, y del privado en las ciudades principales. Casi dos tercios de las localidades con internación (34 de 52) sólo cuentan con establecimientos públicos y a este subsector pertenece la totalidad de camas exclusivamente pediátricas y de maternidad, mientras que más de la mitad de los establecimientos (57 de 111) y las camas (2.370 de 4.341) de internación en toda la provincia pertenecen al capital privado, que puntualmente dispone de más del 60% (305 de 500) de las camas de cuidado intensivo (UTI y Neonatología) y más del 90% (977 de 1.067) de las de internación prolongada.

En cuanto a las especialidades ofrecidas, los únicos centros y/o servicios específicos de cirugía de tórax y de cabeza y cuello son públicos, así como los de atención pediátrica en endocrinología, hematología, infectología, nefrología odontología y oncología. Por su parte, son

privados los de cirugía cardiovascular, fertilización asistida, medicina deportiva, medicina laboral y terapia ocupacional.

Para toda la provincia existen conjuntamente –públicas y privadas– 3,8 camas cada 1.000 habitantes. Según indicadores de la Organización Mundial de la Salud (2014) para el período 2006-2012, esta cifra se ubica por debajo de la media nacional de 4,7 pero supera a las de países como Canadá (2,7), España (3,1), EE. UU. (2,9), Israel (3,3), Italia (3,4), Noruega (3,3), Nueva Zelanda (2,3), Reino Unido (2,9) y Suecia (2,7). Esta comparación procede solo a título de referencia y obviando disparidades sustanciales con las respectivas infraestructuras de servicios.

Asimismo hemos analizado el Anuario 2015 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco (2016) a fin de evaluar algunos aspectos de la producción de servicios en el subsector público¹⁵. En el cuadro 8 del anexo I se totalizan para las localidades antes comentadas las cantidades de egresos, de procedimientos quirúrgicos y obstétricos, de consultas ambulatorias, de horas de consultorio, de pacientes atendidos por agentes sanitarios y los derivados por éstos. Se observan rangos sustanciales en algunos indicadores, como ser:

- *Egresos por cama*: máximo de 103,8 en Fontana y mínimo de 0 en El Espinillo y la Eduvigis.
- *Días de estada por egreso*: máximo de 4,3 en Resistencia (consecuencia razonable de la derivación de pacientes) y mínimo de 1,1 en Basail.
- *Proporción de procedimientos quirúrgicos y obstétricos*: máximo de 55,8% en Presidencia Roque Sáenz Peña y mínimo de 0 en Capitán Solari, Colonia Baranda, Cote Lai, Fontana, La Escondida, Laguna Limpia y Puerto Tirol.
- *Consultas ambulatorias por habitante*¹⁶: máximo de 11,6 en Colonia Baranda y mínimo de 0 en El Espinillo.
- *Consultas por hora de consultorio*: máximo (impracticable o inverosímil) de 30,1 en Las Garcitas y mínimo de 1,2 en La Eduvigis.
- *Proporción de derivación de pacientes atendidos por agentes sanitarios*: máximo del 12,4% en Colonia Baranda y mínimos de 0 en Avia Terai, Corzuela, General Vedia, La Verde, Presidencia Roca, Puerto Bermejo y Resistencia.

En relación al menú prestacional y a los copagos y coseguros, cuestión en la que –como hemos señalado– se oponen los intereses del beneficiario con los del financiador y el comprador, la normativa a nivel nacional establece pautas de cumplimiento obligatorio para las

¹⁵ A efectos de conciliar las informaciones de estructura y de producción, hemos agrupado a la localidad de Fuerte Esperanza con la más reciente de Comandancia Frías, y a la de Puerto Bermejo Nuevo con la de Puerto Bermejo Viejo, integrando a estas últimas bajo la denominación común de "Puerto Bermejo".

¹⁶ Este indicador requiere al menos dos aclaraciones elementales: por un lado, solo refleja las concurrencias a consulta en el subsector público y, por otro, relaciona las consultas atendidas en cada localidad con la respectiva población, aun cuando algunos pacientes puedan provenir de otras.

entidades prestatarias reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. Desde el decreto 492/95, sucesivos decretos y resoluciones han ido agregando prestaciones al Plan Médico Obligatorio, menú considerado esencial y de cumplimiento forzoso para dichas entidades, fijando asimismo topes máximos para copagos y coseguros.

NORMATIVA VIGENTE

Con intención de evaluar los atributos o variables pertinentes para la configuración de la red, analizamos las formas asociativas, societarias o coparticipativas¹⁷ ofrecidas por la normativa. A este fin retomamos un primigenio relevamiento (Alesso y Suarez, 2004) efectuado con anterioridad a la vigencia del actual Código Civil y Comercial, profundizando, sistematizando y actualizándolo conforme a las pautas y disposiciones del presente plexo legal.

Categorías analíticas

A efectos del análisis concebimos las siguientes categorías, a las que consideramos centrales para la construcción del modelo:

1. Posibilidad de participación de particulares:
 - 1.1. Personas físicas en calidad de integrantes.
 - 1.2. Personas jurídicas en calidad de integrantes.
 - 1.3. En el gobierno.
 - 1.4. En la administración.
 - 1.5. En la representación legal.
 - 1.6. En la formación del capital social o fondo común operativo.
 - 1.7. En la fiscalización interna.
2. Posibilidad de participación del Estado:
 - 2.1. En calidad de integrante.
 - 2.2. En el gobierno.
 - 2.3. En la administración.

¹⁷ Para Rizzo y Rodríguez (1979, p. 34) los *joint-ventures* y otras uniones empresariales asimilables son "mecanismos de coparticipación" dentro de las "formas contractuales de coordinación". Por su parte, Zaldívar, Manovil y Ragazzi (1997, p. 26-27) distinguen conceptualmente entre los "acuerdos de colaboración y cooperación", en los que se procura una mejor desarrollo en las actividades de sus miembros "sin beneficio o lucro directo"; y los "acuerdos de coordinación", donde "la vinculación se proyecta al exterior en la realización de alguna o algunas operaciones en común, que beneficiarán directamente a las empresas participantes". En coincidencia con Rizzo y Rodríguez, y con la intención de abarcar ambos tipos de acuerdos señalados por Zaldívar y otros, en este trabajo designamos genéricamente como "formas coparticipativas" de vinculación a tales uniones de carácter específico.

- 2.4. En la representación legal.
- 2.5. En la formación del capital social o fondo común operativo.
- 2.6. En la fiscalización interna.
3. Personalidad jurídica.
4. Objeto o finalidad.
5. Vinculación del ente con prestadores:
 - 5.1. Integrantes.
 - 5.2. Terceros.
6. Vinculación del ente con obras sociales y otras entidades prestatarias.
7. Responsabilidad patrimonial de los integrantes ante terceros por obligaciones contraídas por el ente.
8. Distribución de excedentes entre los integrantes.

El cuadro 9 del anexo I resume en dos partes el análisis de cada tipo societario, asociativo o coparticipativo considerado conforme al plexo normativo vigente. Resulta pertinente mencionar que, por no tratarse de figuras de tales características, no incluimos allí al *fideicomiso* ni a la *fundación*. Ambas fueron asimismo desestimadas por las razones expuestas –respectivamente– en las notas 2 y 3 del anexo I. Tampoco incluimos a los contratos de *participación público-privada* regidos por la ley 27.328, que solo prevén la contratación con órganos y entes del sector público nacional en calidad de posibles prestatarios, al tiempo que dejan al albedrío de las partes cuestiones susceptibles de posterior controversia.¹⁸

EL SNIS: UN ANTECEDENTE A NIVEL DE MACROGESTIÓN

Aun tratándose de una iniciativa implementada en un nivel de gestión (macro) superior a aquel al que nuestro modelo apunta, haremos una brevísima referencia al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) instituido por ley 20.748 en 1974, durante el gobierno del General Juan Domingo Perón, y derogado en 1978 por el posterior régimen militar.

El secretario de estado de salud pública era entonces el célebre cardiocirujano Dr. Domingo Liotta, y en la redacción del proyecto original participaron, además de varios expertos vinculados con el justicialismo, los Dres. Aldo Neri¹⁹ y Carlos Canitrot. Estos fueron ministro y

¹⁸ El art. 1º *in fine* establece que “el diseño de los contratos tendrá la flexibilidad necesaria para adaptar su estructura a las exigencias particulares de cada proyecto y a las de su financiamiento, de acuerdo a las mejores prácticas internacionales existentes en la materia”.

¹⁹ Tenemos el privilegio de contar con el Dr. Neri como informante clave para este trabajo.

secretario de salud –respectivamente– del gobierno del Dr. Ricardo Alfonsín, e impulsores en esa gestión del fallido Seguro Nacional de Salud.

Según Arce (2010), la intención original del SNIS era reunir bajo un único sistema a la totalidad de los establecimientos públicos administrados por las provincias, a las obras sociales y a sus prestadores, concentrando en el Estado nacional la conducción del conjunto de actores del sistema.

Con férrea oposición del sindicalismo, de muchos prestadores y de una importante porción del propio partido gobernante, el SNIS solo llegó a ponerse en marcha en Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis.

A los fines de nuestra propuesta, rescatamos del SNIS la creación de un órgano de conducción –el Consejo Federal– que “implicaba el reconocimiento institucional de la necesidad de concertar las distintas jurisdicciones estatales, universidades, entidades financiadoras y prestadoras, para articulación e integración general del sistema” (Arce, 2010, p. 275).

MODELO PROPUESTO

A primera vista, integrar prestadores públicos y privados en una misma red supondría adicionar –en forma casi algebraica– los méritos y los defectos del mercado y del Estado. El desafío consiste en entrelazar sus capacidades operativas de un modo que permita aprovechar suficientemente los primeros sin padecer excesivamente los segundos. Como bien lo expresa Sarandría (1998, p. 170):

Si pensamos en un modelo de red, con mecanismos asociativos entre efectores públicos y privados, tendremos que pensar en un modelo que potencie eficiencias y no ineficiencias. Los prestadores públicos deben aumentar su capacidad de gestión, encontrar una oferta más personalizada, procurando mayor satisfacción del usuario. [...] El subsector privado deberá poder transitar desde la lógica corporativa a la lógica empresarial. [...] Los prestadores van a tener que competir y en esta competencia se deberá tender a organismos de excelencia, cosa que no es privativa del sector privado sino que también los prestadores públicos deberán someterse a iguales mecanismo de habilitación y acreditación que las entidades privadas.

Sin embargo, no todas son ventajas a la hora de incorporar la lógica competitiva a la gestión de las entidades públicas. Según Martín Martín (2004, p. 10) “... Las nuevas formas de gestión pública de servicios sanitarios ofrecen en principio más posibilidades para la endogamia, en la medida en que la utilización del Derecho Privado, en lugar del Derecho Público, aumenta las posibilidades de realizar actividades de interferencia e influencia política”.

Indudablemente la mezcla óptima requiere una receta apropiada, más que en las proporciones, en el modo de unir los ingredientes.

La naturaleza del vínculo funcional de cada prestador con la red –tanto con la gerencia operativa como con los demás prestadores– surge de dos nexos fundamentales: el jurídico y el operativo. El primero define en abstracto las condiciones de participación en el giro conjunto, en las decisiones rectoras de dicho giro, y en los rendimientos que de él resulten. El segundo sincroniza el desempeño fáctico de cada prestador con el de los restantes, como parte del proceso colectivo de atención a la población beneficiaria. Analizaremos uno y otro a continuación.

El modelo desarrollado a continuación se orienta a una cobertura médico-asistencial de alcance geográfico provincial, no obstante lo cual y particularmente en caso de provincias extensas con ciudades y partidos o departamentos densamente poblados, puede ajustarse a jurisdicciones de menor extensión.

NEXO JURÍDICO

Una red puede organizarse bajo diversas formas jurídicas –habitualmente combinando más de una– conforme a la voluntad de interacción que tengan las partes en términos de frecuencia, duración, objetivos y distribución de funciones, riesgos, recursos y resultados. Una relación donde cada una actúe con autonomía operativa y económica podrá instrumentarse, tratándose de prestaciones esporádicas, simplemente con la aprobación por el prestatario de presupuestos formulados por el prestador, consignando precios y condiciones de pago; o bien, existiendo expectativa de cierta continuidad, mediante un contrato de prestación de tracto sucesivo. En el otro extremo, una vinculación permanente con integración funcional requerirá, por un lado, armonizar hacia adentro los intereses de las partes y, por otro, representar hacia afuera la porción común o mayoritaria de ellos; esto implica la creación conjunta de un ente que actúe como unidad económico-jurídica, es decir, un sujeto de derecho con desenvolvimiento empresarial.

Luego de analizar y comparar distintas hipótesis de vinculación entre establecimientos y profesionales del sector público y privado, hemos optado por diseñar un ente que desempeñe las funciones de compra y –eventualmente– de financiación, pero en cuya gestión participen también, de diversas formas que serán luego expuestas, quienes desarrollen la efectiva provisión de los servicios. Esto permitirá optimizar el empleo de los recursos destinados a la atención de la población beneficiaria, disminuyendo los costos de transacción involucrados e internalizando al sistema todo posible rendimiento.

Con el objeto de lograr una adecuada representación en el gobierno y la administración de la red, y a la vez acentuar el sentimiento de pertenencia a ella, creemos conveniente que la propiedad del ente comprador/financiador se distribuya entre los tres componentes

fundamentales de la red de prestadores: a) el Estado, con sus hospitales, estaciones y puestos sanitarios; b) los sanatorios, clínicas, centros ambulatorios privados y empresas de traslado; y c) los profesionales de la salud.

Ante una potencial oferta de servicios superior a la necesaria para un adecuado funcionamiento y financiamiento de la red, se procurará circunscribir la tenencia del capital social a quienes finalmente brinden las prestaciones. A ese fin y para evitar distorsiones en la conformación de los órganos de gobierno y administración, se tomará en consideración la importancia estratégica o económica de la participación de cada efector. Un desfase muy marcado entre prestación y propiedad podría privilegiar intereses corporativo-gremiales por encima de la efectividad y la eficiencia de los servicios, incrementando los costos de prestación y de transacción, y torciendo en definitiva los objetivos de la red.

Nos centramos entonces en la evaluación de las formas jurídicas condensadas en el ya referido cuadro 9, que son las que podrían integrar tanto el Estado como las personas físicas y jurídicas privadas, ya sea porque la normativa no lo impide expresamente o porque puede ser interpretada en ese sentido, con la incertidumbre que tal interpretación conlleva. Dichas formas son: la *sociedad anónima*, la *asociación civil*, la *cámara empresarial* y los actualmente denominados *contratos asociativos*²⁰, es decir: la *agrupación de colaboración empresaria*, la *unión transitoria de empresas* y el *consorcio de cooperación*.

Si en la sociedad anónima el Estado se encontrara en situación de accionista minoritario, no podría aspirar a una posición que le permitiera ejercer efectivamente un rol de rectoría sobre el funcionamiento de la red. Esta limitación también sería de aplicación para la sociedad anónima *simplificada* introducida por la ley 27.349 de apoyo al capital emprendedor, en un inverosímil supuesto –contrario a la orientación de la norma– de que se admitiera allí al Estado como socio.

La asociación civil y la cámara empresarial son figuras sin fines de lucro, la primera orientada a personas humanas (físicas, según la terminología de los códigos civil y comercial previos) y la segunda, a personas jurídicas o empresas unipersonales. Por la ausencia de finalidad lucrativa les cabe el argumento expresado sobre el particular respecto de la fundación.

Excluimos de nuestro análisis al *negocio en participación* regulado en la sección 2ª del capítulo 16 por encontrar incompatibles las facultades de actuación del gestor con los aspectos de heterarquía –ya reseñados– característicos de la integración en red.

²⁰ Alguna doctrina objeta la terminología empleada en el Código Civil y Comercial por no encontrar configurada asociación –en sentido estricto– en estos contratos. En la referencia previa (¹⁹) mencionamos nuestra opción al respecto.

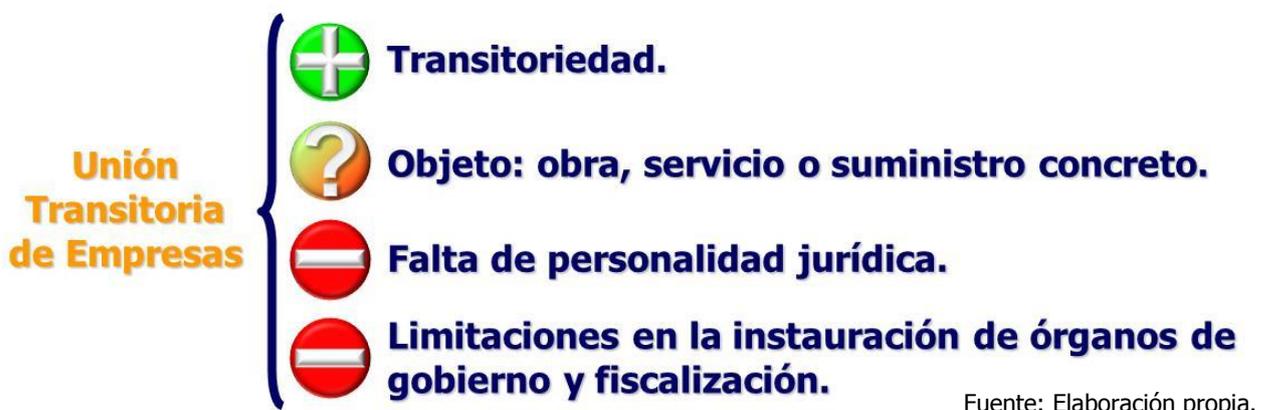
La agrupación de colaboración empresaria (ACE) hace solidariamente responsable al integrante por las obligaciones contraídas por los representantes del ente, limitándose al fondo común operativo si hubieran sido asumidas por cuenta del integrante –haciéndolo saber al tiempo de obligarse– y en forma ilimitada sobre el patrimonio de este si lo hubieran hecho en nombre de la agrupación.

Asimismo, tanto la agrupación de colaboración empresaria como la unión transitoria de empresas (UTE) y el consorcio de colaboración carecen de personalidad jurídica, no son sujetos sino objetos de derecho: meros contratos destinados a coordinar actividades específicas entre las partes, y las relaciones a tal respecto entre estas últimas y terceros indeterminados. En consecuencia, presentan importantes limitaciones en cuanto a capacidad de contratación y a posibilidades de instauración de órganos internos de administración y fiscalización.

Esquema 1 – Ventajas y desventajas de la ACE



Esquema 2 – Ventajas y desventajas de la UTE

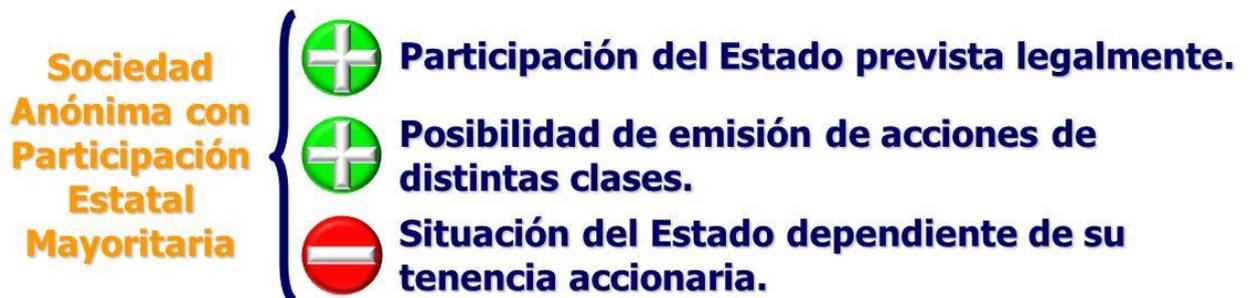


Finalmente analizamos las alternativas que prevén *explícitamente* la participación de los tres componentes antes referidos; ellas son: la *cooperativa de provisión de servicios*, la *sociedad anónima con participación estatal mayoritaria* y la *sociedad de economía mixta*.

La cooperativa de provisión de servicios, si bien presenta la ventaja de vincular al ente con el prestador-integrante por medio del mismo instrumento organizativo y sin necesidad de contrato de prestación, otorga absoluta igualdad de votos a todos los integrantes (un voto por asociado). Esto quita preponderancia al Estado e impide proporcionar la participación de los particulares a la importancia estratégica o económica de los servicios que presten.

A su vez, la sociedad anónima con participación estatal mayoritaria (SAPEM) exige al Estado aportar una porción del capital social que resulte suficiente para prevalecer en las asambleas ordinarias y extraordinarias, lo cual podría limitar la inversión de fondos necesarios para iniciar, consolidar y potenciar la marcha de la entidad (realización de estudios preparatorios, adquisición o contratación de hardware y software, instalación de mobiliario y sistemas de comunicación, acondicionamiento de inmuebles, etc.).

Esquema 3 – Ventajas y desventajas de la SAPEM



Fuente: Elaboración propia.

Sociedad de Economía Mixta

Descartadas las figuras anteriores, evaluamos la sociedad de economía mixta (SEM). Esta forma societaria, originaria de la postguerra y hoy casi en desuso, permite –específicamente para la cuestión que nos ocupa– una equilibrada representación de los prestadores en el directorio de la entidad, a la vez que otorga al Estado una situación de preeminencia orientada al efectivo ejercicio de su potestad de rectoría sobre la atención sanitaria. Esto es así toda vez que el Estado designa al presidente, a su reemplazante y al síndico, con derecho de veto para los dos primeros sobre las resoluciones de la asamblea y el directorio. Esta primacía no implica ni requiere conformar la voluntad mayoritaria de tales órganos sociales ni detentar la mayoría del capital social. Asimismo, el referido veto es recurrible judicialmente por la parte privada en caso de resultar contrario a la ley o al estatuto social.

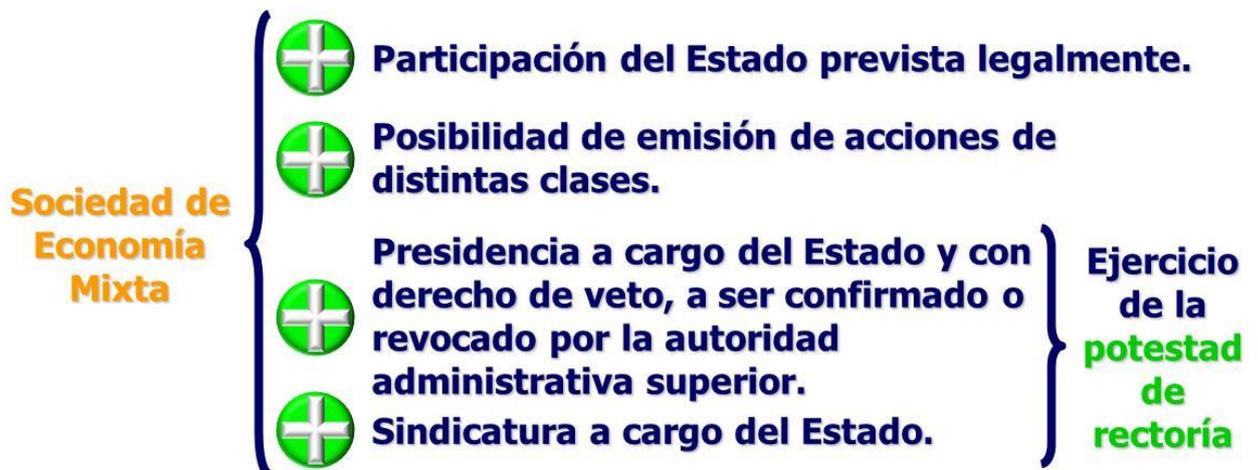
Consideramos a este tipo societario como el más adecuado para la conformación del ente comprador/financiador de servicios, y juzgamos conveniente que el estatuto social prevea la división del capital en las distintas clases o categorías de acciones. Para despejar toda posible duda acerca de la viabilidad jurídica de lo enunciado, es importante señalar lo siguiente:

- El art. 389 de la Ley General de Sociedades N° 19.550 (t.o. 1984) establece que “Las disposiciones de esta ley se aplicarán a las sociedades de economía mixta en cuanto no sean contrarias a las del decreto-ley 15.349/46 (ley 12.962)”.
- A su vez, el art. 262 de esa norma prevé que “Cuando existan diversas clases de acciones el estatuto puede prever que cada una de ellas elija uno o más directores, a cuyo efecto reglamentará la elección”.
- El anexo II, punto 2 de la ley 26.994, específico de las modificaciones introducidas al régimen de sociedades, no incluye (derogando o alterando en modo alguno) los mencionados artículos 389 o 262, con lo que en la actual ley 19.550 (t.o. 1984) continúan rigiendo tales disposiciones. Corrobora lo antedicho el dictamen N° 249/15 de la Asesoría Legal de la Inspección General de Personas Jurídicas de la Provincia de Corrientes, de fecha 18/08/15, evacuando nuestra consulta concreta sobre el particular.

El requisito de nacionalidad para representantes del Estado y empleados –resabio de la época, circunstancias y objetivos de creación del tipo societario– no parece implicar un escollo decisivo o insalvable en atención a que:

- Conforme al art. 13° del decreto-ley 15.349/46 (ratificado por ley 12.962), el porcentaje mínimo de empleados argentinos –no necesariamente nativos en este caso– debe ser fijado en el estatuto social. Una proporción exigua (ej.: 1%) tornaría abstracta tal exigencia.
- No debería resultar arduo para el Estado encontrar tres (3) funcionarios nacidos en el país y suficientemente idóneos para desempeñar eficazmente los cargos de presidente, vicepresidente y síndico.

Esquema 4 – Ventajas de la SEM



Fuente: Elaboración propia.

El generalizado abandono de este tipo societario quizá pueda obedecer en alguna medida a que, aparte de la atención sanitaria, son muy contadas las actividades que:

- Exhiban entre ambos subsectores (público y privado) tal redundancia en infraestructura y oferta de servicios.
- Resulten tan susceptibles de potenciarse, en cuanto a impacto y costo-efectividad, mediante la coordinación operativa y la articulación en red.
- Conciten semejante consenso ciudadano en orden a la necesidad de participación estatal.

Acto legislativo de creación

La creación de un ente con participación estatal corresponde al ámbito del Derecho Administrativo y, por tanto, objeto de regulación local.

A nivel federal la exigencia de una ley surge de lo dispuesto en el art. 5º inc. a) de la ley 25.152 (Administración de los Recursos Públicos).

En igual sentido, en la Provincia de Corrientes la necesidad de una norma legislativa se colige del art. 76 de la ley 3.460 (Código de Procedimiento Administrativo)²¹.

En la Provincia del Chaco el último párrafo del artículo 4 Ley 4.787 (Organización y Funcionamiento de la Administración Financiera del Sector Público Provincial) habla de "ley de creación" para entidades bajo la órbita o con participación del Estado provincial, las cuales integran el subsector 4 del Sector Público²².

²¹ Según algunos especialistas tal denominación no refleja acabadamente el objeto de esta norma que regula también cuestiones de fondo, por ejemplo estableciendo los requisitos del acto administrativo.

²² A título de ejemplo, fueron creadas por ley las siguientes instituciones: Servicios Energéticos del Chaco Empresa del Estado Provincial (SECHEEP - Ley 1.307), Mercado Frutihortícola (Ley 3.313) y Fiduciaria del Norte S.A. (Ley 5.005).

Reglamento de funcionamiento

La entidad a constituir contará con un reglamento a ser inscripto conjuntamente con el contrato constitutivo y el estatuto social (en los términos del art. 5° de la Ley General de Sociedades) fijando los lineamientos fundamentales del giro operativo. Este recaudo acotará el margen de discrecionalidad del directorio para mayor seguridad de quienes opten por ser accionistas. A medida que los desarrollemos, iremos señalado los distintos aspectos que –a nuestro entender– conviene allí prever.

Clases de acciones

Para una armónica representación de los distintos grupos de prestadores, la sociedad emitirá acciones ordinarias de distintas clases. Estas serán representadas en el órgano de administración por los respectivos directores, quienes no necesariamente deben ser profesionales de la salud.²³

Sin abundar en pormenores jurídicos, con solo aquellos necesarios para comprender la configuración de los órganos societarios y su consecuente distribución de poder, describimos a continuación las clases o categorías de acciones previstas:

Clase «A»

- A ser suscriptas por el *Estado Provincial*, con intervención de su Ministerio de Salud.²⁴
- La suscripción inicial será de dos tercios (2/3) del capital social y se efectuará en el acto constitutivo. Una vez completa la suscripción original de las acciones de clases «C» y «D», la proporción quedará reducida a dos quintos (2/5).
- Podrán suscribirse nuevas acciones con posterioridad, por aumento del capital social.
- Conforme a los art. 7° y 8° del decreto-ley 15.349, ratificado por Ley 12.962, otorgarán derecho a designar al presidente (con poder de veto sobre las resoluciones del directorio y la asamblea), al vicepresidente (primer reemplazante del presidente), al síndico, y a un suplente para cada uno de ellos.

²³ Contando con experiencia y/o formación en gestión empresarial y sanitaria, los licenciados en administración, contadores, abogados, ingenieros industriales, etc. pueden –sin duda alguna– desempeñar satisfactoriamente esta función.

²⁴ Como ejemplo hemos tomado al Ministerio de Salud Pública y Acción Social de la Provincia del Chaco, pero podría tratarse de análogo organismo perteneciente a cualquier provincia que cuente con una red hospitalaria pública importante y clínicas o sanatorios privados de cierta relevancia. Con determinados ajustes podría trasladarse la propuesta incluso al nivel municipal, en caso de tratarse de grandes departamentos o partidos.

Clase «B»

- A ser suscriptas por personas físicas o jurídicas titulares de *establecimientos de internación, centros de atención ambulatoria y empresas de traslado*.
- La suscripción inicial será de un tercio (1/3) del capital social y se efectuará en el acto constitutivo, pudiendo cada titular suscribir en ese momento hasta determinada cantidad de acciones que surgirá de un parámetro de asignación a ser definido para el tipo de prestador de que se trate (ej.: número de camas, servicios, cantidad de ambulancias ponderada por complejidad, etc.). Los parámetros a adoptar deberán permitir una distribución de las acciones entre estos prestadores proporcionada a la importancia estratégica o económica de sus servicios. Una vez completa la suscripción original de las acciones de clases «C» y «D», la participación en el capital social de la entidad quedará reducida a un quinto (1/5).
- Podrán suscribirse nuevas acciones con posterioridad, por aumento del capital social y en proporción a las sumas previamente retenidas del pago de servicios liquidados a los establecimientos, en la fracción de tales sumas que cada uno de ellos voluntariamente determine.
- Otorgarán derecho a designar a un (1) director titular y a su suplente.

Clase «C»

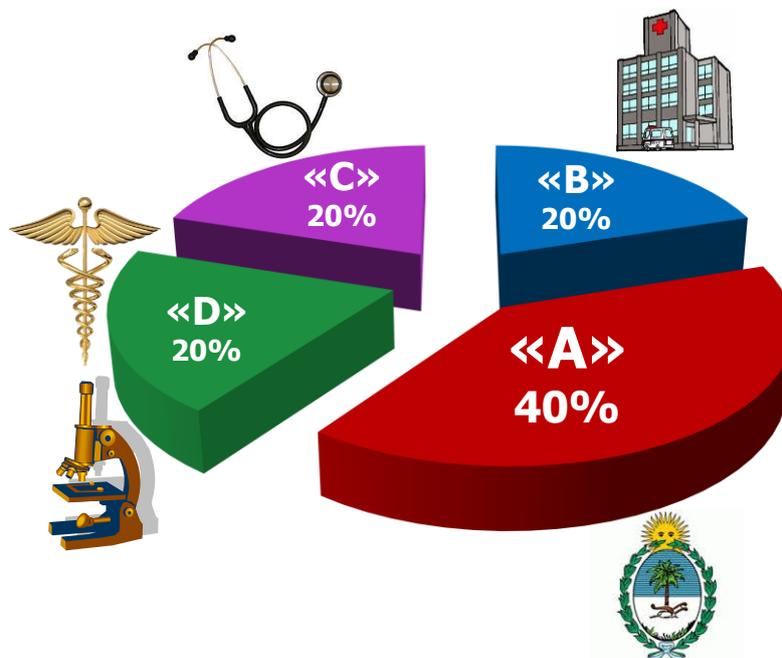
- A ser suscriptas por personas físicas *seleccionadas* por la red como *médicos de atención primaria* según requisitos previstos detalladamente en el ya referido reglamento. La consideración particular de estos profesionales se funda en que –conforme se desarrolla en la sección referida al nexo operativo– constituirán normalmente el primer contacto del paciente al sistema de atención y orientarán su posterior tránsito por los distintos niveles, especialidades y complejidades.
- La suscripción inicial será de igual cantidad que las del tipo «B» suscriptas hasta ese momento y se efectuará dentro de un plazo fijado en el acto constitutivo, a la par o sobre la par conforme al valor patrimonial proporcional (VPP) contable, y a prorrata de las sumas previamente retenidas del pago de honorarios liquidados a los referidos profesionales, conforme a la fracción de tales emolumentos que cada uno de ellos hubiere voluntariamente aplicado a ese destino.
- Las sumas no imputadas a la integración de acciones suscriptas serán reintegradas a los prestadores adicionando un interés calculado con una tasa designada en el referido estatuto (ej.: la establecida por el B.N.A. para sus operaciones de plazo fijo a 30 días).

- Con posterioridad podrán suscribirse nuevas acciones de esta clase, por aumento del capital social.
- Otorgarán derecho a designar a un (1) director titular y a su suplente.

Clase «D»

- A ser suscriptas por personas físicas seleccionadas por la red como *médicos especialistas* y demás *profesionales no médicos* (bioquímicos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, odontólogos, etc.) que intervienen en el proceso asistencial.
- La suscripción inicial se efectuará por idéntica cantidad y en modo análogo al establecido para las acciones de clase «C», al igual que las emisiones posteriores.
- Otorgarán derecho a designar a un (1) director titular y a su suplente.

Gráfico 11 – Clases de acciones y sus proporciones en el capital social



Fuente: Elaboración propia.

El estatuto anticipará la proporción máxima de acciones de clase «C» o «D» –sobre el total emitido de cada clase– que podrá originalmente suscribir cada accionista individualmente considerado.²⁵

²⁵ Tal cupo porcentual podría fijarse, p. ej., en algún valor comprendido entre los siguientes (pero sin incluirlos):

- Mínimo: cociente entre 100 y la cantidad total de potenciales accionistas de la clase.
- Máximo: proporción que en un período muestral representa, sobre la facturación pagada por los financiadores más significativos a la totalidad de los potenciales accionistas de la clase, la abonada a aquél que más cobró.

Algunas interesantes posibilidades son: la media aritmética entre el mínimo y el máximo señalados; dicho mínimo más 1, 1¼ o 1½ desvío estándar de la distribución de proporciones individuales en dicha facturación; etc.

El procedimiento de admisión inicial de los tenedores de acciones de clase «B» puede parecer laxo comparado con el escogido para los accionistas de las clases «C» y «D», pero persigue la pronta obtención de la pluralidad de partes necesaria para dar existencia primigenia al ente cuyos órganos de gobierno y administración definirán las necesidades operativas. La principal de ellas, evidentemente, será la cantidad y calidad de los profesionales necesarios para dar atención a la población beneficiaria, muchos de ellos probablemente futuros accionistas.

Por otra parte, el número de directores representativos de profesionales (uno por las acciones clases «C» y otro por las acciones clase «D») duplica al del director representativo de los sanatorios (uno por las acciones clase «B»). Este ratio no se aparta sustancialmente del existente, según Oggier (2012), entre sus respectivas participaciones en el gasto sanitario total: 45% para los profesionales y 25% para sanatorios.²⁶

Las acciones de las clases «B», «C» y «D» podrán ser transferidas a su VPP ofreciéndolas primero a la propia sociedad y luego a terceros, fueren o no accionistas. Si la sociedad las adquiriere, podrá optar por cancelarlas luego de aprobarse la reducción del capital social, o bien transferirlas a un tercero –accionista o no– dentro de un plazo a determinar estatutariamente, nunca superior a un (1) año. Todo tercero que pretenda adquirir acciones a la sociedad o a un accionista, deberá cumplir iguales requisitos que los establecidos para su suscripción, principalmente en cuanto a titularidad de establecimiento o desempeño profesional. Los procedimientos de recompra y transmisión de las acciones estarán reguladas por el ya mencionado reglamento.

Prevedemos que la sociedad emita *bonos de preferencia*²⁷ por los importes retenidos a los establecimientos y profesionales, que otorguen a sus titulares el derecho de suscripción preferente en la emisión de acciones de clases «B», «C» o «D», según corresponda. Esto permitirá a los tenedores obtener un rendimiento (bajo la forma de interés) sobre las sumas retenidas hasta su conversión en acciones, asistir a las asambleas con voz pero sin voto y celebrar sus propias asambleas para adoptar decisiones mayoritarias respecto de temas de su interés, o ante cuestiones que deban concertarse con los representantes de la sociedad o someterse a consideración de sus órganos de gobierno, administración o fiscalización.

Si bien la adquisición de estos títulos asegura prioridad en la suscripción de nuevo capital frente a terceros que nos los poseen, no empece –en principio– los derechos de preferencia y acrecimiento de los accionistas de cada clase. No obstante, frente a “acciones que se den en

²⁶ El autor no identifica el período tomado para el cálculo.

²⁷ Similares –en aspectos esenciales– a los previstos en el art. 10, inc. c) y d) del estatuto social del Banco Hipotecario S.A. (anexo I del decreto 924/97).

pago de obligaciones preexistentes” (punto 2° del art. 197 de la Ley N° 19.550) como las que aquí nos ocupan, el derecho de preferencia puede ser limitado o suspendido por decisión mayoritaria de las acciones con derecho a voto en la asamblea extraordinaria que resuelva el aumento de capital. En resguardo de la legítima expectativa de los bonistas y en prevención de maniobras de acrecimiento oportunista, el estatuto reservará a aquel órgano social competencia exclusiva sobre las decisiones de capitalización de bonos de preferencia cualquiera fuere la proporción del capital social que represente (art. 188 y punto 1° del art. 235 de la Ley N° 19.550) y establecerá la obligación de incluir la mencionada restricción del derecho de preferencia (punto 1° del art. 197 de la Ley N° 19.550) como tema a tratar en el orden del día.

Puede advertirse también que los intereses devengados por los bonos provocan al acervo social un costo susceptible de extinción al momento de canjearse por acciones, circunstancia que puede facilitar la obtención de la mayoría especial anteriormente señalada.

Razonamos en este punto que el balance de intereses habrá de operar, más que entre el Estado y los accionistas privados, entre estos últimos y esos mismos particulares actuando individual y/o corporativamente en sus roles de prestadores, con posibilidad de bascular prudentemente entre las reivindicaciones retributivas de la parte prestadora y las restricciones establecidas por la parte financiadora.

Nótese que la obtención de utilidades en cabeza de la entidad constituye –a la vez– un medio y un fin. Esto es así porque el resultado que pudiere arrojar su giro surgirá luego de deducir de sus ingresos los costos y gastos integrados –entre otros– por la sumatoria de retribuciones individuales de los prestadores (muchos de ellos factiblemente accionistas).

Habida cuenta de la asimetría informativa que permanentemente opera en favor del prestador tanto respecto del beneficiario como del financiador, y de las restantes fallas que descalifican al mercado como mecanismo óptimo *per se* para la asignación de recursos en la atención sanitaria, se busca que la tenencia accionaria por parte de los prestadores actúe como par de vasos comunicantes nivelando –a uno y otro extremo de la relación– las respectivas pretensiones pecuniarias.

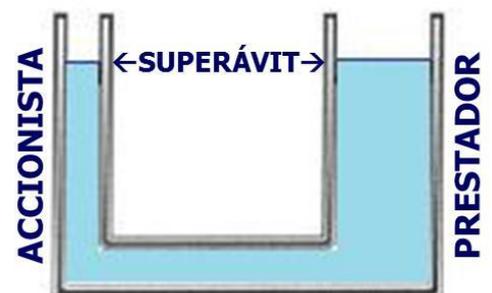


Gráfico 12 – Nivelación figurativa de pretensiones pecuniarias

Fuente: Elaboración propia.

Simplificando en exceso: mayores aranceles y/o cantidades de prestaciones redundan en menor ganancia o mayor pérdida, y análogamente a la inversa. Y tales resultados impactan

directamente en los dividendos y/o el valor patrimonial proporcional, importe este a recuperar por el accionista en caso de liquidarse la sociedad.

Siendo inverosímil la exacta y continua correspondencia entre las proporciones de tenencia accionaria y de prestaciones valorizadas, no se trata de una autorregulación –en sentido estricto– sino más bien de un control mutuo entre *partes* y entre *pares*, sobre el que luego ahondamos.

Lo dicho no implica desconocer cierta displicencia que el profesional sanitario suele ostentar respecto del lucro como legítima expectativa de la condición de propietario, siempre en favor de un honorario que concibe y exhibe como el más digno y honrado justiprecio de su dedicación personal: cuando de salud se trata la utilidad capitalista tiene connotación peyorativa, no así la retribución profesional. Tal parcelación queda patente en la tácita bancarrota de algunos establecimientos frente a la floreciente situación de los dueños que allí prestan sus servicios.

Esa preferencia por una ganancia segura, individual y más o menos inmediata frente a otra contingente, prorrateada y diferida, no es más que la propensión que puede esperarse de cualquier agente económico, el comentado *homo oeconomicus* presente en toda profesión como medio de vida.

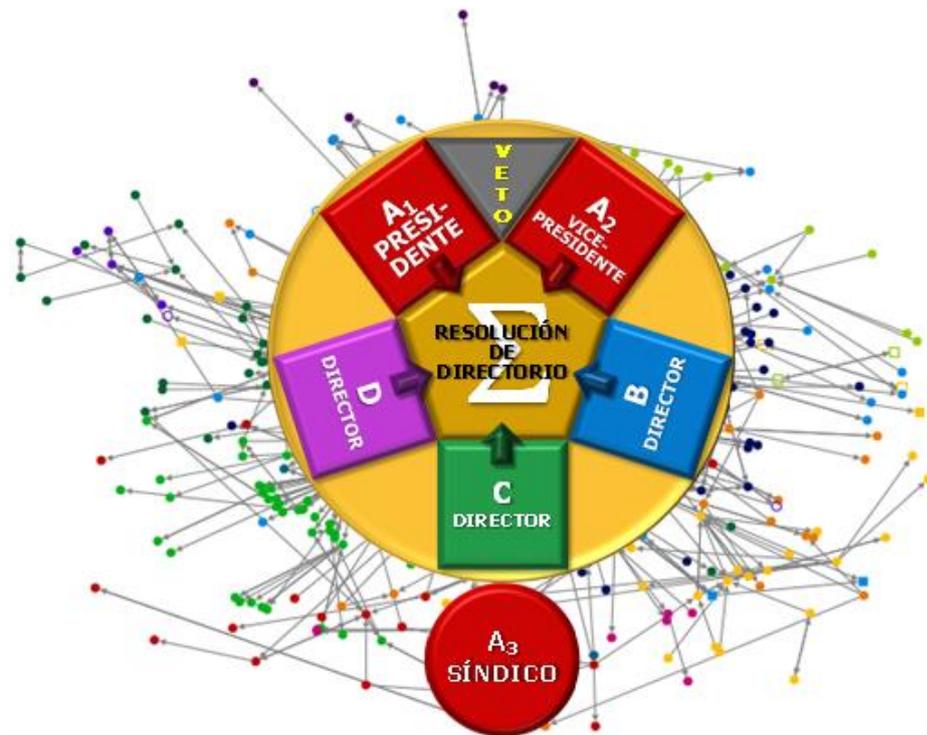
Pero si las ganancias empresariales pueden ser desdeñadas por los prestadores-accionistas, la actitud para con las pérdidas es normalmente diferente. Dice Kahneman (2012, p. 367) que “Directamente comparadas o estimadas unas respecto de las otras, las pérdidas pesan más que las ganancias. Esta asimetría en la fuerza de las expectativas o las experiencias positivas y las negativas tiene una historia en el contexto de la evolución”. Posiblemente somos aversos al riesgo –bajo la forma de amenaza– como ventaja evolutiva.

La aversión tiende a aumentar cuando la amenaza sube, sea en forma de apuesta (Kahneman, 2012, p. 370) o de capital invertido. Y aquí el prestador-accionista suele ser menos tolerante: no accederá pasivamente a que alguien le arrebate el valor de su inversión bajo la forma de sobre-prestación o sobre-facturación. El control recíproco comienza a tomar, entonces, su verdadera dimensión.

En lo que a la participación del Estado respecta, a éste puede resultarle atractivo agregar un ámbito fértil para concretar políticas sanitarias, estimulando al mismo tiempo la competitividad de su red hospitalaria. En este sentido, y para no perder terreno frente a los prestadores privados, es probable que intente asegurar –además de la efectividad– algunos atributos de calidad de directa percepción por el paciente (confort, cordialidad y calidez en el

trato, agilidad en el otorgamiento de turnos y en la realización de prácticas e interconsultas, tramitación por teléfono o internet, orientación y asesoramiento, etc.).

Gráfico 13 – Distribución interna de poder y contralor en decisiones ejecutivas



Fuente: Elaboración propia.

NEXO OPERATIVO

Dijimos anteriormente que el aspecto operativo de la conexión funcional entre los integrantes de la red consiste en sincronizar el desempeño fáctico de cada prestador con el de los restantes, integrando los cuidados –con prescindencia de la propiedad de los servicios– como parte de un proceso continuo y colectivo de atención a la población beneficiaria. A grandes rasgos, eso requiere:

- Relevar la composición de la oferta prestacional²⁸ precisando *quién hace qué y dónde*, es decir:
 - ✓ Identificación del integrante
 - ✓ Localización geográfica
 - ✓ Nivel/es de atención
 - ✓ Especialidad/es.

²⁸ Tobar y Anigstein (2013, p. 8) van un paso más, prescribiendo la “Categorización de los servicios para definir el perfil prestacional de cada uno dentro de la red”.

- Definir un modelo de atención, fundamentalmente en cuanto a “cómo se divide el trabajo asistencial para proveer cuidados de salud” (Tobar y Anigstein, 2013, p. 27).
- Precisar criterios y procedimientos de referencia, contrarreferencia y derivación de pacientes (según luego veremos).
- Seleccionar o diseñar las fórmulas de remuneración de los servicios.

Gestión por población-objetivo y nivel de atención

La representación de los potenciales prestadores en el órgano de administración tiene lugar a través de los respectivos directores y separadamente por cada clase de acción, la cual –como hemos visto– obedece a la naturaleza jurídica del accionista o al carácter primario o especializado de su atención. En ese ámbito es previsible que los directores debatan y contrapongan intereses en defensa de sus mandantes, particularmente en lo que a la aplicación de los recursos atañe.

Resultaría inconducente trasladar esos mismos antagonismos al día a día de la gestión operativa. Por el contrario, un enfoque sobre el tipo de población a atender (población-objetivo) proporciona un criterio racional y práctico para segregar tanto los recursos como los restantes intereses y responsabilidades. Esta orientación facilita la comparación de perfiles prestacionales de quienes brindan atención y permite evaluar el funcionamiento de la cobertura médico-asistencial como un proceso continuo, midiendo el impacto de planes de prevención o de detección de patologías, analizando la evolución de dolencias prevalentes, siguiendo a los pacientes por los distintos niveles de atención, cotejando los indicadores observados con estándares o referencias específicas para el grupo poblacional, etc.

El mecanismo empírico de prueba y error, fruto de la propia y prolongada andadura en la gestión de coberturas sanitarias, nos induce a definir las siguientes tres poblaciones-objetivo: niños, mujeres por cuestiones tocoginecológicas (o gineco-obstétricas) y adultos en general. Algunas aclaraciones son procedentes al respecto:

- Debe precisarse una edad límite entre niños y adultos siguiendo los criterios de admisión en establecimientos pediátricos de la red.
- Conviene considerar como *general de adultos* aquella atención brindada a mujeres con edades superiores al mencionado límite y sin vinculación con la tocoginecología.
- Una elevada proporción de beneficiarios de tercera edad puede justificar la distinción y adición de este grupo como población-objetivo. Hablaríamos entonces de atención *geriátrica*.

El tipo de beneficiario prima –como vemos– sobre las restantes circunstancias concernientes a la atención. Siguiendo esa línea, el reglamento preverá que la atención de cada población-objetivo sea gestionada por un coordinador, el cual dependerá del gerente y deberá ser médico²⁹ y pediatra, tocoginecólogo o clínico, según corresponda a la población de que se trate. En caso de desagregarse el componente de ancianos o adultos mayores como población-objetivo, según comentáramos, su coordinador debería entonces ser gerontólogo.

Esta base de agrupamiento organizativo no es otra que la clásica departamentalización por *mercado* y –más específicamente– por *tipo de cliente*³⁰. Cada uno de estos departamentos contará con determinados recursos propios y compartirá otros con los restantes. Prevemos entre los primeros a los auditores médicos y entre los segundos a las áreas de administración, finanzas y liquidación. Esta última, encargada de valorizar las prestaciones conforme a las fórmulas de remuneración acordadas, estaría segregada de la administración general en razón de la especificidad y la especialización técnica de su labor. Como podemos observar, la departamentalización adopta en las áreas de apoyo una base de agrupamiento *funcional* (Mintzberg, 1991; Gilli, Arostegui, Doval, Iesaluro y Cabanillas, 2007). Exponemos a continuación el organigrama elemental previsto, donde señalamos las dos bases de departamentalización empleadas:

Gráfico 14 – Organigrama elemental



Fuente: Elaboración propia.

²⁹ Quienquiera que trate con médicos cuestiones de distinta índole referidas a sus desempeños, puede dar cuenta de las habituales dificultades de comunicación entre ese gremio profesional y quienes –por no pertenecer a él– carecen del “escudo blanco” que el guardapolvo simboliza.

³⁰ Con una visión muy restringida consideramos como cliente aquí al beneficiario, aun cuando hemos visto que no es el único actor a quien debe reconocerse tal carácter.

La formación profesional del coordinador correspondiente a cada población-objetivo le posibilitará actuar como *interlocutor válido*³¹ en dos sentidos:

[←□→] Hacia afuera – Con el gerente y los demás coordinadores:

- definiendo prioridades y metas sanitarias para la población-objetivo, e indicadores epidemiológicos y operacionales (a ser reflejados en el correspondiente cuadro de mando),
- concertando con los demás coordinadores y el gerente las pautas básicas de atención para el universo de beneficiarios,
- compitiendo y negociando por la asignación de recursos para la población-objetivo, y
- demarcando los límites etario-prestacionales³² entre esta y las restantes.

[→■←] Hacia adentro – Con los profesionales y demás actores que orbiten en la atención de la población-objetivo:

- consensuando modalidades operativas,
- presupuestando la asignación interna de recursos,
- acordando aranceles, y
- actuando como verdadero *comprador* de servicios con el significado visto en el apartado referido a los roles básicos de la cobertura médico-asistencial.

El gerente al que hacemos mención es un “coordinador en 2º grado” o el “coordinador de coordinadores”. Actúa como gestor general de la cobertura: de él dependen los tres coordinadores y las restantes áreas, siendo quien debe responder al directorio por el desenvolvimiento conjunto. Según lo que se estipule oportunamente en el reglamento, podrá tratarse de alguien designado exclusivamente para el cargo, o de uno de los directores en forma rotativa por determinado plazo (por ejemplo, de entre 6 y 9 meses), o bien el propio presidente de la sociedad. El ejercicio rotativo de la gerencia es una alternativa poco ortodoxa que, según las circunstancias del entorno y dadas las características de la red ensayada, puede ameritar una detenida evaluación.

Retomando la figura del coordinador, contar con la especialidad ya indicada en relación con la población-objetivo resulta condición necesaria, pero no suficiente para la función: debe gozar asimismo de un sólido prestigio profesional y/o académico. Más allá de cualquier

³¹ Término acuñado por los filósofos alemanes Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel en su teoría de la comunicación.

³² Es decir: qué edad separa a un paciente adulto de uno pediátrico, y qué prestaciones y en qué circunstancias son consideradas tocoginecológicas.

animadversión personal que –como en todo grupo humano– pudiere ocasionalmente existir con algún colega, una indiscutible competencia médica (aptitud y experiencia) confiere al coordinador el ascendiente necesario para desempeñarse como una suerte de *primus inter pares*. A fin de asegurar tal competencia pueden preverse en el reglamento los criterios y procedimientos a emplear en la selección.

Enfocándonos ahora en la aplicación de los recursos a asignados a la atención de la población-objetivo, es conveniente una primera desagregación en presupuestos por nivel de atención.

A este respecto, desde un enfoque tradicional es frecuente dividir a la atención en los siguientes niveles: I o ambulatorio, II o internación y III o de alta complejidad (sea en ambulatorio o internación). Sin embargo, la constante innovación tecnológica torna habituales muchas prácticas diagnósticas o terapéuticas consideradas anteriormente como de alta complejidad, tornando difusos los límites entre niveles.

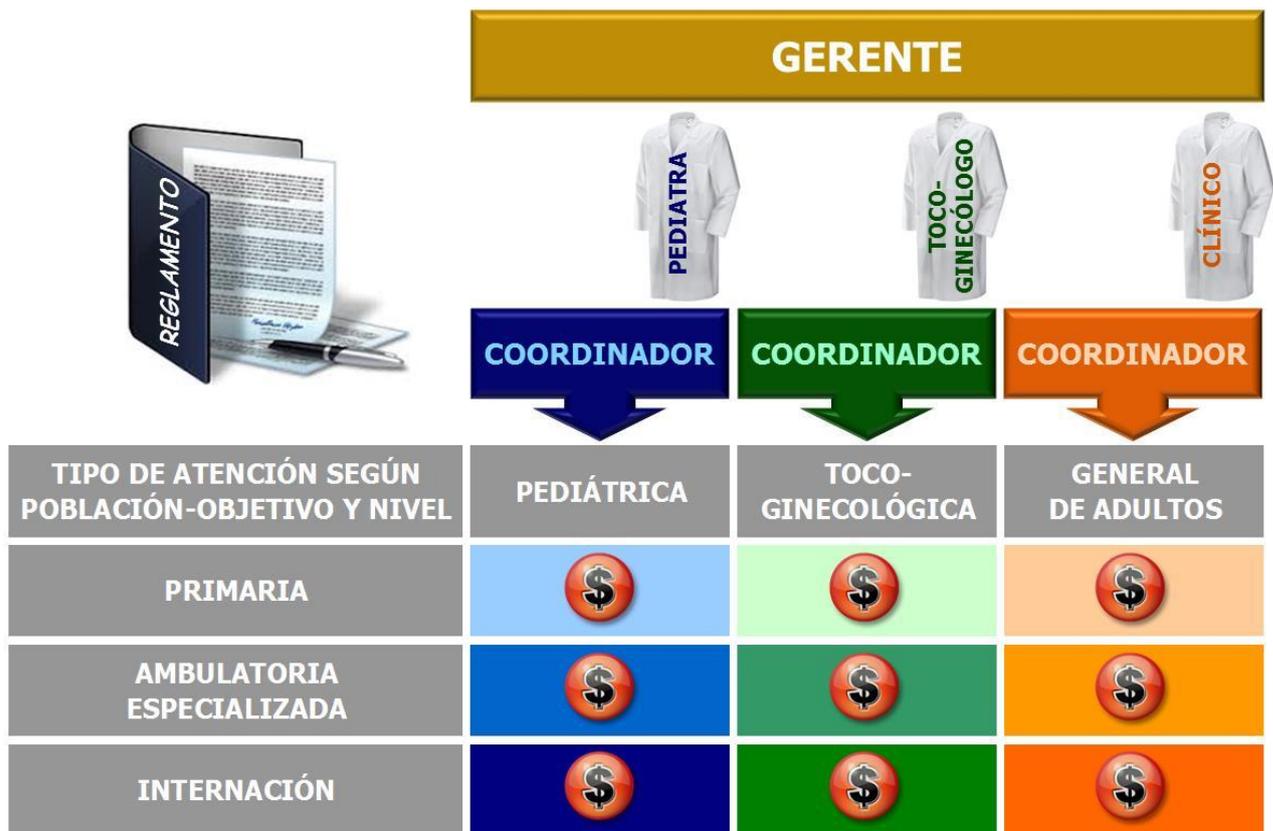
En procura de acciones medianamente homogéneas a ser evaluadas y retribuidas, optamos por una división alternativa de la atención en los siguientes niveles:

- *Atención primaria:* a cargo de médicos de consulta y atención clínica general para el tipo de población-objetivo. Se trata de pediatras, tocoginecólogos y clínicos generales, con iguales especialidades que las del coordinador respectivo, o bien de médicos comunitarios o de familia cuya formación habilita para atender a las tres poblaciones-objetivo particularmente en pequeñas localidades.
- *Atención ambulatoria especializada:* a ser brindada por especialistas clínicos o aparatológicos. Incluye procedimientos diagnósticos o terapéuticos, extracorpóreos o invasivos –aun con sedación– pero que no requieren la pernoctación en el centro de atención.
- *Internación:* a tener lugar en hospitales, sanatorios y clínicas cuando el caso requiera cirugía mayor y/o permanencia del paciente por más de una jornada bajo cuidado médico.

Aun cuando pueda parecer obvio, no debe perderse de vista que se trata de la aplicación de recursos para pago de servicios escasamente tipificados, prestados por terceros e influidos por factores de difícil predicción. En cálculo de las asignaciones presupuestarias, por lo tanto, debe resultar flexible, prever la constitución de reservas técnicas y revisarse periódicamente, intentando cada coordinador calibrar esas asignaciones con el impacto sanitario esperado en función de las metas que se hayan definido para su población-objetivo.

Representamos en la página siguiente la gestión por población-objetivo y por nivel de atención.

Gráfico 15 – Gestión por población-objetivo y nivel de atención



Fuente: Elaboración propia.

Al control entre *partes* que los accionistas están facultados a ejercer con intervención del síndico, se agrega el que se entabla entre *pares* y opera al confrontarse sus intereses y definirse las fórmulas de remuneración de los servicios. A este fin, la ubicación de prestadores "a uno y otro lado del mostrador" puede favorecer ostensiblemente la concertación e implementación de mecanismos prospectivos, de modo que en la eterna disyuntiva entre *competir* y *cooperar*, la balanza se incline hacia esta última por mutua y desapasionada conveniencia.

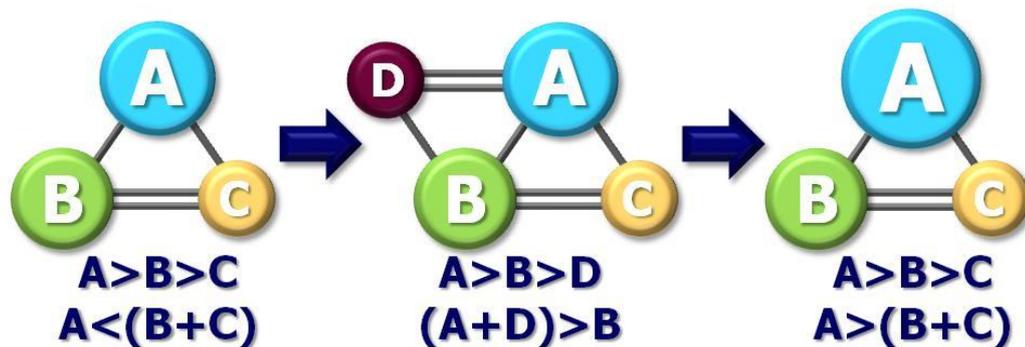
A esto nos referíamos inicialmente, cuando introdujimos el concepto de red prestacional, al hablar de "*sinergia* y *complementación* en las ofertas prestacionales con miras a optimizar el funcionamiento conjunto, respondiendo... [entre otros motivos] a la necesidad de coexistencia o ajuste de esas ofertas".

Gestionada y presupuestada la cobertura por población-objetivo y nivel de atención, la separación entre prestadores públicos y privados no resultará en los hechos tan nítida ni relevante.

Los pares como actores en nuevas tríadas y coaliciones

Dadas las asignaciones presupuestarias por población-objetivo y –dentro de ellas– por nivel de atención, cada prestador cuyos servicios son retribuidos con esos acotados recursos tiene legítimo interés en que los restantes no incurran en sobre-prestación o sobre-facturación. A tal fin y respecto de cada uno de ellos, los demás que abrevan del mismo presupuesto actúan conjuntamente como un cuarto miembro (al que denominaremos «D») que conforma una nueva tríada con el prestador y con el correspondiente coordinador, entablando con este último una coalición dispuesta a restringir la discrecionalidad en la conducta prescriptiva del primero. Si tal restricción cuenta con respaldo técnico-científico, la referida comunidad de intereses fortalece la posición del coordinador en su tríada con el prestador y su paciente, permitiéndole doblegar la coalición original entre estos dos.

Gráfico 16 – Evolución de tríadas y coaliciones entre el coordinador (A), el prestador (B) y el paciente (C) con la incorporación de los pares del prestador (D)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Entelman (2005).

Lineamientos para las fórmulas de remuneración de los servicios

Asumimos que el proveedor es un agente imperfecto del paciente, por lo que no esperamos de él conductas necesariamente éticas. Más bien intentamos *anticipar decisiones racionales de corto plazo*, incentivando en lo posible aquellas consideradas primero *efectivas* y luego *eficientes*: por ende beneficiosas para el funcionamiento y equilibrio de la cobertura asistencial.

Sin perjuicio del necesario proceso de negociación que deberá entablar cada coordinador con los prestadores de la población-objetivo a su cargo, proponemos los siguientes lineamientos generales para remunerar los servicios de cada nivel de atención:

Atención primaria

Como ya hemos mencionado, en la atención primaria actuarán pediatras, tocoginecólogos y clínicos generales. Los comportamientos de dichos profesionales, en este nivel de

atención y dentro de cada una de esas ramas de la Medicina, resultan suficientemente comparables entre sí. Esto significa que como conjunto pueden ser asimilados a un universo estadístico del cual es posible obtener parámetros de centralización (medias, medianas y modas), de posición (cuantiles) y de dispersión (varianza y desvío estándar) que proporcionen contexto a la conducta prestacional de cada profesional. Tal conducta puede compararse con la del propio prestador en períodos previos, o bien con la de los restantes prestadores en el mismo período. Esto proporciona información útil para desarrollar mecanismos de incentivación basados en el perfil prestacional (*profiling*).

De la unidad de pago que se adopte dependerá la conducta que se busque alentar o refrenar mediante incentivos. Ejemplificando, y en concordancia con lo sintetizado en el cuadro 2 del anexo I, las siguientes unidades de pago estimulan artificios espurios como los que en cada caso se mencionan:

- *Consulta* → re-citación innecesaria y/o requerimiento de más de una orden de consulta (del propio paciente y/o de otro beneficiario no atendido) por cada concurrencia.
- *Paciente-mes* → diferimiento de turnos hasta el cambio de mes.
- *Beneficiario* (en padrón cautivo) → limitación para el acceso al servicio mediante imposición de cupos diarios de pacientes, horario restringido de atención, dilación en el otorgamiento de turnos, etc.
- *Sueldo* → ralentí en la cantidad de consultas evacuadas durante el horario previsto de atención.

Proponemos introducir una competencia derivada de la teoría de los juegos, particularmente de los denominados “no cooperativos”. No buscamos en absoluto evitar la cooperación entre prestadores, muy por el contrario; pero aspiramos a que la fórmula de remuneración estimule al prestador a desempeñarse mejor que sus pares en promedio, o –al menos– a no hacerlo peor que ellos.

Es sabido que toda incentivación produce efectos colaterales negativos, a veces medianamente previsibles y otras, inesperados en sentido o magnitud. Cuando esos efectos redundan en notoria pérdida de efectividad, eficiencia o accesibilidad de la atención, se habla entonces de la “perversión” de los incentivos. Ante una situación así es preferible no incentivar en absoluto.

En particular, y vistas las amplias posibilidades del prestador para desarrollar un comportamiento oportunista guiado por su propia función de utilidad (donde el componente *renta* suele tener un peso manifiesto), los incentivos que se formulen en ningún caso

plantearán disyuntivas entre la utilidad del profesional y la salud del paciente, conscientes de que una confrontación definida en esos términos podría arrojar resultados decepcionantes.

Prevedemos asimismo la implementación de determinados planes de promoción, prevención y educación con presupuestos y aranceles específicos. Mencionamos seguidamente algunos de tales planes, solo como ejemplos y sin extendernos en su análisis:

- El Plan Médico de Asistencia Materno Infantil (PLAMIN) diseñado por el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) para brindar cobertura preventiva a la mujer desde la confirmación médica del embarazo hasta la finalización del puerperio, y a sus hijos desde el nacimiento hasta los seis años de edad.
- Diagnóstico y seguimiento de patologías crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.).
- Diagnóstico, seguimiento y rehabilitación de hábitos nocivos (tabaquismo, alcoholismo, etc.).

Atención ambulatoria especializada

Como hemos señalado con anterioridad, y con excepción de traumatólogos y oftalmólogos, en esta propuesta los médicos especialistas intervienen por inter-consulta o derivación. Entendemos conveniente remunerar la labor de estos profesionales con valores convenidos para prácticas y para consulta vestida, modulada o simple, en este último caso con un arancel de primera consulta superior al de las re-citaciones efectuadas dentro de determinado plazo (dado que se presume una dedicación mayor para diagnóstico y registro en la consulta inicial).

En caso de procedimientos puede resultar conveniente acordar valores modulados para el conjunto de prácticas incluidas, incluso las previstas normalmente para alcanzar el resultado buscado (ej.: litotricia extra-corpórea con riñón limpio).

Es requisito para el pago de consultas de referencia que el especialista complete el formulario o registro informático de la contrarreferencia.

Internación

Propugnamos enfáticamente la aplicación de mecanismos de pago prospectivo de la casuística atendida, siendo la metodología de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) su principal exponente y el camino emprendido mayoritariamente por los países considerados desarrollados, aun cuando existen alternativas menos difundidas pero –según algunas opiniones (Young y Macioce, 1991)– más representativas del verdadero proceso asistencial. Las notas 4 y 5 del anexo I contienen reseñas al respecto, por lo cual no abundaremos aquí en detalles. Sí ponemos de relieve las promisorias posibilidades de gestión que estas metodologías habilitan.

Ahora con los pies sobre nuestra realidad, debemos aceptar –al menos por el momento– la ubicuidad de los mecanismos retrospectivos de cancelación, con la escasa distribución de riesgo que eso implica.

Criterios y procedimientos de referencia, contrarreferencia y derivación de pacientes

Se prevén circuitos que permitan el ya comentado tránsito del paciente entre los distintos niveles de atención. En principio, el beneficiario consultará al médico de atención primaria de su preferencia, dentro del tipo de atención que corresponda (pediátrica, tocoginecológica o general de adulto) pero sin necesidad de empadronarse con él. Según el caso, este profesional requerirá estudios diagnósticos, interconsulta con un especialista o su derivación para que el especialista continúe con la atención y seguimiento del paciente. En el caso de traumatólogos y oftalmólogos, se prevé el acceso del paciente en forma directa, sin necesidad de consulta previa al médico de atención primaria.

En cada localidad que cuente con atención ambulatoria especializada, ambulatoria de alta complejidad o en internación, existirá uno o más centros coordinadores de atención que gestionarán turnos, traslados, internaciones y autorizaciones.

Normalización de procesos y cadenas de valor para el paciente

La pertenencia a la red obligará al prestador al cumplimiento de requisitos de habilitación profesional o edilicia, de aseguramiento por responsabilidad civil, de tributación, etc., así como también al desenvolvimiento de determinados procesos operativos normalizados en lo referido a:

- Documentación solicitada y entregada al paciente.
- Asignación de turnos u otros procedimientos para acceso a la atención.
- Inexistencia de cobros indebidos.
- Prescripción de medicamentos y prácticas diagnósticas o terapéuticas.
- Referencia, contrarreferencia y derivación de pacientes (según lo ya mencionado).
- Control clínico posterior al alta.

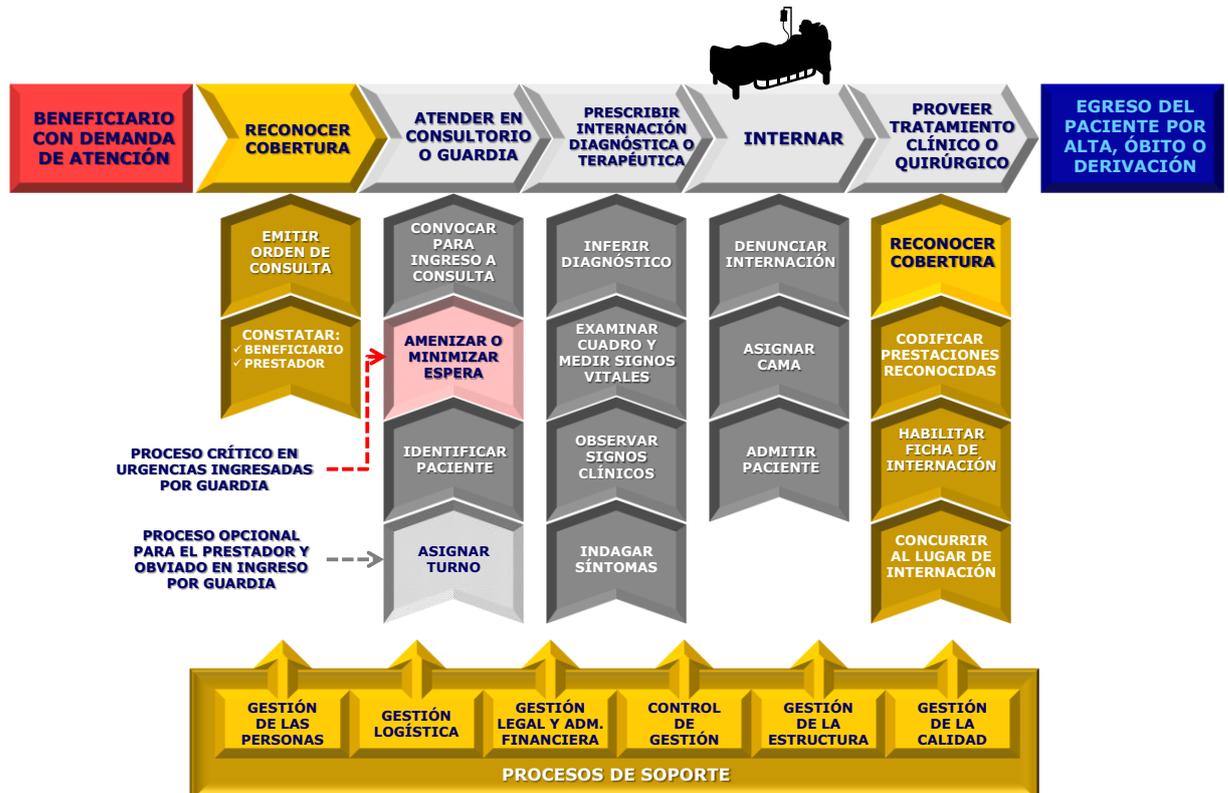
Generalizando y simplificando los procesos de atención ambulatoria y en internación, podemos esquematizarlos como cadenas de valor siguiendo el conocido enfoque de Michael Porter. Rescatamos para ello dos desarrollos ya plasmados en el curso de esta maestría (Alesso y otros, 2016, p. 18 y 19) en los que coloreamos en gris/plateado los procesos o eslabones a cargo del prestador, y en anaranjado/dorado los realizados por la administración de la red:

Gráfico 17 – Cadena de valor para el paciente ambulatorio



Fuente: Alesso y otros (2016, p. 18).

Gráfico 18 – Cadena de valor para el paciente internado



Fuente: Alesso y otros (2016, p. 19).

Remuneración frente a la condición de público o privado

Es materia debatible si los servicios de uno y otro subsector deben o no ser retribuidos idénticamente.

Quienes emprenden la actividad sanitaria a propio riesgo reniegan de encontrarse en permanente desventaja, aduciendo que mientras toda la comunidad solventa los principales rubros de gastos e infraestructura del prestador público, el privado no tiene otra opción que afrontarlos o recuperarlos con los ingresos que su actividad genera. A la inversa, los prestadores del subsector público alegan que solo ellos cargan con la obligación de brindar prestación a quienes carecen de medios para afrontarla, y que esa función demanda recursos adicionales.

Con la lente de la equidad, tratar igual a los distintos es tan inicuo como tratar distinto a los iguales. La cuestión radica entonces en los parámetros según los cuales pueda considerarse a los prestadores como iguales o distintos, y hay sobrados argumentos en ambos sentidos.

No aspiramos a dar solución a esta incógnita. Le corresponderá al directorio de la entidad resolver –luego de una negociación nada sencilla– respecto de la equivalencia o disparidad en el tratamiento retributivo. En el supuesto de inclinarse por esta última, una forma muy simple de llevarla a la práctica sería acordando un coeficiente mayor o menor a la unidad –según el efecto deseado de incremento o reducción– a ser aplicado sobre el valor nominal de prestaciones previamente liquidadas con criterio y metodología uniforme.

APORTES DEL MODELO

Siguiendo los conocidos enfoques metodológicos del análisis FODA y de las 5 fuerzas de Porter, puntualizamos a continuación los principales aspectos positivos y negativos, internos y externos, estructurales y coyunturales que encontramos en la solución propuesta. Luego veremos sucintamente qué contribución ofrece este modelo de red a obtener y mantener el equilibrio funcional, en los términos ya vistos, de una cobertura médico-asistencial.

ANÁLISIS FODA

Fortalezas

- Participación de los prestadores en la gestión.
- Control recíproco entre partes y entre pares.

-
- Ejercicio efectivo de la potestad de rectoría del Estado.
 - Amplitud territorial y complejidad de la oferta prestacional.
 - Internalización de rendimientos.
 - Sindicatura a cargo del Estado.

Oportunidades

- Existencia de importante infraestructura en ambos subsectores.
- Posibilidad de incorporar coberturas de distintos planes y programas.
- Contexto político favorable.
- Falta de modelos mixtos alternativos.

Debilidades

- Diferencia de fines entre uno y otro subsector.
- Desconfianza recíproca previa.
- Complejidad del modelo.

Amenazas

- Oposición de las entidades corporativas, que podrían enervar, viciar u obstruir una iniciativa como la descrita. No podrían descartarse acciones disuasorias o punitivas extremas (cortes de servicios, boicots, desafiliación de prestadores, etc.), así como coerción sobre los accionistas para que sindiquen sus tenencias a favor de las entidades que gremialmente los representan. Acerca de esta última posibilidad es importante advertir que el número de directores por las acciones clases «B», «C» y «D» (uno por cada clase) resulta inferior al de las entidades que nuclean corporativamente a los tenedores de esas acciones, obligando –en la situación conjeturada– a un ejercicio de negociación y acuerdo entre los entes mismos y entre estos y sus afiliados.
- Posibilidad de alineamiento de los médicos de atención primaria con el subsector público.
- “Efecto Frankenstein” para el subsector privado: creación de un ente que asuma irreversiblemente la gestión de coberturas médico-asistenciales que recurren en la actualidad casi exclusivamente a prestadores privados.

5 FUERZAS DE PORTER

Según la clásica visión de Michael Porter (2008), identificamos las siguientes fuerzas en pugna con la red por posicionamiento competitivo en el mercado:

Gráfico 19 – Las 5 fuerzas de Porter



Fuente: Adaptado de Porter (2008).

Rivalidad y competencia del mercado

No hay en la provincia una red que articule servicios con una cobertura comparable en distribución geográfica y complejidad, a la que se obtendrá de acoplar las ofertas prestacionales de ambos subsectores.

Amenaza de nuevos competidores

La futura competencia podrá provenir de otras redes integradas tanto por los propios componentes de la aquí propuesta –en demanda de mayor poder o beneficio– como de quienes hubieren quedado excluidos de ella.

Amenaza de nuevos productos o servicios

Tratándose de servicios que mayoritariamente requieren infraestructura instalada y personal calificado disponible en el lugar y momento de la prestación, no se prevé a corto o mediano plazo la irrupción de competencia bajo formatos radicalmente diferentes. Esto no implica ignorar la aceleración en la centralización y descentralización de procesos vía internet.

Poder de negociación de los proveedores

Los proveedores o prestadores podrán ejercer presión por medio de sus respectivas entidades corporativas, cuyas autoridades –previsiblemente– intentarán mantener protagonismo en la discusión de aranceles y condiciones de pago.

Poder de negociación de los clientes

- Los principales clientes serán entidades prestatarias de carácter nacional o provincial, con un poder de negociación derivado de su mayor o menor presencia en el mercado.
- También debe preverse una presencia creciente de asociaciones de beneficiarios o pacientes que los representen colectivamente.
- La conducción operativa unificada de prestadores públicos y privados comportará para los clientes un importante contrapeso a la hora de negociar.

CONTRIBUCIONES AL EQUILIBRIO FUNCIONAL

Retomando las condiciones que hemos planteado inicialmente para la obtención de cierto equilibrio básico frente a la natural oposición de intereses entre los actores de la cobertura médico-asistencial, las analizamos a continuación en relación con el modelo que hemos presentado:

Accesibilidad

La injerencia de los prestadores en la gestión de la red puede provocar dos efectos positivos en el acceso a la oferta prestacional:

- Amplia cartilla de prestadores, con significativa participación de los propios accionistas.
- Freno al cobro de adicionales indebidos, al quedar la actuación de cada profesional bajo múltiple escrutinio.

Efectividad

La visión integral de la atención brindada a la población-objetivo permite a cada coordinador orientar la prestación en torno a las prioridades definidas y en pos del cumplimiento de las metas sanitarias previstas.

Eficiencia

El control entre partes y pares censura el gasto superfluo (el ajeno, al menos). En virtud de la simple oposición de intereses, al afectarse el presupuesto disponible para la propia prestación y –a posteriori– el valor de la tenencia accionaria, cada quien tiene un genuino incentivo para supervisar la actuación de sus colegas.

Justiprecio

El prestador/accionista puede interiorizarse de las posibilidades y restricciones presupuestarias de la red a través de dos o más interlocutores: el director que representa su tenencia accionaria y el coordinador de cada población-objetivo a la que presta servicios. Este intrínseco conocimiento debería aportar a la negociación de aranceles una razonabilidad mayor que la entablada entre contrapartes sin otra vinculación.

Suficiencia

Tanto si asume el rol del financiador como si lo hace como mero comprador, la red debe necesariamente ajustar las erogaciones a sus ingresos en un proceso continuo e interactivo de presupuesto, ejecución y negociación con clientes y proveedores. Acude frente a los primeros en representación concreta de una importante porción de los segundos, a la vez que mantiene con estos últimos un continuo intercambio de criterios y valoraciones por intermedio de los directores y coordinadores.

Oportunidad

Existiendo transparencia en la información sobre los movimientos pecuniarios, los plazos de pago asumidos con los proveedores pueden sincronizarse prudentemente con la entrada de fondos líquidos.

TESTEO EXTERNO

Tratándose de un modelo cuya comprobación empírica, en cuanto a viabilidad y mérito, excede las posibilidades prácticas de una simulación u otro experimento controlado, hemos optado por exponerlo ante informantes claves vinculados con la actividad sanitaria y/o empresarial (profesionales, funcionarios, gerentes, docentes, etc.) y recabar sus opiniones a través de entrevistas individuales seguidas de una encuesta. Planteamos esta última herramienta con carácter general para asegurar consistencia y evitar sesgos en la evaluación de aspectos esenciales de la propuesta.

En este punto seguimos básicamente el abordaje metodológico del antropólogo canadiense Marc-Adélar Tremblay, si bien invirtiendo la secuencia para obtener de la encuesta información demostrativa del disenso o la aprobación en aspectos específicos del modelo propuesto y no como insumo para construirlo a partir de ella. Este autor propone encuestar a informantes claves en un "intento sistemático por cubrir completamente el tópico bajo análisis... realizando un muestreo selectivo de conocimiento especializado" (Tremblay, 2009, p. 689,

traducción propia). Considera que con esta metodología "aunque el énfasis está en los aspectos cualitativos, es posible obtener también valiosa información cuantitativa" (Tremblay, 2009, p. 688, traducción propia).

INFORMANTES CLAVES

La nómina de participantes del testeo externo está detallada en la nota 6 del anexo II. En el cuadro 10 de ese mismo anexo se extractan sus ámbitos de actuación –actual o pretérita– en cuanto a rubro de actividad y territorio, mientras que las respectivas formaciones académicas son reflejadas en el cuadro 11.

La diversidad de profesiones, especialidades, emplazamientos geográficos y posiciones desempeñadas –algunas identificadas o estrechamente vinculadas con los intereses del prestador, del financiador, del comprador o del beneficiario– avalan la calificación de los informantes y la pluralidad de sus perspectivas.

ENTREVISTAS REALIZADAS Y OBSERVACIONES OBTENIDAS

Proporcionamos copia de la propuesta a los informantes claves, mantuvimos con ellos entrevistas en profundidad –presenciales o a distancia– y en algunos casos enfatizamos los aspectos esenciales mediante una presentación en Microsoft PowerPoint™ con intercambio de preguntas y respuestas. Otros consultados, en razón de la distancia geográfica, dificultades para coordinar la conexión audiovisual o bien por simple preferencia, cursaron sus consultas, inquietudes y comentarios en correos electrónicos, *chats* o mensajes de texto.

A continuación condensamos y compendiamos por afinidad temática las distintas observaciones, sugerencias y advertencias recibidas, mencionados en cada caso la cantidad de entrevistados que las han referido. Las exponemos como aserciones, lo cual no implica necesariamente adhesión a lo reseñado: precedidas por las siglas "NC", formulamos nuestras consideraciones en el párrafo final del desarrollo correspondiente a cada observación.

Transcribimos textualmente algunos comentarios que a nuestro entender así lo ameritan, aun cuando mantenemos reserva de la autoría.

Interferencias políticas condicionantes o inhabilitantes del funcionamiento de la red

(5 entrevistados)

La política influirá negativamente sobre el accionar de los integrantes tanto públicos como privados. Dos entrevistados creen que los previsibles escollos de carácter político obstan a la

viabilidad misma de la propuesta. Para otro entrevistado, esta propuesta se trata de “una herramienta más, siempre subordinada a la política”.

NC: En primer término, en las limitaciones al alcance de la investigación anticipamos que no encararíamos la problemática relacionada con la obtención de consensos necesarios para una eventual puesta en práctica del modelo desarrollado. En segundo lugar, entendemos que el impacto distorsivo de la política podría resultar atenuado por efecto de la distribución del poder de decisión en el órgano administrativo, el contralor por sindicatura, la asignación de responsabilidades por población-objetivo y la adjudicación del capital a los propios prestadores.

Sometimiento a vaivenes políticos

(1 entrevistado)

El desenvolvimiento de la organización requiere planeamiento, coherencia y –si se obtienen los resultados deseados– continuidad, con un horizonte temporal que excede el mandato de quienes designan a los directores del sub-sector público. Esto puede originar los abruptos cambios de rumbo, marchas y contramarchas que con tanta frecuencia se observan en gestiones dependientes de la política.

NC: Aun reconociendo el impacto negativo de la caducidad de objetivos y directivas en emprendimientos de esta naturaleza, asegurar la estabilidad para los directores y el mantenimiento de sus iniciativas expondría a la organización a contingencias más graves que las derivadas del recambio político.

Fuerte influencia de distintos grupos de interés

(5 entrevistados)

Las asociaciones que nuclean a los prestadores de ambos subsectores –público y privado– así como sindicatos, laboratorios farmacéuticos, cámaras o asociaciones de prestadores y proveedores, grupos financieros, partidos políticos, etc. tienen históricamente un peso decisivo el mantenimiento del *statu quo*.

Un entrevistado vaticina que «el personal de salud, profesional y no profesional, va a salir a la calle ‘en defensa del hospital público’, al que pretenden ‘privatizar’».

Otro califica al modelo como “ideal” en una doble acepción próxima a la utopía: con características casi óptimas pero de muy difícil puesta en práctica por la acción de tales grupos de interés.

Un tercero sostiene que “El modelo apunta a eficiencia y transparencia: dos factores que pueden afectar los ingresos de muchos que se encuentran en el sistema. Eficiencia y transparencia van a obligar a muchos a reconvertirse y van a expulsar a otros del sistema.

Estos se van a constituir en las amenazas más fuertes. A su vez, entidades gremiales de todo tipo podrán ver afectados sus cotos de caza y de poder”.

NC: No resulta sencillo modificar este escenario. Se requiere firme convicción y respaldo, acompañados por una hábil negociación. A su vez, el modelo no se extiende a la gestión interna de cada prestador, por lo que cabe rebatir cualquier posible imputación de injerencia privatizadora.

Análisis de intereses de los actores

(1 entrevistado)

Se recomienda un mapeo de los intereses de los actores (*stakeholders mapping*) para definir con precisión los incentivos necesarios para motivarlos a participar en forma sostenida y continua. Sugiere incluir el de actores como PAMI, PROFE, Remediar y el Plan Nacer, entre otros, así como también programas de salud provinciales o municipales.

NC: Vemos al análisis sugerido como un paso muy apropiado y previo a la negociación de cobertura para tales entes o programas potencialmente prestatarios. Sin perjuicio de ello:

- Consideramos que los atributos a los que apunta el modelo (efectividad, eficiencia, accesibilidad, equilibrio funcional, etc.) son deseables en común para todos los actores antes mencionados.
- La definición de incentivos requeriría identificar los que Levy (2014) –en su enfoque sobre posicionamiento relativo– denomina *atributos valorados* por el cliente, analizando a cada posible prestataria y sus beneficiarios, y proponiendo a su respecto un conjunto de inferencias y suposiciones. Consideramos que tal desarrollo rebasaría los objetivos de esta investigación.
- El mismo razonamiento puede caber con relación a potenciales prestadores-accionistas en favor de descifrar qué expectativa podría incitarlos a participar del emprendimiento. Hemos presentado una figurada “disección” de su función de utilidad (p. 23) como guía para escoger y diseñar mecanismos de pago y de control, a la vez que anticipamos un incentivo para la tenencia accionaria fundado en la defensa de los propios intereses mediante la elección del director que los represente.

Descrime en favor de los establecimientos privados

(1 entrevistado)

Los profesionales que prestan servicios en ambos subsectores y tienen intereses en establecimientos privados probablemente direccionen a estos los casos más rentables y dejen en el hospital público aquellos de alto costo y escasa retribución (“caños” en la jerga médica).

NC: Para prevenir situaciones como la advertida tendrán primordial importancia las fórmulas de pago que se adopten, procurando que resulten lo más proporcionadas posibles al costo afrontado por un prestador eficiente.

Selección de prestadores por parte de algunas entidades prestatarias

(1 entrevistado)

La empresas de medicina prepaga y algunas obras sociales probablemente desearán delimitar selectivamente los servicios de la red a contratar, lo que no necesariamente incluirá a la totalidad de prestadores de la red.

NC: Cada contratación de cobertura especificará menú prestacional y cartilla de efectores, con las adhesiones o ratificaciones de los prestadores interesados. La pertenencia a la red no veda al prestador la posibilidad de contratación directa –sin intervención de la red– ni le impone la obligación de brindar servicios a la totalidad de entidades prestatarias con las que la red comprometa cobertura. A la inversa, tampoco obliga a las entidades prestatarias de contratar con la totalidad de prestadores integrantes de la red.

Preferencia del cliente de prepaga por la atención privada

(1 entrevistado)

Si bien lo que se da en llamar “hotelería”, “amenidades” y “cosmética” del servicio no suelen ser puntos fuertes en la atención en establecimientos públicos, con frecuencia su aparatología y celeridad de interconsulta especializada repercuten en una mayor capacidad de resolución de patologías.

NC: Con adecuadas acciones de marketing los prestadores públicos pueden lograr que el paciente o sus familiares perciban y valoren adecuadamente esos atributos de la prestación, sin perjuicio de encarar mejoras en los aspectos primero señalados.

Herramienta para una articulación previamente acordada

(1 entrevistado)

El modelo puede ser útil para materializar la vinculación entre prestadores de ambos subsectores en tanto exista en ellos verdadera voluntad de interactuar. No fomenta esa decisión; la toma como punto de partida.

NC: Entendemos que además proporciona a los prestadores —fueren públicos o privados— ciertos incentivos susceptibles de tornar atractiva la participación.

Audiencia pública previa

(1 entrevistado)

Se hace hincapié en este requisito basado en el marco lo que identifica como tendencia actual hacia “formas semidirectas de democracia que aportan a un debate más robusto de las cuestiones que se consideran más sensibles para la sociedad”.

NC: Reafirmamos lo expresado respecto de haber excluido de la investigación las cuestiones atinentes a la obtención de consensos externos a la organización. Aun así, interpretamos que las instancias de evaluación que estamos proponiendo resultan muy anteriores a un hipotético acceso al ámbito de deliberación insinuado.

Irrelevancia frente a los derechos de los beneficiarios

(1 entrevistado)

Muy versado en la interposición de recursos en salvaguarda de derechos de pacientes y beneficiarios, el informante considera que la introducción de esta red entre las entidades de cobertura y los prestadores no altera –ni a favor ni en contra– la posibilidad de obtener acceso a los servicios frente a una hipotética renuencia a brindarlos.

NC: Tal neutralidad enerva al menos un potencial argumento de oposición.

Masa crítica con alguna obra social o programa para iniciar el funcionamiento

(2 entrevistados)

La constitución misma de la entidad queda supeditada, en términos prácticos, a la posibilidad cierta de brindar cobertura a un padrón inicial de cierta importancia. Para la Dra. Courtade un conjunto o *pool* de obras sociales sindicales con padrones reducidos en la provincia podría obrar como prueba piloto para el modelo.

NC: Sin una población beneficiaria concreta a la que prestar servicios, la constitución e integración de la red resultarían abstractas e impracticables.

Definición de pautas para el financiamiento

(1 entrevistado)

Se considera a dicha determinación como clave para la participación del capital privado.

NC: En las limitaciones al alcance de la investigación manifestamos que no propondríamos mecanismos para financiamiento de la cobertura médico-asistencial. Consideramos que si bien la “masa crítica” inicial comentada en el punto previo resulta imprescindible para la constitución e integración de la red, el hecho de que dichos recursos provengan de programas especiales, seguros públicos de salud, rentas generales u otras fuentes influye más en la perspectiva de continuidad y volumen de trabajo para potenciales accionistas que en la viabilidad jurídica u

operativa de su participación: fuentes más estables e importantes sin duda tornarían más atractiva la inversión.

Requisito de previsibilidad sobre el giro empresarial

(1 entrevistado)

Para lograr que el prestador invierta recursos en capital de la sociedad es necesario dotar de un marco de sustancial previsibilidad al giro empresarial de la entidad. De lo contrario la adquisición de acciones podría ser vista como una apuesta riesgosa a la cual el profesional médico –en particular– tiene natural aversión.

NC: Es por ello que prevemos que el prestador sea también accionista y participe como tal en la vida institucional del ente, particularmente en la elección de un director a través del cual defender sus intereses.

Alteración radical del sistema de salud provincial

(1 entrevistado)

En el supuesto de tomar a cargo la atención de beneficiarios de una obra social provincial, la red impondría un cambio medular en el funcionamiento de los servicios médico-asistenciales de la jurisdicción donde intervenga.

NC: Entendemos que la atención de la red a beneficiarios de la obra social provincial implicaría que una porción importante de recursos hospitalarios pase a subsidiar la demanda en lugar de la oferta.

Ensamble de la red con el sistema de salud

(1 entrevistado)

El modelo debería prever las estructuras o áreas funcionales que permitan gestionar y articular la atención del paciente como beneficiario de derechos más amplios que los susceptibles de satisfacer por la red, conectándolo así con los restantes componentes del sistema de salud, como ser: prevención de patologías; prevención, tratamiento y rehabilitación de adicciones; atención de discapacidad, salud mental, salud bucodental y siniestros laborales; etc.

NC: La red habrá de contar con estructuras, más allá de las básicas representadas en el organigrama elemental del gráfico 14, a cargo de funciones que componen *procesos de soporte* en las cadenas de valor (como los expuestos en los gráficos 17 y 18), particularmente en lo que a la vinculación institucional, a la atención de reclamos y al análisis jurídico concierne. Sin perjuicio de lo dicho es conveniente señalar que tal diseño organizativo requeriría previamente una definición aproximada del menú de cobertura a prestar por la red, de modo de identificar

qué servicios externos a ella requieren una coordinación que posibilite al beneficiario recibir una atención continua, con prescindencia de a quién corresponda solventarla.

Posible primer paso hacia una integración del sistema de salud

(1 entrevistado)

Se considera a que un modelo de las características propuestas podría constituir el puntapié inicial para la progresiva integración de los actores del sistema de salud.

NC: Interpretamos lo expresado como una hipótesis a la vez prudente y optimista.

Aptitud para instrumentar la Cobertura Universal de Salud (CUS)³³

(1 entrevistado)

La red propuesta constituiría un vehículo para facilitar el acceso de beneficiarios de esa cobertura –aun en ciernes– a una oferta prestacional amplia e integral.

NC: En caso de concretarse tal iniciativa y requerirse la intervención de la red, los beneficiarios tendrían a su alcance más infraestructura y con desempeños mejor articulados.

Complejidad

(2 entrevistados)

El modelo no es sencillo de transmitir ni de llevar a la práctica. Uno de los entrevistados lo considera de difícil comprensión para el común de los profesionales sanitarios.

NC: En el análisis FODA hemos señalado a la complejidad como una posible debilidad del modelo, sin perjuicio de lo cual entendemos que la búsqueda del ya referido *equilibrio funcional básico* no admite soluciones sencillas. El ajuste entre las funciones de utilidad de los actores demanda un conjunto de previsiones de carácter normativo-institucional que acoten comportamientos individuales y les otorguen cierta previsibilidad.

³³ Aprobada por resolución 475/2016 del Ministerio de Salud de la Nación y financiada según decreto 908/2016, como estrategia encaminada a:

- Identificar, nominalizar y documentar beneficiarios.
- Mejorar determinantes sociales de salud.
- Desarrollar, equipar y poner en valor a efectores públicos de salud.
- Fortalecer y modernizar el sector público de salud.
- Emprender acciones de atención primaria de la salud.
- Desarrollar y optimizar redes integradas de servicios de salud.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Fortalecer los recursos humanos en salud.
- Realizar actividades de promoción y protección de la salud y medicina preventiva.

Confrontación de culturas

(4 entrevistados)

En entrevistas separadas, estos consultados manifiestan escepticismo por nuestro intento de amalgamar culturas que consideran escasamente compatibles.

Un entrevistado pone de relieve lo dificultosa que resultaría “la armonización de la cultura filantrópica de oficina pública de los hospitales, con la de PyME tipo taller —sin cultura empresaria— de los socios de los sanatorios privados”.

Otro advierte lo que él denomina una “disociación esquizoide entre burocracia y materialismo”: la misma persona que se desempeña en el hospital sumido en una trabada estructura burocrática, labora en forma particular persiguiendo aceleradamente su ganancia. Sostiene también que “la gente en general sabe que la calidad de la atención es equivalente o mejor en el sector estatal que en el privado, pero atenderse en él es una señal de ascenso social. Los esquizoides no son solamente los prestadores, sino la imagen del imaginario colectivo”.

NC: Entendemos que superar esa dicotomía público-privada es precisamente uno de los mayores desafíos de esta propuesta.

Primacía de la condición de prestador sobre la de accionista

(3 entrevistados)

El profesional persigue sus honorarios como ingreso seguro y propio sin interesarse mayormente por dividendos de cobro incierto y distribución general.

Un entrevistado evoca el generalizado fracaso de aquellas entidades intermedias que en los '90 intentaron gerenciar convenios con obras sociales, así como también los conflictos enfrentados actualmente por colegios médicos que administran sus propios planes prepagos, difícilmente percibidos como “propios” por los profesionales asociados y con objetivos disociados en la práctica.

NC: Ratificamos lo dicho sobre el particular al tratar específicamente la cuestión (pág. 45 y 46) admitiendo tal preponderancia como “congénita” y apuntando más a la aversión del accionista a perder el valor invertido que a su expectativa de obtener dividendos. Hemos señalado allí al valor patrimonial proporcional —consecuencia de los aportes, resultados y dividendos— como importe a recuperar en caso de liquidarse la sociedad, aspecto no menor a ser considerado por el accionista-prestador.

Compromiso (*trade-off*) entre objetivos económicos y sanitarios

(1 entrevistado)

Se enfatiza la necesidad de balance entre tales objetivos y se plantea la necesidad de definir los criterios con que se administrará esta problemática.

NC: Aun en la convicción de que la divergencia entre unos y otros puede tomarse como axiomática, rescatamos situaciones –como la prevención o la detección precoz de patologías– en que la efectividad suele ir de la mano con la eficiencia, y ésta puede implicar rentabilidad para la el financiador, para el prestador o para ninguno de ellos, dependiendo de los mecanismos de pago concertados entre la entidad prestataria, la red y el prestador. De cualquier modo el balance entre objetivos económicos y sanitarios estará condicionado por el juego de poder y coaliciones en el directorio, por las metas y pautas que se impongan a cada coordinador de población-objetivo, y por la gestión que estos desarrollen con los recursos asignados.

Trascendencia del coordinador de población-objetivo y escasez de profesionales idóneos para la función

(1 entrevistado)

El coordinador de cada población-objetivo es un actor protagónico y de su gestión depende en gran medida el éxito o el fracaso de la atención prestada al padrón a su cargo. Debe ser a la vez médico, líder y gestor, y tal combinación no resulta sencilla ni frecuente.

NC: Existen, sin embargo, facultativos con autoridad técnica y reputación que además han recibido formación en gestión empresarial y/o cuentan con experiencia práctica al frente de un establecimiento. Esto parece satisfacer mínimamente el perfil buscado para tan importante rol. Lograr su participación y su necesaria inhibición como prestador de la red requerirá una retribución acorde, lo cual representará un costo de agencia y de transacción a considerar.

Definición del perfil técnico del coordinador de población-objetivo

(1 entrevistado)

La ya referida trascendencia del coordinador de población-objetivo impone asegurar, además de su especialidad y experiencia médica, su competencia técnica en gestión o administración. La fijación objetiva de requisitos en tal sentido podría prevenir que primen otros criterios para su designación.

NC: Al proponer esta figura hemos señalado que “A fin de asegurar tal competencia pueden preverse en el reglamento los criterios y procedimientos a emplear en la selección”. Bien podría establecerse allí como requisito una formación de posgrado (diplomatura, especialidad o maestría) en gestión o administración.

Dificultades para liderar a los coordinadores en caso de gerente no médico

(1 entrevistado)

El ejercicio de autoridad sobre los médicos resulta difícil para alguien de otra profesión.

NC: Ya hemos comentado acerca del “escudo blanco” al exponer la necesidad de que cada coordinador sea médico (ref. 29 en pág. 49), sin perjuicio de lo cual pueden observarse con frecuencia organizaciones asistenciales (entidades prestatarias y establecimientos prestadores) donde ejecutivos y gerentes generales de otras profesiones tienen autoridad jerárquica o lineal sobre médicos designados al frente de gerencias, subgerencias o jefaturas.

Concentración de poder en la figura del presidente

(1 entrevistado)

El poder de veto del presidente y su presumible avenencia con el vicepresidente acotan significativamente la viabilidad de una resolución de directorio opuesta a los intereses de los representantes de sector público.

NC: Esta restricción se corresponde con la potestad de rectoría aludida en el objetivo general y en las limitaciones al alcance de la investigación.

Importancia de las condiciones éticas y técnicas del presidente

(1 entrevistado)

Las amplias facultades del presidente tornan necesaria la designación de una persona con cualidades no demasiado frecuentes.

NC: Coincidimos en la observación, recordando sin embargo dos aspectos importantes de la propuesta: la actuación del Estado en minoría relativa dentro del directorio (aun considerando su facultad de veto) y el contralor por parte del síndico.

Prevención de actos de corrupción

(2 entrevistados)

El modelo puede propiciar la corrupción si al tiempo de su formación y ejecución no se establecen mecanismos de control eficiente. Anticipando un afianzamiento nocivo de estructuras de poder, una entrevistada propone que el presidente tenga vedada la reelección.

NC: Entendemos la necesidad de diseñar mecanismos de control que prevengan desempeños corruptos, como en toda organización que administre recursos. Prevedemos a la sindicatura como órgano fiscalizador y –en el día a día– un predominio de controles por oposición de intereses entre partes y pares.

Asimismo parece sensata y atendible la propuesta de inhibir la reelección del presidente.

Accreditación de los establecimientos y auditoría externa de las prestaciones

(1 entrevistado)

En relación con la primera cuestión, se juzga necesario asegurar un piso de calidad en los establecimientos prestadores mediante procesos de acreditación³⁴ conducidos por organizaciones de reconocida solvencia técnica. Menciona como referencia al Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES).

Respecto de lo segundo, considera que la intervención de auditores médicos externos a la organización introduciría una barrera a acciones de influencia de los prestadores y simplificaría en gran medida la labor de los coordinadores.

NC: Cuando tratamos la temática concerniente a procesos y cadenas de valor para el paciente, nos referimos a requisitos de habilitación profesional o edilicia necesarios para la pertenencia a la red, así como al desenvolvimiento de determinados procesos operativos normalizados. Estos requisitos deberán guardar relación con las posibilidades de oferta prestacional. La institución mencionada por el consultado, al describir en su página web (<http://www.itaes.org.ar/SeccionAcreditacion.aspx?secId=6>) el proceso de acreditación que desarrolla, dice:

Considera desde la planta física y el equipamiento hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido –accesible y real– y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución.

En consonancia con este criterio y con el asesoramiento especializado al que pueda accederse, la calidad de oferta prestacional que habrá de validarse estará comprendida entre la *deseable* y la *suficiente*, dependiendo del contexto.

En cuanto a la auditoría médica de las prestaciones, la tercerización es una alternativa plausible con pros y contras de necesaria evaluación.

Ambas sugerencias deberán ser sopesadas considerando las posibilidades y restricciones económico-financieras de la organización.

Estímulo a la competencia

(3 entrevistados)

Un entrevistado alienta la introducción de competencia en la provisión pública de servicios, otro pondera la idea de una “autosuperación competitiva” y el tercero celebra el desenvolvimiento de “competencias justas y motivadoras entre los distintos sectores de la salud”.

³⁴ Aprobación obtenida en una evaluación normada de infraestructura y funcionamiento.

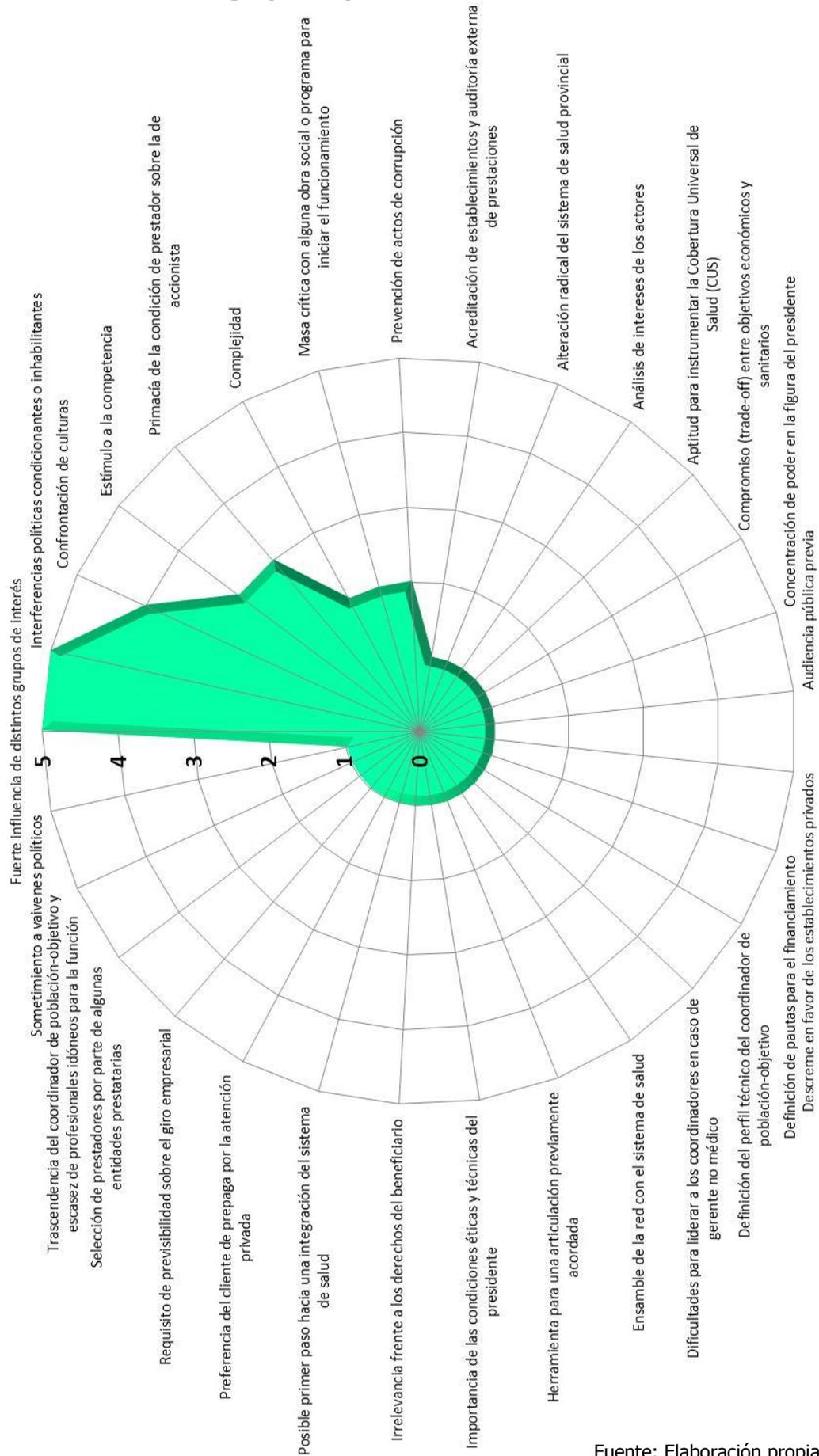
NC: Adherimos a las consideraciones respecto de la motivación derivada de la competencia que el modelo supone. No obstante, la percepción de justicia o injusticia de esa competencia resultará en todos los casos marcadamente subjetiva, dependiendo en gran medida de quién, desde qué posición y con qué ánimo la evalúe.

En el gráfico 20 de la página siguiente exponemos, cuantificadas y agrupadas por afinidad temática, las observaciones, sugerencias y advertencias recibidas en las entrevistas mantenidas con los informantes claves.

Breve acotación sobre las entrevistas a profesionales de atención especializada

Habiendo encuestado a médicos especialistas en cardiología, nefrología, oftalmología, psiquiatría, diagnóstico por imágenes y farmacología, a un bioquímico y a un kinesiólogo, cuyas profesiones o especialidades confinarían las hipotéticas tenencias accionarias a títulos de clase «D» y a la elección conjunta de un único director, ninguno de ellos reivindicó ni consideró menester para sus pares una mayor representación en los órganos de gobierno y administración.

Gráfico 20 – Cuantificación de observaciones, sugerencias y advertencias agrupadas por afinidad temática



Fuente: Elaboración propia.

ENCUESTA

Estructura

En relación con distintas condiciones necesarias –aunque no suficientes– para la viabilidad del modelo propuesto, y con acento en aquellas expuestas como requisitos para que la cobertura alcance cierto equilibrio funcional, elaboramos una serie de enunciados respecto de los cuales cada informante pudiera expresar su grado de adhesión (desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo) según la habitual escala Likert. No obstante, y bajo la modalidad de encuesta semiabierta, invitamos a los participantes a identificar, incorporar (en líneas vacantes) y evaluar (con idéntica escala) aspectos positivos y negativos adicionales a los originalmente previstos en el formulario de escrutinio.

En beneficio de una mayor predisposición del consultado a participar, no indagamos allí las razones de cada contestación: lo contrario habría generado hastío o reticencia a causa del tiempo extra insumido.

La encuesta fue diseñada con aplicación de una escala Likert sobre el *grado de adhesión* a distintos enunciados, previendo las siguientes categorías y asignación de valores:

- Muy en desacuerdo: -2
- En desacuerdo: -1
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 0
- De acuerdo: +1 en aspectos positivos y -1 en aspectos negativos
- Muy de acuerdo +2 en aspectos positivos y -2 en aspectos negativos

El esquema 6 del anexo I ejemplifica el mecanismo empleado para calcular la media (aritmética) ponderada de los puntajes asignados a las respuestas obtenidas, en ese caso, para el enunciado de un aspecto considerado como positivo.

Confidencialidad

Como condición previa a la encuesta comprometimos absoluta reserva respecto de las respuestas individuales vertidas, procesando estadísticamente los puntajes emergentes sin posterior identificación.

Abstención

En vista de que los encuestados pudieran no estar relacionados o familiarizados con cada una de las cuestiones evaluadas, no los exhortamos a expedirse necesariamente respecto de la totalidad de enunciados incluidos en el formulario. Más aún: uno de los entrevistados (el Dr. Hugo Arce) optó por apartarse de la estructura de la encuesta y apuntar observaciones

conforme fueron surgiendo espontáneamente en el transcurso del diálogo mantenido, y otro entrevistado (el Dr. Mario Midón) se enfocó exclusivamente en el ejercicio de los derechos del beneficiario y su exigibilidad ante la red y las entidades de cobertura. Ambos aportes, como consecuencia de esto, quedan reflejados únicamente en el apartado anterior.

Instancia de sondeo

La encuesta resultó *ex post*, conclusiva de la entrevista o del intercambio de comunicaciones y –por consiguiente– sin oportunidad para aclaraciones posteriores o repreguntas. Si bien esta modalidad vedó conocer en forma sistemática los fundamentos de cada respuesta –no inquiridos en el formulario por motivos que explicamos– allanó la contestación y la despojó de condicionamientos: resignamos alguna información a cambio de que no se escatimaran respuestas y de evitar que estas terminaran, en alguna medida, indebida e involuntariamente alineadas con nuestra posición.

Resultados

Analizamos las respuestas obtenidas del sondeo sin ánimo de inferir conclusiones para un universo de opinión más amplio, sino identificando y ponderando concretamente aquellas características del modelo que –desde las perspectivas de esos calificados informantes– mayor aprobación, duda, preocupación o rechazo concitan.

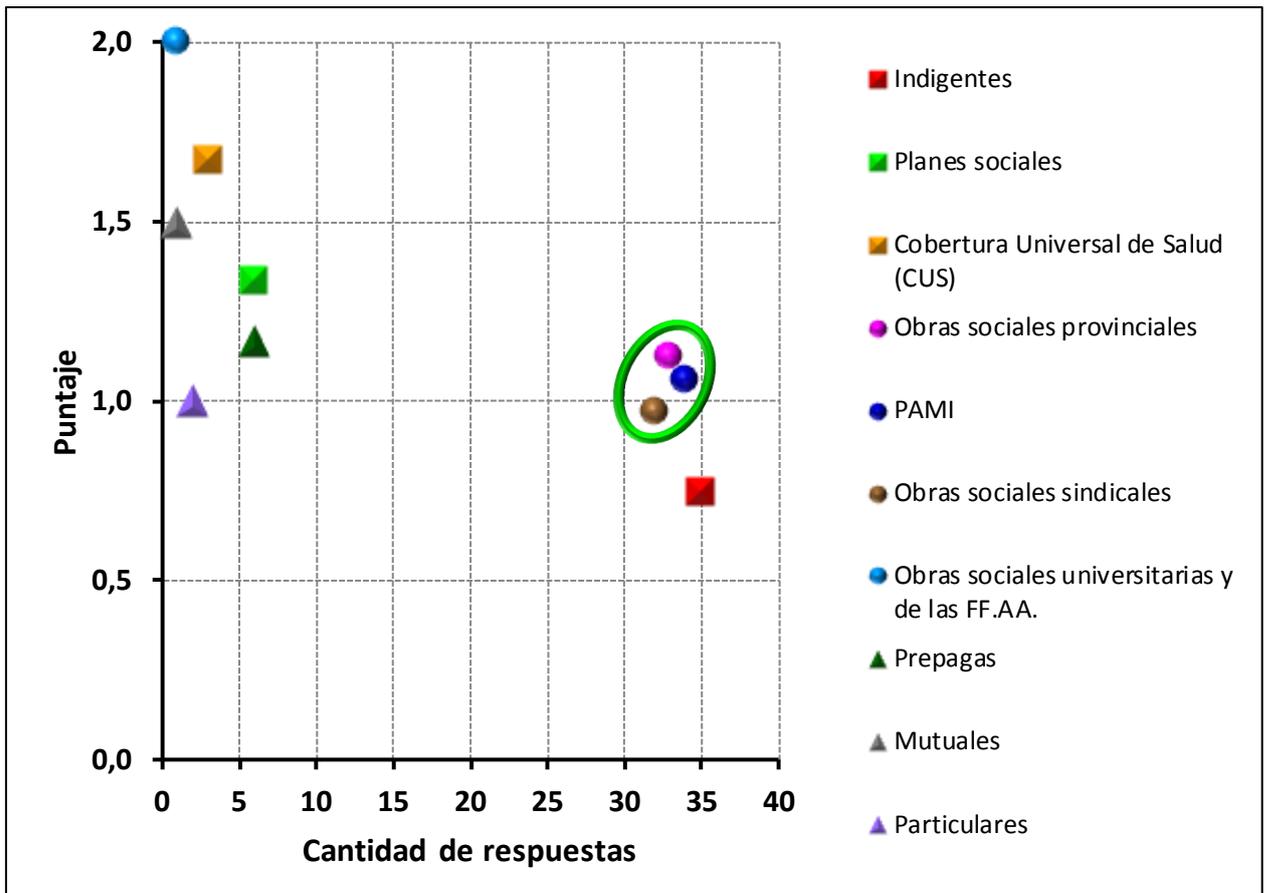
En el cuadro 1 se totalizan las respuestas obtenidas para los distintos grados de adhesión a cada enunciado conforme a lo ya referido, así como los puntajes previstos y obtenidos.

El puntaje promedio asignado³⁵ (μ), el grado de adhesión más próximo a él, la dispersión expresada como desvío estándar (σ) y la cantidad de respuestas obtenidas para cada enunciado evidencian la mayoritaria percepción entre los encuestados de que el modelo propuesto:

- Resulta potencialmente aplicable a la atención de beneficiarios de las siguientes entidades financiadoras, conforme se resalta en el gráfico 21:
 - ✓ Obras sociales provinciales [$\mu = 1,09$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,9$ en 32 respuestas]
 - ✓ El PAMI [$\mu = 1,06$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 1$ en 33 respuestas]
 - ✓ Obras sociales sindicales [$\mu = 0,97$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,9$ en 31 respuestas]

³⁵ Conforme a los valores y categorías ya especificados en el apartado "Estructura de la encuesta".

Gráfico 21 – Evaluación de la aplicabilidad del modelo a la atención de pacientes con distinta financiación



Fuente: Elaboración propia.

Además, y como representamos en el gráfico 22:

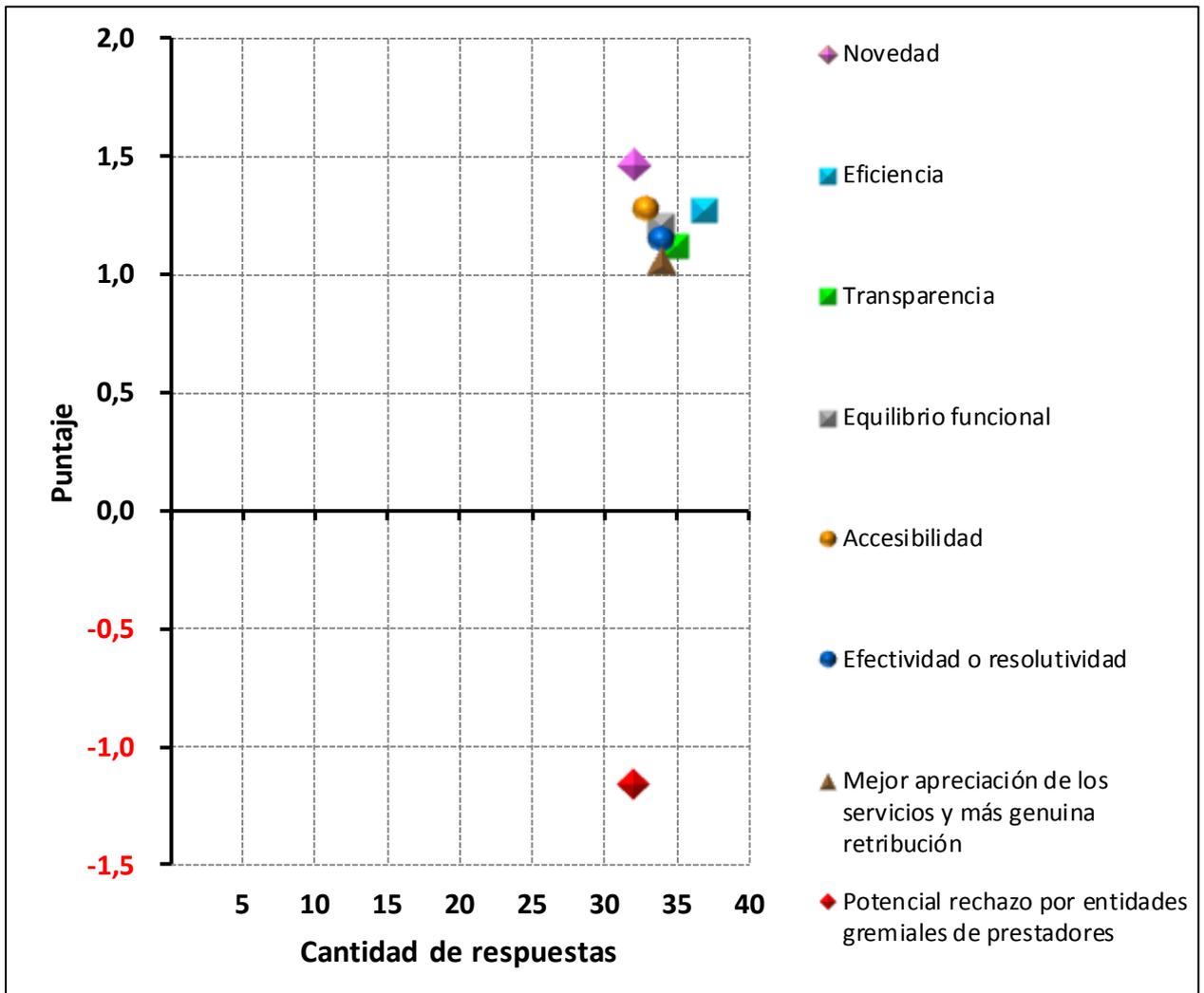
- Tiene características novedosas
[$\mu = 1,47$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,6$ en 32 respuestas]
- Promueve los siguientes atributos en la gestión de la cobertura médico-asistencial:
 - ✓ Eficiencia [$\mu = 1,27$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,8$ en 37 respuestas]
 - ✓ Transparencia [$\mu = 1,11$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,7$ en 35 respuestas]
 - ✓ Equilibrio funcional [$\mu = 1,21$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,8$ en 34 respuestas]
- Incentiva los siguientes atributos de la atención:
 - ✓ Accesibilidad [$\mu = 1,27$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,6$ en 33 respuestas]
 - ✓ Efectividad o resolutivead [$\mu = 1,15$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,7$ en 34 respuestas]
- Posibilitaría una mejor apreciación de los servicios asistenciales y su más genuina retribución³⁶. [$\mu = 1,06$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,7$ en 34 respuestas]

³⁶ Este aspecto se resume en el *justiprecio* que anteriormente habíamos señalado como condición necesaria (aunque no suficiente) para el equilibrio funcional básico de una cobertura.

- No obstante lo reseñado en el punto previo, provocaría rechazo en las entidades gremiales representativas de los profesionales y establecimientos.³⁷

[$\mu = -1,16$ puntos: de acuerdo, con $\sigma = 0,8$ en 32 respuestas]

Gráfico 22 – Evaluación de otros aspectos presentes en el modelo o incentivados por él



Fuente: Elaboración propia.

Existen otros aspectos señalados como positivos o negativos con frecuencia bastante menor, algunos ampliados fuera de la encuesta y recopilados –por ende– en el apartado previo. Los mencionamos seguidamente:

- [+] Idoneidad para obras sociales universitarias y de las fuerzas armadas, mutuales, planes sociales, particulares, prepagas, seguros de salud internacionales y la Cobertura Universal de Salud (CUS), según ya pudo observarse en el gráfico 21.
- [+] Promoción –en la gestión de la cobertura– de:
 - ✓ Economías de escala.

³⁷ Naturalmente más predisuestas a la reivindicación arancelaria que al equilibrio funcional.

- ✓ Equidad.
- ✓ Longitudinalidad.³⁸
- ✓ Ensamble de equipos.
- ✓ Aprovechamiento integral de los recursos.
- ✓ Oferta prestacional.
- ✓ Seguridad jurídica.
- ✓ Posibilidad de definir estrategias.
- ✓ Integración en el sistema de salud.
- Incentivación –en la atención de los prestadores– de:
 - ✓ [+] Competitividad.
 - ✓ [+] Complementariedad.
 - ✓ [+] Especialización.
 - ✓ [+] Jerarquización.
 - ✓ [+] Calidad percibida o satisfacción.
 - ✓ [+] Eficiencia.
 - ✓ [+] Control recíproco.
 - ✓ [+] Reducción de costos.
 - ✓ Ocultamiento de información.
 - ✓ Comportamiento corporativo y/o conducta hegemónica.
 - ✓ Descreme de pacientes en favor de los establecimientos privados.
- [+] Cambio radical en el enfoque de la interacción entre el prestador y el financiador.
- [+] Trazabilidad del proceso y conocimiento por sus integrantes.
- [+] Auditoría externa de la gestión.
- Complejidad.
- Dificultad de implementación.
- Escasa capacidad del Estado para alcanzar objetivos sanitarios.
- Conflictividad intersectorial y en las coaliciones internas.
- Confrontación cultural.
- Desconfianza en la rentabilidad del prestador.
- Propensión a priorizar objetivos económicos individuales.
- Incremento de costos (de coordinación y otros).

³⁸ Interpretada como seguimiento de la atención del paciente.

Cuadro 1 – Resultado analítico de la encuesta

Enunciado sobre el modelo propuesto		Grado de adhesión					Media ponderada		Desvío estándar (σ)		
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total de respuestas	Puntos (μ)		Grado de adhesión más próximo al puntaje	
Tiene características novedosas				1	15	16	32	1,47	De acuerdo	0,6	
Resultaría idóneo para atención de pacientes...	Indigentes	2	6	3	12	12	35	0,74	De acuerdo	1,2	
	De obras sociales provinciales	1	1	4	14	13	33	1,12	De acuerdo	0,9	
	Del PAMI	1	1	5	15	12	34	1,06	De acuerdo	0,9	
	De obras sociales sindicales		3	3	18	8	32	0,97	De acuerdo	0,8	
	Con otra cobertura o condición	Obras sociales universitarias y de las FF.AA.					1	1	2,00	Muy de acuerdo	0,0
		Planes sociales				4	2	6	1,33	De acuerdo	0,5
		Cobertura Universal de Salud (CUS)				1	2	3	1,67	Muy de acuerdo	0,5
		Prepagas				5	1	6	1,17	De acuerdo	0,4
		Seguros de salud internacionales				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Mutuales					1	1	2,00	Muy de acuerdo	0,0
Particulares					2		2	1,00	De acuerdo	0,0	
Promovería en la gestión de la cobertura un/a mayor...	Eficiencia	1		1	21	14	37	1,27	De acuerdo	0,8	
	Transparencia	1		2	23	9	35	1,11	De acuerdo	0,7	
	Equilibrio funcional	1		1	21	11	34	1,21	De acuerdo	0,8	
	Otro aspecto Positivo [+]	Economías de escala				1	2	3	1,67	Muy de acuerdo	0,5
		Equidad				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Longitudinalidad				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Ensamble de equipos				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Aprovechamiento integral de los recursos				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Oferta prestacional				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Seguridad jurídica					1	1	2,00	Muy de acuerdo	0,0
		Posibilidad de definir estrategias					1	1	2,00	Muy de acuerdo	0,0
		Integración en el sistema de salud				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Necesidad de entrenamiento previo				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
Incentivaría en la atención de los prestadores un/a mayor...	Accesibilidad			4	16	13	33	1,27	De acuerdo	0,6	
	Efectividad o resolutiveidad		1	3	20	10	34	1,15	De acuerdo	0,7	
	Otro aspecto Positivo [+]	Competitividad				4	2	6	1,33	De acuerdo	0,5
		Complementariedad				1	1	2	1,50	De acuerdo	0,5
		Especialización				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Jerarquización				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Calidad percibida o satisfacción				2	2	4	1,50	De acuerdo	0,5
		Control recíproco				1	1	2	1,50	De acuerdo	0,5
		Reducción de costos				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Ocultamiento de información				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
	Otro aspecto Negativo [-]	Comportamiento corporativo y/o conducta hegemónica				2		2	-1,00	De acuerdo	0,0
		Descreme de pacientes en favor de los establecimientos privados					1	1	-2,00	Muy de acuerdo	0,0
	Posibilitaría una mejor apreciación de los servicios de los prestadores y su más genuina retribución			1	4	21	8	34	1,06	De acuerdo	0,7
Sería rechazado por las entidades gremiales representativas de los profesionales y establecimientos asistenciales			1	5	14	12	32	-1,16	De acuerdo	0,8	
Otro aspecto no señalado previamente	Positivo [+]	Cambio radical en el enfoque de la interacción entre el prestador y el financiador				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Trazabilidad del proceso y conocimiento por sus integrantes				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
		Auditoría externa de la gestión				1		1	1,00	De acuerdo	0,0
	Negativo [-]	Complejidad del modelo				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
		Dificultad de implementación				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
		Incremento de costos (de coordinación y otros)				3		3	-1,00	De acuerdo	0,0
		Dependencia de la calidad de información prestacional					1	1	-2,00	Muy de acuerdo	0,0
		Escasa capacidad del Estado para alcanzar objetivos sanitarios				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
		Conflictividad intersectorial				4		4	-1,00	De acuerdo	0,0
		Conflictividad en las coaliciones internas				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
		Contraposición de culturas				2		2	-1,00	De acuerdo	0,0
		Desconfianza rentabilidad del prestador				1		1	-1,00	De acuerdo	0,0
		Propensión a priorizar objetivos económicos individuales				1	1	2	-1,50	De acuerdo	0,5
CANTIDAD DE ENCUESTADOS	37	PUNTAJE ASIGNADO A LAS CATEGORÍAS		POSITIVO	-2	-1	0	1	2		
				NEGATIVO	2	1	0	-1	-2		

CONCLUSIÓN

Inicialmente indagábamos si era posible unir los subsectores público y privado en una misma red de atención y, en tal supuesto, cuál sería el mejor modelo para hacerlo.

Creemos haber demostrado que la respuesta a la primera cuestión es decididamente afirmativa. No solo es posible; es prácticamente indispensable.

Respecto de la segunda –y esperamos que coincida el lector– sostenemos fundadamente que el diseño presentado se encuadra perfectamente en la normativa vigente, invita a la participación voluntaria de prestadores, consolida la oferta, estimula la competencia, empodera al beneficiario como cliente, imprime dinámica empresarial, distribuye riesgos financieros, internaliza rendimientos, prescinde de intermediarios, alienta el control recíproco entre partes y pares, induce a la gestión por objetivos, asigna responsabilidades, promueve el seguimiento presupuestario y –por encima de todo– articula funcionalmente priorizando criterios operativos por sobre la naturaleza pública o privada de quien brinda el servicio.

La mayoría de los informantes claves, desde muy distintas ópticas, lo ha juzgado como incentivador de la eficiencia, la transparencia y el equilibrio funcional de las coberturas, así como de la accesibilidad y la resolutividad de las prestaciones, habiéndolo también encontrado aplicable a la atención de beneficiarios del PAMI y de obras sociales provinciales y sindicales.

No obstante y en el actual contexto, podemos razonablemente anticipar oposición, conflicto, interferencia e influencia por parte de distintos grupos de interés dentro y fuera de la red, así como también una pesada inercia cultural opuesta a su fluido desenvolvimiento. Transmitir y persuadir constituyen –sin duda– el próximo desafío.

Conforme a los objetivos planteados, el modelo sugerido es nuestra contestación al segundo interrogante. Una red sólida pero ágil y flexible, con cobertura integral en complejidad, especialidad y ámbito geográfico, plural en su composición y dirección, potencialmente eficiente en la gestión de los recursos y alineada con los objetivos sanitarios del Estado: una herramienta todoterreno, idónea incluso para extender y asegurar la atención de quienes hoy no tienen pre-paga u Obra Social. Quizá el firme primer paso hacia una cooperación más intensa y general.

¿Por qué algo así no se ha intentado antes? Quizá no se quiso, no se pudo o no se supo: la legislación está, la infraestructura está y la necesidad también.

Ahora este modelo merece la oportunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achinstein, P. (1968). Los modelos teóricos. *Tarea*, 1, 69-85. En Memoria Académica. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.1125/pr.1125.pdf.
- Achinstein, P.; González, J. L. y Universidad Nacional Autónoma de México - Coordinación de Humanidades (1987). *Los modelos teóricos* (2ª ed.). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alesso, F. (2006). Diseño y aplicación de un cuadro de mando para la gestión de redes de cobertura médico-asistencial. Resumen de Tesis Magistral. *Revista [i]salud*, 1, 41-50. Recuperado de http://www.isalud.edu.ar/revista_isalud/mayo06/revista_isalud/paginas/41%20tesis%20alesso_page_01.htm.
- Alesso, F. (2007). *Redes de cobertura médico-asistencial. Introducción a sus características y a la lógica de su funcionamiento*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-144.pdf>, donde aparece referido y subtulado incorrectamente como síntesis de tesis de maestría.
- Alesso, F. y Suarez, C. (setiembre, 2004). *Redes público-privadas*. Informe final de la Beca Nacional de Investigación 2004 sobre Redes de Servicios en Salud. Instituto Universitario ISALUD - Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, Buenos Aires.
- Alesso, F.; Brunel, Y.; Medina, M.; Solari, H. y Visentín, V. (2016). *Entidad coordinadora de una red de cobertura médico-asistencial*. Trabajo final de integración del módulo Administración de Operaciones en la Maestría en Gestión Empresarial de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNNE.
- Arce, H. (2010). *El sistema de salud: de dónde vino y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.
- Álvarez, B.; Pellisé, L. y Lobo, F. (2001). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), 55-70.
- Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2016). *Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino* (sistema informático). Recuperado de <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>.
- Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas y Salud de la Nación. Sistema Estadístico de Salud. Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud (2005). *Guía para la elaboración de indicadores seleccionados*. Serie 1, Nº 19. Buenos Aires: MSyAN.

- Arrow, K. J. (1981). La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. *Información Comercial Española*, 574, 47-63.
- Báscolo, E. y Sánchez de León, A. (2001). La medición del producto sanitario y la gestión de redes. *Revista Gestión en Salud*, 2, 6-18.
- Cabiedes, L. y Ortún, V. (agosto, 2001). *Incentivos a prescriptores*. Ponencia presentada en las XXI Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, Oviedo, España. Recuperado de <http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/pdf/paper34.pdf>.
- Cabo Salvador, J. (2015). *Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)*. Gestión Sanitaria, Medical Technology Consulting S.L. – Sigesa S.A. Recuperado de <http://www.gestion-sanitaria.com/grupos-relacionados-diagnostico-GRD.html>.
- De Val-Pardo, I. y Corella, J. (2006). *Sistemas de Salud: diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos.
- Drummond, M.; Stoddard, G. y Torrance, G. (1991). *Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención de Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Entelman, R. (2005). *Teoría de conflictos: hacia un nuevo paradigma*. Barcelona: Gedisa.
- FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (1997). *Análisis de Sistemas de Producción Animal - Tomo 2: las Herramientas Básicas*. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/w7452S/w7452s01.htm>.
- González García, G. y Tobar, F. (1999). *Más salud por el mismo dinero: la reforma del Sistema de Salud en Argentina* (2ª ed.). Buenos Aires: Isalud.
- Gilli, J.; Arostegui, Á.; Doval, I.; Iesaluro, A y Schulman, A. (2007). *Diseño organizativo: estructura y procesos*. Buenos Aires: Granica.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio* (2ª ed.). Buenos Aires: Debate.
- Katz, I. (2006). Replanteo frente a la encrucijada en salud. El capital biológico argentino y la dignidad humana ante una realidad de cambio. *Ecos de Grado y Posgrado*, 4 (2), 35-42.
- Levy, A. (2014). *Mayonesa: Estrategia, cognición y poder competitivo* (3ª ed.). México: Granica.
- López i Casanovas, G. y Ortún Rubio, V. (1998). *Economía y Salud: fundamentos y políticas*. Serie Oikos Nomos. Madrid: Encuentro.
- Mallo, C. y Merlo, J. (1995). *Control de gestión y control presupuestario*. Madrid: McGraw-Hill.
- Martín Martín, J. (2006). Instituciones sanitarias y formas de gestión. En J. Repullo y A. Iñesta (Eds.), *Sistemas y Servicios Sanitarios* (p. 199-240). Madrid: Díaz de Santos.

- Mintzberg, H. (1991). *Diseño de organizaciones eficientes* (2ª ed.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Mises, L. von (1998). *Human action: A Treatise on Economics. The Scholar's Edition* [La acción humana. Tratado de Economía. La Edición Académica]. Auburn, Alabama: Ludwig Von Mises Institute.
- Morgestern, O. (1947). *La teoría de los juegos y del comportamiento económico* (2ª ed). Princeton, N.J.: Princeton University Press. Recuperado de http://economica.econo.unlp.edu.ar/documentos/20090413123839PM_Economica_13.pdf.
- Oggier, G. (2012). *Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios?* Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Ginebra: OMS
- Ortún Rubio, V. y Del Llano Señarís, J. (2000). Estado y mercado en sanidad. En J. del Llano Señarís, V. Ortún Rubio, J. Martín Moreno, J. Millán Núñez-Cortés y J. Gené Badía (Dir.), *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos* (p. 3-16). Barcelona: Masson.
- Pellisé Urquiza, L. (2000). Sistemas de pago óptimo en el sector sanitario. En J. del Llano Señarís, V. Ortún Rubio, J. Martín Moreno, J. Millán Núñez-Cortés y J. Gené Badía (Dir.), *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos* (p. 49-63). Barcelona: Masson.
- Porter, M. (2008). *Estrategia Competitiva: Técnicas para el Análisis de los Sectores y de la Competencia*. México: Grupo Editorial Patria.
- Provincia del Chaco. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística Sanitaria (2016). *Anuario 2015*. Resistencia, Chaco.
- Reid, T. (2009). *The healing of America: a global quest for better, cheaper and fairer health care* [La Curación de América: una cruzada global para una mejor, más económica y más justa atención sanitaria], Nueva York: Penguin.
- Reynolds, J. y Gaspari, K. (1986). *Métodos de Investigaciones Operativas: análisis de costo-efectividad*. Chevy Chase: Center for Human Services.
- Richard, E. (2015). El Código Civil y Comercial y contratos asociativos (negocio en participación y agrupamiento de colaboración, arts. 1442 a 1462). En: J. Stiglitz (Dir.), *Código Civil y Comercial de la Nación: contratos en particular* (p. 307 a 328). Buenos Aires: Thompson Reuters La Ley.
- Rizzo, A. y Rodríguez, R. (1979). *Uniones Transitorias de Empresas (U.T.E.) y otros emprendimientos no tradicionales*. 2ª edición. Buenos Aires: Errepar.

- Rovere, M. (1999). *Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / Asociación Médica de Rosario, Instituto Lazarte (reimpresión).
- Sarandría, R. (1998). *Aportes para la construcción de la red prestadora pública privada a nivel provincial*. Ponencia en el Encuentro Internacional sobre Seguro Público de Salud, Bariloche, 7-8 de mayo.
- Tahler, R. y Sunstein, C. (2009). *Un pequeño empujón (Nudge): El impulso que necesitas para tomar las mejores decisiones en salud, dinero y felicidad*. Madrid: Taurus.
- Tobar, F. y Anigstein, C. (2013). *Redes en Salud. Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital El Cruce*. Florencio Varela, Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Tobar, F.; Olaviaga, F. y Solarno, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documento de políticas públicas, Área de Desarrollo Social, Programa de Salud, Análisis N° 108. Recuperado de <http://www.cippec.org/-/complejidad-y-fragmentacion-las-mayores-enfermedades-del-sistema-sanitario-argentino>.
- Tremblay, M-A. (2009). The Key Informant Technique: A Non-Ethnographic Application [La Técnica del Informante Clave: Una Aplicación No Etnográfica]. *American Anthropologist*, 59(4): 688-701.
- Williamson, O. (1996). *The Mechanisms of Governance* [Los Mecanismos de Gobierno]. New York: Oxford University Press.
- Young, W., Kohler, S. y Kowalski, J. (1994). PMC Patient Severity Scale: Derivation and Validation [Escala de Severidad del Paciente de las Categorías de Manejo de Pacientes: Derivación y Validación]. *HSR: Health Services Research*, 29(3): 367-390.
- Young, W. y Macioce, D. (1991). PMCs-An Alternative to DRGs for Trauma Care Reimbursement [CMPs-Una Alternativa a los GRDs para el Reembolso de Atención de Urgencias]. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 31(4): 459-69.
- Zaldívar, E.; Manovil, R. y Ragazzi, G. (1997). *Contratos de colaboración empresaria: agrupaciones de colaboración - uniones transitorias de empresas - joint ventures* (2ª ed.). Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

ANEXO I – CUADROS Y NOTAS AUXILIARES DEL MARCO TEÓRICO Y DEL MARCO CONTEXTUAL

Cuadro 2 – Unidades y mecanismos de pago

UNIDAD O MECANISMO DE PAGO	INCENTIVOS			OTRAS  VENTAJAS			OTRAS  DESVENTAJAS		
									
Prestación	Esfuerzo								
Día-cama	Estadía suficiente	Sobreprestación		Ineficiencia					
Paciente-mes	Esfuerzo				Falseamiento de pacientes				
Módulo					Falseamiento de diagnósticos				
Caso (agrupado por afinidad diagnóstica)	Eficiencia	Skimming o retaceo				Estandarización de los procedimientos considerados necesarios para atender la casuística			Necesidad de: Codificación de diagnósticos y procedimientos Agrupamiento de casuística Asignación y ponderación de costos
Cápita				Skimming o descreme					
Cartera fija					Entorpecimiento de la accesibilidad	Acotamiento de costos y riesgos	Simplicidad administrativa	Facilidad para presupuestar	
Sueldo	Tiempo suficiente destinado a cada prestación			Ineficiencia					

Fuente: Elaboración propia.

Nota 1 – Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)

En el cuadro 2 mencionamos el caso agrupado por afinidad diagnóstica. Nos referimos a una serie de metodologías de clasificación de casuística, la más difundida de las cuales es conocida como grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) –denominación que empleamos preferentemente– o grupo de diagnóstico relacionado (GDR).

Se trata de un sistema de clasificación de pacientes *internados* que toma en consideración tanto sus *características clínicas* como el *consumo de recursos* previsto para su atención, orientado a lograr un número acotado de *conjuntos de casos clínicamente coherentes y financieramente similares*.

Objetivos de los GRD

- Agrupar el producto hospitalario de modo que facilite su comprensión, su análisis y las decisiones a su respecto en cuestiones tanto médicas como administrativas.
- Generar un “lenguaje común” para la comparación de desempeños (*benchmarking*) entre centros/servicios o entre períodos.

- Asignar recursos sobre la base de la casuística atendida.

Origen y evolución

El diseño y desarrollo comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale para la obtención de una estructura adecuada para el análisis de la calidad de la asistencia médica y la utilización de los recursos en hospitales de agudos.

Comenzó con la agrupación de todos los diagnósticos principales posibles en 23 categorías diagnósticas principales mutuamente excluyentes, llamadas Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). En general, cada CDM fue concebida para que se correspondiera con un aparato o sistema orgánico principal, por sobre su etiología.

La primera aplicación a gran escala fue a finales de los años setenta en el Estado de Nueva Jersey. Allí el Departamento de Sanidad utilizó los GRD como base para un sistema de pago prospectivo en el cual reembolsaba a los hospitales una cantidad fija específica para cada GRD y por cada paciente tratado.

En 1983 el Congreso de EE. UU. modificó la Ley de Seguridad Social creando un sistema nacional de retribución a los hospitales, basado en los GRD para los pacientes del *Medicare*.

Número acotado

La limitada cantidad de grupos (solamente algunos cientos) torna factible, para un establecimiento mediano, la existencia de número suficiente de casos que permita un análisis comparativo útil sobre los GRD más frecuentes.

De lo contrario resultaría difícil detectar patrones en cuanto a la complejidad de la casuística o el comportamiento de los costos, así como comunicar adecuadamente los resultados al personal involucrado.

Coherencia clínica

A título ilustrativo (Cabo Salvador, 2015), en los EE.UU. la atención de pacientes ingresados para practicársele una *amigdalectomía* o una *dilatación con legrado* puede presentar similitud tanto en términos de intensidad de los recursos consumidos, como en la duración del ingreso, la estancia pre-operatoria, el tiempo en el quirófano y la utilización de los servicios auxiliares. Sin embargo, se trata de *distintos sistemas orgánicos* así como también de *diferentes especialidades médicas*, por lo que el requisito de coherencia clínica impide que dichos pacientes pertenezcan al mismo GRD.

Características externas de la clasificación

Como toda clasificación, es exhaustiva y excluyente. Cada paciente se clasifica en un único GRD caracterizado por:

- Un número arábigo (1, 2, 3, ... n).
- Un título pretendidamente descriptivo.
- Una indicación acerca de si se trata de un caso clínico (exclusivamente) o quirúrgico.
- Un peso relativo que pondera el consumo de recursos necesario para cumplir un algoritmo previsto de atención (conforme a determinada información de referencia).

Esquema 5 – Información requerida para la clasificación

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------|
| 1) Fecha de nacimiento | } Edad | |
| 2) Fecha de ingreso | | |
| 3) Sexo | | |
| 4) Peso (para neonatos) | | |
| 5) Diagnóstico principal (motivo de ingreso) | } Diagnósticos
} secundarios | } Codificados |
| 6) Procedimientos realizados en internación | | |
| 7) Co-morbilidades | | |
| 8) Complicaciones | | |
| 9) Fecha de alta | | |
| 10) Circunstancia del alta (traslado, alta voluntaria u óbito) | | |

Fuente: Elaboración propia.

Principales tipos

- *Medicare DRG*: ya comentados.
- *Refined DRG (RDRG)*: incorporan diagnósticos secundarios como comorbilidades y complicaciones (CC).
- *All Patient DRG (AP-DRG)*: prevén patologías pediátricas/neonatales y la CDM 24 de infecciones por VIH.
- *Severity DRG (SDRG)*: evalúan la severidad de los diagnósticos secundarios para clasificar algunos GRD hasta en tres categorías: sin CC, con CC y con CC mayores.
- *All Patient Refined DRG (APR-DRG)*: hacen hincapié en la evaluación de severidad y de riesgo de mortalidad.
- *International Refined DRG (IR-DRG)*: están especialmente adaptados para el empleo de diferentes sistemas de clasificación tanto de diagnósticos como de procedimientos.

Algunas críticas a la metodología de GRD

- No tiene en consideración el diagnóstico de ingreso cuando difiere del/los de egreso, no obstante influir en el curso de acción asistencial y el correspondiente consumo de recursos.
- No se adecua a la disponibilidad de servicios e infraestructura en el lugar y momento de atención del paciente.
- La unidad analítica no resulta suficientemente específica para ser vinculada con el verdadero proceso de atención médica (Young y Macioce, 1991).

Nota 2 – Categorías de Manejo de Pacientes o *Patient Management Categories (PMC)*

Origen y planteo

Esta metodología fue desarrollada por un equipo liderado por Wanda Young, Sc. D., para el asegurador de salud Blue Cross del Oeste de Pensilvania a partir del consenso de más de 50 paneles de expertos en patologías específicas.

Características

- Se trata también un sistema de clasificación de pacientes internados que toma en consideración tanto sus *características clínicas* como el *consumo de recursos* previsto para su atención, con especial énfasis en el tratamiento ideal para cada caso.
- Cuenta –al igual que los GRD– con un sistema de pesos relativos basados en costos: el Puntaje de Intensidad Relativa o *Relative Intensity Scores (RIS)*.
- Cada PMC lleva asociado un protocolo de diagnóstico y tratamiento emergente de una estrategia de gestión clínica: el Camino de Manejo del Paciente o *Patient Management Path (PM PATH)*.
- Tiene en especial consideración la severidad del caso, la posibilidad de tratamiento ambulatorio, las infecciones nosocomiales, las comorbilidades y los politraumatismos.
- Admite diferentes tarifas unitarias para diferentes grupos de pacientes.
- El importe a pagar por cada paciente surge del producto entre el *RIS* asignado a su casuística (eventualmente ajustado por complicaciones y comorbilidad) y la tarifa unitaria convenida.

Exponemos en los cuadros 3 y 4 de la página siguiente algunos ejemplos para facilitar la comprensión de los conceptos expuestos y la terminología empleada.

**Cuadro 3 – Camino de Manejo del Paciente (*PM PATH*)
con Puntaje de Intensidad Relativa (*RIS*)**

Motivo de admisión	Componentes del cuidado asistencial	Diagnóstico		Componentes del cuidado asistencial	N° de PMC	RIS
Sospecha de lesión por inhalación	Gases en sangre arterial Conteo sanguíneo Broncoscopia Nivel de carboxihemoglobina Monitoreo químico Radiografía de tórax Cultivos (heridas, escaras, orina, sangre, nariz, garganta, materia fecal, esputo) Cámara pulmonar	Inhalación de humo	Con lesión por inhalación	Paquete de hiperalimentación Antibióticos (parenterales) Productos sanguíneos Drogas cardiotónicas Fisioterapia de tórax Oxígeno Terapia respiratoria Intervención quirúrgica Vasopresores Unidad de quemados (estada: 7-14 días) ESTADA TOTAL: 14-21 días	0508	3,93
			Sin lesión por inhalación	Oxígeno ESTADA TOTAL: 0-1 día	0509	0,46

Fuente: Adaptado y traducido de Young y otros (1994).

**Cuadro 4 – Puntaje de Intensidad Relativa (*RIS*)
con comorbilidad**

Diagnóstico según CIE-9-MC		PMC asignado		RIS	Suma (NO)
Cód.	Descripción	Cód.	Descripción		
569.83	Perforación de intestino	0104	Enfermedad diverticular: peritonitis/perforación	1,79	1,79
562.11	Diverticulitis de colon	0308	Infarto agudo de miocardio	2,76	2,76
427.81	Disfunción de nodo sinusal				
410.11	Infarto agudo de miocardio de otra pared anterior				
785.51	Shock cardiogénico				
Combinación de comorbilidad				3,75	4,55

Fuente: Adaptado y traducido de Young y otros (1994).

Puede observarse en el cuadro 4 previo que el Puntaje de Intensidad Relativa (*RIS*) de la combinación de comorbilidad no surge de la suma directa de los correspondientes a cada Camino de Manejo del Paciente (*PMC*) asignado a la casuística, sino que se computan una sola vez aquellos procedimientos redundantes (comunes a los *PMC* involucrados).

Algunas críticas a la metodología de *PMC*

En comparación con la de GRD presenta:

- Menor exhaustividad que en la clasificación de casuística real.
- Mucha menor difusión y experiencia en su utilización.

Nota 3 – Dilema del prisionero

Supongamos que se detiene separadamente a dos sospechosos de un crimen. Incomunicados entre sí, cada uno enfrenta dos posibilidades en relación con el otro prisionero: incriminarlo o exculparlo. Como consecuencia de sus testimonios:

- si ambos se incriminan recíprocamente, son sentenciados a 10 años de prisión;
- si ambos se exculpan mutuamente, son absueltos de inmediato;
- si cualquiera de ellos incrimina al otro y este exculpa al primero, el que incrimina es inmediatamente absuelto y el incriminado queda en prisión por 20 años.

Desconociendo la actitud a asumir por la contraparte, las condiciones así planteadas inducen a ambos prisioneros –en procura de minimizar la máxima condena contingente³⁹– a incriminarse entre sí a costa de recibir sendas condenas a 10 años. La solución óptima (absolución por exculpación mutua) no es alcanzada a causa de la incertidumbre.

Cuadro 5 – Distribución de sentencias

(P₁,P₂)		PRISIONERO 1	
		Incrimina	Exculpa
PRISIONERO 2	Incrimina	(10,10)	(0,20)
	Exculpa	(20,0)	(0,0)

Fuente: Elaboración propia.

³⁹ Criterio pesimista desarrollado y formalizado entre 1939 y 1950 por Abraham Wald.

Cuadro 6 (parte 1 de 2) – Infraestructura de internación

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/16	ESTABLECIMIENTOS DE INTERNACIÓN (Dado que un mismo establecimiento puede atender más de una categoría de internación, cada total no necesariamente se corresponde con la suma de los valores consignados en las columnas)											CAMAS DE INTERNACIÓN											
		Públicos/as+Privados/as=Total											Total											
		General	Pediatría	Maternidad	Cuidados especiales	UTI de adultos	UTI pediátrica	Neonología	Hospital de día	Internación prolongada	Sin discriminar	Total	General	Pediatría	Maternidad	Maternidad	UTI de adultos	UTI pediátrica	Neonología	Hospital de día	Internación prolongada	Sin discriminar	Total	
		Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes	Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes	Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes	Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes	Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes	Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes	Abso- luto	Propor. de total provincial	Cada 1.000 habitantes		
Avia Terai	6.711	1+0 =1						0+1 =1	0+1 =1	1+1 =2	10+0 =10								0+15 =15	0+9 =9	10+24 =34	0,8%	5,1	
Barranqueras	58.235	1+1 =2				0+1 =1		0+1 =1		1+2 =3	12+12 =24				0+4 =4				0+99 =99		12+115 =127	2,9%	2,2	
Basail	2.054	1+0 =1								1+0 =1	2+0 =2										2+0 =2	0,0%	1,0	
Campo Largo	9.812	1+0 =1		1+0 =1						1+0 =1	22+0 =22			6+0 =6								28+0 =28	0,6%	2,9
Capitán Solari	2.004	1+0 =1								1+0 =1	3+0 =3										3+0 =3	0,1%	1,5	
Charadai	1.531	1+0 =1								1+0 =1	8+0 =8										8+0 =8	0,2%	5,2	
Charata	28.966	1+1 =2	1+0 =1	1+0 =1		0+1 =1				1+1 =2	20+14 =34	8+0 =8	6+0 =6		0+8 =8						34+22 =56	1,3%	1,9	
Colonia Baranda	358	1+0 =1								1+0 =1	5+0 =5										5+0 =5	0,1%	14,0	
Colonia Elisa	3.684	1+0 =1								1+0 =1	23+0 =23										23+0 =23	0,5%	6,2	
Colonias Unidas	3.483	1+1 =2	1+0 =1	1+0 =1						1+1 =2	11+11 =22	4+0 =4	2+0 =2								17+11 =28	0,6%	8,0	
Com. Frías y Fuerte Esperanza	1.483	2+0 =2								2+0 =2	14+0 =14										14+0 =14	0,3%	9,4	
Concepción del Bermejo	6.057	1+0 =1		1+0 =1						1+0 =1	19+0 =19		2+0 =2								21+0 =21	0,5%	3,5	
Coronel Du Graty	7.799	1+0 =1								1+0 =1	13+0 =13										13+0 =13	0,3%	1,7	
Corzuela	11.619	1+1 =2	1+0 =1	1+0 =1	0+1 =1					1+1 =2	20+12 =32	2+0 =2	5+0 =5	0+1 =1							27+13 =40	0,9%	3,4	
Cote Lai	1.333	1+0 =1								1+0 =1	4+0 =4										4+0 =4	0,1%	3,0	
El Espinillo	1.359	1+0 =1								1+0 =1	9+0 =9										9+0 =9	0,2%	6,6	
El Sauzalito	3.636	1+0 =1								1+0 =1	15+0 =15										15+0 =15	0,3%	4,1	
Fontana	34.098	1+0 =1								1+0 =1	14+0 =14										14+0 =14	0,3%	0,4	
General José de San Martín	30.472	1+2 =3	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1	0+1 =1				1+2 =3	29+52 =81	20+0 =20	18+0 =18	3+0 =3	0+8 =8						70+60 =130	3,0%	4,3	
General Pinedo	14.271	1+1 =2								1+1 =2	17+13 =30										17+13 =30	0,7%	2,1	
General Vedia	1.830	1+0 =1		1+0 =1						1+0 =1	9+0 =9		3+0 =3								12+0 =12	0,3%	6,6	
Hermoso Campo	5.095	1+1 =2	1+0 =1	1+0 =1						1+1 =2	8+13 =21	4+0 =4	4+0 =4								16+13 =29	0,7%	5,7	
Juan José Castelli	29.313	1+3 =4	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1		1+0 =1		0+2 =2	1+5 =6	70+51 =121	26+0 =26	30+0 =30	8+0 =8	6+0 =6		10+0 =10	0+82 =82		150 +133 =283	6,5%	9,7	
La Eduvigis	425							1+0 =1		1+0 =1									15+0 =15		15+0 =15	0,3%	35,3	
La Escondida	3.328	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1						1+0 =1	14+0 =14	4+0 =4	2+0 =2								20+0 =20	0,5%	6,0	
La Leonesa	9.222	1+2 =3		1+0 =1						1+2 =3	10+20 =30		5+0 =5								15+20 =35	0,8%	3,8	
La Verde	2.773	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1						1+0 =1	10+0 =10	3+0 =3	2+0 =2								15+0 =15	0,3%	5,4	

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) y proyección demográfica resultante de aplicar el incremento departamental calculado por el INDEC a julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

Cuadro 6 (parte 2 de 2) – Infraestructura de internación

LOCA- LIDAD	POBLA- CIÓN PROYEC- TADA A JUL/16	ESTABLECIMIENTOS DE INTERNACIÓN (Dado que un mismo establecimiento puede atender más de una categoría de internación, cada total no necesariamente se corresponde con la suma de los valores consignados en las columnas)											CAMAS DE INTERNACIÓN												
		Públicos/as+Privados/as=Total											Total												
		General	Pediatría	Mater- nidad	Cuida- dos espe- ciales	UTI de adultos	UTI pediá- trica	Neona- tología	Hospital de día	Inter- nación prolon- gada	Sin discri- minar	Total	General	Pediatría	Mater- nidad	Mater- nidad	UTI de adultos	UTI pediá- trica	Neona- tología	Hospital de día	Inter- nación prolon- gada	Sin discri- minar	Abso- luto	Propor. de total provin- cial	Cada 1.000 habitantes
Laguna Limpia	1.308	1+0 =1									1+0 =1	12+0 =12											12+0 =12	0,3%	9,2
Las Breñas	24.396	1+2 =3	1+0 =1	1+0 =1							1+2 =3	25+25 =50	15+0 =15	9+0 =9									49+25 =74	1,7%	3,0
Las Garcitas	3.939	1+0 =1	1+0 =1								1+0 =1	12+0 =12	4+0 =4										16+0 =16	0,4%	4,1
Las Palmas	5.136	1+1 =2									1+1 =2	20+14 =34											20+14 =34	0,8%	6,6
Los Frentones	6.298	1+0 =1			1+0 =1						1+0 =1	14+0 =14		2+0 =2									16+0 =16	0,4%	2,5
Machagai	23.061	1+1 =2									1+1 =2	22+14 =36											22+14 =36	0,8%	1,6
Makallé	4.411	1+0 =1									1+0 =1	6+0 =6											6+0 =6	0,1%	1,4
Miraflores	5.105	1+0 =1									1+0 =1	14+0 =14											14+0 =14	0,3%	2,7
Nueva Pompeya	2.434	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1							1+0 =1	14+0 =14	6+0 =6	6+0 =6									26+0 =26	0,6%	10,7
Pampa del Indio	9.972	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1							1+0 =1	20+0 =20	7+0 =7	5+0 =5									32+0 =32	0,7%	3,2
Pampa del Infierno	10.340	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1							1+0 =1	10+0 =10	4+0 =4	8+0 =8									22+0 =22	0,5%	2,1
Presidencia de la Plaza	9.952	1+1 =2	1+0 =1	1+0 =1	1+1 =2						1+1 =2	16+8 =24	8+0 =8	6+0 =6	0+1 =1								30+9 =39	0,9%	3,9
Presidencia Roca	4.552	1+0 =1									1+0 =1	17+0 =17											17+0 =17	0,4%	3,7
Presidencia Roque Sáenz Peña	98.331	1+5 =6	1+0 =1	1+0 =1	1+2 =3	1+5 =6	1+3 =4	1+3 =4	1+0 =1	1+2 =3	1+7 =8	112+207 =319	42+0 =42	37+0 =37	26+12 =38	4+46 =50	10+18 =28	31+25 =56	4+0 =4	56+86 =142		322 +394 =716	16,4%	7,3	
Puerto Bermejo	1.901	1+0 =1	1+0 =1	1+0 =1							1+0 =1	5+0 =5	2+0 =2	3+0 =3									10+0 =10	0,2%	5,3
Puerto Tirol	9.797	1+0 =1									1+0 =1	10+0 =10											10+0 =10	0,2%	1,0
Quitilipi	26.151	1+1 =2				0+1 =1					1+1 =2	45+16 =61				0+8 =8							45+24 =69	1,6%	2,6
Resistencia	309.522	1+13 =14	1+0 =1	1+0 =1	1+2 =3	1+12 =13	1+3 =4	1+3 =4		1+10 =11	2+23 =25	207+485 =692	62+0 =62	104+0 =104	21+12 =33	27+124 =151	9+17 =26	98+31 =129		19+695 =714		547 +1364 =1911	43,7%	6,2	
San Bernardo	9.693	1+0 =1									1+0 =1	22+0 =22											22+0 =22	0,5%	2,3
Santa Sylvia	8.183	1+0 =1		1+0 =1							1+0 =1	12+0 =12		2+0 =2									14+0 =14	0,3%	1,7
Taco Pozo	8.914	1+0 =1									1+0 =1	24+0 =24											24+0 =24	0,5%	2,7
Tres Isletas	17.463	1+0 =1		1+0 =1							1+0 =1	21+0 =21		6+0 =6									27+0 =27	0,6%	1,5
Villa Ángela	43.003	1+3 =4	1+0 =1	1+0 =1		0+2 =2					1+3 =4	45+76 =121	29+0 =29	13+0 =13		0+16 =16							87+92 =179	4,1%	4,2
Villa Berthet	10.611	1+1 =2		1+0 =1							1+1 =2	12+10 =22		4+0 =4									16+10 =26	0,6%	2,5
Villa Río Bermejito	4.043	1+0 =1									1+0 =1	6+0 =6											6+0 =6	0,1%	1,5
Resto	216.256																								
TOTAL	1.155.723	52+41 =93	18+0 =18	24+0 =24	6+6 =12	3+23 =26	2+6 =8	3+6 =9	1+0 =1	3+16 =19	0+1 =1	54+57 =111	114 +1053 =2167	250+0 =250	288+0 =288	60+26 =86	37+214 =251	19+35 =54	139+56 =195	4+0 =4	90+977 =1067	0+9 =9	2001 +2370 =4371	100%	3,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) y proyección demográfica resultante de aplicar el incremento departamental calculado por el INDEC a julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

**Cuadro 7 (parte 1 de 6) – Centros de atención ambulatoria
y/o en internación**

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/16	CANTIDAD DE CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O EN INTERNACIÓN																									
		Públicos+Privados=Total																									
		Alergia e inmunología	Anatomopatología	Anestesiología	Angiología general y hemodinamia	Bioquímica	Cardiología	Cardiología infantil	Cirugía ambulatoria	Cirugía cardiovascular	Cirugía de cabeza y cuello	Cirugía de tórax	Cirugía general	Cirugía infantil	Cirugía plástica y reparadora	Cirugía vascular periférica	Clinica médica	Coloproctología	Dermatología	Dermatología infantil	Diagnóstico por imágenes	Diálisis	Emergencia	Endocrinología	Endocrinología infantil	Enfermería	Fertilización asistida
Avia Terai	6.711					1+1 =2										2+1 =3											1+1 =2
Barranqueras	58.235		0+1 =1	0+1 =1		2+4 =6	1+3 =4					0+1 =1				7+10 =17					2+1 =3		0+1 =1				10+5 =15
Basail	2.054					1+0 =1										4+0 =4											2+0 =2
Campo Largo	9.812					1+0 =1										1+0 =1						1+0 =1					6+0 =6
Capitán Solari	2.004															1+0 =1											1+0 =1
Charadai	1.531					1+0 =1										3+0 =3											1+0 =1
Charata	28.966			0+1 =1		1+2 =3	1+2 =3					0+1 =1				1+7 =8					1+3 =4		0+1 =1				8+3 =11
Colonia Baranda	358															2+0 =2											1+0 =1
Colonia Elisa	3.684					1+0 =1										3+0 =3						1+0 =1					1+0 =1
Colonias Unidas	3.483			0+1 =1		1+1 =2	0+1 =1					0+1 =1				1+0 =1					1+1 =2						1+1 =2
Com. Frías y Puente Esperanza	1.483															14+0 =14											2+0 =2
Concepción del Bermejo	6.057					1+0 =1										1+1 =2						1+0 =1					2+0 =2
Coronel Du Graty	7.799					1+2 =3										1+1 =2						1+1 =2					1+0 =1
Corzuela	11.619			0+1 =1								0+1 =1				1+0 =1					0+1 =1						1+1 =2
Cote Lai	1.333															3+0 =3											1+0 =1
El Espinillo	1.359															12+0 =12											2+0 =2
El Sauzalito	3.636					1+0 =1										9+0 =9						1+0 =1					2+0 =2
Fontana	34.098					1+0 =1	0+1 =1									4+1 =5						1+1 =2					5+1 =6
General José de San Martín	30.472		0+1 =1	1+2 =3		1+2 =3	1+2 =3					1+2 =3				11+4 =15					1+4 =5	0+2 =2					8+2 =10
General Pinedo	14.271			0+1 =1		1+1 =2	0+3 =3					0+1 =1				5+4 =9						1+1 =2					6+1 =7
General Vedia	1.830					1+0 =1										8+0 =8											2+0 =2
Hermoso Campo	5.095			0+1 =1		1+1 =2						0+1 =1				1+1 =2						1+1 =2					5+1 =6
Juan José Castellí	29.313			1+3 =4		1+3 =4	1+5 =6					1+3 =4				35+7 =42						1+3 =4					8+7 =15
La Eduvigis	425					1+0 =1	1+0 =1									3+0 =3						1+0 =1					1+0 =1
La Escondida	3.328					1+0 =1										2+0 =2											1+0 =1
La Leonesa	9.222			0+2 =2		1+2 =3	1+0 =1					0+1 =1				5+2 =7						1+2 =3					2+2 =4
La Verde	2.773					1+0 =1										2+1 =3											1+1 =2

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) y proyección demográfica resultante de aplicar el incremento departamental calculado por el INDEC a julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

**Cuadro 7 (parte 2 de 6) – Centros de atención ambulatoria
y/o en internación**

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/16	CANTIDAD DE CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O EN INTERNACIÓN																									
		Públicos+Privados=Total																									
		Alergia e inmunología	Anatomopatología	Anestesiología	Angiología general y hemodinamia	Bioquímica	Cardiología	Cardiología infantil	Cirugía ambulatoria	Cirugía cardiovascular	Cirugía de cabeza y cuello	Cirugía de tórax	Cirugía general	Cirugía infantil	Cirugía plástica y reparadora	Cirugía vascular periférica	Clinica médica	Coloproctología	Dermatología	Dermatología infantil	Diagnóstico por imágenes	Diálisis	Emergencia	Endocrinología	Endocrinología infantil	Enfermería	Fertilización asistida
Laguna Limpia	1.308															2+0 =2											1+0 =1
Las Breñas	24.396		1+2 =3			1+2 =3	0+1 =1					1+2 =3				0+1 =1	6+6 =12		0+1 =1		1+2 =3						9+3 =12
Las Garcitas	3.939					1+0 =1										2+0 =2					1+0 =1						1+0 =1
Las Palmas	5.136			0+1 =1		1+1 =2	0+1 =1					0+1 =1				2+1 =3					0+1 =1						5+1 =6
Los Frentones	6.298					1+0 =1										2+0 =2					1+0 =1						1+0 =1
Machagai	23.061			0+1 =1		1+1 =2						1+1 =2				6+3 =9					1+1 =2						5+2 =7
Makallé	4.411					1+0 =1										3+0 =3											1+0 =1
Miraflores	5.105															22+1 =23											5+0 =5
Nueva Pompeya	2.434															8+0 =8											1+0 =1
Pampa del Indio	9.972					1+0 =1										11+0 =11					1+0 =1						9+0 =9
Pampa del Infierno	10.340					1+0 =1										5+1 =6					1+0 =1						4+0 =4
Presidencia de la Plaza	9.952		0+1 =1	0+1 =1		1+1 =2	0+1 =1					0+1 =1				5+0 =5					1+2 =3		0+1 =1				1+2 =3
Presidencia Roca	4.552					1+0 =1										2+0 =2											1+0 =1
Presidencia Roque Sáenz Peña	98.331		1+2 =3	1+5 =6		1+6 =7	2+7 =9		1+0 =1			1+5 =6				14+21 =35		1+0 =1		2+10 =12	0+2 =2	0+2 =2				16+18 =34	
Puerto Bermejo	1.901															2+0 =2											1+0 =1
Puerto Tirol	9.797					1+1 =2										4+3 =7											1+1 =2
Quitilipi	26.151		0+1 =1	1+1 =2		1+1 =2	0+1 =1					1+2 =3				9+2 =11					1+2 =3						3+2 =5
Resistencia	309.522	2+0 =2	2+14 =16	2+23 =25	0+2 =2	9+31 =40	4+51 =55	1+1 =2		0+2 =2	1+0 =1	3+22 =25	1+1 =2	2+7 =9	1+5 =6	32+119 =151	1+2 =3	1+14 =15	1+1 =2	7+32 =39	1+3 =4	2+3 =5	1+4 =5	1+0 =1	42+49 =91	0+1 =1	
San Bernardo	9.693					1+1 =2										2+0 =2											1+0 =1
Santa Sylvia	8.183					1+0 =1										0+1 =1					0+1 =1						1+0 =1
Taco Pozo	8.914					1+0 =1										10+0 =10					0+1 =1						1+0 =1
Tres Isletas	17.463					1+2 =3										11+1 =12					1+1 =2						7+1 =8
Villa Ángela	43.003		1+2 =3	1+3 =4		1+5 =6	1+2 =3					1+3 =4				8+6 =14		1+0 =1		1+3 =4	0+1 =1	0+2 =2				4+5 =9	
Villa Berthet	10.611			0+1 =1		1+1 =2	0+1 =1					0+1 =1				0+3 =3					1+1 =2						2+2 =4
Villa Río Bermejito	4.043					1+0 =1										11+0 =11					1+0 =1						1+0 =1
Resto	216.256					3+1 =4	1+0 =1									38+2 =40					0+1 =1						23+0 =23
TOTAL	1.155.723	2+0 =2	4+22 =26	8+51 =59	0+2 =2	54+73 =127	14+82 =96	1+1 =2	1+0 =1	0+2 =2	1+0 =1	1+0 =1	10+50 =60	1+1 =2	2+7 =9	1+6 =7	359+210 =569	1+2 =3	3+15 =18	1+1 =2	37+76 =113	1+8 =9	2+10 =12	1+4 =5	1+0 =1	229+112 =341	0+1 =1

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) y proyección demográfica resultante de aplicar el incremento departamental calculado por el INDEC a julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

**Cuadro 7 (parte 5 de 6) – Centros de atención ambulatoria
y/o en internación**

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/16	CANTIDAD DE CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O EN INTERNACIÓN																				Total			
		Públicos+Privados=Total																							
		Nutrición	Obstetricia	Odon-tología	Odon-tología infantil	Oftal-mología	Oncología	Oncología infantil	Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología infantil	Otorrino-laringología	Pediatría	Psicología	Psiquiatría	Psiquiatría infanto-juvenil	Radio-terapia	Reuma-tología	Terapia intensiva	Terapia intensiva infantil	Terapia ocupacional	Toco-ginecología		Tras-lado sanitario	Urología	Otra
Avia Terai	6.711	0+1 =1		1+1 =2								1+0 =1	0+1 =1											1+2 =3	10+10 =20
Barranqueras	58.235	0+1 =1	7+0 =7	7+6 =13		0+1 =1		0+2 =2			7+2 =9	5+1 =6	2+1 =3				0+1 =1		0+1 =1	4+0 =4	1+0 =1	0+1 =1	5+2 =7	83+63 =146	
Basail	2.054			1+1 =2								1+0 =1								1+0 =1				1+0 =1	14+2 =16
Campo Largo	9.812		2+0 =2	2+0 =2								1+0 =1												1+0 =1	21+0 =21
Capitán Solari	2.004			1+0 =1																					5+0 =5
Charadai	1.531																							1+0 =1	11+0 =11
Charata	28.966		1+0 =1	4+2 =6		0+1 =1		0+2 =2		0+1 =1	1+4 =5	1+1 =2					0+1 =1		0+2 =2	2+2 =4	0+1 =1	0+2 =2	2+3 =5	33+51 =84	
Colonia Baranda	358		1+0 =1	1+0 =1																					7+0 =7
Colonia Elisa	3.684			1+0 =1																1+0 =1					12+0 =12
Colonias Unidas	3.483			1+0 =1																1+0 =1					8+8 =16
Com. Frías y Fuerte Esperanza	1.483			2+0 =2																				1+0 =1	27+0 =27
Concepción del Bermejo	6.057			1+1 =2																1+0 =1	1+0 =1				11+2 =13
Coronel Du Graty	7.799		1+0 =1	1+1 =2																1+0 =1				1+0 =1	10+4 =14
Corzuela	11.619			1+0 =1																					5+5 =10
Cote Lai	1.333			1+0 =1																					8+0 =8
El Espinillo	1.359		1+0 =1	1+0 =1																					23+0 =23
El Sauzalito	3.636		1+0 =1	1+0 =1																				1+0 =1	25+0 =25
Fontana	34.098		5+0 =5	5+1 =6							3+2 =5	2+2 =4	1+2 =3						0+2 =2	2+1 =3			2+2 =4	41+20 =61	
General José de San Martín	30.472			3+1 =4		0+3 =3		1+2 =3		0+2 =2	2+3 =5	1+4 =5					0+1 =1		1+3 =4	0+1 =1	1+2 =3	6+3 =9	61+59 =120		
General Pinedo	14.271		2+0 =2	1+2 =3		0+1 =1					1+3 =4	1+1 =2							2+1 =3	1+0 =1			1+0 =1	32+26 =58	
General Vedia	1.830		1+0 =1	2+0 =2								1+0 =1							1+0 =1				2+0 =2	26+0 =26	
Hermoso Campo	5.095		1+0 =1	2+1 =3								1+0 =1							1+0 =1				2+0 =2	20+8 =28	
Juan José Castelli	29.313	1+0 =1	1+0 =1	3+2 =5		0+2 =2		1+3 =4		1+1 =2	4+4 =8	2+1 =3	1+0 =1				1+0 =1		4+4 =8		0+1 =1	1+1 =2	105+63 =168		
La Eduvigis	425			1+0 =1								1+0 =1	1+0 =1											1+0 =1	15+0 =15
La Escondida	3.328			1+0 =1							1+0 =1								1+0 =1					1+0 =1	10+0 =10
La Leonesa	9.222		1+0 =1	2+0 =2							0+1 =1	1+0 =1							1+1 =2				2+0 =2	26+17 =43	
La Verde	2.773		1+0 =1	1+1 =2						1+0 =1	1+0 =1													1+0 =1	11+3 =14

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) y proyección demográfica resultante de aplicar el incremento departamental calculado por el INDEC a julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

**Cuadro 7 (parte 6 de 6) – Centros de atención ambulatoria
y/o en internación**

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/16	CANTIDAD DE CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O EN INTERNACIÓN																							
		Públicos+Privados=Total																							
		Nutrición	Obstetricia	Odon-tología	Odon-tología infantil	Oftal-mología	Oncología	Oncología infantil	Ortopedia y traumatología	Ortopedia y traumatología infantil	Otorrino-laringología	Pediatría	Psicología	Psiquiatría	Psiquiatría infanto-juvenil	Radio-terapia	Reuma-tología	Terapia intensiva	Terapia intensiva infantil	Terapia ocupacional	Toco-ginecología	Tras-lado sanitario	Urología	Otra	Total
Laguna Limpia	1.308			1+0 =1																					8+0 =8
Las Breñas	24.396	1+0 =1	1+0 =1	2+2 =4		0+1 =1					1+2 =3	0+2 =2	1+1 =2						0+1 =1	1+1 =2		1+1 =2	1+2 =3		36+45 =81
Las Garcitas	3.939			1+0 =1																				1+0 =1	10+0 =10
Las Palmas	5.136			2+0 =2		0+1 =1					1+0 =1	1+0 =1								2+2 =4			2+0 =2		24+12 =36
Los Frentones	6.298			1+0 =1																					9+0 =9
Machagai	23.061		1+0 =1	2+2 =4							1+1 =2	2+1 =3								1+2 =3	0+1 =1		1+0 =1		30+17 =47
Makallé	4.411			1+0 =1																				1+0 =1	12+0 =12
Miraflores	5.105			0+1 =1																					41+2 =43
Nueva Pompeya	2.434																							1+0 =1	13+0 =13
Pampa del Indio	9.972		1+0 =1	3+0 =3																2+0 =2			4+0 =4		49+0 =49
Pampa del Infierno	10.340			2+0 =2																	1+0 =1		1+0 =1		23+2 =25
Presidencia de la Plaza	9.952			1+0 =1		0+1 =1			0+1 =1		1+0 =1		0+1 =1							1+1 =2			1+1 =2		18+17 =35
Presidencia Roca	4.552			1+0 =1																					7+0 =7
Presidencia Roque Sáenz Peña	98.331	1+4 =5	1+0 =1	9+12 =21		2+6 =8	0+2 =2		2+6 =8		1+3 =4	13+6 =19	2+14 =16	3+11 =14				1+5 =6	1+3 =4	0+3 =3	12+8 =20	0+1 =1	1+3 =4	4+13 =17	125+228 =353
Puerto Bermejo	1.901			1+0 =1																				1+0 =1	8+0 =8
Puerto Tirol	9.797	0+1 =1	1+0 =1	1+1 =2							1+0 =1	0+2 =2	0+1 =1						0+1 =1	1+0 =1				1+2 =3	18+17 =35
Quitilipi	26.151			1+2 =3		0+1 =1			1+1 =2		0+1 =1	1+1 =2	1+3 =4					0+1 =1		2+1 =3			1+2 =3		28+34 =62
Resistencia	309.522	3+24 =27	27+2 =29	30+57 =87	2+0 =2	2+22 =24	1+10 =11	1+0 =1	1+18 =19	1+1 =2	2+9 =11	30+36 =66	11+47 =58	6+30 =36	1+2 =3	2+1 =3	1+5 =6	1+12 =13	1+3 =4	0+5 =5	18+34 =52	2+5 =7	2+12 =14	16+66 =82	387+1013 =1400
San Bernardo	9.693			1+0 =1																				1+0 =1	11+1 =12
Santa Sylvia	8.183		1+0 =1	1+1 =2		0+1 =1					1+1 =2	0+1 =1												1+0 =1	9+7 =16
Taco Pozo	8.914			1+0 =1																1+0 =1			1+0 =1		20+2 =22
Tres Islas	17.463		2+0 =2	2+1 =3							3+1 =4	3+1 =4							0+1 =1				0+1 =1		44+13 =57
Villa Ángela	43.003		1+0 =1	4+2 =6		1+2 =3			1+3 =4		0+1 =1	1+4 =5	3+2 =5	1+1 =2			0+1 =1	0+3 =3			3+2 =5	1+2 =3	2+3 =5		52+72 =124
Villa Berthet	10.611			2+1 =3							0+1 =1	1+0 =1								0+2 =2	0+1 =1	0+1 =1	1+0 =1		12+20 =32
Villa Río Bermejito	4.043		1+0 =1	2+0 =2																					24+0 =24
Resto	216.256		2+0 =2	21+2 =23							4+0 =4	1+0 =1								0+1 =1	3+0 =3		4+0 =4		158+8 =166
TOTAL	1.155.723	6+31 =37	65+2 =67	141+104 =245	2+0 =2	5+43 =48	1+12 =13	1+0 =1	8+40 =48	1+1 =2	5+19 =24	78+72 =150	44+83 =127	16+49 =65	1+2 =3	2+1 =3	1+6 =7	3+24 =27	2+6 =8	0+17 =17	71+65 =136	6+10 =16	6+25 =31	79+103 =182	1836 +1851 =3687

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) y proyección demográfica resultante de aplicar el incremento departamental calculado por el INDEC a julio/2016 sobre las cantidades por localidad del Censo 2010.

Cuadro 8 (parte 1 de 2) – Producción en el sub-sector público

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/15	SUBSECTOR PÚBLICO - AÑO 2015												
		Egresos		Días de estada		Proc. quirúrg. y obstétricos		Consultas ambulatorias		Horas de consultorio		Pacientes atendidos por agentes sanitarios		
		Totales	Por cama	Totales	Por egreso	Totales	Prop. de egresos	Totales	Por hab.	Totales	Cons. / hora	Totales	Derivados	Prop. de derivac.
Avia Terai	6.638	368	10,8	549	1,5	9	2,4%	23.056	3,5	8.409	2,7	2.755		
Barranqueras	57.602	586	4,6	822	1,4	10	1,7%	136.159	2,4	66.248	2,1			
Basail	2.032	138	69,0	149	1,1	1	0,7%	12.994	6,4	1.924	6,8			
Campo Largo	9.706	1.819	65,0	3.311	1,8	47	2,6%	31.157	3,2	7.481	4,2	5.636	1	0,0%
Capitán Solari	1.982	138	46,0	188	1,4			10.822	5,5	2.004	5,4			
Charadai	1.515	153	19,1	197	1,3	2	1,3%	11.257	7,4	2.144	5,3	8.037	27	0,3%
Charata	28.652	1.563	27,9	3.539	2,3	201	12,9%	80.660	2,8	18.966	4,3	52.627	196	0,4%
Colonia Baranda	354	75	15,0	114	1,5			4.111	11,6	1.128	3,6	145	18	12,4%
Colonia Elisa	3.644	374	16,3	701	1,9	43	11,5%	11.514	3,2	3.629	3,2	5.591	152	2,7%
Colonias Unidas	3.445	258	9,2	342	1,3	18	7,0%	12.927	3,8	3.371	3,8			
Com. Frías y Fuerte Esperanza	1.467	238	17,0	400	1,7	21	8,8%	7.770	5,3	1.020	7,6	9.849	18	0,2%
Concepción del Bermejo	5.991	1.257	59,9	1.860	1,5	17	1,4%	9.570	1,6	7.575	1,3			
Coronel Du Graty	7.715	483	37,2	999	2,1	55	11,4%	20.774	2,7	8.480	2,4			
Corzuela	11.493	964	24,1	1.990	2,1	86	8,9%	28.742	2,5	11.458	2,5	259		
Cote Lai	1.319	100	25,0	116	1,2			7.946	6,0	3.996	2,0			
El Espinillo	1.344										1.741	20	1,1%	
El Sauzalito	3.597	1.034	68,9	2.119	2,0	109	10,5%	17.295	4,8	7.521	2,3	12.078	137	1,1%
Fontana	33.728	1.453	103,8	1.963	1,4			130.424	3,9	42.699	3,1			
General José de San Martín	30.141	2.676	20,6	6.612	2,5	1.297	48,5%	56.984	1,9	21.589	2,6	62.834	202	0,3%
General Pinedo	14.116	600	20,0	1.516	2,5	77	12,8%	55.263	3,9	14.914	3,7	36.141	20	0,1%
General Vedia	1.810	221	18,4	340	1,5	5	2,3%	12.598	7,0	2.611	4,8	2.837		
Hermoso Campo	5.040	729	25,1	941	1,3	22	3,0%	22.734	4,5	4.677	4,9	13.054	74	0,6%
Juan José Castelli	28.995	3.824	13,5	13.859	3,6	1.897	49,6%	77.363	2,7	23.339	3,3	94.550	543	0,6%
La Eduvigis	421							3.535	8,4	2.912	1,2			
La Escondida	3.292	1.149	57,5	1.529	1,3			16.702	5,1	2.554	6,5	3.166	23	0,7%
La Leonesa	9.122	275	7,9	595	2,2	10	3,6%	15.985	1,8	3.728	4,3	2.937	21	0,7%
La Verde	2.743	546	36,4	782	1,4	9	1,6%	10.542	3,8	2.277	4,6	42		

Fuente: Elaboración propia con información del Anuario 2015 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco.

Cuadro 8 (parte 2 de 2) – Producción en el sub-sector público

LOCALIDAD	POBLACIÓN PROYECTADA A JUL/15	SUBSECTOR PÚBLICO - AÑO 2015												
		Egresos		Días de estada		Proc. quirúrg. y obstétricos		Consultas ambulatorias		Horas de consultorio		Pacientes atendidos por agentes sanitarios		
		Totales	Por cama	Totales	Por egreso	Totales	Prop. de egresos	Totales	Por hab.	Totales	Cons. / hora	Totales	Derivados	Prop. de derivac.
Laguna Limpia	1.294	46	3,8	83	1,8			2.709	2,1	2.099	1,3			
Las Breañas	24.131	2.713	36,7	5.817	2,1	1.291	47,6%	87.818	3,6	53.530	1,6	19.495	102	0,5%
Las Garcitas	3.896	770	48,1	1.270	1,6	40	5,2%	30.347	7,8	1.008	30,1			
Las Palmas	5.080	166	4,9	296	1,8	3	1,8%	25.746	5,1	2.998	8,6	3.130	127	4,1%
Los Frentones	6.230	306	19,1	477	1,6	44	14,4%	30.259	4,9	14.510	2,1			
Machagai	22.811	1.954	54,3	3.506	1,8	198	10,1%	62.236	2,7	20.643	3,0	10.556	1	0,0%
Makallé	4.363	349	58,2	493	1,4	5	1,4%	15.213	3,5	3.292	4,6	1.153	6	0,5%
Miraflores	5.050	762	54,4	2.014	2,6	35	4,6%	14.862	2,9	2.541	5,8	16.742	132	0,8%
Nueva Pompeya	2.408	436	16,8	1.243	2,9	148	33,9%	4.827	2,0	2.466	2,0	4.722	24	0,5%
Pampa del Indio	9.864	1.457	45,5	2.501	1,7	94	6,5%	16.478	1,7	3.049	5,4	31.032	168	0,5%
Pampa del Infierno	10.228	341	15,5	611	1,8	26	7,6%	20.134	2,0	10.110	2,0	4.742	83	1,8%
Presidencia de la Plaza	9.844	387	9,9	848	2,2	52	13,4%	30.843	3,1	7.032	4,4	2.365	24	1,0%
Presidencia Roca	4.503	448	26,4	790	1,8	21	4,7%	15.467	3,4	5.898	2,6	640		
Presidencia Roque Sáenz Peña	97.263	11.944	16,7	41.247	3,5	6.668	55,8%	247.854	2,5	108.145	2,3	231.040	2.591	1,1%
Puerto Bermejo	1.881	340	34,0	506	1,5	3	0,9%	7.005	3,7	4.040	1,7	1.188		
Puerto Tirol	9.691	264	26,4	416	1,6			34.893	3,6	11.900	2,9	4.752	24	0,5%
Quitilipi	25.867	1.588	23,0	3.557	2,2	307	19,3%	47.832	1,8	19.014	2,5	128.484	177	0,1%
Resistencia	306.159	28.332	14,8	121.962	4,3	13.075	46,1%	811.138	2,6	358.007	2,3	3.415		
San Bernardo	9.588	295	13,4	559	1,9	33	11,2%	19.406	2,0	7.051	2,8	1.485	11	0,7%
Santa Sylvina	8.094	939	67,1	1.399	1,5	14	1,5%	31.397	3,9	7.670	4,1			
Taco Pozo	8.817	963	40,1	1.598	1,7	95	9,9%	15.441	1,8	9.816	1,6	5.829	2	0,0%
Tres Isletas	17.274	1.608	59,6	3.752	2,3	151	9,4%	34.434	2,0	2.876	12,0	38.686	158	0,4%
Villa Ángela	42.536	4.706	26,3	10.201	2,2	1.900	40,4%	100.385	2,4	46.267	2,2	44.819	18	0,0%
Villa Berthet	10.496	1.044	40,2	1.477	1,4	78	7,5%	26.199	2,5	4.447	5,9			
Villa Río Bermejito	3.999	575	95,8	860	1,5	63	11,0%	20.157	5,0	9.431	2,1	7.618	9	0,1%
Resto	213.907							190.030	0,9	66.911	2,8	31.656	80	0,3%
TOTAL	1.143.178	83.754	19,2	253.016	3,0	28.280	33,8%	2.771.994	2,4	1.061.405	2,6	907.828	5.189	0,6%

Fuente: Elaboración propia con información del Anuario 2015 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco.

**Cuadro 9 (parte 1 de 2) – Formas societarias, asociativas y coparticipativas
evaluadas**

Deben reemplazarse las pág. 104 y 105
por los rangos de impresión "rango1" y "rango 2"
–respectivamente– contenidos en la hoja 1 del archivo
"Sinopsis de normativa vigente red púb-priv.xlsx"

**Cuadro 9 (parte 2 de 2) – Formas societarias,
asociativas y coparticipativas evaluadas**

Nota 4 – Fideicomiso

Regido actualmente por el art. 1.666 y siguientes del Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994), el fideicomiso ha sido –de un tiempo a esta parte– creativamente amoldado a una variopinta gama de actividades y propósitos. Consideramos que la regulación de este tipo de contrato, además de imponer insalvables limitaciones a la instauración de estructuras asimilables a órganos colegiados de administración, presenta “zonas grises” (de discutible interpretación y aplicación para situaciones específicas) que restarían seguridad jurídica al giro operativo proyectado. Entendemos también que el aislamiento patrimonial en salvaguarda de los recursos administrados –principal ventaja invocada para este régimen– resultaría fácilmente vulnerado mediante embustes de distinta naturaleza vinculados con la asimetría informativa antes comentada (cobrando del ente prestaciones ficticias o innecesarias, por ejemplo).

Nota 5 – Fundación

Normada por la Ley 19.836, la fundación presenta importantes ventajas emergentes de su exención frente al Impuesto a las Ganancias, a los Ingresos Brutos y de Sellos, supeditada –no obstante– al cumplimiento de ciertas condiciones. En contrapartida y como notaremos a continuación, presenta algunas características que no la posicionan como la opción más conveniente para los objetivos propuestos.

En primer lugar, sostuvimos anteriormente que el Estado y los prestadores privados deberían ser copropietarios del ente comprador/financiador con el objeto de lograr una adecuada representación en el gobierno y la administración de la red, así como para acentuar el sentimiento de pertenencia a ella. En el caso de la fundación no existen propietarios sino fundadores, los cuales dan origen a una persona jurídica que adquiere vida propia y se vuelve independiente de ellos. Puede preverse la representación de los prestadores –fueren o no fundadores– en el Consejo de Administración de la fundación, pero requiere determinar un mecanismo para designar a esos consejeros, y con él surgen las ya comentadas dificultades para proporcionar la representación a la importancia económica o estratégica de los servicios efectivamente prestados dentro de la red.

En segundo término, la fundación es una figura sin fines de lucro, lo que aparenta una cualidad atractiva para la entidad compradora/financiadora. Sin embargo, podría representar una desventaja a los fines del equilibrio económico, financiero y operativo de la cobertura médico-asistencial a cargo de esa entidad, dado que si el prestador no vislumbra participación en los recursos que puedan exceder la cancelación de prestaciones y los costos de

funcionamiento, tendrá mayor estímulo a reclamar sistemáticamente mejoras en la retribución de su propio desempeño.

Finalmente, el carácter honorario (gratuito) de la labor a cargo de los miembros del consejo de administración, expresamente reconocido por la norma aplicable (art. 20 de la ley 19.836), parecería otro rasgo interesante de la fundación. Sin perjuicio de lo bienintencionada que resulta esta limitación a los fines de una entidad benéfica o filantrópica, puede obstaculizar la contratación de directivos especializados y con dedicación de tiempo completo a esa función.

ANEXO II – INFORMANTES CLAVES

Nota 6 – Nómina de informantes claves

Aquí listados en orden alfabético, hemos consultado a los siguientes informantes claves:

- **Arce, Hugo Eduardo.** Médico. Especialista en Salud Pública. Director del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Fundación Barceló (CABA). Profesor en Calidad de Atención de la Salud en la Maestría en Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de la Plata (UNLP – La Plata, Bs. As.).
- **Bariffo, Marcela.** Médica. Especialista en Psiquiatría. Auditora de prestaciones del Instituto de Obra Social de Corrientes (IOSCOR) y de entidades privadas financiadoras de coberturas médico-asistenciales (Paso de los Libres, Ctes.).
- **Castello, Juan David Antonio.** Abogado. Especialista en Finanzas e Impuestos de la Universidad de Belgrano. Magíster en Derecho Administrativo de la Universidad Austral. Asesor legal de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Corrientes. Exfiscal de Estado de la Provincia de Corrientes. Exmiembro del Consejo de la Magistratura de la Provincia de Corrientes.
- **Courtade, Valeria Imelda.** Médica. Especialista en Cardiología. Maestranda en Gerencia y Administración en Salud de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Exvicepresidente de la Sociedad de Cardiología del Chaco. Exdirectora de Asesoría Médica y exgerente de Obra Social y Alta Complejidad del Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos (INSSSEP) de la Provincia del Chaco.
- **D’Aste, Patricia Marta.** Licenciada en Administración. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD (CABA). Especialista en Salud de la Universidad de Lomas de Zamora (Bs. As.). Diploma en Organización y Gestión de Servicios Socio-Sanitarios de la Universidad de Bolonia (Italia). Presidente de la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM). Presidente de la consultora ProSanitas BSC. Directora del Posgrado en Dirección Estratégica de Recursos Humanos y del Curso de Cuadro de Mando Integral - BSC de la Universidad ISALUD. Titular de Cátedra de Gestión y Desarrollo de RRHH en la Maestría de Economía y Gestión y en la Licenciatura en Administración de la Universidad ISALUD. Titular de cátedra de Teoría Administrativa II en la Especialización en Auditoría de la Universidad ISALUD. Docente de Maestría de la Universidad de Palermo (UP – CABA), de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), de la Universidad de Mendoza (UM), de Universidad Nacional de Tucumán y de la Universidad Nacional del Comahue (Viedma). Exconsultora en Recursos Humanos del Banco Mundial.

-
- **Etchepare Cuezco, Raúl Gustavo.** Médico. Especialista en Oftalmología. Coordinador del curso de posgrado de Calidad y Auditoría de la Atención Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral (Sta. Fe). Médico Auditor de la Delegación Santa Fe del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP – PAMI).
 - **Fiel, Osvaldo Marcos Manuel.** Licenciado en Kinesiología. Maestrando en Metodología de la Investigación de la Facultad de Humanidades de la UNNE (Rcia.).
 - **Gersel, Nancy Mariel.** Profesora en Ciencias de la Educación. Presidente del Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos (INSSSEP) de la Provincia del Chaco.
 - **Ginocchi, Pedro Guillermo.** Médico. Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Presidente de Diagnóstico por Resonancia Magnética S.A. y de Consultorio Radiológico Resistencia S.A. Socio Gerente de Terapia Radiante Resistencia S.R.L. (Rcia.).
 - **Giusiano, Eduardo Ernesto.** Ingeniero Civil. Magíster en Ingeniería en Calidad de la UTN (Rcia.). Posgrado en Administración y en Recursos Humanos de la IAE Business School (Pilar, Bs. As.), y en Administración y Gestión de Negocios de la Universidad de San Andrés (CABA). Gerente de la Filial Chaco de OSDE-Organización de Servicios Directivos Empresarios (Rcia.).
 - **Giusiano, Gustavo Emilio.** Bioquímico. Doctor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Ph.D. Posdoctoral en Ciencia y Tecnología de la Universidad de Pavía (Italia). Magíster en Micología Médica. Profesor Adjunto de la Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología de la Facultad de Medicina de la UNNE. Investigador Jefe del Departamento de Micología en el Instituto de Medicina Regional de dicha casa de estudios. Investigador independiente del CONICET.
 - **Gómez, José Ariel.** Médico. Delegado Sanitario Federal en la Provincia del Chaco. Exdirector del puesto sanitario del área rural de Río Muerto, limítrofe con Santiago del Estero.
 - **Grabow, Oscar Marcos.** Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Secretario de Redes Sanatorias del Colegio Médico Gremial del Chaco. Socio Gerente de Sanatorio Antártida S.R.L. (Rcia.).
 - **Grosso, Silvana Rosa.** Médica. Especialista en Nefrología. Directora de Gestión de la Calidad en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.
 - **Herman, Pablo Ariel.** Contador Público. Vicepresidente de Swiss Medical Group (conglomerado empresario de medicina prepaga, atención médico-asistencial y seguros) y Presidente de SMG Life (compañía de seguros de vida y retiro).

-
- **Iannantuono, Rubén Fernando.** Médico. Especialista en Farmacología. Gerente General de la Fundación de Estudios Farmacológicos y de Medicamentos (CABA).
 - **Iril, Gustavo Germán.** Médico. Especialista en Medicina del Trabajo, Medicina Legal y Medicina del Deporte. Presidente del Colegio Médico de Cutral Có - Plaza Huincul (Neuquén). Concejal municipal de dicha localidad.
 - **Lamberghini, Eduardo Alberto.** Contador Público. Magíster en Políticas y Gestión en Salud de la Universidad de Bolonia (Representación en la República Argentina). Coordinador de la Escuela de Gestión del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Coordinador de Apoyo en Gestión a Pymes y Cooperativas. Asesor externo de establecimientos sanatoriales.
 - **López, Carlos Jorge.** Abogado. Magíster en Derecho de Empresas de la Universidad Austral (Pilar, Bs. As.). Consultor.
 - **López Torres, Eduardo Luis.** Abogado. Coordinador de Programas, Planes y Proyectos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.
 - **Mazal, Roberto Luis.** Contador Público. Director de la Escuela de Gestión del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Exasesor del Ministerio de Salud Pública de Misiones y Excoordinador del Programa Remediar+Redes en esa provincia.
 - **Medina, Arnaldo Darío.** Médico. Magíster en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISALUD (CABA). Vicerrector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ – Florencio Varela, Bs. As.). Director del Instituto de Ciencias de la Salud y de la Diplomatura Superior en Redes de Salud de esa casa de estudios. Exdirector ejecutivo del Hospital El Cruce (Florencio Varela, Bs. As.).
 - **Midón, Mario Antonio Roque.** Abogado. Doctor en Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Córdoba (UNC). Magíster en Procesos de Integración Regional de la UNNE. Presidente de la Asociación Argentina de Derecho Constitucional. Profesor titular de la Cátedra A de Derecho Constitucional de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UNNE (Ctes.).
 - **Morante, Antonio Arnaldo María.** Médico. Especialista en Tocoginecología. Exministro de Salud Pública de la Provincia del Chaco. Exdiputado nacional. Expresidente de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados de la Nación. Expresidente del Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA). Expresidente del Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos (INSSSEP) de la Provincia del Chaco. Exdirector ejecutivo de la Delegación Chaco del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP – PAMI).

- **Neri, Aldo Carlos.** Médico. Especialista en Salud Pública. Exministro de Salud y Acción Social de la Nación. Exdiputado nacional. Exdirector de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Miembro de la Red Argentina para el Ingreso Ciudadano (REDAIC).
- **Nizetic, Lucas Pedro Mauricio.** Gerente de EME Equipo Médico de Emergencias S.R.L. (Ctes.).
- **Obregón, Cristian.** Médico. Subsecretario de Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco.
- **Oggier, Guillermo Luis.** Licenciado en Economía. Magíster en Administración de Empresas de la UBA. Jefe de Presupuesto y Control de la Obra Social de Petroleros (CABA). Director de Head Consulting Group.
- **Olivera, Virginia Ana.** Médica. Especialista en Pediatría y en Medicina Sanitaria. Gerente de Prestaciones de la Obra Social del Personal Marítimo (OSPM). Excoordinadora provincial del Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. Excoordinadora de programas y calidad de atención del Hospital Dr. Arturo Melo (Lanús, Bs. As.).
- **Picón, Benito César.** Médico. Especialista en Pediatría y Neonatología. Expresidente del Consejo Municipal de Resistencia.
- **Quirelli, Omar Ceferino.** Licenciado en Economía. Profesor Adjunto de la Cátedra de Macroeconomía I de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNNE. Gerente de Banca Minorista y Servicios del Nuevo Banco del Chaco.
- **Schweiger, Arturo Luis Francisco.** Licenciado en Economía. Magíster en Política Económica de la Universidad de Boston (EE.UU.). Director de la Maestría de Economía y Gestión de la Salud en la Universidad ISALUD (CABA).
- **Tarragó Vicini, Juan Ricardo Ramón.** Ingeniero Agrónomo. Presidente del Centro de Jubilados y Pensionados Civiles Nacionales "Playa Miramar" (Ctes.).
- **Torres, Fernando Gabriel.** Doctor en Administración de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Posgrado en Docencia Universitaria. Profesor adjunto de Sistemas Administrativos en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y docente en las maestrías en Gestión Empresarial de la Universidad Nacional de La Pampa y de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Responsable de Políticas y Estándares Antilavado, y Analista de Sistemas y Organización en el Banco de la Nación Argentina (CABA).
- **Valdés, Federico.** Abogado. Especialista en Propiedad Intelectual de la Universidad de Castilla-La Mancha (Ciudad Real, España). Cofundador de la agrupación "Enfermedades

Raras Chaco” (Rcia.), comunidad para difusión y sensibilización sobre patologías poco frecuentes.

- **Vargas, Juan Carlos.** Contador Público. Gerente de Sanatorio Chaco S.R.L. (Rcia.).
- **Vassallo Sella, Carlos Alberto.** Contador Público. Posgrado en Economía y Gestión del Sector Salud de la Universidad Comercial Luigi Bocconi (Milán, Italia). Profesor Titular de Salud Pública en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral (Sta. Fe). Coordinador Académico de la Maestría en Política y Gestión Salud de la Universidad de Bolonia (Representación en la República Argentina).
- **Villoslada, María Guadalupe.** Gerente de la Filial NEA de Medifé (asociación civil de medicina prepaga).
- **Zamora, Alfredo Osvaldo.** Contador Público. Vicepresidente del Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos (INSSSEP) de la Provincia del Chaco.

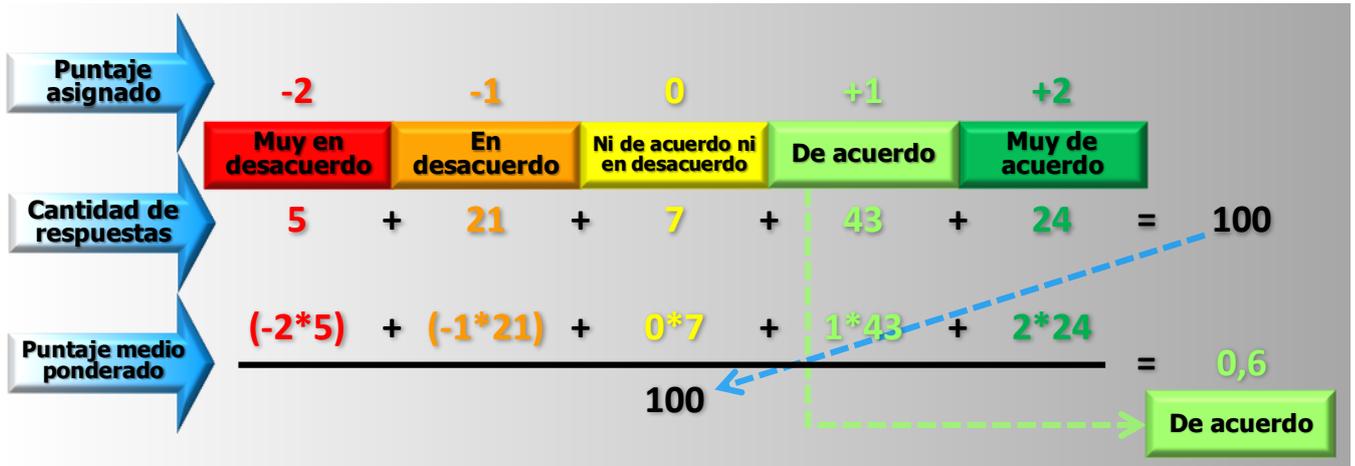
Cuadro 10 – Ámbito de desempeño de los informantes claves

Ámbito de desempeño	Chaco	Corrientes	Misiones	Santa Fe	Neuquén	Provincia de Buenos Aires	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Nación
Salud Pública	X	X	X			X		X
Seguridad social y/o medicina prepaga	X	X	X	X				X
Atención sanitaria privada	X	X	X	X	X		X	
Enseñanza académica de gestión	X		X	X		X	X	
Representación colectiva y/o gremial de prestadores	X				X			
Representación colectiva de beneficiarios		X						
Derechos del paciente y/o del ciudadano	X	X						
Derecho Administrativo		X						
Derecho Empresario		X						
Seguros								X
Bancos	X							X

Cuadro 11 – Formación académica de los informantes claves

Formación académica		Grado										
		Ninguno	Administración	Contaduría	Economía	Medicina	Bioquímica	Kinesiología	Abogacía	Ingeniería Civil	Otro/a (de menor atención)	
Posgrado	Ninguno/a	X		X	X				X		X	
	Especialidad o diplomatura	Economía y Gestión del Sector Salud			X							
		Salud Pública y/o Medicina Sanitaria					X					
		Administración de Sistemas de Salud		X			X					
		Finanzas e Impuestos							X			
		Cardiología					X					
		Diagnóstico por Imágenes					X					
		Farmacología					X					
		Medicina del Deporte					X					
		Medicina del Trabajo					X					
		Medicina Legal					X					
		Micología						X				
		Nefrología					X					
		Oftalmología					X					
		Pediatría y Neonatología					X					
		Psiquiatría					X					
		Tocoginecología					X					
	Otro/a (de menor atención)								X			
	Maestría	Economía y Gestión de la Salud					X					
		Gerencia y Administración en Salud					X					
		Políticas y Gestión en Salud			X							
		Sistemas de Salud y Seguridad Social		X		X						
		Política Económica				X						
		Administración o Gestión de Empresas				X					X	
		Recursos Humanos								X	X	
		Derecho de Empresas							X	X		
		Derecho Administrativo							X	X		
		Ingeniería en Calidad									X	
		Metodología de la Investigación							X			
	Otro/a (de menor atención)										X	
	Doctorado	Administración		X								
		Medicina					X					
		Bioquímica						X				
Derecho y Ciencias Sociales								X				
Posdoctorado	Ciencia y Tecnología					X						

Esquema 6 – Mecanismo de ponderación de puntajes obtenidos en la encuesta



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO III – FORMULARIOS

Formulario para encuesta sobre el modelo propuesto

ENCUESTA SOBRE EL MODELO DE RED PÚBLICO-PRIVADA

PROPUESTO POR EL MAESTRANDO FERNANDO ALESSO

APELLIDO Y NOMBRE/S:

CARGO/FUNCIÓN E INSTITUCIÓN (si corresponde)

PROFESIÓN Y ESPECIALIDAD (si corresponde)

La conclusión de quien suscribe es que, conforme a la exposición efectuada en el día de la fecha, el modelo propuesto...			Grado de adhesión a cada enunciado (Por favor, maque con una tilde)				
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Tiene características novedosas							
Resultaría idóneo para atención de pacientes...	Indigentes						
	De la obra social provincial						
	Del PAMI						
	De obras sociales sindicales						
	Con otra cobertura o condición (Por favor, especifique)						
Promovería en la gestión de la cobertura un/a mayor...	Eficiencia						
	Transparencia						
	Equilibrio funcional						
	Otro aspecto (Por favor, especifique) Positivo [+]						
	Negativo [-]						
Incentivaría en la atención de los prestadores un/a mayor...	Accesibilidad						
	Efectividad o resolutividad						
	Otro aspecto (Por favor, especifique) Positivo [+]						
	Negativo [-]						
	Posibilitaría una mejor apreciación de los servicios de los prestadores y su más genuina retribución						
Sería rechazado por las entidades gremiales representativas de los profesionales y establecimientos asistenciales							
OTROS ASPECTOS NO SEÑALADOS PREVIAMENTE (Por favor, especifique)	Positivo [+]						
	Negativo [-]						

Autorizo a incluirme en la nómina de encuestados y computar estadísticamente mis respuestas, vertidas exclusivamente a título personal y no en ejercicio de mi cargo o función, y en tanto no se individualicen los resultados a mi respecto.

LUGAR Y FECHA

FIRMA

FORMA JURIDICA	NORMATIVA PRINCIPAL	ATRIBUTO O VARIABLE													PERSONALIDAD JURIDICA	OBJETO O FINALIDAD	VINCULACION DEL ENTE			RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LOS INTEGRANTES ANTE TERCEROS POR OBLIGACIONES CONTRAIDAS POR EL ENTE	DISTRIBUCION DE EXCEDENTES DEL GIRO OPERATIVO ENTRE LOS INTEGRANTES											
		PARTICIPACION						Del Estado						Con prestadores			Con obras sociales y otras entidades prestatarias															
		De particulares			En el gobierno			En la formación del capital social o fondo común operativo			En la fiscalización interna			En calidad de integrante				En el gobierno				En la administración			En la representación legal			En la formación del capital social o fondo común operativo			En la fiscalización interna	
Personas humanas en calidad de integrantes	Personas jurídicas en calidad de integrantes	En el gobierno	En la administración	En la representación legal	En la formación del capital social o fondo común operativo	En la fiscalización interna	En calidad de integrante	En el gobierno	En la administración	En la representación legal	En la formación del capital social o fondo común operativo	En la fiscalización interna	En la administración	En la representación legal	En la formación del capital social o fondo común operativo	En la fiscalización interna	Integrantes	Terceros														
Consortio de cooperación	Art. 1470 a 1478 Sección 5ª Capítulo 16 Código Civil y Comercial (CCC)	Prevista	Intervención en la adopción de decisiones, por mayoría absoluta de los participantes salvo disposición contraria del contrato constitutivo, o unanimidad para modificarlo, en caso de que éste no prevea una proporción menor	• Designación de una o más personas humanas. • Determinación en el contrato organizativo de la forma de su elección y sustitución, sus facultades, poderes y -en caso de representación plural- su modo de actuación. • Reemplazo del representante por mayoría absoluta de los participantes, salvo disposición contraria del contrato constitutivo.	Contribuciones de cada participante conforme al contrato organizativo	Especificación en el contrato organizativo de las reglas sobre confección y aprobación de los estados de situación patrimonial, atribución de resultados y rendición de cuentas	No prevista ni vedada explícitamente	Intervención en la adopción de decisiones, por mayoría absoluta de los participantes salvo disposición contraria del contrato constitutivo, o unanimidad para modificarlo, en caso de que éste no prevea una proporción menor	• Designación de una o más personas humanas. • Determinación en el contrato organizativo de la forma de su elección y sustitución, sus facultades, poderes y -en caso de representación plural- su modo de actuación. • Reemplazo del representante por mayoría absoluta de los participantes, salvo disposición contraria del contrato constitutivo.	Contribuciones de cada participante conforme al contrato organizativo	Especificación en el contrato organizativo de las reglas sobre confección y aprobación de los estados de situación patrimonial, atribución de resultados y rendición de cuentas	No posee	• Facilitar, desarrollar, incrementar o concretar operaciones relacionadas con la actividad económica de sus miembros a fin de mejorar o acrecentar sus resultados. • Exclusión de funciones de dirección sobre la actividad de sus miembros.	Emergente de la ejecución del propio contrato organizativo	Art. 1474 inc. j), l) y m) CCC	Art. 1474 inc. k) y 1476 CCC	Art. 1474 inc. l) y p) y 1458 CCC	Art. 1475 CCC	Art. 1442 CCC	Art. 1470 CCC	Art. 1474 inc. g) CCC	Art. 1467 CCC	Art. 1472 y 1474 inc. h) CCC									
Cooperativa de trabajo	Ley de Cooperativas N° 20.337 (LCoop)	Vedada por limitación del objeto social, según doctrina predominante	• Mayores de 18 años • Menores por medio de sus representantes	Deliberación en asambleas ordinarias y extraordinarias, con derecho a un voto por cada asociado	Elección de un consejo de administración, integrado por tres o más asociados	Aporte de bienes determinados y susceptibles de ejecución forzada	Elección por asamblea de uno o más socios	Elección por asamblea de uno o más socios, los cuales deben ser asociados	Intervención en las asambleas ordinarias y extraordinarias, con derecho a un voto por cada asociado	Puede ser convenida siempre que no se restrinja la autonomía de la entidad	Designación por asamblea presidente del consejo de administración, salvo que el estatuto establezca la actuación de uno o más consejeros	Aporte de bienes determinados y susceptibles de ejecución forzada	Elección por asamblea de uno o más socios, los cuales deben ser asociados	Emergente de la ejecución del propio contrato social	Mediante contrato de prestación	Limitada al monto de las cuotas sociales suscritas	Puede devengarse interés sobre las cuotas sociales, si lo autoriza el estatuto	El remanente entre el 85% del excedente y el interés, puede distribuirse en proporción a las operaciones efectuadas	Art. 22, 23, 29, 30 y 1474 inc. a) CCC	Art. 1474 inc. j), l) y m) CCC	Art. 1474 inc. k) y 1476 CCC	Art. 1474 inc. l) y p) y 1458 CCC	Art. 1475 CCC	Art. 1442 CCC	Art. 1470 CCC	Art. 1474 inc. g) CCC	Art. 2 inc. 12) LCoop y art. 141, 143 y 148 inc. g) CCC	Art. 2 LCoop	Art. 4 LCoop	Art. 2 inc. 11) LCoop	Art. 42 inc. 4) LCoop	Art. 42 inc. 5) b) LCoop
Cooperativa de provisión de servicios	Ley de Cooperativas N° 20.337 (LCoop)	Cualquier sujeto de derecho, siempre que reúna los requisitos previstos en el estatuto																														
Asociación civil o Cámara Empresarial	Art. 168 a 186 Sección 1ª Capítulo 2 Código Civil y Comercial (CCC)	Necesaria en entidades de primer grado	• No indispensable en entidades de primer grado. • Necesaria en entidades de 2º grado (federación) y de 3º grado (confederación)	Elección por asamblea de una comisión directiva	Elección por asamblea del presidente y del vicepresidente, este último con actuación sólo en caso de licencia, fallecimiento o vacancia del primero.	Pago de la cuota social	Designación por asamblea de uno o más revisores de cuentas o de una comisión revisora de cuentas en entidades con más de 100 asociados	Posible, según alguna doctrina	Intervención en las asambleas ordinarias y extraordinarias, susceptible de restricción por antigüedad o situación frente al pago de cuotas sociales	Elección por asamblea de una comisión directiva	Elección por asamblea del presidente y del vicepresidente, este último con actuación sólo en caso de licencia, fallecimiento o vacancia del primero.	Pago de la cuota social	• No puede ser contrario al interés general o a bien común • El interés general se interpreta dentro del respeto a la diversidad, en tanto no se vulneren valores constitucionales	Puede estar prevista en el contrato constitutivo	Limitada al cumplimiento de los aportes comprometidos al constituirse o posteriormente y al de las cuotas y contribuciones a que estén obligados	No puede perseguir el lucro como fin principal, ni puede tener por fin el lucro para sus miembros o terceros	Art. 175 y 178 CCC	Art. 170 inc. h) y l) y 171 CCC	Art. 170 inc. a) CCC	Art. 172 y 173 CCC	Art. 149 CCC	Art. 175 y 178 CCC	Art. 170 inc. h) y l) y 171 CCC	Art. 170 inc. g) CCC	Art. 172 y 173 CCC	Art. 141, 143 y 148 inc. b) CCC	Art. 168 CCC	Art. 170 inc. c) CCC	Art. 181 CCC	Art. 168 CCC		
Sociedad de economía mixta	Decreto-ley N° 15.349/46, ratificado por ley N° 12.692 (DSEM) Ley Gral. de Sociedades, N° 19.550, t.o. 1984 (LGS)	Prevista	• Mayores emancipados. • Menores con habilitación de edad. • Cónyuges, cumpliéndose cualquiera de las anteriores condiciones.	Intervención en las asambleas ordinarias y extraordinarias con derecho a un número de votos emergente de la cantidad y la clase de acciones en tenencia, así como el tema a tratar	Elección de no más de dos tercios del total de directores	Vedada	Bienes determinados y susceptibles de ejecución forzada, en la proporción que convengan las partes	Con el síndico designado por la parte pública puede coexistir un consejo de vigilancia	Ejercicio de la facultad de veto sobre resoluciones del directorio y de la asamblea	Art. 8 DSEM	Intervención en las asambleas ordinarias y extraordinarias con derecho a un número de votos emergente de la cantidad y la clase de acciones en tenencia, así como el tema a tratar	• Concesión de privilegios, exenciones, protección fiscal, etc. • Primas, subvenciones, aporte tecnológico. • Anticipos financieros. • Aportes de carácter patrimonial, en dinero, en títulos públicos o en especie, concesión de bienes en usufructo.	Designación del síndico	Preciso y determinado	Limitada al aporte de la parte pública y a las acciones suscritas por la parte privada	En proporción a la cantidad y clase de acciones en tenencia	Art. 1 DSEM Art. 22, 23, 29, 30 CCC	Art. 1 DSEM Art. 30 LGS	Art. 233, 234, 235 y 262 LGS	Art. 7 DSEM	Art. 5 DSEM Art. 39 LGS	Art. 281 LGS	Art. 1 DSEM y art. 146 inc. a) CCC	Art. 233, 234, 235 y 262 LGS	Art. 7 DSEM	Art. 4 DSEM	Art. 7 DSEM	Art. 2 LGS y art. 141 y 143 CCC	Art. 11 inc. 3 LGS	Art. 14 DSEM y art. 163 LGS	Art. 11 inc. 7, 13, 163 y 207	

Cuadro 5 (parte 2 de 2) – Formas societarias, asociativas y coparticipativas evaluadas