

Redes de Cobertura MÉDICO-ASISTENCIAL

Introducción a sus características y a la lógica de su funcionamiento

Síntesis de Tesis de Maestría

Fernando C. Alesso

Maestría en Economía y Gestión de la Salud (I.U.F ISALUD)

Habitualmente, la problemática de la atención sanitaria es abordada enfocando el análisis sobre unidades de gestión tanto a nivel *macro* de financiación (Ministerios, Obras Sociales, etc.) como a nivel *micro* de prestación (hospitales, sanatorios, clínicas, centros de diagnóstico, etc.). Ahora bien, vista la proliferación de redes de prestadores médico-asistenciales que procuran combinar y coordinar el desempeño de profesionales e instituciones en diversos puntos geográficos, con distintos niveles de complejidad y para diferentes grupos de beneficiarios, resulta oportuno efectuar una aproximación teórica a estas unidades de *mesogestión*, situadas en algún punto entre el financiador y el prestador pero desempeñando también algunas de sus funciones.

Estamos refiriéndonos a *organizaciones proveedoras de cobertura médico-asistencial* emergentes de un variado plexo de vinculaciones operativas y jurídicas: entidades asociativas (uniones transitorias de empresas, agrupaciones de colaboración empresaria, asociaciones civiles, etc.) que comprometen los servicios tanto de sus miembros como de terceros adheridos *ad-hoc*; empresas gerenciadoras y concesionarias de Obras Sociales que contratan prestadores en forma estable u ocasional, ya sea directamente o a través de las mencionadas entidades asociativas; empresas y entidades como las referidas que brindan atención en establecimientos propios, alquilados o concesionados, mediante profesionales independientes o empleados en relación de dependencia; y una extensa gama de otras posibilidades.

A fin de desentrañar su labor, desarrollaremos los conceptos de red de servicios y de cobertura médico-asistencial.

Red de servicios

Definición

En sentido amplio, denominamos red de servicios a la organización resultante de combinar y coordinar prestadores ubicados en distintos emplazamientos o dotados de diferentes capacidades, con el objeto de brindar una atención comprometida. Para la Real Academia, combinar es unir cosas formando un compuesto, en tanto que coordinar significa ordenar metódicamente. Por su parte, el compromiso de atención se compone generalmente de obligaciones de hacer y de dar.

La integración en red es una modalidad organizativa que procura sinergia 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. Siguiendo a Báscolo y Sánchez de León (2001), puede entenderse a la red como un *modelo híbrido de coordinación de procesos productivos*, con algunos aspectos de *estructura*

jerárquica y otros de *mercado*. Por un lado se 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.

Para Rovere (1998, p. 30) la red es fundamentalmente un concepto vincular que no homogeneiza; por el contrario, "asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas".

Niveles de construcción

Rovere (ibídem, p. 37) identifica cinco etapas o niveles en el proceso de construcción de una red, cada una con acciones y valores característicos que van sosteniendo a las etapas siguientes:

Reconocimiento: cada participante admite la existencia de los otros, pero limitándose a su mera *aceptación*.

Conocimiento: cada el participante intenta saber quiénes son los otros y cómo entienden su entorno, guiado por el *interés*.

Colaboración (de co-laborar o trabajar juntos): se producen episodios de ayuda espontánea con cierta expectativa de *reciprocidad*.

Cooperación (de co-operar o actuar juntos): se comparten actividades en forma organizada para enfrentar un problema común, basados en la *solidaridad*.

Asociación: la existencia de objetivos y proyectos comunes permiten establecer acuerdos destinados a compartir recursos, vinculados por la mutua *confianza*.

El autor señala que podría pensarse en un sexto nivel representado por la fusión; sin embargo, por un lado ésta rara vez desemboca de un proceso espontáneo y, por otro, la lógica de las redes se funda en la *autonomía* de las partes.

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 comprometidas, 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*.

Cobertura médico-asistencial

Definición

En sentido lato, la cobertura médico-asistencial es un compromiso de prestación de servicios de esa naturaleza, ante su requerimiento conforme a condiciones convenidas.

Según la modalidad establecida para su pago, podemos hablar de coberturas por cápita, acto médico, cartera fija, módulo, día-cama, etc.

Roles elementales de la cobertura

Distinguiremos a continuación los actores que conforman el núcleo básico de relaciones propio de una cobertura médico-asistencial:

Beneficiario es quien goza del derecho de requerir atención médico-asistencial para la prevención o el tratamiento de enfermedades; *prestador* es quien le efectúa prestaciones diagnósticas o terapéuticas orientadas a ese fin; y *financiador* es quien, a cambio de un ingreso cierto, asume el riesgo de sufragar tales prestaciones. 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.

Administrador –por último– es quien gestiona el funcionamiento de la cobertura, ya sea en virtud de desempeñar la función de financiador o bien por encargo de éste. A nuestros efectos, prescindiremos en lo sucesivo de la figura del financiador para referirnos directamente al administrador de la cobertura.

Atributos elementales de los servicios

Para que la cobertura mantenga continuidad en el tiempo es menester que alcance un equilibrio funcional básico, dado por la coexistencia de las siguientes condiciones:

Que el administrador asegure al beneficiario la *accesibilidad* de los servicios comprometidos, o sea, la facilidad para hacer uso de ellos en la práctica.

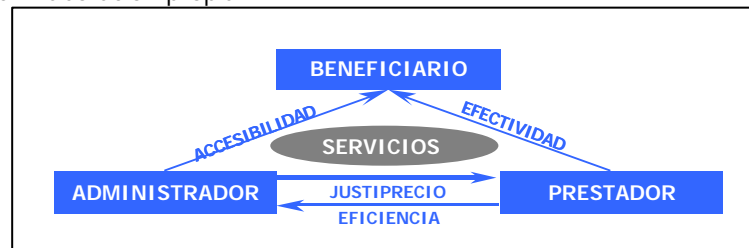
Que el administrador reconozca al prestador el *justiprecio* de su desempeño, retribuyéndolo apropiadamente en términos de valor y plazo de pago.

Que el prestador brinde al beneficiario sus servicios con *efectividad*, interpretada ésta 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).¹

Que el prestador actúe con *eficiencia* respecto del administrador, maximizando el rendimiento de los recursos aplicados (relación entre objetivos alcanzados e insumos).

Núcleo básico de relaciones

Fuente: Elaboración propia



Sin perjuicio de tratarse también de cuestiones fundamentales para el desenvolvimiento de la cobertura, no hemos hecho referencia aún a su financiamiento ni a la remuneración del administrador. Sucede que éstas pueden adoptar diversas modalidades alternativas o complementarias y requerir además la intervención de terceros ajenos al referido núcleo básico, en situaciones cuya incorporación a nuestra sinopsis sólo le restaría sencillez y enturbiaría su comprensión. Sin perjuicio de lo dicho, en este punto resumiremos todo ello en la necesidad de *suficiencia* y *oportunidad* tanto en el financiamiento como en la

¹ 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 mejoras en la salud, la segunda sólo considera su ejecución en condiciones óptimas.

remuneración, y más adelante consideraremos distintas variables vinculadas con tales cuestiones.

Dificultades elementales en el funcionamiento de la cobertura

Abordamos esta cuestión como un problema netamente económico, atendiendo a la naturaleza de la acción humana y analizando el proceso de intercambio de valores que naturalmente la gobierna (Benegas Lynch, 1987). Asumimos que cada uno de los protagonistas antes mencionado se comporta como agente económico, como *homo economicus* que –en principio– busca maximizar su beneficio. Esa búsqueda individual genera tensiones y conflictos que si bien entorpecen el funcionamiento de la cobertura, son inherentes a ella.

Oposición de intereses entre los actores

Existe un natural antagonismo de intereses –*funciones o vectores de utilidad*– entre el beneficiario y el administrador, y entre éste y el prestador. También puede darse entre el prestador y el beneficiario, pero ese caso será analizado en el punto siguiente, referido a la relación de agencia.

El beneficiario pretende que las prestaciones indicadas o efectuadas por el prestador de su preferencia sean solventadas por el administrador, en tanto que éste tiende a admitir solamente las prestaciones y los prestadores que le posibiliten el empleo más eficiente de los recursos a su cargo. El beneficiario también puede intentar hacer uso indebido de la cobertura en connivencia con el prestador, ya sea requiriendo para sí prestaciones no incluidas en el menú prestacional, o aprovechando los beneficios emergentes de su condición para usufructo ilegítimo de terceros.

Contando con un listado taxativo de beneficiarios, prestadores y prestaciones comprendidos por la cobertura, y siendo la efectividad un requisito de la eficiencia (el rendimiento presupone un resultado) y, los intereses del beneficiario y del administrador pueden aproximarse en torno a una prestación procedente cuyos costos y efectos esperados resulten aceptables para ambos. Ello nos conduce a la relación entre el administrador y el prestador.

Consideremos que el beneficio del prestador se compone de renta, ocio y prestigio. Podríamos incorporar a esta función de utilidad algún aspecto relacionado con el beneficio del paciente, pero lo trataremos más adelante, en el marco de la relación de agencia.

Como resulta evidente, el pago de los servicios representa un ingreso para el prestador y un costo para el administrador. En consecuencia, mientras el primero –animado por su objetivo de renta– procura maximizar la cantidad de unidades o los valores unitarios pautados como bases para retribuir su desempeño, el segundo intenta minimizarlos. Desde la óptica de los derechos de propiedad y la teoría de los contratos incompletos, el prestador y el administrador 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, convenido un mecanismo de retribución y valiéndose del arbitrio que a uno y a otro les cabe para determinar la aplicación de recursos al paciente, los servicios que el prestador tiende a prescribir y que el administrador tiende a reconocer o autorizar son aquéllos que maximizan el excedente entre los propios

ingresos y costos. Siendo inverosímil el cumplimiento de esta condición respecto del prestador y del administrador simultáneamente, los intereses suelen converger en alguna situación subóptima para ambos, acordándose finalmente la prestación y su pago.

Así como el objetivo de renta impulsa al prestador a maximizar cantidades y valores unitarios, su objetivo de ocio lo alienta particularmente a maximizar estos últimos, a fin de satisfacer su expectativa de renta con menor tiempo de labor. Ambos propósitos colisionan en forma directa con la utilidad del administrador. El mencionado afán de prestigio también la menoscaba, pero de un modo menos evidente: cuando el prestador –en uso de sus derechos residuales de decisión y control– encara investigaciones o innovaciones para propia reputación y desarrollo profesional, el administrador corre el riesgo de constituirse inadvertidamente en gestor o fuente de su financiamiento. Cuando está orientada a proyectos de este tipo, la atención de los pacientes insume normalmente mayor costo, ya sea por servicios del propio interesado y de terceros involucrados, o por suministros excepcionales en cantidad o especificidad. El administrador puede acotar la discrecionalidad de tales emprendimientos abonando los servicios conforme a pautas de medicina basada en la evidencia y protocolos de atención reconocidos por las autoridades sanitarias.

De lo expuesto en este punto, podemos concluir que el administrador debe diseñar la cartilla de prestadores, los circuitos administrativos y los mecanismos de pago, de modo tal que los incentivos resultantes permitan alguna convergencia en las funciones de utilidad de los actores, sin esperar de ellos conductas éticas sino elecciones racionales.

Relación de agencia

Asumimos que el prestador y el beneficiario poseen un desigual bagaje de conocimientos para discernir lo que este último necesita a fin de preservar o recuperar su salud, o sobrellevar una dolencia. En principio, el beneficiario ignora las características y las alternativas de servicios y suministros disponibles para atender su caso, y no puede observar o inferir claramente muchas de las acciones del prestador que afectan el resultado final. Más aún, según Enthoven –citado por Báscolo y Sánchez de León (2001, p. 7)– “la libertad de elección del prestador por parte del beneficiario no sólo no permite minimizar las imperfecciones de la información, sino que, en los casos en que ésta sea la única estrategia para acercar el funcionamiento de los servicios a las reales preferencias de los consumidores, existen altas posibilidades de que éstas sean moldeadas por la misma oferta”. Tal situación podría morigerarse en alguna medida mediante la producción y difusión pública de información sobre la efectividad de los distintos tratamientos (Ortún y Del Llano, 2000). 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 prestador, así como la falta de un seguro “ideal” que cubra al beneficiario contra el eventual fracaso de la asistencia recibida, obliga al beneficiario a delegar en el prestador gran parte de su libertad de elección (Arrow, 1981). El prestador pasa entonces a actuar como agente (representante o delegado) de un principal: en este caso, el beneficiario.

Efectuada esa delegación, el prestador puede adoptar decisiones interesándose únicamente en el bien del paciente 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 prestador tiene prioridad sobre la necesidad del paciente, calificamos su conducta como *comportamiento oportunista*.

Una situación análoga se entabla entre el prestador y el administrador, toda vez que el primero es quien toma contacto directo con el paciente, lo diagnostica e indica el curso de acción a su respecto, todo ello con cargo al administrador. Podemos concluir entonces que el prestador actúa como doble agente del beneficiario y del administrador, en forma probablemente imperfecta y eventualmente oportunista. La *pérdida residual* emergente del comportamiento oportunista, junto al *costo administrativo* incurrido para evitarla o reducirla, 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. Los mecanismos de cancelación derivados de este enfoque tienden a ofrecer incentivos individuales sólo a quienes pueden ejercer control sobre el ritmo y la calidad de su desempeño, con mayor intensidad cuanto mayores sean la repercusión de éste en la organización contratante, y la calidad de medición de tal desempeño (Cabiedes y Ortún, 2001).

Sin entrar a analizar la factibilidad o conveniencia de contratos tan exhaustivos, en la relación con el prestador sí resulta imprescindible definir palmariamente al menos dos dimensiones fundamentales del mecanismo de cancelación: la unidad de pago y los riesgos financieros a ser asumidos por cada parte (Pellisé, 2000).

Costos de transacción

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

Llamamos costos de transacción a los recargos inherentes a un mecanismo 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 al de la fricción en la física. 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).

Enfocando el problema como una consecuencia de la racionalidad limitada de los seres humanos, Boerner y Macher (2000) advierten al menos tres factores subyacentes en los costos de transacción, a saber: 1) Los individuos tienen una limitada capacidad para planificar: aun a pesar de sus mejores esfuerzos para hacer frente a la complejidad e imprevisibilidad del entorno, carecen del conocimiento o la clarividencia necesarias para prever todas las contingencias que se pueden

presentar; 2) Aun cuando la perfecta planificación fuera posible, a las partes contratantes les resulta difícil negociar sobre la base de previsiones, dada la dificultad para desarrollar un lenguaje común que describa acciones y situaciones respecto de las cuales poseen poca experiencia previa (Hart, citado por Boerner y Macher); y 3) Asumiendo que las partes puedan estipular un contrato que prevea todas las contingencias, persiste la dificultad para comunicarlo en forma suficientemente inteligible que permita a terceros no informados (un juez, por ejemplo) hacerlo cumplir.

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 prestador, habida cuenta de la dificultad para justipreciarla e intentando prevenir comportamientos oportunistas.

Escasez de recursos

Si bien la insuficiencia de recursos frente a las necesidades es condición inseparable de todo problema económico, en el caso de la atención médico-asistencial la dinámica de la oferta mengua permanentemente el poder de compra de cualquier peculio destinado a su financiamiento. Solamente baste mencionar el impacto de la tecnología elevando en el beneficiario la expectativa de vida y bienestar, y estimulando en el prestador la apetencia de renta innovativa; o las amplias facultades de éste para iniciar o inducir la demanda; o el efecto provocado sobre ella por el exceso de oferta en infraestructura y cantidad de prestadores.

Anteriormente hemos señalado la necesidad de *suficiencia* y *oportunidad* en la *financiación* de la cobertura y en la *remuneración* del administrador. Evidentemente, sin el ingreso de fondos al sistema y el compromiso del administrador con el desenvolvimiento de la cobertura, resulta impensable lograr servicios efectivos, eficientes y accesibles.

¿Equilibrio funcional?

Lo expuesto hasta aquí podría llevarnos a concebir la relación prestacional como un juego de suma cero, donde el beneficio de una parte implica necesariamente el detrimento de otra, o viceversa. Esto no necesariamente es así: el derroche de recursos en procedimientos, estadías o insumos innecesarios muchas veces no beneficia siquiera al prestador, como tampoco favorece al beneficiario el acceso directo a un especialista inapropiado para su patología.

La medicina basada en la evidencia, los mecanismos de distribución del riesgo y de asignación de incentivos, así como distintas técnicas y herramientas de gestión, tornan viable un precario equilibrio funcional. Como esta condición es inestable por naturaleza, su mantenimiento demanda control y ajuste permanentes; debe disponerse para ello de información idónea en cuanto a contenido, síntesis y oportunidad. A tal fin puede contribuir en gran medida la implementación de un atinado tablero de control o cuadro de mando, tema que escapa al objetivo de este artículo y amerita de por sí un despliegue mucho más extenso.

Bibliografía

- ARROW, Kenneth J. 1981. "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas". *Información Comercial Española.*, N° 574: 47-63, junio.
- BÁSCOLO, Ernesto; SÁNCHEZ DE LEÓN, Adolfo. 2001. "La medición del producto sanitario y la gestión de redes". *Revista Gestión en Salud*, N° 2: 6-18, noviembre.
- BOERNER, Christopher S.; MACHER, Jeffrey T. 2000. "Transaction Costs Economics: An Assessment of Empirical Research in the Social Sciences". Documento accesible en <http://www.msb.edu/faculty/jtm4/Papers/eTCE.pdf>.
- CABIEDES, Laura; ORTÚN, Vicente. 2001. "Incentivos a prescriptores". En: XXI Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, Oviedo.
- DOGLIO, Guillermo. 2001. "Experiencias en el funcionamiento de una red". En: X Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, XI Jornadas nacionales de Economía de la Salud (2001, Mar del Plata). Las redes prestadoras de salud: sistema de información, incentivo e integración de niveles. Bs. As., Ediciones Isalud.
- DONABEDIAN, Avedis. 1993. "Definición de la calidad de la atención médica". En: Resumen de la conferencia dictada el 20/05/93 en la Facultad de Medicina de la U.B.A., Anexo del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica, Bs. As.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. 1999. *Más salud por el mismo dinero*. 2ª edición. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Bs. As., Ediciones ISALUD.
- MARRACINO, Camilo et. al. 1992. "Redes de Servicios". Informe de Gerencia Técnica. CONFELISA, Bs. As.
- LARREA, Pedro. 1992. "El coste de la no calidad". *Revista del Instituto Argentino de Profesores Universitarios de Costos*, T. I, N° 3: 225-240, marzo.
- LORINO, Philippe. 1993. *El control de gestión estratégico*. Barcelona, Marcombo Boixareu Editores.
- ORTÚN RUBIO, Vicente; DEL LLANO SEÑARÍS, Juan. 2000. "Estado y mercado en sanidad". En: *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*: 3-16. Barcelona, Masson.
- OTERO, Ricardo A. 2001. "Acreditación de Redes de Servicios de atención Médica". *Revista Gestión en Salud*, N° 1: 46-51, julio.
- PELLISÉ URQUIZA, Laura. 2000. "Sistemas de pago óptimo en el sector sanitario". *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*: 49-63. Barcelona, Masson.
- ROVERE, Mario. 1998. *Redes en Salud*. Rosario, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.
- SARANDRÍA, Ricardo. 1998. "Aportes para la construcción de la red prestadora pública privada a nivel provincial". En: Encuentro Internacional sobre Seguro Público de Salud, Bariloche.
- VARO, Jaime. 1994. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid, Editorial Díaz de Santos.
- WILLIAMSON, Oliver E. 1996. *The Mechanisms of Governance*, New York, Oxford University Press.