

MAESTRIA EN ECONOMIA DE LA SALUD Y ADMINISTRACION DE ORGANIZACIONES DE SALUD

Facultad de Ciencias Económicas de la U.N.L.P.

Desarrollo de un modelo de gestión basado en la integración horizontal de establecimientos de salud del Gran La Plata con complejidades complementarias, utilizando una herramienta estratégica como son las alianzas estratégicas.

Autor: Lic. Cristian Calvo

Director: Lic. Héctor Ángel Calvo

Fecha: La Plata, Noviembre de 2020

INDICE

1. INTRODUCCION	3
2. DEFINICION DEL PROBLEMA	
2.1 <i>Envejecimiento Poblacional</i>	5
2.2 <i>Participación de los costos Fijos</i>	7
2.3 <i>Oligopsonio de la demanda</i>	8
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 <i>Tipificación de las Instituciones de salud</i>	10
3.2 <i>Alianzas Estratégicas</i>	13
4. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS	18
5. METODOLOGÍA	19
6. DESARROLLO	
6.1 <i>Análisis Estratégico del Modelo</i>	20
6.2 <i>Implementación del Modelo</i>	23
7. CONCLUSIONES	34
8. BIBLIOGRAFIA	38
9. ANEXOS	
9.1 <i>Sistema de Costos Hospitalarios</i>	40
9.2 <i>Punto de Equilibrio</i>	46
9.3 <i>Relevamiento de Hard y Soft Administrativo</i>	49
9.4 <i>Relevamiento tecnología en quirófano</i>	50
9.5 <i>Convenio de Alianza Estratégica</i>	51

1) Introducción:

La estructura del Sistema de Salud en Argentina se conforma de tres grandes sectores: Público, Seguridad Social y Privado. El **Sector Público** está representado por una red integrada por Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud de las Provincias, Hospitales Públicos y centros de salud. El mismo se financia con recursos fiscales, aportes de la seguridad social y gasto directos de los hogares. La **Seguridad Social** está organizada en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El **Sector Privado** está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian sobre todo con primas que pagan las familias y/o las empresas.

La Ciudad de La Plata no es la excepción, y los tres sectores se encuentran representados. De los 77 hospitales públicos provinciales, en la región existen 9, además de diferentes centros de atención e instituciones especializadas de menor complejidad. A su vez, sólo dentro del casco urbano de la Ciudad nos encontramos con cerca de 25 prestadores privados de la salud, de los cuales 8 son de Alta Complejidad. Es decir, una persona que habita en esta Ciudad tiene la posibilidad de ir, por lo menos, a 9 grandes centros asistenciales públicos y otros 8 centros privados de Alta Complejidad. Además, en caso que pueda pagarlo o tenga cobertura, puede acudir a instituciones privadas monovalentes equipadas con la más moderna tecnología.

Así las cosas, el Sector Privado de la Salud de la Ciudad de La Plata brinda una oferta de servicios de lo más variada, y sus instituciones se encuentran en un esfuerzo permanente para incorporar la última tecnología o diferenciarse del resto para subsistir. Aún las instituciones de mayor complejidad brindan servicios de baja complejidad y ocupan camas y horas quirófano en prácticas que podrían realizarse en instituciones más pequeñas. Mantienen una estructura preparada para la Alta Complejidad, con todos los costos que ello implica, pero atienden pacientes de cualquier tipo de complejidad. Por su parte, las instituciones menos complejizadas, tienen una demanda mucho más acotada ya que los servicios que ofrecen también son más limitados, lo que los lleva a tener que competir con los grandes nosocomios de la Ciudad para poder captar pacientes. Esta competencia entre las Instituciones de Salud Privadas de la Ciudad

de La Plata, que comparten en el mismo público objetivo y la misma región de cobertura, no hace más que empeorar la incorrecta asignación que se hace de los recursos.

A esta coyuntura se le agrega el alto componente de costos fijos que tienen este tipo de organizaciones por ser mano de obra intensivas y por tener instalaciones con mucha participación de equipamiento tecnológico, además de la imposibilidad que tienen para poder fijar los precios de las prestaciones debido a que la mayoría de los pacientes se encuentran concentrados en un único financiador. Todo esto hace que se plantee la necesidad de empezar a pensar nuevas alternativas de gestión, donde las instituciones trabajen en forma coordinada, donde comiencen a complementarse para compartir fortalezas y afrontar debilidades. Un modelo de gestión que aproveche las capacidades instaladas, que permita construir una realidad diferente, pero sin grandes inversiones.

En esta línea es que el presente trabajo de Tesis explora el diseño de un Modelo de Gestión de Integración Horizontal, entre dos instituciones de salud privadas de la región, exponiendo un análisis estratégico del modelo y analizando la sinergia que el mismo podría generarle a ambas instituciones. Se plantea un trabajo donde se define el problema, se da un marco teórico sobre conceptos claves, se explica cómo funciona el modelo y luego se muestran los resultados de la aplicación práctica de este modelo entre una Institución de Alta Complejidad y una de Baja complejidad de la región. Por último, se sacan las conclusiones de cómo funcionó en terreno la puesta en marcha de un Modelo, a mi entender novedoso, tendiente a socavar las dificultades que plantea el sistema de salud privado de la región.

2) Caracterización del Problema:

▪ ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, MAYOR ESPERANZA DE VIDA. EL ROL DE LA TECNOLOGÍA¹. En la década del 70 se concluyó que los recursos destinados a financiar los gastos por los sistemas sanitarios eran y serían insuficientes. Los mismos crecían porcentualmente más que lo que crecían las economías que debían soportarlos. A partir de ese momento aparece la Economía, como ocurre cada vez que hay que laudar cuando existen demandas que no pueden ser satisfechas con los recursos existentes y deben determinarse criterios de asignación basados en distintos fundamentos, como la equidad, la eficiencia, etc. Empieza a economizarse la salud, dando lugar a una rama de esta ciencia social, que es la Economía de la Salud, como en este momento aparece la economía planteada, que pretende dar respuesta a los dilemas económicos del envejecimiento poblacional.

En el año 1914 el porcentaje de la población mayor de 65 años era del 2.3%, mientras que en el año 2010, casi un siglo después, dicho valor representó el 10% del total de la población (4 mill sobre un total de 40 mill). Las proyecciones para este año indican que dicho porcentaje será de 11.5% y para el año 2040 el INDEC estima que un poco más del 15% de la población total del país (8 millones sobre 52) estará por encima del rango etario mencionado.

El envejecimiento poblacional viene de la mano del aumento de la esperanza de vida. A principios del siglo XX la misma era cercana a los 40 años de promedio, y en el año 2010 trepó a 74 años. Es decir, en poco más de un siglo la esperanza de vida creció más de 34 años. A su vez, para el año 2020, se estima que dicho valor ascienda a 76.9 años.

Las causales de muerte en Argentina han ido mutando, reduciéndose la mortalidad infantil y las muertes por causas parasitarias (malaria), infecciosas (tuberculosis, meningitis, infecciones estomacales) y virales (HIV, hepatitis); dando lugar al aumento de las muertes por causas cardiológicas, vasculares, tumores y enfermedades respiratorias.

Las tecnologías diagnósticas destinadas a detectar posibles enfermedades y los avances científicos, apuntalados también por la tecnología, tendientes a investigar posibles curas, fueron pilares fundamentales para que lo explicado en los párrafos precedentes fuera posible. Sin lugar a dudas, la aparición de más y mejor tecnología utilizada para detectar o curar enfermedades fue uno de los principales motivos del alargamiento de la esperanza de vida y del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Esta tecnología de diagnóstico tan sofisticada es una herramienta muy utilizada por todos los profesionales de la medicina, y su uso se hace casi excluyente a la hora de llegar a un veredicto certero sobre la dolencia del paciente. Ningún profesional correría un riesgo innecesario

¹Datos de población, Fuente INDEC. Datos de instituciones de salud, fuente Acliba y Fecliba

existiendo aparatología que pudiera determinar, casi sin margen de error, las causales de una sintomatología. A su vez el paciente, cada vez más informado, sabe la variada oferta tecnológica que le brinda el mercado de la salud, por lo cual muchas veces demanda o recomienda la utilización de ciertas técnicas o tratamientos.

Dicha tecnología representa una erogación muy grande para cualquier institución de salud, con el agravante de que sus costos están totalmente dolarizados y además casi con la obligación de ir actualizándolas al ritmo de la aparición de nuevos modelos más sofisticados y más precisos. Esto hace que, en la ciudad de La Plata, por ejemplo, las principales instituciones privadas de salud con niveles altos de complejidad incorporen cada vez más tecnología médica para no quedar afuera de una oferta de servicios cada vez más completa y compleja. De manera desorganizada, tal vez, todas las grandes instituciones de salud pugnan por tener la última tecnología, compitiendo entre ellas y a su vez con instituciones monovalentes dedicadas exclusivamente al Diagnóstico por imágenes.

En el casco urbano de la ciudad de La Plata existen cerca de 25 Instituciones de salud, repartidas en diferentes tipos de complejidad, con y sin internación, sin contar policlínicos ni instituciones monovalentes (aquellas que se dedican a una sola actividad, como una clínica de fertilidad o una clínica de oftalmología). Dentro de estas 25 hay 8 instituciones con el máximo nivel de complejidad, las cuales están equipadas con la más amplia variedad de tecnología: las 8 tienen servicio de ecografía y radiología; 6 tienen además servicio de mamografía; 4 tienen también un Resonador Magnético e increíblemente 7 de las 8 instituciones tienen un Tomógrafo Computado. Pero a ello hay que sumarle 6 instituciones que se dedican exclusivamente al Diagnóstico por imágenes. Entre todas suman 6 servicios de radiología; 5 servicios de ecografía y resonancia magnética; 4 servicios de mamografía, densitometría ósea y tomografía computada.

La erogación para la compra de la mencionada aparatología, sumado al alto costo de mantenimiento y su amortización, constituye en valores monetarios un porcentaje importante de la estructura de costos mensuales de funcionamiento de una institución de salud de alta complejidad. A esto debemos sumarle el personal idóneo que va a manejar dicha tecnología, ya que en muchos casos se trata de maquinarias tan sofisticadas que muy pocas personas (y muy bien remuneradas) pueden pilotearla.

Es imperioso determinar la potencial demanda que tendrán los estudios de diagnósticos basados en esta tecnología, en función de lo populosa que sea la región en la que se emplaza el nosocomio y su área de influencia, además del análisis de la competencia. De esta manera, poder cuantificar el aporte en valores monetarios de dicha aparatología, y poder contrastarlo con las erogaciones que deben hacerse para mantenerlas.

▪ LA PARTICIPACIÓN DE LOS COSTOS FIJOS EN LOS GASTOS DE ESTRUCTURA². Las instituciones de salud son el ejemplo clásico de organizaciones mano de obra intensivas. En ellas conviven diferentes rubros de actividad: mucamas, personal de mantenimiento, cocineros (en caso que haya cocina), personal de limpieza, enfermeras, técnicos que manejan aparatología, personal administrativo, instrumentadoras, contadores, farmacéuticos (en caso que haya farmacia), administradores, vigilancia, y una gran variedad de especialidades médicas. La mano de obra participa fuertemente en la estructura de costos final de este tipo de empresas. Su incidencia supera el 50% del costo total de las mismas, es una de las actividades, después de la construcción, que más mano de obra utiliza. Los costos fijos, mano de obra más amortización de bienes de capital e inmuebles más algunos otros rubros como pueden ser alquileres, pueden llegar al 70% y en algunos casos al 80% de los costos totales de la institución, dependiendo ello del grado de tecnificación diagnóstica y terapéutica alcanzado.

Tener altos costos fijos significa que, ante mermas en la producción, gran parte de nuestros costos se mantienen inalterables. Lógicamente que puede convertirse en una situación favorable, sobre todo cuando decidimos ampliar nuestro volumen de trabajo aprovechando capacidad ociosa y cuyos costos ya estamos afrontando actualmente. Pero son grandes los riesgos que se corren, sobre todo en un contexto siempre turbulento como el argentino y más aún en un sector con baja rentabilidad como es el de la salud. Variaciones en nuestro nivel de actividad pueden rápidamente convertir a este tipo de instituciones en deficitarias, y las variables que pueden tratar de manejarse para corregir esta coyuntura son muy limitadas. La estrategia de reducción de personal para reducir costos fijos no suele ser la más recomendada, por los altos costos que ello implica y porque la misma variabilidad que originó esta situación también puede hacer que en un futuro cercano nos exija volver a contratar nuevo personal para afrontar ahora un volumen de actividad creciente.

Una estructura de costos mayoritariamente fija nos obliga a analizar la economía de escala en la que nos manejamos y trabajar continuamente lo más cercano al máximo de nuestra capacidad instalada, pero sin perder de vista que un aumento de nuestra actividad puede hacernos subir de escalón y plantearnos la necesidad de seguir incorporando nuevos costos fijos.

El desafío de las instituciones de salud, dada la poca participación que tienen para fijar precios, es ser lo más eficientes posible a la hora de armar su estructura de funcionamiento y desarrollar en forma conjunta, con los otros actores del mercado, estrategias tendientes a reducir, o por lo menos compartir, algunos costos.

² Desarrollo teórico en ANEXO 1.

▪ OLIGOPSONIO DE LA DEMANDA: Se dice que hay un oligopsonio cuando en un mercado existe un número pequeño de demandantes en los cuales se deposita el control y el poder sobre los precios y las cantidades.

En el negocio de la salud privada existen tres pilares fundamentales: Pacientes, Financiadores y Prestadores. Y como intermediario entre estos dos últimos se encuentran asociaciones que nuclean a las instituciones de salud y las representan ante los financiadores, además de realizar la gestión de cobro y presentación de facturación. Básicamente, el prestador es quien brinda el servicio al paciente y el financiador es quien se hace cargo de pagar los costos de esa prestación, para lo cual le cobra al paciente mensualmente una cuota o se la descuenta directamente del sueldo. Aquí el quid de la cuestión es quién determina cuánto debería valer cada una de esas prestaciones.

En la República Argentina la ley 23660 determina los diferentes tipos de Obras Sociales que brindan cobertura de salud. Las mismas se pueden clasificar en 8 categorías: Obras Sociales Sindicales; Institutos de Administración Mixta; Obras Sociales de la administración central del Estado Nacional; Obras Sociales de empresas y sociedades del Estado; las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios; las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas; las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2° inciso g) punto 4 de la ley 21.476 (Convenio Colectivo de Trabajo) y las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito.

En la ciudad de La Plata, una institución privada de salud puede llegar a trabajar para más de 50 diferentes tipos de financiadores; entre obras sociales sindicales, prepagas y obras sociales estatales, principalmente. Las más representativas pueden ser OSDE, Medicus, SWISS Medical, Galeno, OSTEE, OSECAC, OSPE y IOMA. Este mix puede variar, entre otras cosas, por el lugar donde se encuentre emplazado el Nosocomio ya que la cercanía a un barrio de alto poder adquisitivo, por ejemplo, puede inclinar la balanza hacia una población con mayoría de Prepagas y no tantas con obras sociales sindicales. O una Institución instalada en pleno centro comercial puede aumentar la afluencia de pacientes con obras sociales relacionadas con comercios.

Sin embargo, la capital de la Provincia de Buenos Aires es una ciudad cabecera administrativa, donde funcionan innumerable cantidad de organismos del Estado, cuyos empleados y funcionarios tienen todos obligatoriamente IOMA. A su vez es una conocida ciudad universitaria, con 17 facultades y miles de empleados (entre docentes, no docentes y administrativos) nucleados en ellas, quienes también, a través de un convenio colectivo, tienen todos la mencionada Obra Social. Por último, como usuarios de esta Obra Social, dentro del Gran La Plata

existen variadas dependencias públicas de salud y principalmente 8 Hospitales Públicos de gran envergadura, que emplean a cientos de empleados cada uno, al punto de ser las organizaciones que más empleados tienen en toda la Región.

Por lo antes expuesto, podemos ver que en la Ciudad de La Plata la mayoría de las Instituciones privadas tienen un alto componente IOMA. Se dice que son organizaciones IOMA dependientes, ya que la facturación a esta Obra Social puede llegar a representar el 70% de la facturación total. Esta situación es totalmente desventajosa para el Sector, ya que el poder de determinar los precios reside en una sola de las partes. Las Instituciones pueden negociar a través de los organismos que las nuclean (ACLIBA o FECLIBA) el valor de las diferentes prestaciones, pero siendo siempre una negociación donde las partes tienen distinto poder de fuego. Los valores resultantes siempre son más cercanos a los que puede pagar IOMA que a los que quisieran cobrar los prestadores.

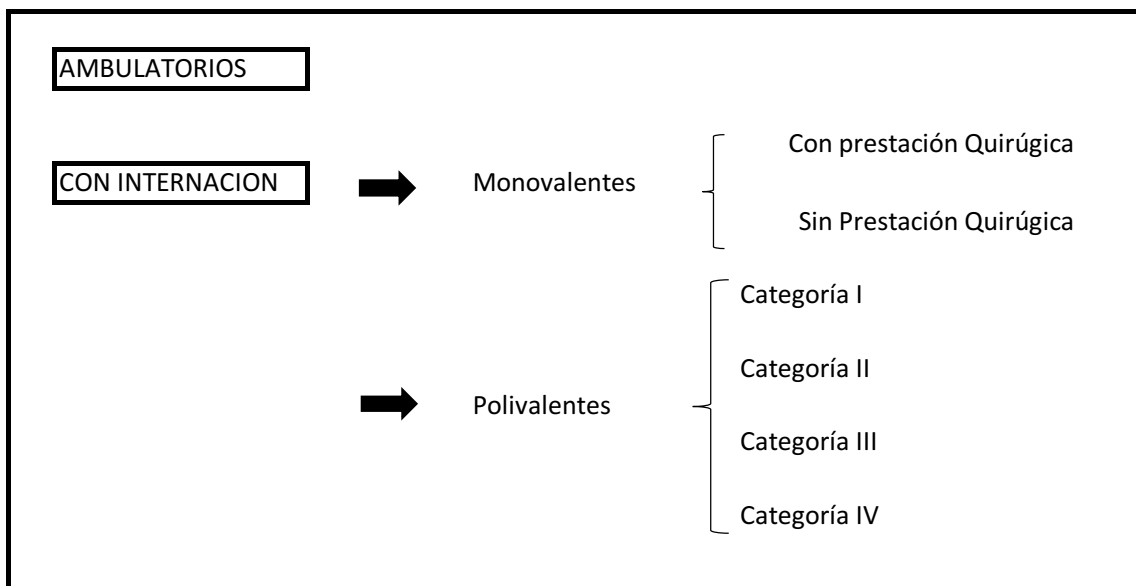
La relación con los otros financiadores es totalmente distinta, ya que los valores se negocian abiertamente y, en caso de no haber acuerdo, el prestador puede elegir no trabajar para dicha Obra Social. A su vez, ante un contexto inflacionario como el argentino, se pueden renegociar valores en más de una oportunidad en el año, cosa que no pasa con IOMA.

Escapan de este análisis aquellas Instituciones Privadas Monovalentes, que por la particularidad del servicio que brindan, tienen otro poder de negociación ya que IOMA no podría darse el lujo de perder estas prestaciones y por lo tanto es un poco más generoso con los valores. El resto de las Instituciones Privadas de Salud de La Plata trabajan fundamentalmente para dicha Obra Social estatal, quien determina casi unilateralmente los valores de las prestaciones y las condiciones de pago. Salirse de este convenio implica perder el 70% de su facturación, lo que es lo mismo que decir que implicaría desaparecer del mercado de la Salud.

3) Marco teórico:

◊ TIPIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

El Decreto que regula el funcionamiento de las Instituciones de Salud en la Provincia de Buenos Aires es el 3280 y data del año 1990. En el año 2014, el Decreto 448, modificó algunos artículos de los capítulos I y III del anterior Decreto e incorporó dos nuevos capítulos. En el Decreto del año 1990 se establece, en su capítulo I, la definición de Establecimiento Asistencial y luego se hace una clasificación de los mismos. En los siguientes capítulos, II y III, se detallan los requisitos generales y particulares que deben cumplirse para poder habilitar una institución de salud, que van desde la documentación a presentar hasta las condiciones edilicias y dotación de personal que deberán tener. En este apartado me interesa detenerme en la siguiente clasificación de Establecimientos Asistenciales, ya que será de mucha utilidad para abordar el tema de esta Tesis:



- Ambulatorios: Son aquellos que brindan atención a pacientes no hospitalizados, y dentro de esta clasificación podemos encontrar:

1) Consultorio: Es el ámbito físico en el que un profesional de la salud desarrolla una consulta general o especializada; o prácticas de diagnóstico y tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherente a la consulta.

2) Policonsultorio: Es el ámbito físico en el que diversos profesionales de la salud desarrollan su actividad en forma individual o independiente, destinado a la realización de acciones de promoción, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud mediante la atención de pacientes ambulatorios y donde se desarrolla consulta general o especializada; o prácticas de diagnóstico y tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherente a la consulta.

- 3) Hospital de Día: Es el establecimiento asistencial multipersonal en el que se ofrecen un conjunto de prestaciones asistenciales destinadas a la atención de pacientes ambulatorios y que no requieren internación, donde se desarrolla una consulta general o especializada; prácticas de diagnóstico y tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherentes a la consulta como cirugía menor ambulatoria y procedimientos invasivos menores, que se realizan con anestesia local y permiten al paciente retirarse del establecimiento de forma inmediata; prácticas de diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad, excluyendo la cardiología intervencionista o terapéutica endovascular por cateterismo y cirugía endovascular; oncología clínica y terapéutica.
- 4) Centro ambulatorio de Diagnóstico por Imágenes de Mediana y Baja Complejidad: Es el establecimiento asistencial multipersonal destinado a la atención de pacientes ambulatorios donde se desarrollan consultas especializadas mediante procedimientos y prácticas de diagnóstico orientados a precisar detalles anatómicos y funcionales por reproducción de las estructuras orgánicas anatómicas por medio de imágenes.
- 5) Centro de atención primaria de la Salud: Es el establecimiento asistencial multipersonal destinado a la atención de pacientes ambulatorios donde se podrá desarrollar consulta general o especializada; o prácticas de diagnóstico y tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherente a la consulta. En forma obligatoria se desarrollarán acciones de promoción y protección de la salud.
- 6) Servicios Médico Extrahospitalario de Traslado: Es la unidad funcional que presta servicios asistenciales mediante el empleo de dispositivos móviles para el traslado de pacientes a un sitio de tratamiento definitivo, de una institución a otra o de una institución a su domicilio y viceversa. A su vez se pueden diferenciar aquellos traslados programados de pacientes sin riesgo de vida de aquellos traslados programados de pacientes en situación crítica.
- 7) Sistema de atención Médica Domiciliaria: Es la organización asistencial destinada al tratamiento programado de pacientes que no se encuentren en una situación crítica de vida, según el requerimiento que realicen sus familiares o el propio paciente.
- 8) Sistema Móvil privado de atención de urgencias y emergencias médicas: es la organización asistencial destinada al tratamiento precoz y oportuno de pacientes que se encuentren en una situación crítica o alto riesgo de vida sea en su domicilio, vía pública o cualquier otro ámbito.
- 9) Centro de día: es la organización asistencial destinada a la atención ambulatoria de personas con discapacidad psicofísica, padecimientos mentales o de adicciones, entre otros.
- 10) Centro de diálisis: Es la unidad médico-asistencial dedicada al tratamiento sustitutivo ambulatorio de la función renal en el enfermo insuficiente agudo o crónico para cuya supervivencia es indispensable el tratamiento integral, periódico y constante dado por un equipo médico y de enfermería especializado.

11) Establecimientos monovalentes con cirugía ambulatoria específica: Es la modalidad de servicio quirúrgico en la que el paciente es intervenido sin internación y por lo tanto sin pernoctar en el establecimiento, independientemente de que la intervención quirúrgica sea mayor o menor, y que la anestesia sea local, regional o general, dentro del horario habitual de funcionamiento.

12) Sistema de Atención Domiciliaria: Es la modalidad de atención realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario, tendiente a lograr un servicio de alta calidad científica y humana en el domicilio de aquellas personas que pudieran ser beneficiados con esta alternativa terapéutica. Por medio del mismo se realizarán las prácticas posibles de efectuar en el domicilio del paciente, teniendo en cuenta su entorno familiar, las características psicosociales, culturales e individuales.

- Con Internación Monovalente: Son aquellos centros asistenciales con internación, dedicados a una única especialidad. Se pueden clasificar en:

1) Sin prestación Quirúrgica: Establecimientos destinados a la internación de pacientes por salud mental, atención psiquiátrica, establecimientos geriátricos u hogares de ancianos.

2) Con prestación Quirúrgica: Establecimientos con internación de una sola especialidad en el que se efectúan prácticas quirúrgicas.

- Con Internación Polivalente: Dentro de esta clasificación podemos separar los establecimientos en cuatro categorías, según su grado de complejidad. El decreto define que a las Instituciones nivel 1 y 2 se las denomina Clínicas y a las de nivel 3 y 4 Sanatorios. A su vez, los sanatorios que tengan mas de 200 camas pasan a llamarse Hospitales:

1) Categoría 1: Establecimientos de mínima complejidad, solo autorizados en áreas geográficas aisladas o en aquellas cuyos pobladores tengan dificultades de acceso a centros de mayor nivel. Aquí se desarrolla consulta general, internación general, parto de bajo riesgo, cirugía menor, cirugía de urgencia impostergable, laboratorio básico, radiología simple.

2) Categoría 2: Establecimientos de mediana complejidad donde se desarrolla consulta general y especializada, internación de las cuatro especialidades básicas (pediatría, clínica, cirugía y ginecología), parto de bajo riesgo, cirugía menor y mediana, laboratorio general y química, radiología simple y contrastada, unidad de reanimación.

3) Categoría 3: Establecimientos de mediana complejidad que incluye, además de lo contenido en la categoría anterior, internación de mas especialidades, partos de alto riesgo, cirugía mayor, laboratorio especializado, diagnóstico por imágenes, unidad de cuidados intensivos.

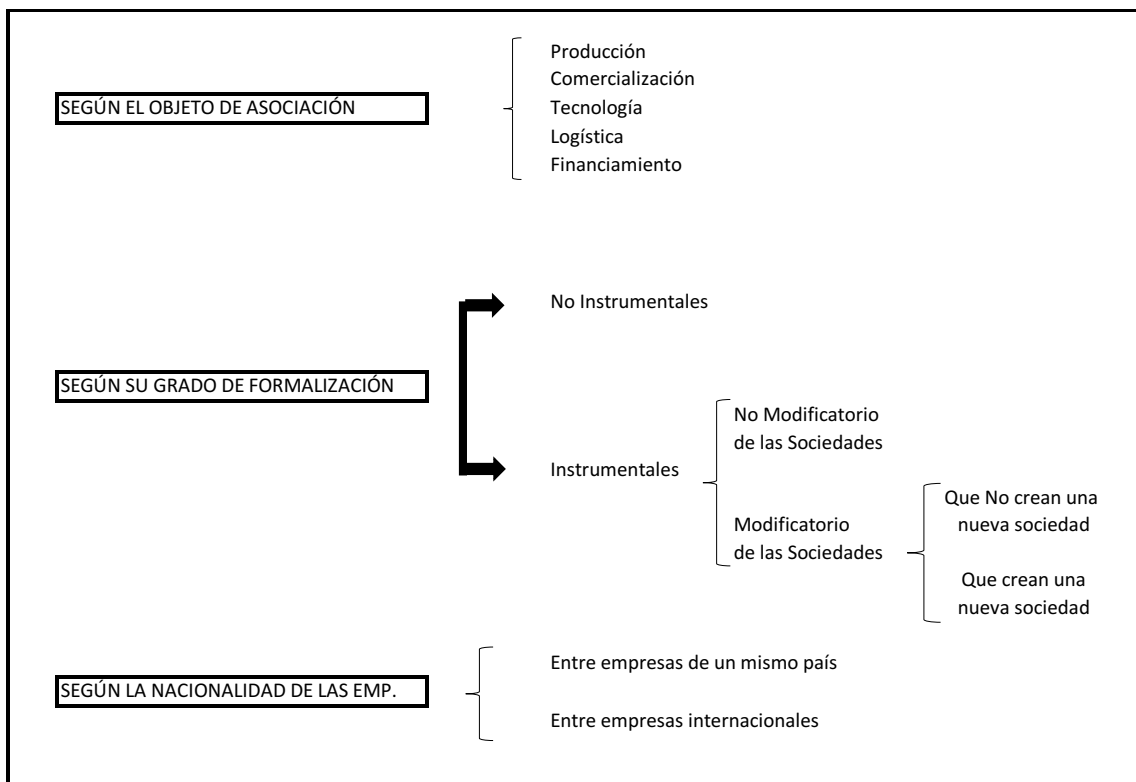
4) Categoría 4: Establecimientos de alta complejidad que además de todo lo anterior incluye una Unidad de Terapia Intensiva y una unidad de terapia intensiva Neonatal.

◇ ALIANZAS ESTRATÉGICAS

Una alianza estratégica se produce cuando dos o más organizaciones comparten recursos y actividades para aplicar determinada estrategia. Este tipo de desarrollo conjunto de las nuevas estrategias está adquiriendo cada vez más popularidad. Esto se debe a que las organizaciones no siempre pueden resolver los problemas derivados de unos entornos cada vez más complejos, utilizando exclusivamente sus recursos y competencias internos. Es posible que tengan la necesidad de obtener materiales, habilidades, innovación, recursos financieros o acceso a los mercados y reconozcan que es más fácil obtenerlos mediante la cooperación que con la propiedad.

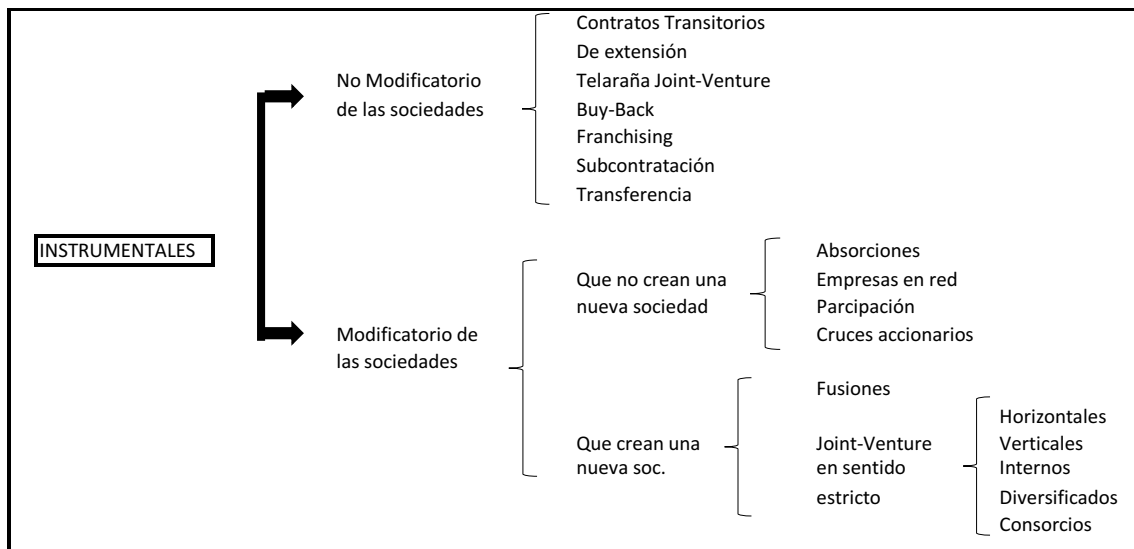
El término *Joint-venture* es un mecanismo que incluye toda posibilidad de alianza o cooperación empresarial de carácter formal e informal. Son una forma de asociación a largo plazo en que las empresas que se asocian siguen existiendo como entidades separadas, pero donde el joint venture puede implicar la creación de una nueva empresa. Entre las principales motivaciones para su formación están la obtención de canales de distribución en otras áreas geográficas, el intercambio de conocimientos especializados, la búsqueda de apoyo financiero y de administración para un negocio, el compartir una tecnología especializada, la búsqueda de economías de escala, etc.

Podemos enfocarnos en la siguiente clasificación:



A) Según el Objeto de la Asociación: los objetos de los Joint-Venture pueden ser establecidos según la índole de las facetas que se quieren mejorar y que podríamos relacionar, especialmente, con las funciones de la compañía. Un objeto de asociación puede ser el de dotar a la empresa de una mayor capacidad de **producción**, tanto por mejoramiento de la producción en términos de costos o calidad, como por un aprovechamiento más eficiente de las instalaciones, bienes, equipos o recursos humanos. Otro de los fines que impulsan la asociación estratégica de las empresas es la colaboración en el campo **comercial**. La conquista de nuevos mercados o franjas de clientes puede facilitarse a partir de la asociación con alguien que se encuentre en la plaza y la conozca, antes que invertir tiempo y dinero en una acción independiente de penetración. También existe una gama de asociaciones con el objeto de modificar los modos y formas de producir o diseñar productos. Las coaliciones de este tipo pueden procurar la transferencia de **tecnología**, así como su desarrollo y gestión. Esta asociación tiene como finalidad convertir los descubrimientos en productos aptos para ser comercializados y la necesidad de coparticipar los costos que conlleva esta labor. Tareas como depósito, limpieza, mantenimiento, comida, servicios portuarios, despachos de aduana, cobertura médica, asesoramiento jurídico y contable, auditoría, etc son algunas de las actividades que las empresas intentan superar a través de acuerdos de cooperación, mediante la acción de terceros, en lo que llamaríamos alianzas de **logística** o outsourcing (tercerización). Por último, dentro de esta primera clasificación, se encuentran las alianzas en búsqueda de **financiamiento**; ya sea para la ampliación de una planta productora, la introducción o desarrollo de nuevas tecnologías, el lanzamiento de una nueva idea, la diversificación de las actividades, etc las empresas buscan copartícipes financieros cuando no pueden afrontar las erogaciones con fondos propios. Pueden ser socios de una misma área de negocios, o de otros sectores, o incluso ser socios financieros puros (inversionistas, bancos, organismo gubernamental).

B) Según su grado de formalización – No instrumentales: Este tipo de asociación normalmente es de carácter reservado y constituye un acuerdo de caballeros (*gentleman agreement*). En algunos casos no hace falta difusión, en otros se lo mantiene oculto porque introduce una tergiversación de las normas de funcionamiento del mercado (pactos de no agresión, de no invasión de mercados, de división de zonas o áreas comerciales, etc)



C) Según su grado de formalización – Instrumentales que no modifican las sociedades preexistentes: Son aquellos casos donde existe un instrumento que patentiza el acuerdo alcanzado y reglamenta el funcionamiento de la alianza. A su vez, dentro de estos instrumentos legales, se puede establecer que las firmas no pierdan su identidad ni cambien su organización societaria. Por ejemplo, en los **contratos transitorios**, las partes que resuelven aliarse actúan en conjunto sobre un tema determinado como la construcción de una obra civil o el desarrollo de una investigación conjunta, por ejemplo. Al cumplirse el objetivo que da origen a la asociación, el acuerdo concluye. Otro ejemplo de este tipo de asociaciones es el que vincula firmas independientes que, por contrato, funcionan relacionadas (de **extensión**). Una empresa asiste a otra que recibe apoyo consistente en capital de riesgo, promoción de negocios, soportes tecnológicos, etc. Cuando existen múltiples asociaciones, en especial de carácter regional, se da el caso llamado **Telarañas Join-Venture**, donde las empresas buscan lograr aumentar su presencia en los diferentes mercados alcanzando una efectiva internacionalización de su quehacer. Los recursos son distribuidos en numerosas operaciones, ensambladas entre sí en cuanto a los objetivos. Esta tipificación permite, por ejemplo, la distribución y penetración en muchos mercados al mismo tiempo, por lo que le permite a la empresa ampliar la llegada frente a lo que la empresa podría alcanzar con sus recursos propios. Otro tipo de Alianza Estratégica que no modifica a las sociedades que la componen es el de **Franchising**. Este tipo permite aumentar la estandarización de pautas comerciales y del personal, usufructuar las marcas y logotipos reconocidos, instrumentar una penetración y amplia presencia que permite el reforzamiento y avance sobre el consumidor. Es una variación del modo comercial visto en las Telarañas de Joint-Venture. Existe otro tipo de alianza donde la empresa contrata con otras firmas la provisión de insumos, partes, conjuntos o servicios que luego utiliza para la elaboración de sus productos. Este tipo se denomina **Subcontratación** y uno de sus principales objetivos es

el de bajar al mínimo el capital operativo, especialmente el ligado a insumos, partes, piezas y materias primas. Se dice que hay **transferencia de tecnologías, patentes, diseños o marcas** cuando una empresa transfiere a otra una capacidad tecnológica, un conocimiento, una propiedad intelectual, el diseño de un producto, la utilización de una marca o la capacidad de gestionar un negocio con el objeto de mejorar su capacidad para fabricar o comercializar bienes o servicios. El último tipo de Alianza Estratégica que no modifica a las sociedades miembro se llama **Buy-Back**, donde una empresa abastece a otra de maquinaria, equipamiento, know-how, tecnología o capacidad de dirección administrativa y a cambio recibe los productos que su aporte ha permitido elaborar.

D) Según su grado de formalización – Instrumentales que modifican las sociedades preexistentes pero que no crean una nueva sociedad: Aquí las partes acuerdan hacer una Alianza Estratégica y lo plasman formalmente en un documento, pero dicha unión significa una modificación de la identidad de alguna o de ambas partes, pero sin llegar a formar una nueva sociedad. Por ejemplo, un caso típico, son las **Absorciones o Adquisiciones**. Donde una empresa absorbe a otra de menor o igual tamaño que esté sufriendo alguna perturbación de sus capacidades operativas con el objetivo de reducir tiempos a la hora de implementar nuestra estrategia. Por ejemplo, resulta más rápido adquirir una empresa que esté desarrollando un producto que nosotros queremos hacer que montar una planta desde cero para fabricar dicho producto. Otro ejemplo de este tipo de Alianzas es el de **Participación** de una empresa en otra, donde sin llegar al dominio absoluto de una firma sobre otra se contemplan alianzas en las que una empresa participa en otra. Por ejemplo, una empresa internacional aporta financiamiento, bienes, equipos, tecnología, know-how a una empresa regional con mercado reducido, para impulsar las aptitudes de esta última, y de esta forma expande sus capacidades operativas a un nuevo mercado de destino de sus productos. Por último, existen también los denominados **Cruces Accionarios**, que tiene efectos similares a una fusión, por la convergencia y unidad de intereses, aunque cada una de las firmas coligadas se mantiene en manos de los inversores nativos.

E) Según su grado de formalización – Instrumentales que modifican las sociedades preexistentes creando una nueva sociedad: En este último apartado se describen aquellas Alianzas que dan como resultado una nueva sociedad, donde puede que implique la desaparición de las compañías originales o que no se modifique la vigencia de las empresas que la originen. Ejemplo del primer caso son las **Fusiones**, donde las compañías crean otra unidad económica a partir de una absoluta unión en la que los impulsores desaparecen al quedar subsumidos en la nueva estructura societaria. Es el acoplamiento de empresas que antes funcionaban autónomamente, que se juntan por ejemplo por la necesidad de afrontar la

competitividad del mercado desde una mejor situación competitiva. Por otro lado, cuando dos empresas se juntan para formar otra nueva empresa pero sin perder sus identidades originales, nos encontramos ante los denominados Joint-Venture en sentido estricto, dentro del cual podemos encontrar los horizontales, los verticales, los diversificados, los internos y los consorcios. Un **Joint-Venture horizontal** se da entre dos empresas que se encuentran en la misma línea de producción, agregando fuerzas de forma tal de mejorar la capacidad competitiva. Como resultante crean un nuevo competidor, pudiéndosele asignar la ocupación de un espacio distinto del que tienen las actividades de sus empresas creadoras. Un caso parecido es el del **Joint-Venture Vertical**, donde la empresa resultante de la alianza actuará complementando las actividades de sus propulsores, en una integración de la cadena productiva. Por ejemplo, dos o más compañías convienen fundar una firma que será la proveedora de los insumos o materias primas que ellas consideren esenciales para el desarrollo de sus negocios. El tercer tipo de Joint-Venture es el **Diversificado**, donde una empresa decide comenzar tratos en líneas de productos que hasta el momento no le son familiares, y para ello decide aliarse con otra compañía con experiencia en ese producto para compartir esfuerzos, recursos, capacidades y riesgos. El cuarto tipo de Joint-Venture es el **Interno**, donde una empresa que quiere controlar la ampliación de negocios hacia áreas diversificadas o innovadoras, desarrolla nuevas empresas asociándose con sus empleados o profesionales. El último caso de Joint-Venture es el **Consortio**, que agrupa a empresas que se dedican a la producción de mercancías de carácter similar para mejorar su comercialización a nivel local o internacional. Busca ampliar la escala de elaboración y las posibilidades de enderezar las producciones hacia una plaza más importante, tratando de alcanzar el objetivo sin recurrir a inversiones nuevas.

4) Propósito y Objetivos:

El propósito de la presente Tesis es desarrollar un modelo de gestión basado en la integración horizontal de establecimientos de salud del Gran La Plata con complejidades complementarias, utilizando una herramienta estratégica como son las alianzas estratégicas.

Como objetivos intermedios se encuentran:

a- contribuir en la optimización de camas de alta complejidad, destinándola a pacientes efectivamente de ese nivel;

b- potenciar la utilización de camas de baja complejidad, por general ociosas, ya que por cuestiones quirúrgicas el paciente prefiere asistir a establecimientos con mayor infraestructura.

5) Metodologías:

En una primera etapa se utilizó una investigación cualitativa, a través de entrevistas semi-estructuradas entre personal gerencial de ambas instituciones, para diagramar la idea general del proyecto. Luego se pasó a una etapa cuantitativa, utilizando estadística descriptiva que permitiera analizar la evolución de producción de ambas partes para poder realizar un diagnóstico de la situación actual por la cual transitaban.

En la etapa de implementación del modelo se utilizaron encuestas estructuradas para recabar información sobre la capacidad instalada en quirófano y consultorios externos.

Para la elaboración del Marco Teórico y demás justificación teórica del presente trabajo se utilizó el análisis bibliográfico y la investigación de bases de datos públicas a través de medios informáticos, como ser la consulta de bases de datos en salud publicadas en el INDEC.

6) Desarrollo:

El eje central de este trabajo de tesis puede dividirse en dos partes bien definidas. En la primera parte se plantea la idea del modelo a implementar y el análisis estratégico del mismo. En la segunda parte se pasa a la implementación práctica del modelo y se analizan los resultados.

DIAGRAMA DE GANTT	MESES														
ETAPAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
A- Análisis estratégico del modelo															
B- Implementación del modelo															
PLANIFICACION ESTRATEGICA															
PLANIFICACION LEGAL															
PLANIFICACION OPERATIVA															
Etapa I															
Instalación Software turnos															
Capacitación															
Puesta en práctica									★						
Readecuación grilla consult.															
Incorporación Profesionales															
Análisis de stock insumos															
Análisis tecno. en quirófano															
Etapa II															
Equipamiento de quirófano															
Instalación soft. para quirófano															
Capacitación uso de este soft.															
Utilización de quirófano														★	
Etapa III - Difusión Masiva															

ANÁLISIS ESTRATÉGICO DEL MODELO: Una característica negativa para las instituciones de Salud Privadas de la Ciudad de La Plata es que tienen poca participación a la hora de negociar los valores de las prestaciones que realizan, ya que el poder de negociación está concentrado en el principal financiador de la región. Además, estas instituciones mano de obra intensivas, tienen la obligación de invertir constantemente en nuevas tecnologías de diagnóstico para no quedar desactualizadas, estos dos factores combinados (mano de obra y tecnología) constituyen el principal componente fijo en la estructura de costos total de la organización. Ante esta realidad, donde los prestadores deben mantener una alta estructura de costos con una baja rentabilidad y sin poder influir en los precios de las prestaciones, deben surgir nuevas ideas tendientes a optimizar la utilización de los recursos. Se debe trabajar sobre los costos a partir de una mejor utilización de la capacidad instalada tanto en tecnología como en camas ya que estas son un gran inductor de costos, a mayor cantidad de camas, mayor propensión a utilizarlas y mayor alargamiento de las estadías. Cada cama genera una suba de costos, especialmente en mano de

obra, y producen su mayor rentabilidad en las primeras 48 horas, luego comienza a declinar. Se debe tender a una alta rotación de las mismas.

El modelo aquí explorado se basa en la conformación de una **Alianza Estratégica Horizontal** entre dos Instituciones de Salud privadas de la Ciudad de La Plata, con diferentes niveles de complejidad, diferente antigüedad en el sector y espaciados geográficamente. No dan origen a una nueva institución, sino que ambas instituciones conservan su identidad jurídica y son responsables por sus acciones y compromisos. Operativamente seguirán funcionando como dos personas jurídicas independientes ante las Obras Sociales, organismos reguladores, etc. Los principales fundamentos son:

- 1) Generar una sinergia a nivel de instituciones y del sistema que van a integrar;
- 2) Levantar una barrera de entrada para el ingreso de nuevas entidades;
- 3) Optimizar la utilización de la capacidad instalada por ambas instituciones sin recurrir a nuevas inversiones y reduciendo la incidencia de los costos fijos;
- 4) Gestionar integralmente el grupo etario de ambas instituciones, que comparten el mismo ámbito geográfico, sin fugas a otros integrantes de la salud;
- 5) Desarrollar el paradigma de optimizar los servicios de alta complejidad concentrándolo en un mismo ámbito físico y atender la mediana y baja complejidad en el ámbito físico en el que se encuentran los pacientes;
- 6) Conseguir que las prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad se concentren en el establecimiento de máxima complejidad, a partir de una mayor cobertura geográfica y mejor administración de los pacientes del mismo, evitando que muchos de ellos migren a otros establecimientos;
- 7) Evitar la utilización de camas de alta complejidad con pacientes de media y baja complejidad, y la subutilización de recursos valiosos que eso ocasiona;
- 8) Mejorar la performance del establecimiento de baja complejidad, al poseer los profesionales intervinientes la cobertura del establecimiento de alta complejidad, lo que le brinda seguridad en su gestión profesional;
- 9) Beneficiar al establecimiento de baja complejidad con la incorporación de una cultura asentada en el establecimiento de alta complejidad;
- 10) Permitir al establecimiento de alta complejidad liberar espacio en quirófano, concentrándose en prácticas de mayor complejidad y derivando a la otra institución las cirugías menores;

En concreto, a la Institución de mayor complejidad esta Alianza:

- le brinda la posibilidad de tener presencia en otra área geográfica sin realizar la enorme inversión que significaría construir un nuevo edificio y sortear la cantidad de barreras burocráticas que eso conlleva;
- le permite captar pacientes de un área geográfica nueva y que no pueden satisfacer sus necesidades en la institución de menor complejidad;
- le da la posibilidad de tener un centro de derivación constante para prácticas de menor complejidad, cuando sus capacidades ya están sobrepasadas;
- le abre la oportunidad de programar cirugías menores en la institución más chica, despejando el quirófano para cirugías mayores.

Para la institución de menor complejidad esta Alianza:

- es una oportunidad para tener el respaldo de una institución más grande, con la posibilidad de derivar cualquier complicación que pudiera surgir con un paciente tanto en quirófano como en internación;
- Le permite, a la institución más chica y más joven, absorber el Know how administrativo y la cultura médica desarrollada por una institución de mayor antigüedad, siendo esto un valor muy difícil de adquirir en el corto plazo;
- le brinda el acceso a nueva tecnología aportada por la otra institución, sin recurrir a ningún tipo de erogación, pudiendo brindar ahora un servicio más completo a la población objetivo;
- será la ocasión para poder aprovechar la capacidad ociosa del quirófano, ocupándola ahora con cirugías derivadas de la institución de mayor complejidad.

En resumen, ambas instituciones crean una sinergia que les permite:

- aprovechar al máximo sus capacidades instaladas, derivándole a la otra lo que no pueden atender y recibiendo, a su vez, lo que no puede atender la otra;
- dividir las prácticas de acuerdo al nivel de complejidad, y repartirlas por institución en función de la complejidad de cada una;
- compartir tecnología instalada en ambas instituciones sin necesidad de adquirir nueva;
- abarcar, entre ambas, una zona geográfica más grande, sin tener que afrontar los costos de abrir una nueva sucursal;
- complementar especialidades médicas, derivando a especialistas de la otra institución cuando no los hay en la propia;
- utilizar un stock compartido de insumos, ante posibles faltantes, y además encarar compras conjuntas de estos para abaratar costos;

IMPLEMENTACIÓN³: Se celebró una Alianza Estratégica Horizontal entre una Institución del casco urbano de La Plata, Nivel IV de complejidad y con mas de 100 años de trayectoria, por un lado; y por otro lado una institución de la zona norte del Gran La Plata, con un nivel II de complejidad y 7 años de antigüedad. La instrumentación de dicho acuerdo abarcó una serie de etapas, las cuales se detallan a continuación:

1) PLANIFICACION ESTRATEGICA: lo primero fue analizar las fortalezas y debilidades de cada institución, y de esta forma ver si la Alianza permitiría realmente una sinergia positiva que venga a solucionar algunos problemas y potenciar algunas fortalezas.

	INSTITUCION NIVEL IV	INSTITUCION NIVEL II
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura organizacional bien desarrollada; - Presencia médica con experiencia en puestos de gestión; - Años de experiencia en el sector; - Tecnología de diagnóstico ya instalada; 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia en una zona de alto poder adquisitivo y con cobertura de prepagas; - Clínica moderna y adaptada a las nuevas medidas de bioseguridad; - Posibilidad de subir de nivel de complejidad;
DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Camas de alta complejidad usadas en baja complejidad; - Saturación de quirófano; - Saturación de consultorios externos; - Tecnología de Alta Complejidad sub-utilizada - Mayoría de facturación concentrada en un solo financiador 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de una cultura organizacional bien definida; - Falta de una coordinación médica con presencia; - Empresa joven y con poca experiencia; - Camas de internación ociosas; - Quirófano utilizado al 30% de su capacidad;

³ Convenio celebrado en ANEXO 5

OPORTUNIDADES	- Alto sentido de pertenencia entre la gente de su colectividad; - Alto poder de negociación ante los financiadores	- Sin competencia en la región; - Abarca una amplia zona sin prestadores privados de salud; - Alto sentido de pertenencia entre la gente de la zona;
AMENAZAS	- Mucha competencia en la región; - Baja en la rentabilidad por aumento de costos y estancamiento de los precios;	- Baja en la rentabilidad por aumento de costos y estancamiento de los precios; - Aparición de policlínicas en la región;

2) PLANIFICACION LEGAL: se empieza a explorar la posibilidad de hacer la Alianza, pero con el minucioso análisis de los abogados de ambas partes. Cuestiones a tener en cuenta:

- El tipo de vínculo que ambas instituciones iban a tener;
- Instrumentación a través de un documento o acuerdo de palabra;
- Las Instituciones mantenían su independencia o no;
- Conformaban una nueva sociedad o no;
- Duración del vínculo;
- Definición de lo que cada parte se comprometía a aportar;
- Delimitación de las responsabilidades de cada una de las partes.

La resultante de este análisis fue finalmente conformar una Alianza Estratégica entre ambas instituciones, en los siguientes términos:

- El objeto de dicha alianza será ampliar la zona de influencia de ambas instituciones, intercambiar especialidades médicas y el aporte de know how y tecnología;
- Se celebra una alianza donde las partes no pierden la individualidad jurídica y sin generar un nuevo sujeto de derecho;
- Se fijan tres etapas diferentes, las cuales se van sucediendo a medida que se va cumpliendo la anterior. Etapas 1: inserción de profesionales de la Institución Nivel IV (Hospital) en la grilla de consultorios de la Institución de Nivel II (Clínica). Aporte de Software y capacitación para su utilización, por parte del Hospital, para garantizar un estrecho lazo administrativo entre ambas instituciones. Etapas 2: comienzo de la utilización de quirófano instalado en la Clínica, por parte de profesionales del Hospital. Etapas 3: difusión masiva de la Alianza, una vez ensambladas perfectamente ambas instituciones y cumplidos ciertos objetivos mínimos de producción esperados;

- Se define un acuerdo de derivación mutua de pacientes, ya sea para consultorio, internación o prácticas ambulatorias;
- Se deslindan responsabilidades legales o impositivas que ambas partes tengan con anterioridad a este acuerdo, para que ninguna de las dos se vea perjudicada por reclamos a la otra;
- Se establece un período de 10 años desde la firma del documento, con renovación automática;
- Se reglamenta la conformación de una comisión integrada por personal jerárquico de ambas partes, para monitorear en forma conjunta el funcionamiento operativo de la alianza.

3) PLANIFICACIÓN OPERATIVA: En forma simultánea con la planificación legal se avanzó en el armado de la comunión entre ambas instituciones, de manera de empezar a trabajar en forma conjunta basándose en la construcción de 5 pilares fundamentales:

A- Sistema de Turnos: La primera herramienta que se consideró como fundamental para poder trabajar en forma mancomunada fue la implementación del mismo sistema de turnos en ambas instituciones. Claramente se decidió que la Institución más joven adopte el sistema de turnos de la otra Institución, ya que el mismo estaba largamente probado y contaba con un desarrollo mucho más pormenorizado. Se trataba de un sistema de turnos on-line, en el cual los pacientes pueden acceder en forma remota desde cualquier parte del planeta, identificándose con un usuario y contraseña. Allí pueden sacar turno con cualquier profesional, pero además consultar estudios realizados, resultados, estadísticas, etc.

Al momento de decidir que ambas instituciones compartan un mismo software se buscaron los siguientes propósitos:

- Que los pacientes de ambas instituciones puedan sacar turno con profesionales de cualquiera de las dos, eligiendo según su conveniencia la ubicación geográfica o inmediatez del turno;
- Que la gente pueda elegir, en los casos de los médicos que atiendan en ambas instituciones, en qué lugar prefieren atenderse con dicho profesional;
- Que los profesionales mantengan la fidelidad de los pacientes, brindándoles la posibilidad de atenderlos en dos diferentes Instituciones, pero que trabajen en forma conjunta. De esta manera el paciente se mantiene dentro de esta Alianza, y no se vuelca a otras instituciones de salud;
- Que los pacientes asiduos a la institución de menor complejidad puedan acceder a prestaciones de mayor complejidad, con la facilidad de sacar el turno de manera centralizada.

La implementación conjunta de este sistema tuvo varias aristas, ya que en **primer lugar** debieron relevarse⁴ todas las computadoras para verificar que ambas instituciones trabajen con tecnologías de calidades y velocidades parecidas. Parece un detalle menor, pero el mal funcionamiento de uno de los eslabones haría débil la totalidad de la cadena de información. Luego, en **segundo lugar** una vez verificado esto y hecho las actualizaciones pertinentes, se analizó de qué manera se almacenaba la información en la base de datos de pacientes y profesionales. Para ello, un grupo de expertos en informática de ambas instituciones se reunieron en varias oportunidades y decidieron que lo mejor era mantener el servidor central en la Institución dueña del Software, y que la institución más chica importara y exportara datos a dicho servidor a través de una especie de túnel virtual entre ambas. En **tercer lugar**, y relacionado con lo anterior, se planteó la necesidad de maximizar las velocidades de conexión inalámbrica de ambas partes para que la comunicación virtual entre ellas fuera fluida. Se decidió mantener el servicio actual de internet pero con una velocidad de conexión superior, aunque se planteó la posibilidad de contratar en un futuro un servicio de fibra óptica que mejoraría notablemente la calidad de conexión. En **cuarto lugar**, se procedió a la carga de las especialidades médicas pertenecientes a la Clínica de menor complejidad en la base de datos del sistema de turnos perteneciente a la Institución de mayor complejidad, de manera que todos los profesionales de ambas instituciones estuvieran visibles para los pacientes. **Por último**, debió modificarse la página web de la clínica, dando de baja el link de turnos que derivaba al sistema anterior y renovando dicho acceso directo al nuevo software.

Para la implementación del sistema de turnos se estuvo trabajando durante varios meses, no sólo para todo lo detallado en el párrafo anterior, sino para la instalación del software y la capacitación *in company* a todas las empleadas administrativas de la Clínica que debían utilizarlo. Esta capacitación estuvo a cargo del personal de la Institución de mayor complejidad, quienes ya estaban familiarizados con su uso. Se realizó durante todo un mes, tres veces por semana 3hs horas por vez, donde el personal idóneo trabajó a la par del personal en aprendizaje para mostrar el funcionamiento del Sistema mientras el mismo era utilizado.

B- Grilla de Consultorios: Al analizar las especialidades médicas⁵ pertenecientes a ambas instituciones se detectó que la institución de menor complejidad, con un perfil claramente quirúrgico, tenía entre sus filas médicos de especialidades con poco perfil quirúrgico y casi nula

⁴ Modelo de relevamiento en ANEXO 3

⁵ Ver tabla siguiente página

derivación a otros médicos que si lo tenían. Por lo tanto, se decidió adaptar la grilla de profesionales que atendían por consultorio, incorporando a la misma nuevos médicos (pertenecientes a la institución de mayor complejidad) con el nuevo perfil buscado. La idea fue que estos nuevos profesionales le dieran a la Clínica un movimiento de quirófano que antes no tenía, y a su vez le permita a la institución de mayor complejidad asegurarse de que aquellos pacientes que no pudieran resolver sus problemas quirúrgicos en la Clínica fueran derivados al Hospital y no terminaran yéndose a otra institución. Para poder planificar esta migración de profesionales hubo que readecuar los horarios disponibles, reasignar consultorios y dar de baja aquellas especialidades que se escapaban del nuevo perfil de la Clínica. Una vez hecho comenzó la transición de profesionales.

Esta transición se realizó en forma gradual durante los primeros tres meses, incorporándose en primera instancia a la Clínica un grupo de médicos de especialidad clínica. Los cerca de 15 nuevos profesionales le darían a la Institución de menor complejidad una mayor capacidad de captación de pacientes y aumentaría la derivación hacia aquellas especialidades quirúrgicas. En una segunda instancia se incorporó otra especialidad que también generaría mayor movimiento en quirófano, sumándose entonces un grupo de 5 ginecólogas, quienes no sólo realizan cirugías propias sino que derivan mucho a Cirugía General o Estética. Por último se incorporó el último grupo de profesionales, de especialidad quirúrgica, justamente para atender esa mayor demanda generada por las especialidades anteriores. Se agregaron más de 6 cirujanos generales y 2 cirujanos plásticos, sumados al plantel de médicos que ya poseía la Clínica.

Especialistas Médicos en Clínica	Antes de la Alianza	Después de la Alianza
ALERGISTA	1	1
CARDIOLOGIA	6	6
CIRUGÍA GENERAL	6	12
CIRUGÍA PLÁSTICA	4	6
CLINICA MEDICA	7	20
DERMATOLOGIA	6	4
ECOGRAFIA	8	8
ESPECIALISTA EN DOLOR	1	X
ESPIROMETRIA	2	X
ENDOCRINOLOGIA	3	2
ERGOMETRIA	2	2

FLEBOLOGIA	1	1
FONOAUDIOLOGIA	2	2
GASTROENTEROLOGIA	5	5
GINECOLOGIA	5	10
HEMATOLOGIA	2	2
INFECTOLOGIA	1	1
NEUMONOLOGIA	1	1
NEUROLOGIA	2	1
NUTRICION	4	1
OFTALMOLOGIA	7	4
ONCOLOGIA	2	X
OTORRINOLARINGOLOGIA	3	3
PEDIATRIA	4	7
PSICOLOGIA	1	X
PSIQUIATRIA	1	X
REUMATOLOGIA	1	X
TRAUMATOLOGIA	9	6
UROLOGIA	2	1
TOTAL	99	106

C- Equipamiento de quirófano: El quirófano constituye el área clave de una Institución Privada de la Salud, ya que es donde se producen las prácticas que le generan un mayor ingreso a la clínica. Por cada práctica quirúrgica se generan tres rubros claves que pueden facturarse al financiador: 1- Honorarios médicos, que son facturados por el médico que realizó la cirugía y muchas veces incluye también un ayudante; 2- Derechos sanatoriales, facturados por la institución donde se realiza la cirugía, que deberían cubrir los gastos directos de quirófano, los gastos directos de internación (en caso que el paciente quede internado) y los gastos indirectos de la institución⁶; 3- Derechos de aparatología, facturados por el dueño del equipo, en aquellos casos en que se utilizó cierta tecnología quirúrgica o de apoyo (artroscopio, laparoscopio, arco en C, entre otros). Por esto último es muy importante recabar información sobre la tecnología existente en quirófano e identificar los dueños de las mismas, ya que muchas veces no toda la tecnología pertenece a la institución, sino que algunos aparatos son propiedad de los médicos.

⁶ Desarrollo teórico en ANEXO 1

Además, los profesionales que utilizan el quirófano quieren tener un espacio lo mejor equipado posible, ya que una buena tecnología de apoyo facilita la práctica quirúrgica y minimiza los riesgos que se corren al realizarla.

Durante esta etapa se procedió a relevar información sobre todo el equipamiento instalado⁷ en el quirófano de Clínica, de manera de poder identificar el nivel de complejización del mismo, y poder prepararlo para un mayor volumen de cirugías (tal como estaba previsto entre los principales objetivos de esta alianza). Se detectó el faltante de cierta aparatología y, la Institución de mayor complejidad, aportó dichos faltantes en pos de generar un ambiente de trabajo médico acorde a los requerimientos por estos planteados. Dicho aporte se realizó al inicio de la segunda etapa de este convenio, consecuentemente con la incorporación de profesionales quirúrgicos a la grilla de consultorios de la Clínica.

D- Stock de insumos: Un buen manejo del stock de insumos es fundamental para no tener que parar la actividad de quirófano en momentos de pico de producción. No existe una teoría que recomiende un stock mínimo o máximo, por lo cual cada institución estoquea lo que puede o quiere. Sin embargo, al momento de tomar la decisión del lote óptimo, se debe tener en cuenta:

- Que en un contexto inflacionario como el argentino influye mucho la cuestión financiera, ya que algunos prefieren destinar el mínimo de recursos financieros a un stock que quedará por tiempo inmovilizado y en cambio destinarlos a la inversión en el propio negocio (en tecnología, por ejemplo);

- Otros, basados en el mismo razonamiento, ven al congelamiento de precios de los insumos como una posibilidad de inversión. Por lo tanto, prefieren realizar grandes compras y disminuir el efecto adverso de un aumento de precios generalizados;

- Mas allá de la decisión financiera de destinar grandes sumas de dinero a estoquear insumos está también el tema del espacio físico para almacenar esos bienes. La empresa puede decidir tener varios meses de stock para no tener sobresaltos en el corto plazo, pero puede verse limitada por no tener el lugar necesario para guardarlos. Como ejemplo, se incluye a continuación una tabla con un detalle del total de insumos descartables utilizados solo en quirófano en un mes normal donde se hicieron 83 cirugías (no se tiene en cuenta el gasto de insumos usados en Internación, en Consultorios Externos, en Guardia ni tampoco los gastos en suturas y medicación)

⁷ Modelo de relevamiento en ANEXO 4

Especialidad	Nro Cirugías
CIR GENERAL	10
CIR PLÁSTICA	16
LESIONES DE PIEL	20
UROLOGÍA	10
TRAUMAT.	21
OTORRINOL	3
GINECOLOGIA	3
	83

INSUMO	Cant.	INSUMO	Cant.
Agua destilada 2000ml	8	Jeringa 5ml	62
Agua destilada 500ml	9	Jeringa 60ml	26
Aguja 16/5	88	Ovata 20cm	4
Aguja 25/8	49	Placa Paciente	47
Aguja 50/8	107	PVC 2 mts	37
Apósitos Esteriles 10x20	16	Smarch rollo	10
Campo Plástico k58	39	Sol Fisiso 2000ml	50
Cateter	87	Sol Fisiso 500ml	258
Cepillos descartables	183	Sonda K67	6
Clips de laparo	4	Sonda nasogástrica K10	33
Cloruro de Benzanconio	13	Tubo endotraqueal	21
Compresa	220	V109	17
Electrodo p/ electro	47	Venda de gasa	62
Funda Laparoscopia	11	Venda elástica 2,5mts	41
Gasa esteril chica	158	Ambo tela	134
Gasa esteril doble	204	Bota descartable	270
Guantes estériles	374	Barbijo descartable	209
Guantes examinación	143	Camisolín descartable	163
Guía de suero	86	Cofia descartable	188
Hoja bisturí	125	Fenestrada	32
Jeringa 10ml	109	Sábana	140
Jeringa 20ml	47		

Este detalle podría modificarse aún manteniendo el mismo número de cirugías ya que depende mucho del tipo de prácticas que se realicen, debido a que no consume lo mismo una lesión de piel que una cirugía de cadera, y a mismo tipo de cirugías también hay cirujanos más gastadores que otros. Pero la idea es mostrar el consumo real de un mes de baja producción en una Clínica, para poder cuantificar lo voluminoso que sería estoquear dos o tres meses de producción más elevada, además del aspecto financiero, claro.

- Otro detalle muy importante es que, a mayor volumen de insumos estoqueados, mayor es la rigurosidad con que deben manejarse los mismos ya que podría entrar en juego la regla de “cuanto más se tiene más se pide”, y a mayor cantidad también es más fácil que existan faltantes. Se haría casi indispensable la necesidad de tener un Sector dedicado exclusivamente al manejo y control del Stock, equipado con hardware y software específico para este fin. En este tipo de instituciones, donde los costos fijos son altos, tener un alto stock podría significar aumentar estos costos aún más, por el efecto de más personal destinado a su administración y por los gastos que significaría el mantenimiento y alquiler (en caso que así lo sea) del lugar abocado al almacenamiento.

En fin, en este punto nos encontramos con dos Instituciones con criterios totalmente diferentes en el manejo del Stock. Por un lado, una institución que utiliza los espacios grandes para sectores productivos y por lo tanto destina poco espacio al almacenamiento de insumos; que se basa en un modelo *Just in time*⁸ para el manejo de los mismos; que destina sus recursos financieros a otros aspectos estratégicos del negocio. Por otro lado, una institución que considera sumamente valioso contar con el respaldo de un stock voluminoso y minimizar los posibles efectos de una inflación siempre creciente.

Por lo antedicho, se trabajó durante un mes para diagramar una forma centralizada del manejo del stock, llegando a una solución que sea una conjunción de ambas posturas. Se decidió que la clínica siguiera manejando su propio Stock, pero con la tranquilidad de acudir al Hospital en aquellas oportunidades en que una mala planificación o un aumento desmedido del consumo hiciera reducir a cero sus reservas. Esta solución significó un apoyo realmente muy grande para la institución de menor complejidad, ya que le asegura la tranquilidad de no tener que cortar con la producción, pero sin la necesidad de inmovilizar grandes sumas de dinero en este rubro. Cada institución administró sus insumos a su manera y, en caso de necesitarlo, la Clínica le pediría prestado al Hospital lo necesario para salir de una situación crítica con la consigna de devolverlo inmediatamente en la próxima reposición. Para ello, se designaron dos responsables (uno por Institución), quienes se encargarían de manejar el movimiento de insumos de una institución a la otra y de esta manera evitar: que existan faltantes, que se pidan insumos innecesarios, que los insumos no sean devueltos en igual cuantía, que la devolución se demorara en el tiempo e incluso que se devolvieran insumos de calidades inferiores a las prestadas.

⁸ Sistema de organización de la producción inventado en Japón, en la planta de TOYOTA, que busca optimizar el proceso productivo eliminando desperdicios, donde las materias primas llegan “justo a tiempo” para la fabricación o para su uso. No se estoquea según predicciones sino según pedidos reales.

F) Esterilización: La esterilización es el proceso mediante el cual se destruyen los microorganismos que se encuentran en un objeto, sustancia o lugar. En las instituciones de salud es fundamental mantener ciertos espacios y ciertos objetos en condiciones totalmente estériles, para erradicar o por lo menos disminuir los riesgos de infecciones intrahospitalarias. Dicha esterilización tiene diferentes consideraciones:

- Cuando lo que se está esterilizando es una superficie amplia, como puede ser el quirófano o un área de prácticas menores, se realiza a través de una limpieza con agua e hipoclorito de sodio en una proporción específica que garantice la eliminación de los microorganismos mediante el baldeo de las superficies;

- Cuando lo que se está esterilizando es instrumental de acero quirúrgico, el mismo puede esterilizarse a través de una Estufa o mediante la sumersión en glutaraldehído. El primer método utiliza un habitáculo con forma de horno grande munido de resistencias que circulan aire seco a alta temperatura durante un par de horas; mientras que el segundo consta de un método más rápido que el anterior donde se sumerge lo que se quiere esterilizar en una solución alcalina durante 30 minutos y luego se enjuaga para su uso. La primera es una técnica de calor mientras que la segunda es más bien fría y desgasta más los materiales;

- Otro proceso utilizado para la esterilización es mediante la exposición del objeto a óxido de etileno. Se desarrolla en un cámara hermética, con todo un sistema de bioseguridad bastante desarrollado, que permite eliminar los microorganismos sin necesidad de exponerlos a un líquido ni a altas temperaturas. Se utiliza por lo general para esterilizar material que no puede ser expuesto al calor, como plástico, goma, o artefactos con circuitos eléctricos;

- Por último, el otro método utilizado para esterilizar se denomina Autoclave, y su eficacia se logra a través de la exposición al vapor. Se utiliza para materiales estables al calor, humedad y presión (ropa, gasas, sábanas). Es un método más rápido y sencillo que el anterior.

Mantener en forma un Sector de Esterilización es oneroso, ya que se requiere de maquinarias, insumos, un espacio físico y bastante personal con idoneidad necesaria para manipular insumos que mal manejados pueden ser perjudiciales para la salud. Además, hay que tener en cuenta que todos los métodos descriptos son necesarios ya que son complementarios y no suplementarios, lo que hace que no pueda priorizarse una técnica por sobre otra, con los costos asociados que eso conlleva.

En este punto, luego de un relevamiento de ambas instituciones, se detectó que la Institución de mayor complejidad contaba entre sus instalaciones con todos los métodos descriptos y el personal destinado a su correcta administración. Por otro lado, la Institución de menor complejidad sólo contaba con Estufa y sumersión en glutaraldehído, y el material que no

podía esterilizar lo derivaba a otra institución y abonaba por ese servicio, adecuándose a los vaivenes de dicha institución (ya que a veces se le rompía alguna maquinaria y priorizaba la esterilización de sus propios insumos, en detrimento de los de la Clínica).

A raíz de la implementación de este Modelo de Integración se cambió el circuito de esterilización de la Clínica, derivando ésta al Hospital todo lo que no podía esterilizar en sus instalaciones. Para ello se designó un responsable y se implementó un circuito que funcionaba de la siguiente manera:

- Durante el fin de semana las Instrumentadoras de la Clínica preparaban todo el material que debía ser esterilizado y lo dejaban en un sector destinado a ese efecto, contiguo al Quirófano, rotulado indicando si debía procesarse por Óxido o Autoclave;

- Los lunes temprano la persona responsable (el encargado de las diligencias), retiraba dicho material y se dirigía al Hospital;

- Llevaba el material sin esterilizar, dirigiéndose al Sector correspondiente (Óxido o Autoclave), donde el personal del sector recibía los bultos, los registraba en una planilla y le hacía firmar a la persona que los entregó. En ese mismo acto, retiraba los bultos dejados la semana anterior y ya esterilizados;

- La persona responsable volvía a la Clínica y dejaba en ese lugar contiguo al quirófano los bultos retirados la semana anterior pero ahora ya esterilizados;

- Al final del mes, la planilla donde se registraba todo el material esterilizado por el Hospital pero perteneciente a Clínica, se derivaba al Sector de Gerencia para su posterior facturación y cobro.

La Alianza le permitió a la Clínica, a partir de la Etapa II del presente Modelo donde se comenzó con las cirugías realizadas por profesionales provenientes del Hospital, contar con un circuito de esterilización prolijo, que le aseguraba no quedarse nunca sin material estéril para trabajar, y sin la necesidad de tener que realizar la enorme inversión que significaba adquirir las maquinarias para esterilizar o adecuar un espacio para tal efecto o comprar los insumos utilizados en el proceso o, fundamentalmente, el costo asociado a mantener el personal idóneo para este sector.

7) Conclusiones:

Todo el proceso llevó algo más de 2 años de elaboración e implementación. Su génesis fue algo casual, en una charla entre directivos de dos instituciones de salud con muy buena relación, analizando la realidad del Sector Privado de la Salud de La Plata y explorando la necesidad de reinventarse y afrontar la coyuntura de manera inteligente. La intención siempre fue trabajar en forma mancomunada, potenciando las fortalezas y tratar de combatir, en conjunto, las debilidades.

Luego de 10 meses de conversaciones informales, fundamentalmente entre directivos y principales directores de ambas instituciones, se comenzó con las etapas formales de análisis estratégico del modelo e implementación del mismo. Se conformó una mesa de trabajo integrada por directivos, administradores y directores médicos de ambas instituciones. Durante 6 meses se mantuvieron reuniones de intercambio de ideas, se discutieron propuestas, se analizaron todas las variantes para poder trabajar en conjunto sin alterar demasiado la dinámica de cada institución. Sobre el final de este período, con la idea bastante elaborada, se sumaron a la mesa los abogados de ambas partes, quienes aportaron lo suyo clarificando algunas cuestiones claves para el andamiaje futuro de la alianza. Se realizó la correspondiente planificación estratégica, a cargo de ambos administradores, para diagramar los efectos positivos que traería la sinergia ocasionada por la unión propuesta. Se plantearon abiertamente los principales objetivos que cada uno perseguía y de qué manera se iban a ensamblar para que ambas partes pudieran conseguirlos.

Viendo que la Alianza Estratégica podría convertirse en realidad, y habiendo explorado gran parte de las cuestiones formales, se pasó a la etapa de ensamblaje real de ambas organizaciones. Se conformó un grupo de trabajo más reducido, encabezado por ambos administradores y directores médicos, para avanzar en dos líneas estratégicas claras: el ensamblaje operativo y el ensamblaje asistencial. El primero se basó en tratar de replicar similares condiciones de trabajo en ambas Instituciones, para poder encajar ambas estructuras administrativas y que funcionen en armonía. Para ello, en Clínica, se renovaron computadoras, se instaló el mismo sistema de turnos que en el Hospital, se hicieron cambios en la conexión de internet para tener un contacto on-line entre ambas, se realizaron capacitaciones para aprender a manejar los nuevos sistemas, se discutió sobre la optimización en el manejo del stock de insumos, se diagramaron nuevos procedimientos administrativos adaptándolos ahora a un funcionamiento en tándem. Por otro lado, en cuanto al ensamblaje asistencial, se avanzó en el desembarco progresivo de algunas especialidades médicas que aportarían volumen de pacientes y asegurarían derivación a especialidades quirúrgicas. Para ello se trabajó pormenorizadamente en la reestructuración de

la grilla de consultorios, dándole mayor importancia a ciertas especialidades, en detrimento de otras que se escapaban del perfil quirúrgico de la Clínica. Se acondicionó el quirófano de Clínica, aportando el Hospital cierta tecnología faltante que haría mucho más confiable la realización de ciertas prácticas. Por último se rearmó el procedimiento de derivación de pacientes cuya salud podría verse desmejorada, tanto en quirófano como en internación, además de aquellos ingresados por la guardia de Clínica que tenían una complejidad que ameritaban ser trasladados al Hospital para su atención.

Nueve meses después de aquella mesa de trabajo donde se abordó la planificación del funcionamiento de esta integración, y habiendo trabajado en conjunto para poder en práctica todo lo planificado, finalmente se comenzó a funcionar operativamente en forma ensamblada entre ambas instituciones. Ya readecuada la grilla de consultorios y con el ingreso de nuevos profesionales pertenecientes al Hospital, se inició en Clínica la utilización del sistema de turnos compartida, significando esto el inicio de una nueva etapa en la vida de ambas organizaciones. Cinco meses después de este primer hito ya se habían satisfecho las dos primeras etapas de este convenio, cumplimentando la inserción de nuevos profesionales, la instalación de un nuevo software, la capacitación para su uso y el comienzo de la utilización de quirófano por parte de los médicos pertenecientes al Hospital. Desgraciadamente, el inicio de la pandemia COVID-19 paralizó las actividades en las instituciones privadas de salud de la Ciudad de La Plata, entre otras tantas actividades. Esto hizo replantear algunos objetivos y postergar otros para más adelante. Cada institución priorizó su supervivencia en un contexto donde las cirugías quedaron suspendidas, los consultorios externos reducidos a su mínima expresión, los servicios de apoyo sin trabajo, la Internación muy seleccionada y la guardia médica trabajando a destajo recibiendo pacientes con síntomas. Tanto el Hospital como la Clínica decidieron recluirse y tratar de sobrellevar esta coyuntura inédita, prometiendo retomar cuando todo termine.

A pesar de ello, y luego de más de un año de trabajo en conjunto, se puede llegar a la conclusión general de que se cumplió con el Propósito planteado por la presente Tesis, el cual fue desarrollar un modelo de gestión novedoso basado en la integración horizontal de establecimientos de salud del Gran La Plata con complejidades complementarias, utilizando una herramienta estratégica como son las alianzas estratégicas. Dicha alianza sirvió, también, para demostrar que este Modelo podía contribuir en la optimización de camas de alta complejidad del Hospital, destinándolas a pacientes efectivamente de ese nivel y derivando a la Clínica la menor complejidad. Además del cumplimiento de los objetivos planteados, podemos decir que este modelo de integración resultó ser una salida innovadora para afrontar una coyuntura del Sector Privado de la Salud con instituciones en problemas para mantener los altos costos fijos de funcionamiento, sin la posibilidad de influir en los precios y funcionando según las

condiciones impuestas principalmente por un solo financiador. El modelo les permitió a ambas organizaciones realizar una sinergia positiva, potenciándose en los puntos fuertes en común y ayudándose en los puntos débiles de cada una. Asimismo, podemos concluir que este tipo de integración entre dos instituciones privadas de la salud del Gran La Plata, con diferentes niveles de complejidad y espaciadas geográficamente permitió:

1) Que ambas instituciones amplíen su zona de influencia, sin tener que incurrir en la enorme inversión que significaría abrir una nueva sucursal;

2) Que el Hospital le traslade a la Clínica, lentamente, una cultura médica que no tenía bien desarrollada y que normalmente lleva muchos años poder instaurarla;

3) Que la Clínica pueda rediseñar con el aporte del Hospital su grilla de Consultorios Externos, dando prioridad a especialidades quirúrgicas o netamente derivadoras de estudios y prácticas, reemplazando aquellas que no lo eran,

4) Que el Hospital capte nuevos pacientes, apuntalado por la cantidad de médicos clínicos que el mismo introdujo en la Clínica para tal efecto, además de los pacientes que antes eran derivados por Guardia a otras instituciones y que ahora eran trasladados en su totalidad a las instalaciones del nuevo “aliado”;

5) Que la Clínica pueda modernizar sin realizar ninguna inversión su sistema de turnos on-line, haciendo más ameno el trato con el paciente y simplificando parte de las tareas diarias de las administrativas;

6) Que el Hospital preste a la Clínica tecnología de quirófano subutilizada, permitiendo que esta última logre un área quirúrgica mejor equipada sin recurrir en ninguna inversión;

7) Que el Hospital descomprima los quirófanos sobre utilizados, derivando la baja complejidad a la Clínica, y permitiendo al mismo tiempo que esta ocupe parte de la capacidad quirúrgica ociosa existente hasta el momento;

8) Que el Hospital pueda priorizar una Internación de mediana y alta complejidad, liberando camas utilizadas en patologías de baja complejidad;

9) Que la Clínica ocupe parte de la capacidad ociosa de camas de Internación, producto del aumento de cirugías por derivaciones hechas por el Hospital;

10) Que la Clínica pueda tener un servicio de esterilización a disposición, sin incurrir en la inversión que significaría equipar un sector con tecnología y recurso humano, y sin la imprevisibilidad que implicaría derivar el material para ser esterilizado en cualquier otra institución;

11) Que la Clínica se sienta respaldada ante cualquier faltante imprevisto en el stock de insumos de cirugía, sin tener que destinar recursos financieros al estoqueo de materiales;

12) Que los cirujanos que operan en Clínica tengan la tranquilidad de tener una Institución de mayor complejidad como referencia que acepte eventualmente a algún paciente que pudiera complicarse. Esto, sumado a lo explicado en el punto anterior, le dieron al personal quirúrgico una seguridad que antes no tenían al momento de realizar una práctica quirúrgica, lo que redundó en un aumento de las mismas.

A mi entender, el presente trabajo de Tesis ahonda en un modelo de gestión original, basado en una integración horizontal entre dos instituciones de salud del Gran La Plata que comparten problemas coyunturales. Es un pequeño aporte para contribuir al rediseño de un sistema de salud desgastado, con problemas de financiamiento, con costos crecientes y valores estancados. Es un trabajo que invita a reflexionar sobre un sector que se encuentra abarrotado de instituciones preparadas para la alta complejidad pero recibiendo pacientes de cualquier índole, todas equipadas con la más moderna y onerosa tecnología, la cual ninguna utiliza al máximo de su capacidad. Constituye, tal vez, un pequeño granito de arena a partir del cual comenzar a pensar el Sistema de Salud como un todo, donde el TODO sea más que las sumas de las partes, donde se optimice el uso de los recursos instalados por cada institución sin necesidad de competir por los mismos, donde las instituciones no sólo se repartan los pacientes por zona geográfica sino también por niveles de complejidad, donde los diferentes niveles de organizaciones trabajen en forma mancomunada organizándose en Redes Prestacionales que satisfagan las necesidades de la población sin llegar a sobredimensionar la oferta o alentar a una innecesaria demanda.

8) Bibliografía:

- Alianzas Estratégicas. Cómo crearlas, desarrollarlas y administrarlas para beneficio mutuo. Jordan B. Lewis. Editorial Vergara. Año 1993, Buenos Aires.
- Descentralización, Financiamiento, Costeo y Autogestión de establecimientos de salud: Una visión integrada. Lic Ricardo Meerhoff. Organización Panamericana de la Salud año 1997, USA.
- Dirección Estratégica. Gerry Johnsen, Kevan Scholes y Richard Whittington. Editorial Pearson-Prentice Hall. Año 2006, Madrid.
- Estrategias de Alianzas en un escenario de creciente globalización. Carlos A.R. Cleri. Ediciones Macchi año 1999, Córdoba.
- Fundamentos de Estrategia Empresarial. Jorge Tarzijan. Editorial Alfaomega. Año 2008, México.
- Gestión en el Sector de la Salud: Volumen I, Gestión del Sistema y de sus Instituciones. Recopilación de autores. Editorial Pearson año 2005, Madrid.
- Las claves de la Gestión Hospitalaria. Miguel Ángel Asenjo. Editorial Gestión 2000 año 1999, Barcelona.

ANEXOS

Desarrollo de un modelo de gestión basado en la integración Horizontal de establecimientos de complejidades complementarias, utilizando una herramienta estratégica como son las Alianzas Estratégicas.

ANEXO 1- SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIOS

En este ANEXO se conceptualizan al inicio algunos términos, en forma resumida, para poder luego entender la mecánica de esta herramienta. No se intenta hacer una descripción detallada de los diferentes tipos de costos que existen en una organización ni las variadas clasificaciones de los mismos. El objetivo final de este apartado es llegar a entender cómo funciona un sistema de Costos Hospitalarios, ya que dicho entendimiento resultará importante para abordar uno de los puntos clave de la presente TESIS, la importancia de la estructura de costos de una organización.

Definición de Sistema de Costos: Sistema de información, dinámico, progresivo y global; asentado sobre distintas fuentes de datos sanatoriales utilizado para la gestión de establecimientos de servicios de salud y que relaciona dos magnitudes informativas: gastos y producción.

Objetivo del Sistema de Costos: Generar una herramienta para la toma de decisiones empresarias basadas en la determinación del costo de funcionamiento de sectores productivos (centros de costos) y de prácticas, servicios o productos. El costo siempre está vinculado a un objetivo y a él debe referirse.

Características: Es una herramienta pensada para la toma de decisiones en los tres Niveles de Planeamiento: estratégico, táctico y operativo. El diseño de un Sistema de Costos Hospitalarios implica generar un mecanismo de participación interdisciplinario entre todos los actores del equipo de salud del establecimiento, a partir de la decisión y el apoyo del Núcleo Estratégico de la Institución. Se debe definir un sector de estructuras que administre el Sistema de costos. No existen Sistemas de Costos parciales. Cualquier producto, servicio o Centro de Costos refleja, en su medida, la participación de toda la estructura productiva y de apoyo a la organización.

Costo: Medida en términos monetarios de los recursos para conseguir un objetivo determinado.

$$\text{Costo} = \frac{\text{GASTO}}{\text{PRODUCCION}}$$

Gasto: Equivale a todo el gasto incurrido para la obtención del Objetivo (atención, diagnóstico, cura del paciente, etc)

Producción: Es el Objetivo medido en términos referenciales (días camas, Unidad de Rx, Cantidad de cirugías, etc)

Clasificación de Costos: Directos-Indirectos; Fijos-Variables. Se llama costo directo de una determinada unidad de referencia a los costos que son inequívocamente identificables con ella y llamaremos costos indirectos de la misma a aquellos que no lo sean. Por Ejemplo, los costos de los medicamentos utilizados para un paciente internado son costos relacionados Directamente con dicha internación. En cambio, los sueldos del personal administrativo son costos relacionados Indirectamente con la internación.

Por otro lado se llama costo variable a aquél que varía con el volumen de actividad, y llamaremos costo fijo a aquél que no depende del volumen de actividad. Por ejemplo, el costo fijo por naturaleza suele ser el alquiler del inmueble (en el caso de que no sea de nuestra propiedad); o el caso de los sueldos, aunque también existen algunos casos de retribuciones ligadas al volumen de actividad, pero por regla general la mayoría de los sueldos se mantiene estable independientemente de nuestra producción. En cuanto a los costos variables, existen infinidad de insumos que variarán de acuerdo al volumen de actividad, por ejemplo: suturas, gasas, jeringas, equipos estériles, drogas anestésicas, etc. El costo que representan todos estos insumos será diferente de acuerdo a si se realizan 10 o 100 cirugías por mes, es decir, variará en función de la actividad quirúrgica que tenga la Institución.

Centros de Costos: Los centros o sectores de costo son las áreas a las cuales se le atribuyen gastos y producción. Las condiciones para que el área de actividades sea seleccionada como sector de costos son:

- que realice tareas razonablemente homogéneas e identificables
- que origine gastos propios
- que su dirección este confiada a una sola persona ya que si la autoridad está dividida es imposible discriminar la responsabilidad de ejecución.

Clasificación de los Centros de Costos:

Servicios Generales: Son aquellos no específicos de la calidad asistencial que posibilitan la tarea cumplida por los sectores intermedios y finales: Dirección, Administración, Estadística, Lavadero, Mantenimiento, Sala de Máquinas, Cocina, Bar, Etc.

Servicios Intermedios: Son los auxiliares de diagnóstico y tratamiento que complementan la atención médica brindada por los Sectores Finales: Radiología, Ecografía, Farmacia, Laboratorio, Anatomía Patológica, Hemoterapia, Esterilización, Enfermería, Nursery, etc.

Servicios Finales: Son aquellos que hacen al objetivo del establecimiento. A ellos se dirigen los esfuerzos de todos los demás para que, unidos a los propios, se haga posible el cumplimiento de la finalidad de la Institución: Internación, Consultorios Externos, Guardia, Cirugía, Partos.

Unidad de Costeo: es aquél concepto de unidad orgánica u operativa con relación al cual se busca agrupar o concentrar los costos. Para cada uno de los Sectores Finales comentados se definen como unidades de costos mas comunes a:

Sector Final	Unidad de Costo
Internación	Días Cama
Consultorio Externo	N° de consultas
Cirugía	Hora quirófano
Partos	N° de Partos
Sala de Guardia	N° Consultas

Cascada de Costos y Cuadro de Doble Entrada: En el siguiente cuadro, denominado Cuadro de Doble Entrada, se pueden ver en las columnas los diferentes rubros de costos que componen una Institución de Salud, de forma simplificada para poder mostrarlos en forma gráfica y didáctica. En las filas podemos ver los diferentes Centros de Costos de dicha Institución.

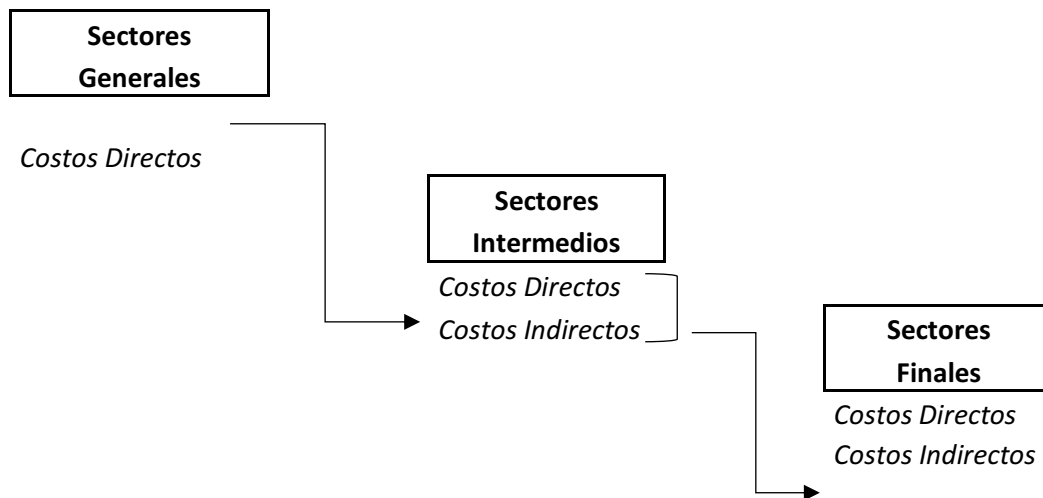
A modo de ejemplo, y analizando el cuadro, podemos ver que en el Centro de Costos “Dirección y Administración” conviven diferentes rubros de gastos. Los sueldos del personal administrativo, los servicios utilizados por ellos (como puede ser el teléfono, la luz, el gas, internet), Insumos de oficina, papelería, etc. En esta fila, al igual que en todas las otras, se detallan los gastos exclusivamente directos que ocurren en cada centro de costos. Para citar otro ejemplo, en la fila “Cirugía”, se detallan los sueldos de los cirujanos (en el caso de que estuvieran a sueldo), el sueldo de la cava de cirugía, el sueldo del personal de limpieza exclusivo de quirófano, el sueldo del personal de enfermería exclusivo de quirófano, los servicios utilizados en quirófano (luz, agua, gas, internet), los insumos descartables usados en las cirugías, drogas anestésicas, etc.

Rubros de Gastos	Sueldos	Servicios	Impuestos	Insumos Médicos	Ins. Varios	TOTAL
Sectores						
Dirección y Admin.						
Estadística						
Lavadero						
Mantenimiento						
Cocina						
Radiología						
Ecografía						
Farmacia						
Laboratorio						
Patología						
Hemoterapia						
Esterilización						
Enfermería						
Internación						
Cons. Externos						
Guardia						
Cirugía						
TOTAL						

Una vez concluido el cuadro podemos analizarlo mirando las filas, mirando las columnas y mirando dicha intersección. Al mirar las filas vamos a ver, por ejemplo, cuánto es el gasto directo total en el Centro de Costos “Administración y Dirección” (en celeste). Y, a su vez, cómo esta constituido dicho gasto (sueldos, insumos, servicios, etc) y el porcentaje de participación en el total (por ejemplo, del total de gastos de “Administración y Dirección”, cuanto representa a sueldos, cuanto a insumos, etc). Por último, del Gasto TOTAL (celda azul), cuánto corresponde al Centro de Costo antes mencionado.

Al mirar las columnas el análisis es muy parecido, pero ahora analizaremos el rubro sueldos, por ejemplo, y veremos del total de sueldos cómo se distribuye el mismo por Centros de Costos. Lo mismo pasa para el resto de los rubros de gastos.

Finalmente podremos ver el TOTAL de gastos de la Institución (Celda AZUL), y cómo esta compuesto dicho total (participación en el total de cada uno de los Centros de Costos y participación en el TOTAL de cada uno de los Rubros de Gastos).



Una vez realizado el Cuadro de Doble Entrada se procede a confeccionar lo que se llama la Cascada de Costos. En dicha cascada lo que se hace es distribuir, utilizando Bases de Distribución, los gastos de los Sectores Generales en los Sectores Intermedios. Y luego los gastos Directos de los Sectores Intermedios, sumados a los Gastos Indirectos de los Sectores Generales, se distribuyen (utilizando Bases de Distribución) a los Sectores Finales. Los Sectores Finales, finalmente, estarán compuestos por Gastos Directos del Sector además de los Gastos Indirectos que le vienen distribuidos del resto de la Organización (Sectores Generales y Sectores Intermedios).

El objetivo de dicha herramienta es concentrar en los Sectores Finales el total de los Gastos de la Institución, para poder después determinar el importe de la Unidad de Costo de cada Centro. Por ejemplo, cuando nosotros calculamos el Costo día cama de una Institución, en ese costo estamos resumiendo los Gastos Directos de mantener esa cama, pero también estamos incluyendo los Gastos Indirectos que le vienen de los otros sectores. Es decir, estamos incluyendo una proporción del sueldo de los administrativos, otra del gasto en servicios (luz, gas, tel, etc), otra del gasto de Laboratorio, otra del sueldo del personal de mantenimiento, y así sucesivamente.

El motivo por el cual resumimos todos los gastos en los Sectores Finales, es porque son éstos los que representan la Producción de nuestra Institución. Todos los otros sectores están porque son necesarios para que la organización funcione, sirven de apoyo para que los Sectores Finales puedan producir. Es inevitable incurrir en una vasta cantidad de gastos, en sectores que

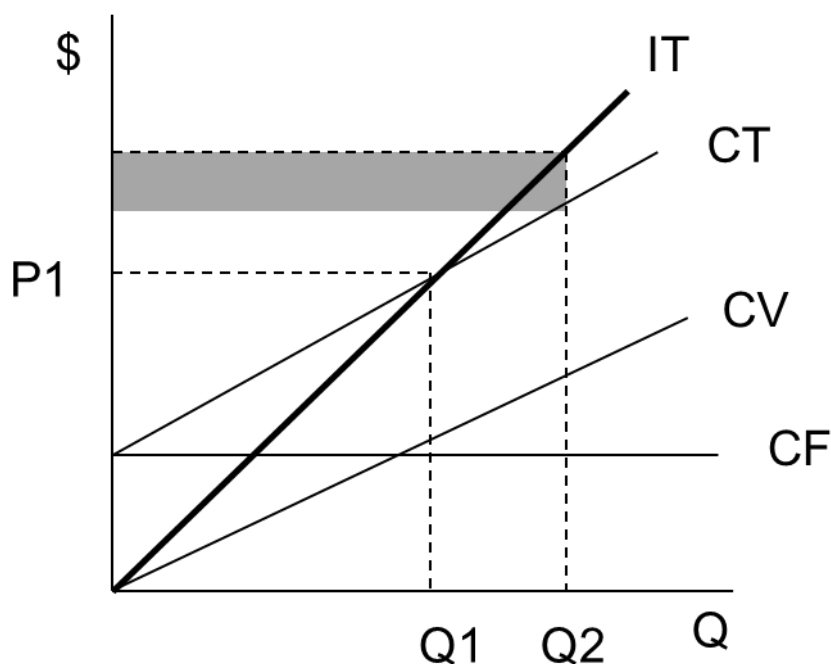
no son productivos, pero que constituyen los cimientos sobre los cuales se asienta el resto del establecimiento.

Si, por ejemplo, tenemos un Gasto Total mensual en Quirófano de \$500.000 (incluidos Directos e Indirectos), y el tiempo total que estuvo activo el quirófano en todo ese mes fue de 500hs, entonces podemos concluir que el Costo Hora Quirófano es de \$1.000. Pero para poder llegar a esta conclusión, que será de vital importancia a la hora de tomar decisiones, debemos saber el total de los gastos de nuestra Institución y debemos poder distribuirlos utilizando las herramientas antes mencionadas.

Es importante conocer la estructura general de costos de nuestra Institución para poder conocer cómo está compuesta cada Unidad de Costo. Es por ello que el Costo día Cama, por ejemplo, de dos instituciones jamás va a ser igual ya que dependerá exclusivamente de la estructura que cada una tenga. Dependerá del tamaño de la organización (en cuanto a cantidad de servicios que brinda), de la cantidad de empleados que tenga, de la tecnología que tenga instalada, de la política de compra de los insumos que utiliza, de la tercerización de servicios que sean onerosos brindarlos con personal propio, de la correcta utilización de los insumos de limpieza, etc, etc, etc.

ANEXO 2- PUNTO DE EQUILIBRIO

El análisis del punto de equilibrio supone encontrar aquel punto donde los costos totales igualan a los ingresos totales, es decir, dar con ese precio o esa cantidad donde la empresa solventa todos sus gastos sin perder plata pero también sin ganarla. Cabe hacer dos aclaraciones muy importantes. La *primera*, que el análisis puede aplicarse a casi la totalidad de los rubros de empresas pero la forma en la que se encara variará en función de la industria en la que nos estemos enfocando. Por ejemplo, no es lo mismo estar en una empresa de venta de bienes, donde se buscará la cantidad de bienes necesarios que debo vender para estar en equilibrio; que estar en una empresa de servicios, donde deberemos ser más ingeniosos para buscar un indicador, como puede ser cantidad de cirugías o cantidad de días cama para citar un ejemplo en salud. La *segunda*, para poder hacer este análisis es primordial tener implementado un buen sistema de costos en nuestra empresa, ya que veremos a continuación que se hace fundamental poder identificar nuestros costos fijos y nuestros costos variables para poder desarrollar el siguiente gráfico y hacer un correcto uso de la fórmula descripta más adelante.



Analizando el gráfico vemos que sobre el eje vertical expresamos el valor de los ingresos o de los egresos en nuestra moneda (en nuestro caso pesos), y sobre el eje horizontal la cantidad de unidades a vender, la cantidad de cirugías a hacer, etc; siendo el vértice que los une el número 0 (cero). La línea **IT**, es una recta con una inclinación de 45 grados, expresa los ingresos y grafica la forma en la que van creciendo a medida que aumentan las cantidades. La línea **CF** expresa los costos fijos de la empresa, es decir, aquellos que no varían de acuerdo al nivel de actividad de

la empresa, y por ello se dibuja como una línea horizontal inalterable. Por el contrario, la línea **CV** muestra los costos variables, que son aquellos que se van a ir incrementando a medida que aumente nuestro nivel de actividad. Por último, la línea **CT** muestra la suma de CF + CV, y se obtiene trazando una línea paralela a los Costos Variables tomando como vértice la intersección entre CF y el eje \$. En el punto 1, allí donde se interceptan las rectas del Costo Total y la de los Ingresos Totales, nos encontramos en el Punto de Equilibrio. En este punto, la empresa vende la cantidad **Q1**, que le alcanza para cubrir los costos fijos y los costos variables y no le sobra nada. Por encima de este punto cualquier cantidad que venda, como por ejemplo Q2, hará que los ingresos superen a los egresos, en una magnitud como la que muestra el cuadro sombreado del gráfico.

Ahora bien, además del gráfico existen dos fórmulas que nos permitirán hacer un cálculo del punto de equilibrio. Las mismas son:

$$Pe = (CF/Q) + Cvu \qquad Qe = CF / (P - CVu)$$

Como se ve, para despejar ambas fórmulas necesitamos cuatro datos. El precio P, la cantidad Q, los costos fijos totales CF y el costo variable unitario CVu. Si tenemos el precio, entonces lo que vamos a calcular es la cantidad que debemos vender a ese precio para estar en equilibrio. Si por el contrario, lo que tenemos es la cantidad, entonces debemos calcular el precio al que deberíamos vender esas cantidades para estar en el punto de equilibrio. Los costos fijos son la totalidad de los costos que tiene la empresa y que no varían de acuerdo a su nivel de producción; mientras que el costo variable unitario es el costo asociado a una unidad de producción y que aumenta en función aumentamos la misma. Por Ejemplo:

$$Pe = \$8.000 \quad CF = \$250.000 \quad CVu = \$3.000$$

Si estamos analizando una Clínica que se dedica a un solo tipo de cirugías, las cuales factura a \$8.000 cada una y tiene de costo variable por cada cirugía \$3.000; y además entre sueldos, impuestos, servicios, alquileres, etc tiene un total de gastos de \$250.000, entonces:

$$Qe = 250.000 / (8.000 - 3.000) = 250.000 / 5.000 = 50$$

O sea, esta clínica necesita realizar 50 cirugías para poder pagar absolutamente todos los gastos de funcionamiento, además de los gastos que cada cirugía le ocasiona, y quedar con cero ganancias. Si en lugar de 50 cirugías hace 51, entonces esa cirugía adicional le dejará \$5.000 de ganancia (\$8.000 - \$3.000), ya que todos los costos fijos estaban cubiertos.

Suponiendo que la clínica sólo pueda hacer 40 cirugías, dado que la disponibilidad de quirófano no le permite hacer más, entonces debería analizar cual tendría que ser exactamente el precio a cobrar para estar en equilibrio.

$$P_e = \$250.000/40 + \$3.000 = \$6.250 + \$3.000 = \mathbf{\$9.250}$$

Aquí vemos que al estar limitada nuestra producción, y suponiendo que tengamos la posibilidad de influir en el precio, deberíamos aumentar este último a un valor mayor que antes para poder seguir en equilibrio. Con un precio de \$9.250 recaudaríamos \$370.000 ($9.250 * 40$), con los cuales deberíamos cubrir un total de gastos fijos de \$250.000 y variables de \$120.000 ($40 * 3.000$). Si pudiéramos hacer una cirugía más, la misma nos redundaría en una ganancia de \$6.250 ($9.250 - 3.000$).

ANEXO 3- MODELO DE RELEVAMIENTO DE HARDWARE Y SOFTWARE EN ADMINISTRACION

Responsable de la encuesta	→		<i>Encargado de Sistemas</i>
Cantidad de puestos de trabajo	→		
Tecnología de Hardware	→		
		<i>Monitores</i>	<i>Tipo</i>
			<i>Antigüedad</i>
		<i>Teclados</i>	<i>Tipo</i>
			<i>Antigüedad</i>
		<i>Mousse</i>	<i>Tipo</i>
			<i>Antigüedad</i>
		<i>Impresoras</i>	NO SI Cantidad
		<i>Escáners</i>	NO SI Cantidad
		<i>Fotocopiadoras</i>	NO SI Cantidad
		<i>Otra</i>	

Tecnología de Software	→		
		<i>Sistema de Turnos</i>	NO SI ↳ Propio?
		<i>Sistema de Facturación</i>	NO SI ↳ Propio?
		<i>Sistema de Contabilidad</i>	NO SI ↳ Propio?
		<i>Sistema de Turnos cirugías</i>	NO SI ↳ Propio?
		<i>Historia Clínica Computarizada</i>	NO SI ↳ Propia?
Otra Tecnología	→		
		<i>Tipo de Sistema Operativo</i>	-----
		<i>Proveedor de Internet</i>	-----
		<i>Velocidad de conexión</i>	-----
		<i>Tecnología Inalámbrica</i>	-----
		<i>Servidor Central</i>	NO SI

ANEXO 4- MODELO DE RELEVAMIENTO DE TECNOLOGIA EN QUIROFANO

Responsable de la encuesta	→	<i>Director Médico</i>		
Cantidad de quirófanos	→	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		
Equipamiento en quirófanos	└→			
		<i>Oxígeno Central</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Aspiración Central</i>	NO SI	Cantidad
		<i>UPS</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Aire Acond Filtrado</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Monitor Cardíaco</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Electrocardiógrafo</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Mesa de Instrumental</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Esterilización</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Cialítica</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Mesa de Cirugía</i>	NO SI	Cantidad
		<i>Electrobisturí</i>	NO SI	Cantidad
Tecnología en quirófano	└→			
		<i>Laparoscopia</i>	NO SI	└→ Propio?
		<i>Artroscopia</i>	NO SI	└→ Propio?
		<i>Arco en C</i>	NO SI	└→ Propio?
		<i>Mesa de Anestesia</i>	NO SI	└→ Propia?
Otra Tecnología	└→	-----		

ANEXO 5- CONVENIO FINAL

Aquí se muestra el modelo final de acuerdo entre ambas instituciones, se preservaron los nombres de los involucrados por existir un acuerdo de confidencialidad.

CONVENIO DE ALIANZA ESTRATÉGICA ENTRE LA "XXX" Y LA "ZZZ"

Entre "XXX", C.U.I.T N°, representada en este acto por el Señor, DNI, en su carácter de Presidente del Consejo Directivo, con domicilio ende La Plata, por una parte denominada "**CENTRO MEDICO DE ALTA COMPLEJIDAD**"; y por la otra la sociedad **ZZZZ**, C.U.I.T N°, sociedad anónima constituida en la República Argentina, representada en este acto por, DNI, en su carácter de Presidente del Directorio, con domicilio social en de La Plata, en adelante denominada la "**CENTRO MEDICO DE BAJA COMPLEJIDAD**"; ambas denominadas como las **PARTES**, convienen en celebrar el presente contrato de alianza estratégica en los términos de los artículos 1442, 1446 y cc. del Código Civil y Comercial de la Nación de acuerdo a lo que seguidamente se expone:

Sobre la base fáctica precedente las partes acuerdan que:

PRIMERA: OBJETO: El presente contrato tiene como objetivo brindar al CENTRO MEDICO DE ALTA COMPLEJIDAD, en adelante CMAC, presencia en una localidad de la zona Norte del Gran La Plata y su zona de influencia, a través de una alianza estratégica con el CENTRO MEDICO DE BAJA COMPLEJIDAD, en adelante CMBC, conformando ambas instituciones una red prestacional. El CMBC a su vez entiende que la alianza jerarquizará sus potencialidades como prestadora de salud con la finalidad de incorporar personal médico, software y respaldo en atenciones médicas y estudios derivado del presente vínculo. Las PARTES pretenden, como se indicó en los antecedentes, desarrollar un modelo innovador de gestión de Servicios de Salud, a partir de la integración horizontal entre un establecimiento de Alta y Mediana con otro de Baja Complejidad.

SEGUNDA: FORMA DE LA ALIANZA. MANTENIMIENTO DE LA INIVIDUALIDAD JURÍDICA DE AMBAS ENTIDADES: En tal contexto se celebra el presente acuerdo de alianza estratégica, sin pérdida de la individualidad jurídica de cada entidad y sin que se genere un nuevo sujeto de derecho, con el fin de generar un modelo innovador de gestión de Servicios de Salud, a partir de

la integración Horizontal entre establecimientos de Alta y Mediana y Baja Complejidad, todo ello una vez cumplidas las etapas previas que se fijan en las cláusulas siguientes. El CMBC se obliga a celebrar una Asamblea General Extraordinaria a los fines de ratificar el presente acuerdo dentro del plazo de 90 días de su firma.

TERCERA: PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ALIANZA ESTRATÉGICA: Las PARTES acuerdan que la primera etapa de la integración estará compuesta por el comienzo de atención por consultorio en las instalaciones del CMBC, constituido por médicos que desarrollan su actividad esencialmente en el CMAC y que forman parte del staff médico del mismo. El inicio de la atención médica será progresivo hasta cubrirse la totalidad de las especialidades que proponga el CMAC e integrantes de su staff médico que cumplan los requisitos legales de la especialidad. Se deja constancia que el comienzo de la atención médica por consultorio de los profesionales no afectará en modo alguno el derecho de los médicos que actualmente atienden en el CMBC a continuar con su ejercicio profesional en las condiciones en que actualmente lo vienen realizando. Respecto a la incorporación de profesionales por parte de ambas instituciones se realizará de común acuerdo entre las PARTES. Dado que las prestaciones médicas que se realizarán en el CMBC requieren de servicios de apoyo elementales que deben dar una respuesta para la satisfacción y seguridad del paciente, el CMBC debe garantizar una respuesta a los requerimientos dentro de un plazo razonable. Entre esos apoyos y a modo de ejemplo y con carácter no limitativo se citan los servicios de imágenes (ecografía, rayos, etc.), laboratorio, hemoterapia y demás. En caso de incumplimiento por parte del CMBC, el CMAC podrá incorporar los profesionales y aparatología necesaria a tal fin.

CUARTA: SEGUNDA ETAPA: En la segunda etapa, paulatinamente comenzarán a practicarse cirugías de baja y mediana complejidad médica que surjan de las atenciones de consultorio de el CMBC o por derivaciones de profesionales del staff del CMAC, aún de aquellos que no realicen actividad en el CMBC.

QUINTA: DERIVACIÓN DE PRÁCTICAS AL CENTRO MEDICO DE ALTA COMPLEJIDAD: El CMBC se compromete a adoptar como política interna sugerir a los médicos que prestan servicios en su establecimiento que toda práctica médica de internación y ambulatoria que no pueda realizarse en el CMBC, sea derivada al CMAC para su realización.

SEXTA: ACUERDO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES SUJETOS A PRÁCTICAS MÉDICAS: Las PARTES acuerdan que todo inconveniente que pudiera producirse con origen en una práctica de cirugía

realizada en el CMBC por personal médico y que no pueda resolverse en la misma, en caso de ser necesario, el paciente será derivado al CMAC realizándose el correspondiente traslado en una unidad de emergencia médica a través del convenio que el CMBC posee con la empresa UDEC, o el que cuente en el futuro.

SÉPTIMA: PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO. AUTORIZACIÓN: Como parte del presente contrato y sin perjuicio de la existente en el CMBC, se incorporará al uso en el CMBC aparatología, que se definirá en función de las necesidades, siempre y cuando se den las condiciones edilicias y de espacio adecuadas para albergarla. A tal fin existirá prioridad para el CMAC en la incorporación de nueva aparatología. La aparatología existente y a incorporarse sólo podrá ser usada por su titular y/o por las personas que este autorice. El CMNC asume el deber de custodia de la aparatología que se incorpora conforme al presente, bajo la premisa de que todos los aparatos incorporados se encuentran debidamente asegurados y registrados como propiedad del incorporante. El CMAC y/o los profesionales médicos de su Staff se reservan el derecho de incorporar otra aparatología en función de las necesidades del servicio con conocimiento y permiso del CMBC.

OCTAVA: APORTES DE LAS PARTES EN LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA: Las PARTES reconocen que el presente acuerdo, genera una actividad sinérgica entre ellas. El aporte del CMAC en esta primera y segunda etapa es derivado de:

- La incorporación al CMBC de personal médico de renombre del staff del CMAC para atención por consultorios externos y prácticas médicas de cirugía de baja y mediana complejidad.
- La instalación y uso del software de propiedad del CMAC para asignación de turnos.
- El respaldo prestacional de una institución del prestigio y experiencia como lo es el CMAC, establecimiento de alta y mediana complejidad con 5 quirófanos, 200 camas, entre otras condiciones.

Por su parte el CMBC aporta una clínica recién estrenada, moderna, edificada en cuatro plantas, con modernos quirófanos construidos siguiendo todas las medidas de bioseguridad, y que cuenta con todas las habilitaciones necesarias, ubicada en el casco céntrico del Gran La Plata Norte. Localidad cabecera de una región que abarca más de cien mil habitantes con una importante presencia del segmento ABC1, con cobertura de importantes prepagas, con presencia de numerosos countries y barrios cerrados. Todo esto asegura la posibilidad de instalar una red prestacional que permita la cobertura integral de una población en crecimiento.

- Estas circunstancias le aseguran al CMAC la derivación en forma inmediata de toda la mediana y alta complejidad, tanto diagnóstica como terapéutica, que se genere en esta región.

NOVENA: TERCERA ETAPA DEL PROCESO DE ALIANZA ESTRATÉGICA: La tercera etapa comenzará, a partir del análisis del cumplimiento de los siguientes objetivos, los que deberán cumplirse dentro del plazo máximo de 12 meses desde la firma del presente:

-al menos la realización de 120 cirugías mensuales, durante tres meses consecutivos.

-finalización del proceso de capitalización de pasivos

En esta etapa se concretará la integración plena entre las PARTES quedando plenamente conformada la Alianza. A estos fines se dará la correspondiente difusión en los términos y condiciones que se establezcan. De no llegarse a los objetivos indicados dentro del plazo antes establecido, ambas partes podrán rescindir el presente acuerdo de pleno derecho sin derecho a reclamo o indemnización alguna para las PARTES.

DÉCIMA: DERECHO DE USO DE MÓDULOS DEL PROGRAMA DE SOFTWARE Y DEL NOMBRE COMERCIAL: La difusión pública de que el CMAC y el CMBC han suscripto un convenio de alianza estratégica de tipo Horizontal, comenzará en la tercera etapa del acuerdo. El CMAC podrá proveer al CMBC del software de su propiedad para su utilización en los módulos de facturación, administración de historias clínicas y otros, en las condiciones que determinen. El uso del software - en lo que exceda al módulo turnos- , constituye un valor agregado y será retribuido por parte del CMBC al CMAC en las condiciones que establezcan. La licencia de uso del software indicado estará condicionado a la vigencia del presente acuerdo.

DÉCIMA PRIMERA: GARANTÍA DE INDEMNIDAD: Dado que la ejecución del presente podría generar que el CMAC se viera indebidamente incluido como legitimado pasivo en reclamaciones de terceros; el CMBC se obliga a mantener indemne al CMAC ante todo reclamo proveniente de cualquier perjuicio o reclamo que reconozca su origen en las obligaciones asumidas por el CMBC. Si finalmente, y pese a todo, el CMAC se viere obligado al pago de cualquier importe que reconozca su origen en tales reclamos, podrá repetir lo pagado del CMBC, quien deberá reintegrar esos importes con intereses y gastos dentro de diez días, de serle requerido por el CMAC de manera fehaciente.

A su vez el CMAC en la situación inversa se obliga en iguales condiciones a mantener indemne al CMBC respecto a obligaciones asumidas por aquella, pudiendo el CMBC igualmente repetir cualquier importe que tuviera que abonar.

También el CMAC asegura que tanto los dueños de los equipos como los médicos incorporados en consultorios externos renuncian al derecho de reclamar sobre daños y perjuicios ante una eventual disolución del presente convenio ajena a una decisión unilateral del CMBC.

DÉCIMA SEGUNDA: DERECHO PREFERENTE A CONTINUAR CON LOCACIÓN. PREFERENCIA DE

COMPRA: En caso de que por cualquier circunstancia o causa se produzca la rescisión del contrato de locación del inmueble donde el CMBC tiene su asiento, se establece con la expresa conformidad de la LOCADORA, quien suscribe el presente acuerdo a través de su Presidente del Directorio, que el CMAC podrá optar por continuar con la locación en iguales condiciones que el CMBC por todo el tiempo faltante de la locación cuyo plazo expira el día 31 de octubre de 2026 más una opción de prórroga de cinco años más, explotando un Anexo de su establecimiento de salud. La LOCADORA manifiesta que a la fecha no existe deuda pendiente de alquileres. Por otro lado y en el caso de que la titular del inmueble decida la venta del mismo, el CMAC tendrá preferencia para su adquisición durante todo el plazo de duración de este acuerdo dentro de las mismas condiciones (precio y condiciones de pago) que los eventuales oferentes y/o compradores.

DÉCIMA TERCERA: PREFERENCIA DE COMPRA DE PAQUETE ACCIONARIO:

En caso de que el CMBC pusiera a la venta el fondo de comercio de su establecimiento de salud o los accionistas mayoritarios y pusieran a la venta acciones en cantidad suficiente para detentar el control político de la sociedad, se concede un derecho de preferencia en la compra a favor del CMAC o en su caso a favor de un tercero que este indique.

DÉCIMA CUARTA: DURACIÓN. RESOLUCIÓN ANTICIPADA:

Una vez iniciada la tercera etapa, el presente tendrá una duración de 10 años contados desde su firma. Sin perjuicio de ello, el CMAC podrá rescindirlo en cualquier momento una vez transcurrido el primer año de su vigencia sin expresión de causa y comunicando tal decisión por medio fehaciente al CMBC con 90 días de anticipación.

Por su parte el CMBC podrá rescindir el presente contrato para el supuesto de que una vez iniciada la tercera etapa, durante ocho meses consecutivos la producción no alcance a 120 cirugías mensuales.

DÉCIMA QUINTA: COMISIÓN DE SEGUIMIENTO:

Las PARTES acuerdan la conformación de un Comité de Seguimiento integrado por al menos un representante titular y suplente de cada parte a los fines de evaluar sin carácter vinculante para ellas la marcha del acuerdo de integración

Horizontal y la obtención de aquellas condiciones que fueran necesarias para el mejor funcionamiento del mismo. Dicha comisión también se encargará de evaluar el desempeño médico de los profesionales como así también participará en la consideración de una posible sanción ante comportamientos antiéticos de dichos profesionales, tomando a tal fin el modelo del Reglamento Interno del CMAC.

DÉCIMA SEXTA: MANIFESTACIONES FINALES:

1.) Las PARTES manifiestan que han tenido oportunidad de obtener la información necesaria para la firma del presente, reconociendo, consecuentemente que para su suscripción, han tenido en cuenta y analizado todos los antecedentes referidos a las obligaciones que asumen, por lo que toman, a su exclusivo cargo, cualquier riesgo inherente a antecedentes que hubieran ignorado, desconocido o erróneamente evaluado, respecto de cualquier circunstancia que pudiera tener efecto o relevancia con relación a los derechos y obligaciones que el presente constituye en su nombre.

2.) Por su parte el CMBC manifiesta que se encuentra habilitada conforme a lo exigido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; que se encuentra autorizada a facturar a IOMA a través de ACLIBA I categorizada como institución con internación categoría II; que cuenta con seguro de mala praxis y responsabilidad civil conforme copia que se adjunta obligándose a mantenerlo vigente durante todo el período de vigencia del acuerdo.

3.) A su vez el CMAC en función de las derivaciones que se le pudieran realizar a su establecimiento, manifiesta que se encuentra habilitada por Exp..... Resolución Nº del del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Exp. de la SSS y resolución del Ministerio de Salud de la Nación.

DÉCIMA SEPTIMA: CONFIDENCIALIDAD: Las PARTES otorgan a la presente y a la información que pudieran tomar conocimiento por ésta, carácter estrictamente confidencial, no pudiendo ninguna de ellas divulgar, utilizar y/o revelar la información confidencial obtenida con motivo del presente. El incumplimiento de las obligaciones asumidas en esta cláusula, hará responsable a quien la violare de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento genere o sea capaz de generar a la contraparte, sin perjuicio de las acciones que puedan deducirse a efectos de lograr el cese de la conducta contraria al mismo.

DECIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES: Todas las notificaciones, solicitudes, intimaciones y otras comunicaciones conforme a la presente se harán por escrito y en forma fehaciente a los domicilios que figuran en el encabezamiento. Los domicilios de las PARTES allí consignados son

los que las PARTES constituyen a todos los efectos de este acuerdo. Cualquiera de las PARTES podrá cambiar su domicilio a cualquier otro mediante aviso previo a la otra parte especificando su nuevo domicilio, pero no se considerará que se haya producido tal cambio hasta que el aviso notificando el cambio sea realmente recibido por la otra parte.

DECIMA NOVENA: LEY APLICABLE. JURISDICCIÓN Y TRIBUNAL COMPETENTE: La validez, vigencia e interpretación de este Contrato se regirán exclusivamente por las leyes de la República Argentina. Las PARTES intentarán solucionar de buena fe, por medio de consulta mutua, toda cuestión o disputa que surja de o en relación con el presente, y tratarán de llegar a un acuerdo satisfactorio sobre dichas cuestiones o disputa. En caso de no arribarse a una solución de acuerdo a lo establecido precedentemente, las PARTES acuerdan expresamente resolver sus diferencias a través de los Juzgados Ordinarios en lo Civil y Comercial de la Ciudad de La Plata, renunciando expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción.

Previa lectura y de plena conformidad, se firma la presente en DOS (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha arriba consignados.