



Contratos e Incentivos en Sistemas de Salud: Experiencias del Sur Argentino

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira¹

¹ Ph. D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y CONICET. El presente documento contó con el apoyo financiero de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME). Se agradece la colaboración de Ignacio Apella y Fernanda Villalba en la elaboración del presente documento. El autor guarda entera responsabilidad por el análisis y las opiniones vertidas en el documento. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción y Objetivos

Tierra del Fuego la provincia argentina más austral, cuenta con aproximadamente cien mil habitantes distribuidos casi totalmente entre dos municipios, Ushuaia (45%) y Río Grande (55%). Dado el pequeño tamaño de la demanda, sólo existen dos efectores un hospital público y una clínica privada, en cada ciudad. La obra social provincial, el Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social (IPAUSS), ofrece cobertura al 30% de la población, subcontratando los servicios prestacionales de estos efectores. Aproximadamente un tercio cuenta con otros mecanismos de cobertura –social o privada-, mientras que el tercio restante acude al servicio público como primera fuente de atención.

A partir del año 2001, el IPAUSS concedió el gerenciamiento de los recursos a dos intermediarios financieros, uno por municipio. Estos agentes tienen, asimismo, la propiedad de cada centro de salud privado de sus respectivas jurisdicciones. El mecanismo de pago utilizado es el abono de una cápita, la cual es distribuida por el intermediario entre los dos efectores mediante un ponderador asociado al número y tipo de consultas realizadas.

Distintos mecanismos de pago a efectores generan diferentes incentivos, los cuales afectan la eficacia, calidad y utilización de la infraestructura de salud. A modo de ejemplo, un mecanismo de pago por prestación induce a la sobreprestación por parte de la oferta en tanto que, una cápita o módulo fijo crea incentivos a la subprestación. Todo ello, sin embargo se encuentra asociado al tamaño de mercado, el cual define la estructura de integración vertical de servicios, la competencia en la oferta prestacional, y los resultados alcanzados en términos de cobertura.

En este contexto, el presente documento sintetiza los hallazgos en cuanto a la capacidad de la obra social provincial de transferir el riesgo financiero a los efectores, sujeto a un tamaño de mercado tan pequeño como el fueguino. Asimismo, se analiza el efecto de esta estructura contractual sobre una oferta monopólica, la cual se encuentra integrada verticalmente al gerenciadore. Paralelamente, se estudia la capacidad del hospital público para enfrentar la eventual transferencia de riesgo derivada desde la oferta privada, medida tanto en número de prestaciones como en el nivel de complejidad clínica de los casos.

2. Contexto sociodemográfico

De acuerdo a los datos provenientes del último Censo Nacional de Población y Vivienda del 2001, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en Tierra del Fuego el 14.1% de su población registraba necesidades básicas insatisfechas (NBI), siendo este porcentaje uno de los menores en comparación con el resto de las regiones geográficas del país (ver Tabla 2.1).

Otro indicador de desempeño económico es el Producto Bruto Geográfico (PBG) per cápita, el cual alcanzaba en esta provincia los \$11.598 por habitante en el año 2001. Esta cifra resulta ser 85% mayor al promedio nacional y 24% superior a la registrada para la región patagónica.

La información disponible sobre resultados en salud registra a **Tierra del Fuego con la menor tasa de mortalidad infantil (TMI) del país** (10.1 c/ 1.000 n.v), valor éste 6.2 puntos menor a la media nacional y 23.3 puntos inferior a la región de mayor registro, la zona del Noreste. Si se toma el cociente entre los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por causas infecciosas y por tumores, se observa que Tierra del Fuego se cuenta con el perfil epidemiológico más avanzado (la tasa de AVPP por enfermedades evitables es menor que la asociada con tumores, encontrarse ambas muy por debajo del promedio nacional).

Región	Población	PBG per cápita	NBI	Tasa de mortalidad infantil (TMI)	AVPP Infecciones (1)	AVPP Tumores (2)	(1)/(2)	Densidad (hab/km2)
Tierra del Fuego	101,079	11,598	14.1	10.1	59.0	78.5	0.8	4.7
Metropolitana	11,460,575	10,760	15.2	13.7	143.7	113.8	1.3	5,128.1
Patagónica	1,738,251	9,384	16.0	13.6	113.0	93.8	1.2	3.0
Pampeana	12,667,709	6,338	13.7	15.1	137.7	115.7	1.2	18.1
Cuyo	2,567,607	4,978	15.9	14.5	170.7	92.3	1.8	8.9
Noroeste	4,458,470	3,213	27.4	19.9	187.9	76.9	2.4	22.6
Noreste	3,367,518	2,951	30.2	23.3	242.6	100.3	2.4	16.1
Total General	36,361,209	6,271	17.7	16.3	156.8	107.0	1.5	13.0

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, Año 2001 y Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud, Indicadores Básicos de la Argentina, Año 2000

3. Perfil del Sistema de Salud

La demanda potencial de servicios de salud en los dos departamentos provinciales mantienen características muy similares entre sí. De la lectura de la Tabla 3.1 presentada a continuación, se observa que la mayor dispersión entre ambos distritos está dada por el porcentaje de la población con NBI: Ushuaia supera a Río Grande en más de seis puntos porcentuales. Respecto de la cobertura de salud, el 70% de los habitantes cuenta con algún tipo de seguro formal, valor éste relativamente elevado respecto del resto del país. De este porcentaje el 50% corresponde a beneficiarios de la obra social de la provincia (IPAUSS) que, distribuidos geográficamente representan 34.09% en Río Grande y el 36.38% en Ushuaia.

Un rasgo distintivo de esta provincia está dado por el perfil etéreo de la población, destacándose por la mayor participación de la población joven (menores de 14 años y entre 35-44 años) en la pirámide poblacional.

Tabla 2.1: Indicadores socio-demográficos de Tierra del Fuego. Año 2001

Departamento	Río Grande	Ushuaia	Antártida Argentina	Total
Población	55131	45785	163	101079
% de mujeres	48,37	49,34	s/d	48,86
Población con NBI	11,23	18	s/d	14,1
Desempleo	12	12	s/d	11,78
Cobertura formal	70,68	69,28	s/d	69,98
Cobertura IPAUSS*	34,09	36,38	s/d	34,36

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, Año 2001

* Corresponde al año 2004

Respecto de la estructura de la oferta pública, la Tabla 3.2 resume algunos de sus indicadores.

Tabla 3.1: Indicadores de la oferta de salud por departamento. Año 2001

Indicador	Departamento	1995	2000	2003
Camas públicas	Ushuaia	85	98	168
	Río Grande	74	96	81
	Total	159	194	249
Días/Camas públicas	Ushuaia	31.129	34.123	32.485
	Río Grande	32.030	29.717	15.203
	Total	63.159	63.840	47.688
Consultas Hospitalarias	Ushuaia	135.369	68.095	114.284
	Río Grande	184.496	94.368	86.307
	Total	319.865	162.463	200.591

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego

De acuerdo a la información tabulada, se observa que entre los años 2000 y 2003, se produjo una caída en el número de camas públicas en la ciudad de Río Grande, en tanto el departamento de Ushuaia registró un crecimiento del 71%.

Del análisis de la evolución de los días/cama, se deduce que **los hospitales regionales registraron un incremento en su productividad** dada la disminución observada de este indicador en período comprendido entre 2000 y 2003. Sin embargo, este fenómeno no resulta ser homogéneo entre ambos municipios: se evidencia una disminución del 48.9% en Río Grande, en tanto en Ushuaia sólo alcanzó el 5%.

La evolución de la cantidad de consultas realizadas presenta un comportamiento disímil en ambos distritos: mientras Río grande registró una caída del 8.5%, Ushuaia evidenció un incremento del 67.8%.

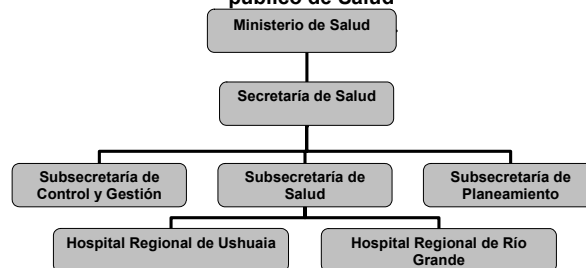
4. Actores y Organización del Sistema de Salud Provincial

El sistema prestador de servicios de salud de la provincia de Tierra del Fuego se encuentra conformado por tres subsectores:

- **Subsistema público:** organizado por el Ministerio de Salud Provincial que presta servicios a través de los Hospitales Regionales, los Centros de Atención Primaria asociados, y la oferta focalizada del Hospital Naval. Del Ministerio depende una Secretaría de Salud que tiene a su cargo tres subsecretarías: Control y Gestión, Planeamiento y Salud. De esta última depende el sistema prestador de servicios, la administración y control de los Hospitales Regionales de Río Grande y Ushuaia, y sus centros periféricos.
- **Subsistema de la Seguridad Social:** conformado por el conjunto de obras sociales sindicales (nacionales) y la obra social provincial (IPAUSS).
- **Subsistema privado:** compuesto por dos clínicas - San Jorge en la ciudad de Ushuaia, y el Centro de Especialidades Medicinales Privadas (CEMEP) en

Río Grande-, médicos y consultorios particulares, y un porcentaje reducido de afiliación privada a seguros.

Figura 3.1: Estructura Organizacional del Subsistema público de Salud



Contrariamente a lo observado en la mayoría de los municipios del país, las dos ciudades de Tierra del Fuego no cuentan con secretarías de salud propias. Este hecho se corresponde con la ausencia de centros de salud pública dependientes de los gobiernos municipales. La nula descentralización de los servicios de salud desde el nivel provincial de gobierno hacia los niveles municipales está asociada básicamente a la escala obnacional.

La Obra Social Provincial

A través de la Ley Territorial Nº 10 se funda la obra social provincial de Tierra del Fuego (Instituto de Servicios Sociales del Territorio, ISST) en 1971/72 con el objeto de brindar cobertura principalmente a los trabajadores estatales residentes en la jurisdicción. Debido a la falta de recursos propios, el ISST subcontrataba los servicios de hospitales públicos, clínicas privadas y profesionales particulares. El mecanismo de pago utilizado por la subcontratación se basaba en un nomenclador por prestación, a excepción de los establecimientos públicos que eran remunerados con un presupuesto fijo.

Mediante la sanción de la Ley Provincial Nº 534/01 en noviembre de 2001, se crea el Instituto Provincial Autárquico Unificado de Seguridad Social (IPAUSS), un organismo descentralizado de carácter autárquico que surge como resultado de la fusión del Instituto Provincial de Previsión Social (IPSS) y del Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego (ISST).

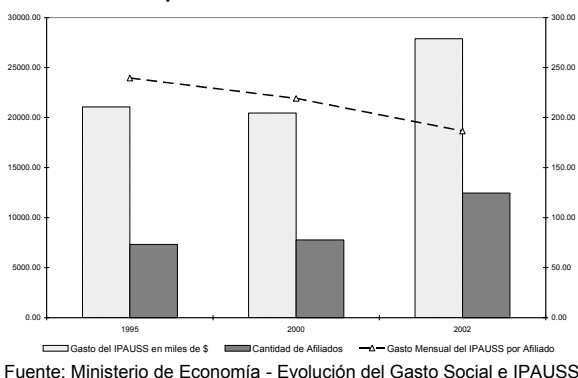
Financieramente, el IPAUSS cuenta con ingresos provenientes del aporte personal de sus afiliados (3%), y de la contribución patronal (6%) más un 1,5% por personas a cargo. El IPAUSS carece de autonomía respecto de los ciclos económicos y fiscales de la provincia, dado que el desembolso correspondiente a los aportes patronales lo realiza el gobierno provincial. Asimismo, a través de la dirección previsional, el IPAUSS recibe 13% en concepto de aportes personales y 8% por contribución patronal. En suma, el 30% del financiamiento de la institución proviene de ingresos brutos de sus afiliados.

Al igual que su antecesor, el IPAUSS carece de infraestructura, subcontratando servicios a los hospitales regionales de Ushuaia y Río Grande y a los centros de atención privada (Clínica San Jorge y CEMEP). A partir del año 2001 esta metodología cambió al gerenciarse el sistema prestacional sobre la base de un intermediario financiero entre el instituto y los prestadores de servicios de salud. Del resultado de la licitación por nivel de atención, se asignó el gerenciamiento de los tres niveles de atención en Ushuaia y el resto del país y el tercer nivel de atención en Río Grande a la Unidad Gerenciadora San Jorge (propietaria de la Clínica San Jorge en Ushuaia). Por otra parte, el primer y segundo nivel de atención en la ciudad de Río Grande fue obtenido por el Centro de Especialidades Medicinales Privadas (CEMEP) - propietario a su vez de la Clínica Privada existente en dicha ciudad que lleva el mismo nombre -.

El mecanismo de pago utilizado a partir de esta licitación fue una cápita mensual valuada en \$11.5 para las prestaciones del tercer nivel de atención y de \$18.5 para las prestaciones de primer y segundo nivel.

En el año 2003 esta organización del sistema prestacional y financiero del IPAUSS fue modificada, adjudicándose regionalmente el gerenciamiento a cada una de las Unidades. Bajo esta nueva licitación, la Unidad Gerenciadora San Jorge obtuvo la administración de todos los niveles de atención en la ciudad de Ushuaia, en tanto CEMEP hizo lo propio en Río Grande. En relación a los servicios prestados a los beneficiarios radicados en el resto de país, éstos fueron gerenciados por VITAL. Asimismo, se modificó el valor de las cápitas establecidas en el primer contrato licitatorio. Si bien se homogeneizó el valor de las mismas entre todos los niveles de atención, se diferenció entre las prestaciones realizadas en la provincia y aquellas efectuadas en el resto del país: el valor para las primeras se estableció en \$38.5, en tanto que para las segundas se fijó en \$51.5.

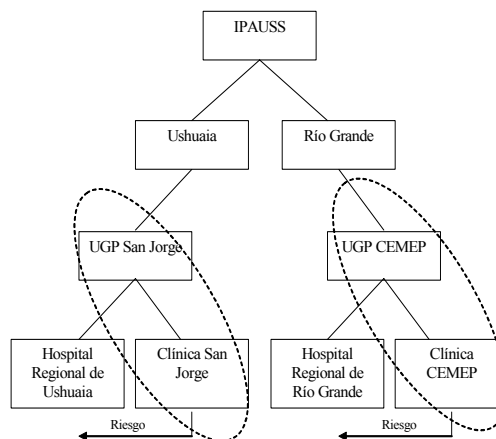
Figura 4.1: Evolución del Gasto per Cápita de la Obra Social Provincial. Años 1995 – 2003 - pesos constantes de 1999-



De acuerdo a la Figura 4.1, se aprecia una caída del gasto per cápita mensual de la Obra Social. Ello se encuentra asociado a que la cantidad de afiliados creció

más que proporcionalmente al gasto total: si bien ambos indicadores muestran un aumento entre 2000 y 2003, el primero registró una variación del 60% mientras que el segundo fue del 36%.

Figura 4. 2: Esquema de la estructura prestacional de servicios de salud



5. Estructura del Contrato e Incentivos.

En cada municipio existe un solo intermediario financiero entre el Instituto y los prestadores. Cada uno de estos intermediarios a su vez, cuentan con el único centro privado de atención existente en cada ciudad. De acuerdo a esta organización, la obra social deposita los fondos en el banco de la provincia de Tierra del Fuego, al tiempo que las Unidades Gerenciadoras envían el monto correspondiente a cada efector de acuerdo a un ponderador diseñado para tal fin, que contempla el número y tipo de consultas realizadas durante el último mes.

Para tal fin, ambos efectores presentan mensualmente ante la UGP una planilla con tal información. Esto plantea un problema al interior del sistema prestacional que se asocia con la capacidad del hospital público de poder diferenciar entre pacientes del IPAUSS y consultantes sin cobertura, teniendo en cuenta su carácter de autogestión.

Dada la estructura de pago del IPAUSS a la UGP, y la relación vertical existente entre estas últimas y sus centros de atención, existen incentivos a una mayor transferencia de riesgo desde el sector privado hacia el público, en términos de cantidad y tipos de consultas que ambos reciben.

Como consecuencia del pago capitado del IPAUSS a las UGPs, éstas y particularmente sus centros de atención asociados, deben realizar un esfuerzo para controlar la toma de riesgo. El principal problema en este sentido radica en el condicionamiento que plantea el tamaño y las características del mercado sobre el accionar económico-estratégico de las clínicas.

En este sentido, el reducido número de habitantes de la provincia, en su mayoría adultos jóvenes, refiere a una baja frecuencia de enfermedades que demandan prestaciones relativamente costosas. De esta manera, tales intervenciones resultan poco frecuentes, y dado que requieren de equipamiento específico, presenta las siguientes alternativas disponibles para el prestador:

- *Integrar verticalmente el control del servicio, vía subcontratación de otro centro de atención y derivación del paciente. Dichos prestadores pueden ser el hospital regional o algún efector perteneciente a otra jurisdicción, fuera de la provincia.*
- *Integrar verticalmente la propiedad del servicio a la estructura prestacional de la institución y ofrecerlo en sus instalaciones.*

La elección entre estas opciones depende del costo implícito en cada una de ellas. En el caso del sistema prestacional de Tierra del Fuego se plantea una cuestión particular: en algunos casos, el costo de incorporar verticalmente la propiedad de un servicio específico podría resultar similar o menor incluso al costo incurrido en la subcontratación de terceros, debido a los elevados desembolsos que esta última opción implica. Por un lado, la existencia de restricciones de transporte impide en general de la utilización de servicios establecidos en provincias cercanas, implicando la necesidad de traslado del paciente a la Ciudad de Buenos Aires. Por otra parte, dentro de la cápita abonada por el IPAUSS se encuentran incluidos los costos del traslado y la estadía no sólo del paciente sino también de un familiar, representando una gran carga financiera para la gerenciadora.

Dadas estas consideraciones, la matriz de posibilidades queda establecida de la siguiente manera:

Capital requerido	Evento	
	Esporádico	Frecuente
Alta especificidad	Subcontratación: Htal Regional ú otra provincia	Integración Vertical de la Propiedad
Baja especificidad	Subcontratación: Htal Regional ú otra provincia	Mercado

A partir de esta matriz de posibilidades, el dilema de integrar verticalmente la propiedad y control de un servicio versus integrar solamente el control vía subcontratación será definido por la frecuencia de utilización de dicho servicio.

Transferencias o absorciones de riesgos sanitarios y financieros se conjugan en la provincia a fin de definir las posibilidades de replicar mediante un contrato de gestión

las condiciones de funcionamiento de un mercado competitivo.

A este respecto, el análisis de los datos disponibles sobre la cantidad de consultas mensuales recibidas por prestador y por localidad durante los segundos trimestres de 2001/2002/2003 (Tabla 5.1), muestran que en la ciudad de Ushuaia, la participación del Hospital Regional en el total de consultas de beneficiarios del IPAUSS es volátil entre el segundo trimestre de 2002 e igual período de 2004. Sin embargo, entre los años 2003 y 2004 se verifica un crecimiento en este indicador de 10 puntos porcentuales, pasando de 17.8% a 27.4%. Al mismo tiempo, la participación del sector privado descendió: en términos absolutos, la cantidad de consultas en el Hospital Regional se incrementaron al tiempo que en la Clínica San Jorge disminuyeron, hecho que denota una mejora del desempeño del Hospital en la participación de la cápita del IPAUSS.

Tabla 5.1: Cantidad de consultas promedio mensual es por prestador. Período II trimestre 2001 - II trimestre 2004

Prestador/Trimestre		II Trimestre 01	II Trimestre 02	II Trimestre 03	II Trimestre 04
		CEMEP	Unidades	12.508	11.519
	%	80.90	78.67	85.39	80.29
Hospital Regional de Río Grande	Unidades	2.953	3.123	2.313	3.720
	%	19.10	21.33	14.61	19.71
Clinica San Jorge	Unidades		17.001	19.924	15.900
	%		74.47	82.12	72.56
Hospital Regional de Ushuaia	Unidades		5.828	4.339	6.013
	%		25.53	17.88	27.44

Fuente: IPAUSS

Por su parte, en Río Grande la cantidad de consultas totales realizadas por los beneficiarios del IPAUSS experimentó un crecimiento entre los años 2003 y 2004. Sin embargo, tal incremento fue mayor en el caso del Hospital Regional, al aumentar su participación sobre el total del 14.61%, en el segundo trimestre de 2003, al 19.71% en el mismo período de 2004.

En resumen, ambos hospitales regionales lograron mantener un crecimiento de su participación en las consultas totales realizadas por los beneficiarios del IPAUSS. En este sentido, el Hospital Regional de Ushuaia parece haber logrado mayor absorción en relación al de Río Grande. Este fenómeno permite sugerir que existe un leve incremento de la capacidad del sector público para limitar la absorción de casos por parte del sector privado, medido en términos de cantidad de consultas.

Sin embargo, este aumento de la participación en la atención pública de pacientes arancelados de la seguridad social podría tener como contrapartida una transferencia de riesgo sanitario sin su correlato en términos de remuneración.

Con el fin de analizar esta posibilidad, la Tabla 5.2 muestra la cantidad promedio de consultas mensuales recibidas según especialidad y prestador interviniente (público ó privado) por cada municipio, y para los segundos trimestres de 2001 a 2004.

Respecto de las prácticas de alta complejidad, se observa un incremento de las mismas en el Hospital Regional de Ushuaia, llegando a realizar el 22.57% del total. En Río Grande la situación es totalmente diferente, dado que se registra un incremento de este tipo de prácticas en el sector privado y un descenso en las realizadas en establecimientos públicos.

La cantidad de prácticas de baja complejidad entre prestadores en la ciudad de Río Grande no experimentó variaciones significativas, manteniendo en el tiempo la participación de cada efector (22.29% público). Por el contrario en Ushuaia dicha participación fue variando en favor del sector público (21.6% en 2004) como consecuencia del incremento del número de prácticas.

Respecto de los estudios de laboratorio de baja complejidad, tanto en Ushuaia como en Río Grande la participación de los Hospitales Regionales se ve incrementada, llegando a ser aproximadamente del 27% en ambos casos. Contrariamente, la participación del sector público en el total de estudios de laboratorios de alta complejidad se reduce en el tiempo llegando a 19.7% en Río Grande y 41.9% en Ushuaia.

En términos de cantidad de ecografías, prácticas radiológicas e internaciones, no existe una variación significativa en las participaciones de cada sector, teniendo en todos los casos mayor preponderancia el sector privado.

Los resultados alcanzados sugieren la ausencia de un patrón definido de transferencia de riesgo desde el sector privado hacia los hospitales regionales.

Este riesgo tiene dos componentes. El primero está asociado con el número de consultas totales y la participación en la cápita del IPAUSS. En este sentido, ambos hospitales regionales, aunque en mayor medida el de la ciudad de Ushuaia, lograron incrementar su participación en el registro de consultas totales realizadas por los beneficiarios del IPAUSS. El segundo riesgo es de tipo sanitario, en términos de la "calidad" de las consultas recibidas. A partir del análisis de la Tabla 5.1 es posible inferir que no se identifica un mecanismo de transferencia de riesgo sanitario desde el sector privado hacia el público, en tanto estos últimos muestran un incremento del número de prestaciones de baja complejidad, y poca variación en prácticas de alta complejidad entre prestadores.

Complementariamente, se aprecia una tendencia hacia la especialización por parte del sector privado en estudios de laboratorio de alta complejidad en ambos distritos provinciales.

6. Conclusiones

En función del análisis, se extraen a continuación algunas conclusiones que resumen los resultados encontrados. En primer lugar, dadas las características que presenta la

población de Tierra del Fuego, los centros de atención encuentran claros incentivos a integrar verticalmente la propiedad de aquellas prestaciones con mayor frecuencia de utilización, en tanto son estas prácticas las que les permitirá recuperar el capital invertido en un plazo de tiempo relativamente menor.

La especificidad del capital o servicio se encuentra en función de la propia estructura de mercado (número de competidores). Por tal motivo, ambas UGPs han integrado verticalmente algunos servicios específicos tales como los servicios de neonatología, imágenes, mamografías computadas, resonancias magnéticas, cardiocirugías y cirugías paroscópicas.

Los resultados obtenidos para la ciudad de Ushuaia avalan la hipótesis de "control de monopolio" desde dos herramientas complementarias: el mecanismo de pago utilizado por el financiador (el IPAUSS), y la capacidad del sector público para mejorar la calidad de gerenciamiento. Esto último se traduce en un incremento en su participación en el número de consultas, y como consecuencia, un mayor porcentaje de la cápita. Sin embargo, los resultados alcanzados para el municipio de Río Grande confirman la regla general: baja capacidad del hospital para captar mayor cantidad de consultas y lograr una mejor actividad de recupero de costos, absorbiendo el riesgo transferido desde el sector privado.

En todo caso, la posibilidad de confirmar estas tendencias y extraer enseñanzas para otros mercados de estas características requiere de un seguimiento cercano en el tiempo.

La posibilidad de eficiencia en la inversión en salud en un mercado pequeño como el fueguino, depende del modo en que las condiciones de competencia son replicadas por las partes contratantes. En este caso, el mecanismo aplicado por IPAUSS depende de dos elementos básicos: (i) la posibilidad que los hospitales públicos incrementen su capacidad de gestión y cobranzas y, (ii) la difusión de la información por parte no sólo de la Obra Social sino de sus gerencadoras, integradas verticalmente. Estos factores permitirán brindar mayor transparencia en un mercado de características complejas, a la vez que posibilitará identificar el compromiso del actor privado, no sólo en su desempeño profesional, sino también en términos de la responsabilidad social que le compete.

Contratos, Monopolios e Incentivos en Salud: Experiencias del Sur Argentino

Tabla 5.2: Cantidad de consultas mensuales promedio por tipo y prestador. Período II Trimestre 2001-II Trimestre 2002

Departamento	Tipo de Consulta	II Trimestre 01			II Trimestre 02			II Trimestre 03			II Trimestre 04		
		Consultas		Participación pública (en %)	Consultas		Participación pública (en %)	Consultas		Participación pública (en %)	Consultas		Participación pública (en %)
		Públicas	Privadas		Públicas	Privadas		Públicas	Privadas		Públicas	Privadas	
Ushuaia	Consultas				2,199	4,812	31.36	1,825	4,954	26.93	2,295	6,244	
	Prácticas baja complejidad				407	2,894	12.32	414	2,740	13.12	788	2,855	
	Prácticas alta complejidad				21	363	5.35	2	164	1.41	26	88	
	Laboratorio baja complejidad				2,262	7,415	23.38	1,597	10,229	13.50	1,702	4,603	
	Laboratorio alta complejidad				259	301	46.29	35	427	7.57	348	483	
	Ecografías baja complejidad				56	292	16.05	53	312	14.43	84	360	
	Ecografías alta complejidad				15	60	19.40	24	88	21.60	51	118	
	Radiología baja complejidad				541	733	42.46	338	834	28.83	658	1,017	
	Radiología alta complejidad				3	45	6.28	0	42	0.00	2	24	
	Internaciones clínicas				26	33	43.78	19	46	28.87	20	39	
	Internaciones quirúrgicas				24	38	38.05	21	70	22.88	28	41	
	Partos				13	10	56.38	8	11	43.86	10	9	
	Internaciones terapia intensiva (adultos)				3	6	33.33	3	7	33.33	4	11	
	Internaciones terapia intensiva (niños)				0	0	-	0	0	-	0	0	
	Internaciones terapia intensiva (neonatal)				1	1	50.00	0	0	-	0	0	
	Total de Consultas Ushuaia				5,828	17,001	25.53	4,339	19,924	17.88	6,013	15,900	
	Río Grande	Consultas	1,104	5,302	17.23	1,076	5,740	15.79	650	6,557	9.02	1,038	7,321
Prácticas baja complejidad		469	1,554	23.16	498	1,553	24.29	378	1,411	21.11	532	1,855	
Prácticas alta complejidad		12	45	20.89	1	25	5.00	4	27	11.48	2	80	
Laboratorio baja complejidad		758	4,112	15.56	492	2,931	14.36	851	3,927	17.81	1,509	4,028	
Laboratorio alta complejidad		399	405	49.63	538	284	65.45	122	415	22.74	149	606	
Ecografías baja complejidad		38	193	16.36	58	198	22.79	28	186	12.91	58	272	
Ecografías alta complejidad		1	45	1.11	2	51	3.18	2	48	3.03	6	74	
Radiología baja complejidad		139	572	19.58	397	451	46.83	227	609	27.13	360	643	
Radiología alta complejidad		0	218	0.00	35	228	13.32	26	296	7.94	19	194	
Internaciones clínicas		14	21	41.01	13	18	40.86	10	18	36.36	26	32	
Internaciones quirúrgicas		13	30	29.76	7	23	23.91	11	17	38.18	15	41	
Partos		4	13	24.24	3	17	16.67	6	13	30.56	3	10	
Internaciones terapia intensiva (adultos)		3	0	100.00	2	0	100.00	2	0	100.00	3	0	
Internaciones terapia intensiva (niños)		0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	
Internaciones terapia intensiva (neonatal)		1	0	100.00	0	0	-	0	0	-	0	0	
Total de Consultas Río Grande		2,953	12,508	19.10	3,123	11,519	21.33	2,313	13,520	14.61	3,720	15,156	