



# INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

## Trabajo Final Integrador

---

“Descentralización en Salud y Hospital Público de  
Autogestión: Estudio de la Recuperación de Costos en un  
Hospital del Conurbano Bonaerense”

Alumno: Taliercio, Liliana Noemí

Promoción: 2006

Buenos Aires

Noviembre, 2006

## **Índice:**

	Página
1. Introducción	3
2. Estrategias de Descentralización	6
3. Evolución Histórica del Proceso de Descentralización de la Salud Pública a Nivel Nacional	7
4. La Descentralización y la Salud Pública en la Provincia de Buenos Aires	11
5. Antecedentes de Legislación sobre Recupero de Fondos en la Provincia de Buenos Aires	13
6. Etapas del Proceso Operativo en la Gestión de Recuperación de Costos	16
7. Recuperación de costos en el Hospital Gral. Manuel Belgrano	21
8. Conclusiones	31
9. Recomendaciones	32
10. Bibliografía	34

## **1. Introducción:**

Las reformas estructurales implementadas en Argentina durante la década de 1990 estuvieron orientadas a modificar el papel del Estado. La crisis de financiamiento externo por los desequilibrios macroeconómicos determinaron la necesidad de replantear las políticas sociales no solo en cuanto a la definición de sus beneficiarios y modalidades de aplicación, sino también en lo que se refiere a las fuentes y alternativas para su financiamiento.

En ese contexto los procesos de descentralización constituyeron uno de los mecanismos que apuntaban a mejorar la equidad, la eficacia y la eficiencia en la gestión de los servicios sociales. La descentralización se caracteriza por ser un proceso complejo que incluye diferentes modalidades y que involucra transformaciones profundas en los ámbitos institucional, financiero y de gestión microeconómica, a la vez que modifica la distribución de poderes de los múltiples actores que intervienen en el proceso de provisión de los servicios sociales.

En lo concerniente específicamente al sector salud y particularmente al sistema de hospitales públicos, el gobierno nacional sancionó un conjunto de normas entre las que se destaca el Decreto 578/93 que establece el marco normativo para la implementación del Hospital Público de Autogestión. Este Decreto le permitió a los hospitales públicos la posibilidad de cobrar por un sistema de pago automático, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud las prestaciones brindadas a los afiliados de las Obras Sociales del Sistema Nacional de Seguros de Salud y de esta forma eliminar el subsidio indirecto desde el Estado, pero este proceso aún no ha logrado los resultados esperados porque los recursos económicos obtenidos de la autogestión constituyen una escasa proporción del financiamiento de los hospitales. En el año 2000 la recuperación de recursos por autogestión en la provincia de Buenos Aires fue del 8.3% del gasto total de los hospitales provinciales<sup>1</sup> y se había estimado que el flujo de recursos que involucraba el Hospital Público de Autogestión por facturación a beneficiarios con cobertura de seguros de salud podría alcanzar hasta un 30% de la financiación hospitalaria<sup>2</sup>.

En la provincia de Buenos Aires la recuperación de fondos se venía realizando con anterioridad al Decreto 578/93 a través de la normativa provincial diseñada para tal fin (Ley 8.801/77), pero con dificultades para cobrar las facturas a las Obras Sociales porque esta Ley

---

<sup>1</sup> Sarghini, Jorge Coordinador (2002). "Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires". Informe de investigación. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Página 12.

<sup>2</sup> Tobar, Federico. "Impacto del Hospital de Autogestión sobre la Seguridad Social". Disponible On line en: <http://www.isalud.com/htm/index3.htm>.

no contaba con el sistema de débito automático y el trámite de cobro por vía judicial era casi imposible.

El objetivo de este trabajo es identificar cuales son los factores que dificultan la recuperación de costos por las prestaciones brindadas a usuarios con cobertura de salud, en el Hospital Zonal de Agudos General Manuel Belgrano, debido que a pesar de las normativas vigentes los ingresos que se obtienen a través de la autogestión no resultan acordes a la estimación mencionada. La importancia de este análisis radica en el impacto que tiene sobre la equidad, ya que las prestaciones efectuadas y financiadas por el Estado a personas con cobertura produce un desvío de los fondos públicos que debieran estar destinados a financiar el servicio de las personas sin cobertura ni recursos. En un escenario de gastos crecientes en salud condicionados por el envejecimiento de la población, la transición epidemiológica, el desarrollo de la tecnología, la medicina defensiva, la variabilidad de la prestación médica, la organización fragmentada del sistema, es fundamental eliminar el subsidio del Estado a los Agentes del Seguro de Salud, situación que podría revertirse en la medida de que se identifiquen las causas que lo provocan.

El período estudiado es entre enero de 2003 y diciembre de 2005. Esta Institución está ubicada en el primer cordón del conurbano bonaerense y depende del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Su área de programa abarca parte de los partidos de San Martín y Vicente López e incluye zonas con población muy carenciada.

Con dicho propósito se comenzará por describir las diferentes estrategias descentralizadoras, con la intención de examinar las funciones o atribuciones otorgadas a las autoridades locales en cada caso. Seguidamente se realizará una revisión de la evolución en el proceso de descentralización de la salud pública a nivel nacional y de la provincia de Buenos Aires con el fin de enmarcar históricamente las transformaciones acaecidas y se hará referencia al marco legal vigente y a las diferentes etapas del proceso operativo ligado a la generación de recursos genuinos en los hospitales públicos. Por último se presentará el análisis de la recuperación de costos en el Hospital Manuel Belgrano y para ello los objetivos específicos que plantea este trabajo son:

- 1 - Determinar cual es el porcentaje de recuperación de costos obtenido en relación al presupuesto ejecutado para financiar los gastos de funcionamiento del establecimiento.
- 2 - Establecer el nivel de cobertura de salud y la situación socioeconómica de la población del área programática.

- 3 - Identificar cuales son los Agentes del Seguro de Salud que utilizan en mayor proporción los servicios del hospital.
- 4 - Evaluar la eficiencia en las diferentes etapas del proceso operativo implicado en la gestión de recuperación de costos hospitalarios: a) Identificación de pacientes. b) Facturación. c) Cobro y seguimiento de las deudas.
- 5 - Analizar la distribución de los fondos recuperados por autogestión según el Decreto 4530/90.

Para el cumplimiento de estos objetivos se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. Se trabajó sobre fuentes secundarias. Los datos se obtuvieron de registros prestacionales y administrativos de la oficina de facturación, de registros contables y estadísticos del hospital. Los indicadores demográficos y socio-económicos de la población del área de programa se solicitaron al Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC), Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Se utilizaron técnicas estadísticas para el análisis de los datos.

## 2. Estrategias de Descentralización

La descentralización puede ser definida como la transferencia de responsabilidades en la planificación, gestión, obtención y distribución de recursos desde el gobierno central a las unidades públicas subordinadas. La experiencia de varios países ha demostrado que la descentralización puede convertirse en una herramienta que permita no sólo obtener mejores resultados (eficacia) sino también aprovechar mejor los recursos (eficiencia).

En el trabajo de D. Rondinelli y G. Cheema (1983) son distinguidas cuatro formas puras de descentralización:

- I) Desconcentración
- II) Devolución
- III) Delegación
- IV) Privatización

Cada una de estas estrategias resultará adecuada en determinados contextos y su eficacia será condicionada por distintos factores.

**Desconcentración:** Desplazamiento desde los niveles centrales hacia los locales, de ciertos grados de autonomía administrativa. En el caso de la salud, un ejemplo son las delegaciones regionales del ministerio central. La desconcentración no implica, necesariamente, en la implementación de nuevas sistemáticas para el financiamiento sectorial. Esta estrategia corresponde a una iniciativa de la esfera central para aliviar su carga de trabajo.

**Devolución:** Definición de niveles subnacionales de gobierno con relativa autonomía. Así, la devolución involucra una reestructuración más radical de los servicios de salud que está necesariamente vinculada a la reformulación de los mecanismos de financiamiento. La estrategia de devolución implica, necesariamente, un fortalecimiento de la capacidad de gestión local con el consecuente aumento de autonomía, ejemplos de esta estrategia son la transferencia de Hospitales Públicos y de la Atención Primaria a las provincias y municipalidades.

**Delegación:** Es la transferencia de responsabilidades administrativas hacia organizaciones que se sitúan afuera de la estructura del gobierno central y solo están indirectamente controladas por él. Los gobiernos pueden considerar que la delegación es una forma de evitar

la ineficiencia de la gestión gubernamental directa, de aumentar el control de los costos y de establecer una organización activa y flexible. La responsabilidad máxima continúa correspondiendo al nivel central, pero su agente posee amplias atribuciones para llevar a cabo sus funciones y deberes específicos. Esta modalidad permite mantener la flexibilidad en la gestión de servicios particulares como los hospitales universitarios o grandes centros de atención médica a los cuales se ha denominado “hospitales autogestionados”.

**Privatización:** Supone la transferencia de funciones y recursos a las organizaciones filantrópicas o empresas privadas manteniéndose un relativo grado de control gubernamental. Esta modalidad de descentralización se ve impulsada en los países donde: a) El sector público posee una baja capacidad instalada para la prestación de servicios con relación a la demanda de los mismos, siendo el sector privado responsable por buena parte de los servicios prestados. b) Hay necesidad de ampliación de la cobertura sin disponibilidad de recursos para sustentarla.

El sistema incorpora desafíos relativos a la capacidad del Estado para controlar y regular el mercado de servicios de salud de manera que éste permita alcanzar las metas nacionales y/o locales, de la compatibilización del sector público con los prestadores privados componiendo un “mix” de servicios, y de la implementación de mecanismos de pago a los prestadores privados cuando una parte de los mismos va a ser subvencionada con fondos públicos.

Esta clasificación es rigurosa y aunque en la práctica los diferentes tipos se den generalmente de forma combinada, esta tipología permite identificar tanto los casos en que suceden los distintos tipos de procesos, como las relaciones entre ellos, ya que la realidad admite múltiples combinaciones y distorsiones de los elementos propios de cada tipo.

### **3. Evolución histórica del proceso de descentralización de la salud pública a nivel nacional**

Las estrategias de descentralización que se desarrollaron durante los años noventa en el campo de la salud pública, no fueron propias de ese momento, ya que movimientos en esas direcciones venían desarrollándose desde décadas anteriores. La primera transferencia hacia los estados provinciales se realizó en 1957, por un informe técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el que se recomienda transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias, pero un año después los

establecimientos fueron reintegrados a la esfera nacional debido a que este proceso de transferencia no contó con asistencia técnica ni financiera<sup>3</sup>.

Durante la década del sesenta se crean los “Hospitales de la Reforma”. En ellos se descentraliza la administración, se posibilita la participación de la comunidad y del personal en las decisiones y se les habilita para conseguir recursos propios. Este proyecto duró menos de tres años en los hospitales de Gonet y Mar del Plata y marcan junto con los posteriores hospitales SAMIC (Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad), las primeras experiencias de autogestión hospitalaria.

Hacia fines de los años setenta, el rol del Estado en el financiamiento y en la provisión de salud había caído progresivamente, entonces retomó con énfasis la política de descentralización y se transfirieron 65 hospitales nacionales, a las jurisdicciones de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires<sup>4</sup>, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. El rol reservado para las provincias era: a) Hacerse cargo de los hospitales públicos transferidos, incluyendo sus locaciones, bienes muebles y personal; b) Colaborar y participar en los planes y campañas sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. Esta devolución se realizó durante un gobierno de facto lo cual según Bisang y Cetrángolo (1997) habría disminuido las posibilidades de una transferencia negociada y no fue acompañada por ningún mecanismo de compensación financiera. Esto último constituiría una vez instaurada la democracia, el argumento utilizado por las provincias para fundamentar sus reclamos de una mayor participación en la distribución de los recursos nacionales.

En 1991 se sustanciaron las transferencias de dependencias que el Estado Nacional conservaba, doce establecimientos de salud a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y dos a la provincia Entre Ríos.

La última etapa de transferencias se dio en un contexto de replanteo explícito de las incumbencias de cada nivel jurisdiccional, orientado a disminuir la participación del Estado Nacional en la prestación de los servicios de salud pública. Según Filmus<sup>5</sup> en la distinción acerca de las lógicas subyacentes a los procesos de descentralización, puede afirmarse que la estrategia nacional para descentralizar tendría al mismo tiempo motivaciones economicistas,

---

<sup>3</sup> Repetto, Fabián Coordinador (2001). “Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino”. Informe de investigación. Fundación Grupo Sophia. Página 8.

<sup>4</sup> El Hospital Manuel Belgrano pasó de jurisdicción nacional a la de la provincia de Buenos Aires en 1979.

<sup>5</sup> La distinción que hace Filmus (1996) acerca de las lógicas subyacentes a los procesos de descentralización. Estas son: lógica economicista, que privilegia la necesidad de ahorro del gasto; la lógica tecnocrática, que privilegia la eficientización del proceso de toma de decisiones; la lógica de mejora de la calidad del servicio que se presta; la lógica democrático-participativa, basada en el otorgamiento de mayor autonomía y poder de decisión a las instancias locales y regionales.



tecnocráticas, de calidad del servicio y democrático-participativas, pero investigadores del tema señalaron claramente que en las motivaciones nacionales para transferir los hospitales se privilegió el ahorro del gasto, o sea la lógica economicista y estaba íntimamente relacionado con las disputas entre la Nación y las provincias por el reparto de los recursos tributarios por el Estado Nacional y en este sentido, tal estrategia de descentralización no puede ser entendida como un hecho aislado, sino en el contexto de la redefinición de las relaciones financieras entre Nación y provincias que se plantearon con el régimen de Coparticipación Federal de impuestos.

En 1993 mediante la sanción del Decreto 578 se establecieron las pautas para generar la autogestión de los Hospitales Públicos dentro del sistema de atención médica. *En este caso la "autogestión" es una "gestión delegada" y no supone –en ningún caso- la posibilidad de una "autofinanciación"*<sup>6</sup>. Los HPA continuarían recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción respectiva para su habitual funcionamiento de acuerdo a su producción, rendimiento y tipo de población a la que asiste.

Las motivaciones del Estado Nacional respecto del HPA eran por un lado inducir un proceso de reforma en la seguridad social para evitar el subsidio desde el Estado y, por otro impulsar un proceso interno al Hospital a fin de que éste introdujera herramientas de gestión y cambiara su cultura operativa.

El HPA actuaría como organismo descentralizado de acuerdo a las normas vigentes en cada jurisdicción con capacidad específica para, entre otras cosas:

- Realizar convenios con entidades de la Seguridad Social.
- Cobrar los servicios que brinden a terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario: obras sociales, mutuales, seguros de accidentes, medicina laboral, dentro de los límites de la cobertura contratada por el usuario.
- Integrar redes de servicios de salud.

La base conceptual subyacente del Decreto 578 se concentraba en reemplazar el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda (Art. N° 10), lo cual implicaría que todo paciente que concurriese al hospital público contaría con algún tipo de financiación, ya sea de la seguridad social, de las empresas prepagas o del Estado.

---

<sup>6</sup> Ministerio de Salud y Acción Social (1996). "Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos". Buenos Aires. Página 58.

A través del mencionado Decreto se creó un Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión<sup>7</sup> (HPA), dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, pudiendo inscribir las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales a los hospitales públicos que cumplieran con las exigencias de dicho cuerpo legal.

Por otra parte, se establecía la obligación del HPA de cumplir con los requisitos básicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica<sup>8</sup>.

Una de las principales innovaciones del régimen de autogestión consistió en el sistema de débito automático que garantizaba el pago de las obras sociales<sup>9</sup> por las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los HPA. En tal sentido, el decreto estableció que los Agentes del Seguro de Salud estaban obligados a saldar el pago de lo facturado por el HPA dentro de los 30 días corridos de presentada la liquidación mensual (hoy 60 días corridos, según Decreto 939/00 Art. N° 17). Vencido el plazo fijado, el HPA procederá a intimar el pago mediante carta documento para que en el plazo de diez días se abonen las facturaciones reclamadas (Resolución 487/02 Art. N° 11) vencido dicho plazo, los hospitales podrán reclamar el pago al ANSSAL<sup>10</sup>, quién procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del Agente del Sistema Nacional de Salud correspondiente, y al pago dentro de los quince días hábiles de efectuada dicha retención. En caso de discrepancia en los montos de la facturación entre el HPA, el Agente del Seguro de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), la misma se elevará a la Secretaría de Salud, cuya decisión será definitiva. La SSS deberá comunicar a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) las sumas a debitar en forma automática de los importes pertenecientes a las Obras Sociales que adeuden las facturas, debiendo adoptar la AFIP las medidas que fueren necesarias, conforme al procedimiento de recaudación imperante, para concretar el débito automático de las sumas informadas por la SSS, con carácter previo a transferir a las Obras Sociales los fondos recaudados. Las sumas debitadas deberán ser inmediatamente transferidas a la SSS, siendo responsabilidad de la Superintendencia el pago a los HPA.

---

<sup>7</sup> El Decreto 578/93 fue derogado por el Decreto 939/00 y los HPA pasaron a llamarse Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

<sup>8</sup> El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica está constituido por un conjunto de componentes relacionados con habilitación y categorización de establecimientos asistenciales; matriculación, certificación y especialización profesional; normatización del funcionamiento, organización, procedimientos, diagnóstico y tratamiento de la atención médica; fiscalización y control sanitario; evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud; asesoramiento y cooperación técnica.

<sup>9</sup> Obras Sociales Nacionales, incluidas bajo la jurisdicción del ANSSAL -Leyes 23.660 y 23661-

<sup>10</sup> En 1996 el ANSSAL fue reemplazada por la Superintendencia de Servicios de Salud.

La introducción de este sistema resultaba relevante porque los hospitales tenían dificultades para cobrar sus facturas a las obras sociales, ya que estas priorizaban la cancelación de sus compromisos con los prestadores privados.

En cuanto a los aranceles del HPA, los vigentes han sido establecidos por la resolución 855/00 del Ministerio de Salud de la Nación y la resolución 487/02 Art. Nº 3 establece, que cuando se hubiese celebrado convenio entre el Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud y el HPA, la forma y condiciones de la prestación, quedan sometidas a las disposiciones que hayan pactado las partes, para ello el hospital deberá presentar las facturaciones para su cobro ante la SSS, cuando esté expresamente pactado en el contrato suscripto y el Art. Nº 13 establece, que las facturaciones impagas podrán presentarse para su cobro ante la SSS dentro de los 180 días corridos de la fecha de facturación.

#### **4. La Descentralización y la Salud Pública en la Provincia de Buenos Aires**

A partir de la sanción de la Ley Provincial 7.016/65 fue implementada en la provincia la regionalización sanitaria, dicho marco legal estableció que el Ministerio de Salud fijaría los límites de las regiones sanitarias de acuerdo a: a) Factores geográficos; b) Factores demográficos; c) Factores socio-económicos; d) Medios de comunicación y transportes; e) Equipamientos sanitarios; y f) Características sanitarias. En la actualidad existen once regiones sanitarias y a su vez, la región VII se divide en dos subregiones (A y B).

A nivel normativo, estas regiones serían delegaciones regionales del Ministerio de Salud con idénticas facultades que el nivel central y serían responsables de impulsar las líneas programáticas del Ministerio, de acuerdo a la realidad local. A pesar que la norma parece poseer un espíritu descentralizador bastante importante (desconcentración, de acuerdo a la tipología de D. Rondinelli y G. Cheema) las atribuciones dadas a las Regiones Sanitarias son limitadas. En la práctica las regiones realizan sólo algunas funciones de capacitación de los recursos humanos de los hospitales, centralizan la información de la región para luego transmitirla al nivel central (patologías, rendimientos hospitalarios, etc.) realizan la distribución de algunos medicamentos entre los hospitales de la región, y coordinan ciertos programas con los municipios, pero su rol no explota todo el espacio previsto en las normativas.

La provincia de Buenos Aires es la provincia del país que más ha avanzado en el proceso de descentralización (devolución) hacia el nivel municipal. Sin embargo, el nivel provincial

continúa financiando gran parte de los gastos municipales en salud, el 74% del mismo está cubierto a través de transferencias provinciales<sup>11</sup>.

El nivel municipal opera el 99% de los centros estatales sin internación y el 79% de los centros con internación (Tabla 1). En la distribución de los distintos tipos de establecimientos, los municipios quedaron a cargo prácticamente de la totalidad de los establecimientos sin internación (Centros de Atención Primaria) y en lo que hace a los establecimientos con internación también se observa el mismo fenómeno, pero el tamaño y complejidad de los establecimientos provinciales es superior al de los municipales. Así, de acuerdo a la categorización vigente: centros de atención primaria y hospitales (locales, subzonales, zonales e interzonales); los hospitales provinciales detentan más altos niveles de complejidad, mayor número de camas y poseen un alcance territorial que cubre a más de un municipio (para el aprovechamiento de economías de escala) y al nivel municipal se le ha asignado la atención de la demanda de consultas e internaciones de menor complejidad, para lo cual cuentan con centros de menor tamaño.

**Tabla 1: Establecimientos y Camas de la Provincia de Buenos Aires -Año 2004-**

	Sin Internación	Con Internación	Total	Número de Camas
<b>Provinciales</b>	21	65	86	12.831
<b>Municipales</b>	1.654	266	1.920	12.613
<b>Nacionales</b>	1	4	5	2.122
<b>TOTAL</b>	1.676	335	2.011	27.566

*Fuente de datos: Dirección de Información Sistematizada. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Año 2004.*

En 1991, la Ley 11.072 planteó la reestructuración técnica y administrativa de los hospitales provinciales y de aquellos que adhieran a la Ley. Así, se los transformaba en entes descentralizados sin fines de lucro. Esta delegación ha sido impulsada como forma de proveer autonomía a los hospitales en el marco de la búsqueda de mayores niveles de competencia y de la orientación de los flujos de financiamiento hacia la demanda. El principio básico de esta descentralización era lograr que los hospitales públicos reciban recursos en función de su

<sup>11</sup> Sarghini, Jorge Coordinador (2002). "Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires". Informe de investigación. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Página 12.

producción y los empleen con relativa autonomía en función de sus propias necesidades administrativas.

Una de las principales innovaciones de la legislación fue la incorporación de la figura del Consejo de Administración como nivel máximo de conducción, con participación de la comunidad<sup>12</sup> y de los trabajadores profesionales y no profesionales. Se pretendió, de esta manera incorporar la perspectiva del usuario en la gestión hospitalaria.

En la actualidad más allá de esta reforma, los hospitales provinciales no tienen posibilidad real de manejo autónomo de sus presupuestos, ni para el manejo de su planta de personal. Los Consejos de Administración han jugado un papel subordinado respecto del Ministerio de Salud, al no tener capacidad decisoria.

Existen resistencias a la descentralización, fundamentalmente desde el nivel central.

*“Pensamos que la Ley de descentralización del año 1991 iba a ser la bisagra que cambiaría un modelo de atención crónico, cristalizado, burocrático y demás. Hoy y ya diez años después, el modelo está más crónico, más burocratizado y más rígido aunque la Ley está. Como siempre, la Ley está pero para no cumplirla”<sup>13</sup>.*

## **5. Antecedentes de legislación sobre recupero de fondos en la provincia de Buenos Aires**

En 1977 se creó en el ámbito de esta provincia el Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O.) mediante la Ley 8.801 y que fuera modificado por la Ley 10.058/83. El propósito de su creación fue organizar y coordinar los recursos sanitarios oficiales (nacionales, provinciales y municipales) con los recursos privados y/o efectores de la seguridad social a los efectos de asegurar a todos los habitantes de la provincia el cuidado integral de la salud en los niveles de promoción, protección, recuperación y rehabilitación con accesibilidad apropiada a cada necesidad, e integrar racionalmente todos los recursos financieros estatales para la atención de la salud, bajo los lineamientos de centralización normativa y descentralización ejecutiva. Entre las principales atribuciones del S.A.M.O. se encontraba la de contribuir a la generación de recursos adicionales en los hospitales públicos, a través del recupero de costos

---

<sup>12</sup> El Hospital Manuel Belgrano ha propiciado activamente, durante las dos últimas décadas la participación comunitaria, lo que se tradujo en una modificación sustancial en su relación con la población.

<sup>13</sup> Del Prete, Sergio (2001). Presentación en las X Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. XI Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. “El Desafío del Hospital Público Descentralizado, Contratos de Gestión, Incentivos y Evaluación del Desempeño”. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Página 154.

a las obras sociales, sin que ello afectara a los sectores carenciados los que continuarían percibiendo atención en forma gratuita.

Según texto de la Ley 10.058/83 Art. N° 26: “...*Las sumas que se adeuden en concepto de prestaciones y servicios arancelados por aplicación de la presente Ley podrán ser cobradas de las personas o entidades obligadas a su pago mediante la vía de apremio...*” El pago por parte de los terceros pagadores no realizado en tiempo y forma debía gestionarse por vía judicial<sup>14</sup>, para ello el hospital iniciaría un expediente con la documentación que acreditase la deuda, lo enviaría a la Dirección de Recuperación de Costos<sup>15</sup> en donde se controlaría el cumplimiento de los requisitos, y se elevaría a la intervención del Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud, quien otorgaría pase a los Organismos Asesores y de Contralor (Asesoría, Contaduría y Fiscalía). Con el visto bueno de los Organismos se dictaría la Resolución (Resolución Acuerdo por facultad delegada del Gobernador al Ministro), dando intervención al Fiscal de Estado para promover la Acción Judicial. Se elaboraría un Título Ejecutivo, este título sería un instrumento de reclamo que pasaría al Fiscal de Estado para perseguir el cobro por la vía del Apremio. Podría suceder que el Fiscal de Estado decidiera no promover Acción Judicial porque el monto no alcance el mínimo requerido (20 sueldos mínimos de la Administración Pública Provincial)<sup>16</sup>, esta facultad se encuentra contemplada en el Art. N° 16 de la Ley Orgánica de Fiscalía de Estado y la decisión generalmente sería tomada antes de elaborarse el Título Ejecutivo, en estos casos el Fiscal de Estado podría disponer una medida cautelar contra la deudora, que consistiría en un embargo o inhibición general de bienes registrando la medida precautoria en el Registro de la Propiedad. Cuando la Obra Social se declara en concurso de acreedores el trámite a realizar, consistiría en una presentación por parte del hospital, de la documentación que acredite la deuda en los plazos legales establecidos, un síndico realizaría la verificación de la misma y luego el deudor cancelarí su deuda en los términos que determinase la justicia.

En cuanto a los aranceles del S.A.M.O., la última actualización del nomenclador fue realizada por Resolución del Consejo Provincial N° 179/05 y éste es el que se utiliza para la facturación de las prestaciones brindadas a los afiliados de las obras sociales que no están bajo la jurisdicción de la SSS.

---

<sup>14</sup> Dirección de Recuperación de Costos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2003). “Manual de Procedimientos del SAMO”. Buenos Aires. Página 116.

<sup>15</sup> La Dirección de Recuperación de Costos es una Dependencia del S.A.M.O. en el Ministerio de Salud de la provincia.

<sup>16</sup> Según lo referido por los asesores legales de la Dirección de Recuperación de Costos, en la actualidad son \$5.000

Luego de sucesivas modificaciones, mediante el Decreto 4.530/90 se estableció que de los recursos genuinos generados por cada unidad asistencial pública: a) El 10% debería destinarse a la creación de un Fondo Provincial de Salud<sup>17</sup>; b) El 40% para gastos de funcionamiento, inversiones menores de capital, reparación y mantenimiento de estructuras hospitalarias y c) El 50 % se destinaría al pago de bonificaciones especiales para el personal que presta los servicios, como mecanismo de incentivo a la participación del equipo de salud en el proceso de recuperación de costos a los terceros pagadores.

Según el espíritu de la norma los hospitales debían identificar a los usuarios con cobertura social, para concentrar los recursos financieros de la provincia en la atención de las personas sin protección. El informe de una auditoría<sup>18</sup> realizada a 27 hospitales de la provincia en el año 2002, con el objetivo de analizar la gestión de recupero de costos hospitalarios expresaba: *“El resultado que se obtiene en la tarea de detectar la calidad de mutualizado o con cobertura de seguro del asistido no es óptimo. Las razones del magro resultado que en general se obtiene se deben a la falta de recursos humanos y tecnológicos asignados y de planificación estratégica. Un hecho de particular importancia es que la mayoría de las Unidades Hospitalarias no cuentan con los padrones de las Obras Sociales”*.

Con la sanción de Decreto Nacional 578/93, la provincia de Buenos Aires inscribió a los establecimientos de su dependencia en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, a la vez que recomendó a los municipios la inscripción de sus hospitales. La incorporación a este régimen suponía el respaldo del Estado Nacional para el cobro a las obras sociales y otros agentes terceros pagadores de las prestaciones brindadas por el hospital a sus asegurados. Como se mencionó, esto venía realizándose con anterioridad al Decreto 578/93 a través de la normativa provincial diseñada para tal fin (Ley 8.801/77), pero esta Ley no contaba con el sistema de débito automático por lo que el trámite de cobro por vía judicial era casi imposible. Según algunas estimaciones los recursos económicos obtenidos de la autogestión aún no han logrado los resultados esperados porque constituyen una escasa proporción del financiamiento de los hospitales. En el año 2000 la recuperación de recursos por autogestión en la provincia de Buenos Aires fue del 8.3% del gasto total de los hospitales provinciales y se había estimado que el flujo de recursos que involucraba el HPA por

---

<sup>17</sup> Estos fondos son administrados por el Consejo Provincial que es la máxima autoridad del S.A.M.O. El Consejo está presidido por el Ministro de Salud e integrado por el Subsecretario de Salud Pública, el Subsecretario de Medicina Social, el Subsecretario de gobierno y el Presidente del Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A, obra social de los empleados públicos provinciales)

<sup>18</sup> Informe de Auditoría (Diciembre 2002). Dirección General de Auditoría de la Contaduría General de la Provincia de Bs. As.

facturación a beneficiarios con cobertura de seguros de salud podría alcanzar hasta un 30% de la financiación hospitalaria.

## **6. Etapas del proceso operativo en la gestión de recuperación de costos**

En primera instancia es necesario señalar la importancia del conocimiento del sistema por parte de los agentes que conforman la planta de personal del hospital, para lo cual es fundamental la elaboración de un Manual de Funciones y de Procedimientos donde deben estar perfectamente definidas las responsabilidades de cada uno de los actores y todas las etapas del proceso operativo de recuperación de costos.

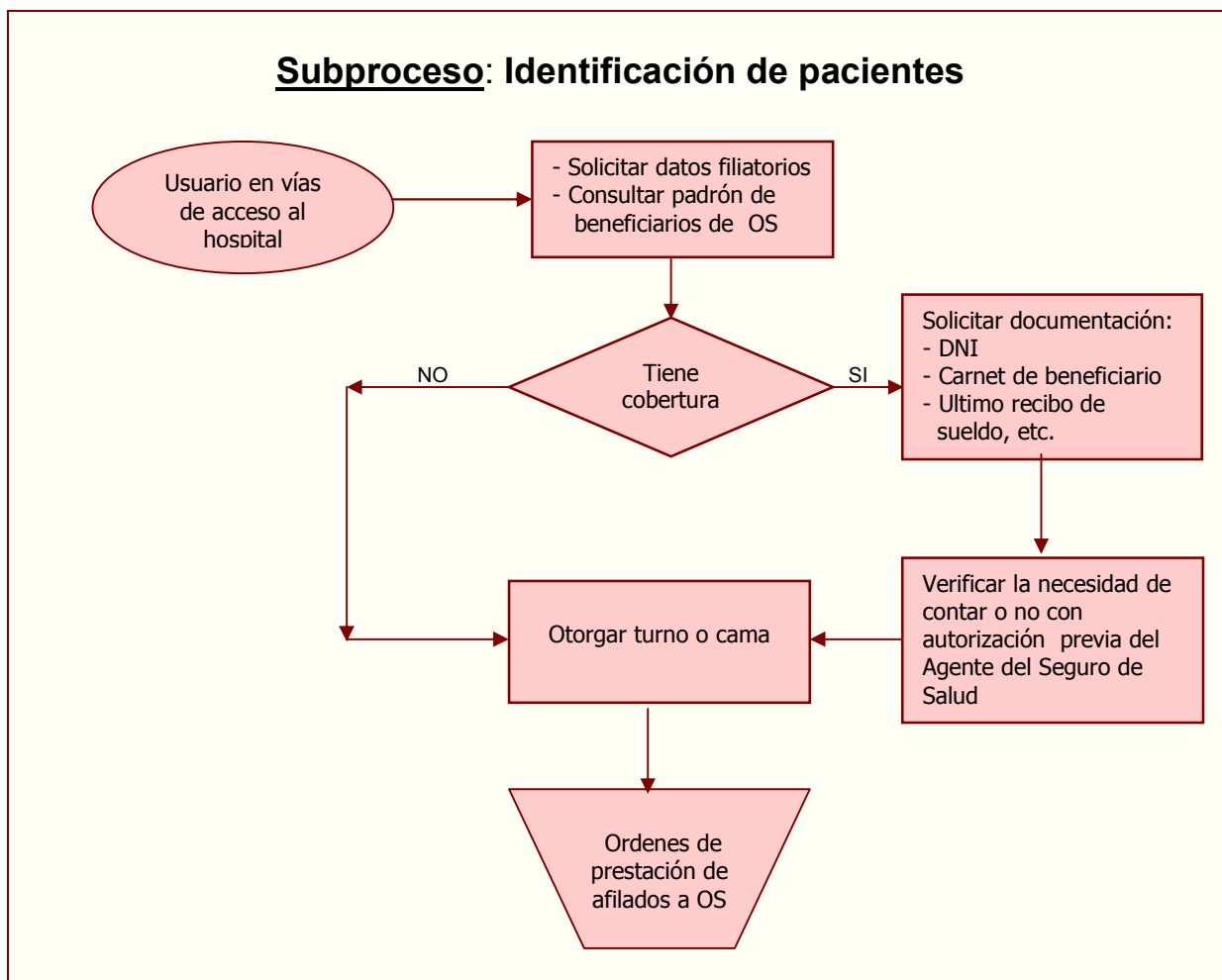
### **Ordenamiento secuencial de las tareas a realizar:**

#### **1. Identificación de pacientes con cobertura de salud:**

- A. Establecer la existencia o no de cobertura médica asistencial a cargo de un tercer pagador en el inicio del proceso de otorgar un turno de atención o cama de internación a un paciente. La identificación se debe realizar en las vías de acceso a los servicios asistenciales del establecimiento: Centro de Atención Ambulatoria, Guardia de Urgencias y Emergencias, Centros de Admisión y Egresos, Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, para ello se tiene que consultar los datos del paciente con el padrón de beneficiarios.
- B. Si el paciente cuenta con cobertura de salud solicitar la documentación (fotocopia de DNI, carnet de beneficiario, último recibo de sueldo, afiliación a la ART, etc.).
- C. Verificar la necesidad o no de contar con autorización previa al Agente del Seguro para acceder a la prestación, de acuerdo a las normativas vigentes.
- D. Otorgar el turno o cama solicitados por el paciente.
- E. Completar el/los formularios de práctica y los anexos para poder facturar el servicio brindado.



## **Subproceso: Identificación de pacientes**



## **2. Facturación a los Agentes del Seguro:**

### **A. Recepción de la documentación**

Las órdenes de prestación con la documentación de los afiliados de las diferentes vías de acceso al establecimiento deben remitirse a la oficina de facturación en tiempo y forma, en el caso de internaciones además, es necesario remitir la historia clínica debidamente conformada. El personal del área procede a verificar la documentación recibida y en el caso de error u omisión la debe enviar nuevamente al sector de origen indicando falencias, para su corrección.

### **B. Prefacturación y auditoría**

- Ordenar y clasificar la documentación por paciente y por 3º pagador.

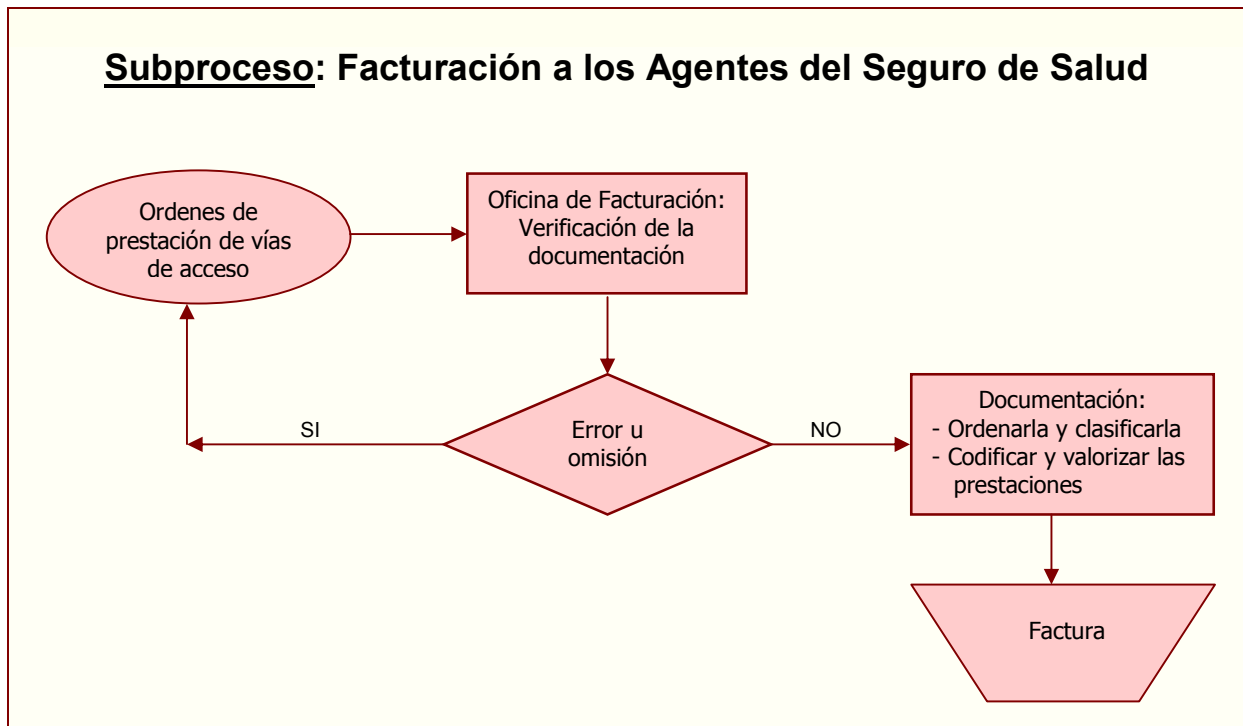
- Proceder a la identificación de los consumos y servicios brindados a través de los términos médicos que los definen.
- A cada prestación se le adjudica una denominación determinada (Código), adecuándola a un sistema convencional.
- Se determina el valor económico de cada código según los términos de los convenios vigentes.
- Se somete a evaluación por: Auditoría y Coordinación de la Gestión Operativa.
- Proceder a la emisión de la factura por triplicado.

#### C. Emisión y autorización de la factura

A los efectos de su correcta confección:

- Controlar la emisión. Las facturas deben ser generadas en orden correlativo, según el tipo de prestación, en forma mensual, por 3° Pagador. Considerar unitariamente las prestaciones del tipo que corresponda según la codificación, brindadas durante el mes calendario a un mismo beneficiario de la entidad responsable de su pago.
- Excluir los pacientes cubiertos por Compañías de Seguros y Aseguradoras de Riesgos de Trabajo que se facturan en forma individual (una factura por paciente) según la normativa vigente.
- Concluida la emisión de facturas, controlar que el proceso se haya cumplido en forma completa y correcta.
- Gestionar la autorización del Director Ejecutivo, quien se manifiesta a través de su rubrica al pie de la Factura.
- Archivar documentación de respaldo
- Entregar la documentación para gestionar su presentación ante los 3° pagadores para su cobro.

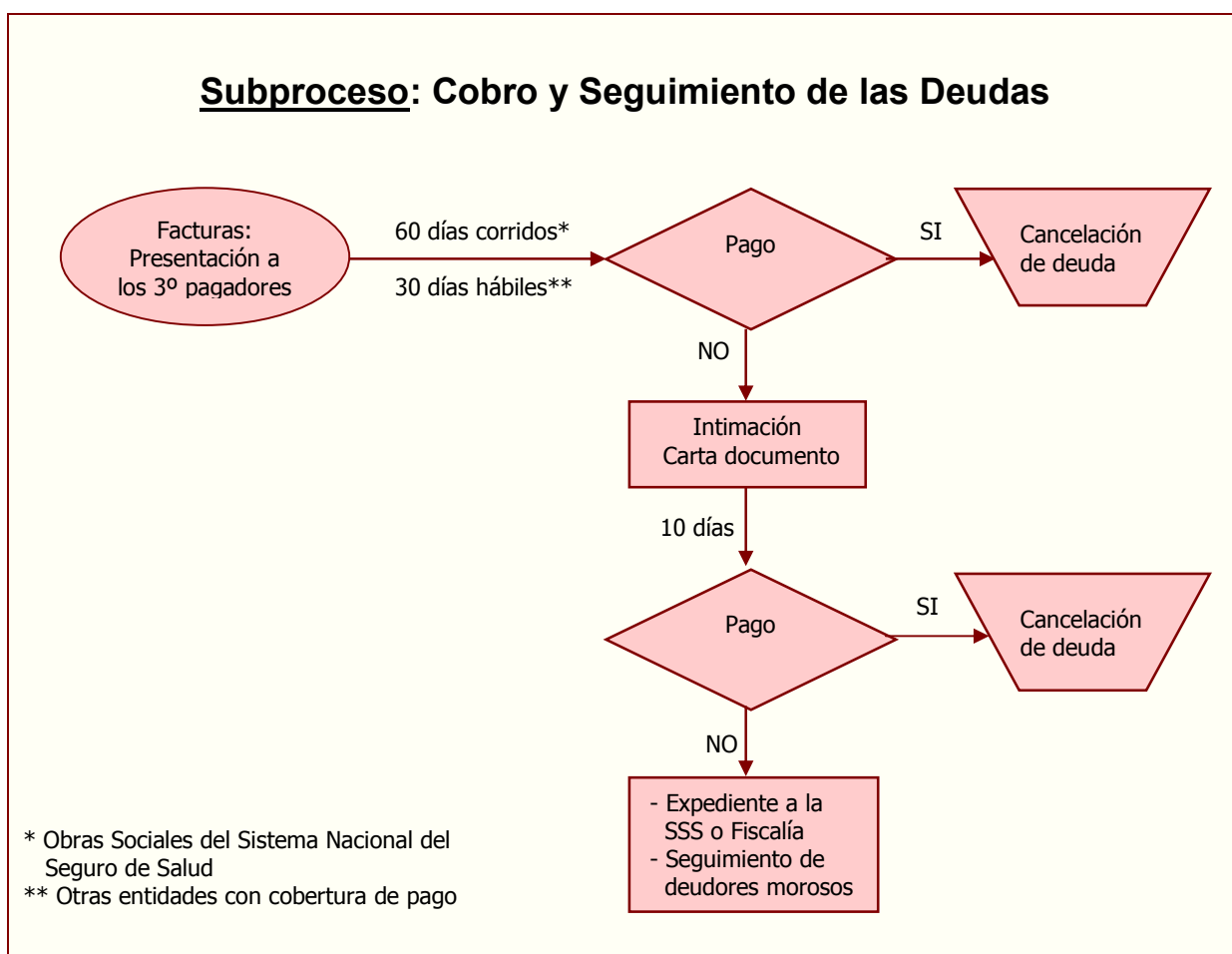
### **Subproceso: Facturación a los Agentes del Seguro de Salud**



### **3. Cobro y seguimiento de las deudas:**

- A. Remitir a la entidad de cobertura, dentro de los diez primeros días hábiles de cada mes, el original y el duplicado de la factura (el triplicado quedará en el hospital) acompañando la documentación complementaria según el tipo de prestación que fue brindada a los beneficiarios durante el mes inmediato anterior. Registrar la fecha de recepción por parte del tercer pagador una vez entregadas las facturas por correo o personalmente.
- B. Las entidades de cobertura deben efectivizar el pago dentro de los 60 días corridos posteriores a la presentación para las Obras Sociales del Sistema Nacional de Seguros de Salud y 30 días hábiles o el plazo establecido, según convenio suscripto para otras entidades con cobertura de pago.
- C. En el supuesto de que se objete algún aspecto de la facturación, el agente asegurador debe comunicar los ítems observados al prestador, dentro de los quince días de presentada la factura, y puede suceder que:
  - La factura haya sido correctamente observada por error subsanable: En este caso se trata de un rechazo o débito refactorable, se presenta una nueva factura el mes siguiente con los ítems observados corregidos.

- La factura haya sido correctamente observada por error no subsanable: En este caso se trata de un rechazo o débito definitivo.
- D. En el caso de que el Agente del Seguro de Salud no cumpla con el pago, se debe enviar carta documento para que en el plazo de 10 días abone las facturas.
- E. Vencido dicho plazo, si el 3º pagador no respondiera se inician expedientes para presentar a la SSS o Fiscalía, según corresponda.
- F. Confeccionar una planilla de seguimiento de deudores morosos.



La recuperación de costos necesita del desarrollo de técnicas de gestión que permitan evaluar y validar en forma continua todo el proceso. Es necesario conocer y detectar de manera eficiente, el nivel de adecuación y cumplimiento, a lo requerido en las normativas de los terceros pagadores, para ello los encargados de la gestión del proceso operativo de

recuperación de costos, el profesional auditor y el coordinador técnico administrativo además de reunir el perfil y las competencias necesarias para el puesto, deben complementarse en su accionar.

Al auditor le corresponde, analizar y verificar sistemáticamente: la eficiencia, la eficacia, la producción y la calidad de la atención médica. En la historia clínica, que es el registro principal que documenta las prestaciones brindadas a los pacientes, el auditor debe verificar que toda la actividad asistencial esté registrada, ordenada y técnicamente justificada con el objetivo de evitar los débitos. Al coordinador técnico administrativo le corresponde planificar, organizar, supervisar y coordinar el proceso de gestión operativa, identificación de pacientes, facturación, cobro y seguimiento de las deudas, optimizando el proceso con los recursos disponibles.

Es importante que las fallas observadas en todo el proceso se registren, con el objeto de proponer acciones correctivas que darán soluciones a los problemas existentes.

## **7. Recuperación de Costos en el Hospital Gral. Manuel Belgrano**

El Hospital zonal de agudos General Manuel Belgrano está situado en el primer cordón del conurbano bonaerense, en la localidad de Villa Zagala, partido de San Martín y depende del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria V. Cuenta con 130 camas de internación y tiene un segundo nivel de complejidad. Como se mencionó, una de las características de los hospitales provinciales es que su área de programa incluya más de un partido, el área programática<sup>19</sup> de este hospital, con una población de 219.432 habitantes<sup>20</sup> abarca parte de los partidos de San Martín y Vicente López y es centro de referencia de cinco Centros de Atención Primaria y un Hospital Local del partido de San Martín y dos Centros de Atención Primaria y una Maternidad del partido de Vicente López.

Tal lo adelantado, con referencia al manejo del presupuesto para financiar los gastos de funcionamiento, la conducción del hospital puede disponer con cierto grado de autonomía la ejecución de un escaso porcentaje del presupuesto asignado. Además, del 40% de los fondos recuperados por facturación a los terceros pagadores (que según la legislación vigente, quedan en el establecimiento con destino a gastos de funcionamiento e inversiones menores) solo puede disponer la ejecución de hasta \$5.000 sin solicitar autorización al nivel central. Por lo tanto, si bien la asignación presupuestaria se realiza en función de la producción y el nivel

---

<sup>19</sup> El área programática del hospital abarca el territorio comprendido entre: las vías del ferrocarril Gral. Belgrano y las del ferrocarril Gral. Mitre, la autopista del Buen Aire y la Av. Gral. Paz. Incluye zonas con población muy carenciada.

<sup>20</sup> Dato suministrado por el INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda (2001).

de complejidad, existe un alto grado de centralización en el manejo de los fondos, lo cual se contrapone a las estrategias descentralizadoras impulsadas, que propiciaban el manejo con relativa autonomía de los recursos y en función de las necesidades impuestas por el rol que deberían desempeñar los diferentes efectores en la red de atención. Con respecto a los recursos humanos es potestad de la conducción del hospital la selección y el reclutamiento del personal para cubrir los diferentes puestos y el nivel central sigue manteniendo la determinación de la estructura jerárquica y la negociación de la escala salarial.

Como todos los hospitales de dependencia provincial, el Hospital Manuel Belgrano está inscripto en el Registro Nacional de HPA (hoy Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada por Decreto 939/00) y con motivo de que los ingresos generados por facturación a los Agentes del Seguro de Salud no resultan acordes a las estimaciones mencionadas, se realiza este estudio para determinar cuales son los factores que influyen en la obtención de estos resultados.

De acuerdo a los datos suministrados, al relacionar el presupuesto ejecutado con los montos de recuperación de costos se advierte que estos representan un porcentaje muy pequeño en comparación con el gasto, en promedio el 3% anual (Tabla 2). Frente a esta realidad se podrían considerar dos aspectos:

- La mayoría de los usuarios del hospital no tienen cobertura de salud.
- Existe un problema en el proceso operativo de recuperación de costos.

El presupuesto ejecutado corresponde a los gastos en: Personal (Partida principal 1); Bienes de consumo y Servicios no personales (Partidas Principales 2 y 3) y el gasto con fondos del S.A.M.O. (que incluye el 40% que queda en el establecimiento y los provenientes del Fondo Provincial). El aumento del presupuesto ejecutado en el año 2005 fue a expensas principalmente de un mayor gasto en personal (Año 2004: \$9.098.363 – Año 2005: \$ 12.427.071).

**Tabla 2: Recuperación de Costos en relación al Presupuesto Ejecutado  
-años 2003 a 2005-**

<b>Año</b>	<b>Presupuesto ejecutado (en pesos)</b>	<b>Importes Cobrados (en pesos)</b>	<b>Relación Cobrado/ Presupuesto ejecutado (en %)</b>
<b>2003</b>	13.126.812	415.670	3,2
<b>2004</b>	14.383.877	464.020	3,2
<b>2005</b>	17.576.360	437.510	2,5

*Fuente de datos: Registros administrativos de las oficinas de contable y facturación. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires*

Según la información brindada por el INDEC (Censo Nacional de Población y Vivienda 2001) el 45% de la población del área programática no tiene cobertura del seguro de salud (obra social y prepagos). Respecto a la desocupación un 22% de la población económicamente activa no tiene empleo y el 8.7% de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas<sup>21</sup> (NBI). En relación con este punto es esperable que estas personas constituyan la mayor parte de la demanda de los servicios asistenciales del Hospital y la de los Centros de Atención Primaria, a quienes el Estado les debe garantizar el acceso a través de la financiación y provisión pública de salud de acuerdo a las necesidades.

Además, es importante señalar la problemática de violencia (robos, disputas entre pandillas) que se instaló en la última década, en los barrios aledaños al establecimiento y cuyos determinantes fueron la exclusión social, la pobreza, el desempleo y las malas condiciones de vida de la población radicada en las villas de emergencia lindantes a la institución. Esta situación afectó en forma directa a los pacientes y al personal y significó una barrera de acceso a los servicios asistenciales. Si bien, para contrarrestar este problema desde hace varios años se generó en el Hospital un espacio de discusión y se convocaron a las diferentes organizaciones barriales de la comunidad, a los establecimientos educativos, a las ONG, a los Foros de Seguridad de los partidos de San Martín y Vicente López y a la policía de la provincia de Buenos Aires, no se pudo evitar que algunos pacientes optaran por otros efectores.

<sup>21</sup> Los hogares con NBI son los que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: 1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto. 2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho). 3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete. 4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela. 5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

En la tabla 3 se presenta la facturación realizada a las entidades de cobertura y puede observarse que la mayor parte de la misma se realizó al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), en promedio el 70%. Si bien el INSSJP es un Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud desde marzo del 2001, lo facturado corresponde al convenio con la gerenciadora CISBO VIII, que fue una intermediaria entre la obra social y los efectores en el período analizado. Por dicho convenio el hospital tenía asignada una cápita de pacientes, por cuya atención recibía en concepto de pago un monto fijo mensual, estos pacientes concurrían derivados por su médico de cabecera solicitando atención del segundo nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades. Además, el hospital atendió pacientes de otras gerenciadoras (UTE Vicente López, UTE San Isidro) y el pago en estos casos se realizó por prestación de acuerdo al nomenclador convenido.

A otros Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el régimen de las Leyes 23.660 y 23.661, le corresponde un promedio del 17% de la facturación y un 12% al I.O.M.A., que es la obra social de los empleados públicos de la provincia de Buenos Aires.

No hubo facturación a las ART (por accidentes laborales) ni a las compañías de seguro (por accidentes en la vía pública) en el 2004 ni en el 2005 y en el 2003 solo un 0.10%. Los casos de accidentes de la población en su mayoría son atendidos en los hospitales públicos, que no hubiera facturación evidencia que estos pacientes no son detectados en una de las vías de acceso al hospital, que es el servicio de Emergencias.

**Tabla 3: Comparación de la Facturación según Agente del Seguro de Salud -años 2003-2005-**

Agente del Seguro de Salud	Facturación (en pesos)					
	Año 2003		Año 2004		Año 2005	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<b>INSSJ y P</b>	305.499	68,90%	353.446	72,35%	354.157	70,11%
<b>Otras OS Nacionales</b> (leyes 23.660 y 23.661)	76.774	17,30%	73.470	15,05%	89.145	17,65%
<b>Otras OS no Nacionales</b>	1.419	0,32%	10.047	2,05%	900	0,18%
<b>IOMA</b>	59.343	13,38%	51.530	10,55%	60.943	12,06%
<b>Compañías de Seguros</b>	450	0,10%	0		0	
<b>TOTAL</b>	<b>443.485</b>	<b>100%</b>	<b>488.493</b>	<b>100%</b>	<b>505.145</b>	<b>100%</b>

*Fuente de datos: Registros administrativos de la oficina de facturación. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires.*



Un elemento fundamental en la recuperación de costos es la identificación de los pacientes con cobertura y la dificultad en esta etapa del proceso operativo se relaciona con la debilidad del sistema de información en el que se apoya la autogestión hospitalaria (que depende casi exclusivamente de la declaración voluntaria del paciente). En el período analizado, el sistema informático ubicado en las vías de acceso a los servicios asistenciales del establecimiento: Centro de Atención Ambulatoria, Guardia de Urgencias y Emergencias, Centros de Admisión y Egresos, Servicios de Diagnóstico y Tratamiento no permitía la consulta automática con el padrón de beneficiarios en el momento en el que el paciente solicitaba la prestación, la alternativa implementada consistía en salir del programa de turnos y realizar la consulta con un padrón de beneficiarios<sup>22</sup> instalado en cada uno de los puestos, esta situación generaba muchas demoras en la atención de los pacientes, por lo cual generalmente se obviaba esta etapa del proceso (en mayor medida ocurría en el Centro de Atención Ambulatoria, el Centro de Urgencias y Emergencias y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento).

Otro problema se puede vincular a la debilidad de las estrategias para modificar actitudes y capacidades en los integrantes de la organización, hay quienes piensan que por el carácter universal y gratuito de la salud pública en Argentina, no es relevante la facturación de las prestaciones brindadas a los beneficiarios con cobertura de salud; otros consideran que el hospital solo debe focalizar sus prestaciones a pacientes sin cobertura y por ello derivan a los que la poseen y además están los que desconocen las etapas del proceso operativo. Esta falencia se expresa mediante comportamientos que limitan la eficiencia del proceso de recupero de costos por autogestión hospitalaria.

En la Tabla 4 se muestran los importes facturados y cobrados en el período analizado. En ella se puede observar que existe una leve tendencia creciente en los montos facturados y una pequeña tendencia decreciente en la proporción de lo cobrado en relación a lo facturado en el año 2005. Esto se debió a que en los dos últimos meses del año, no ingresaron fondos de la gerenciadora CISBO VIII por haber finalizado su convenio con el INSSJP, como ha sido mencionado el Hospital Manuel Belgrano era efector de segundo nivel de dicha gerenciadora y mensualmente percibía el pago por la cápita asignada. Si bien se mantuvo la

---

<sup>22</sup> El padrón de beneficiarios actualizado, está disponible en la Dirección de Recuperación de Costos y además se lo puede consultar en la página de la SSS, [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar) y en la página de PAMI [www.pami.gov.ar](http://www.pami.gov.ar)

atención de los afiliados, el INSSJP realizó el pago de las facturas correspondientes en el 2006.

La relación cobrado/facturado fue en promedio 92%, hay una brecha con el ideal (100%) que puede estar relacionada con los débitos definitivos y/o con la gestión de cobro.

**Tabla 4: Importes Cobrados en relación con los Importes Facturados  
-años 2003 a 2005-**

<b>Año</b>	<b>Importes Facturados (en pesos)</b>	<b>Importes Cobrados (en pesos)</b>	<b>Relación Cobrado/ Facturado (en %)</b>
<b>2003</b>	443.485	415.670	93,7
<b>2004</b>	488.493	464.020	95.0
<b>2005</b>	505.145	437.510	86,6

*Fuente de datos: Registros administrativos de las oficinas de contable y facturación. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires*

Los débitos son realizados por las entidades de cobertura cuando el prestador incurre principalmente en fallas administrativas o terapéuticas, para evitarlas es necesario conocer y detectar de manera eficiente, el nivel de adecuación y cumplimiento, a lo requerido en las normativas de los terceros pagadores. Los encargados de esta tarea son el profesional auditor y el coordinador técnico administrativo. En la Tabla 5 se presentan los débitos definitivos y refacturables en valor absoluto y en relación a los importes facturados. En el año 2004 se registró el mayor débito definitivo, que representó el 4.52% de lo facturado y en el año 2005 el mayor débito refacturable, que representó el 3.08% de lo facturado.

Del monto debitado en forma definitiva en el año 2004, el 49% se debió a motivos terapéuticos; el 18% a motivos administrativos y el 33% por resolución judicial debido a que la obra social se declaró en concurso de acreedores y la deuda tuvo una quita por el monto señalado.

Respecto de los motivos terapéuticos que provocaron los débitos definitivos, el de mayor peso fue la estancia prologada de los pacientes, este es un problema que se observa con mucha frecuencia en los hospitales públicos. En un contexto de costos crecientes en salud es fundamental realizar en los diferentes servicios un rediseño de los procesos asistenciales, actuar sobre las normas, las guías de procedimiento a los efectos de reducir la variabilidad en la prestación médica para aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos.

Entre las causas que obligaron a refacturar en el año 2005 se hallaron: cambio de representante del PROFE, error de módulo, mal identificada la obra social, error en suma de factura y solicitud de refacturación por la Dirección de Recuperación de Costos a los efectos de proceder a la gestión de cobro por vía judicial.

A lo anterior cabe agregar, que el médico auditor y el coordinador técnico administrativo no realizaron registros de las evaluaciones efectuadas donde consten las fallas observadas, con el objetivo de proponer acciones correctivas a los problemas existentes y tratar de esta forma de eliminar los costos del retrabajo o reproceso.

**Tabla 5: Débitos Definitivos y Refacturables en relación a los Importes Facturados -años 2003 a 2005-**

Año	Importes Facturados (en pesos)	Débito Definitivo (en pesos)		Débito refacturado (en pesos)	
		Abs.	%	Abs.	%
2003	443.485	9.872	2,23	800	0,18
2004	488.493	22.063	4,52	6.486	1,33
2005	505.145	8.412	1.67	15.566	3,08

*Fuente de datos:* Registros administrativos de la oficina de facturación. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires.

La Tabla 6 muestra la deuda de los Agentes del Seguro de Salud, por las prestaciones brindadas a sus afiliados. De la facturación emitida durante el período 2003-2005, el INSSJP, otras Obras Sociales Nacionales y las Obras Sociales no Nacionales mantenían al 31 de agosto del 2006 una deuda del 57%, del 35% y del 8 % respectivamente, del total adeudado (\$35.949).

Como ha sido señalado, las facturas impagas por las Obras Sociales Nacionales podían ser reclamadas para su cobro ante la SSS, dentro de los 180 días corridos de la fecha de facturación o se podía realizar reclamo judicial. Con respecto al INSSJP, los convenios mediados por las gerencadoras CISBO VIII, UTE Vicente López y UTE San Isidro invalidaron posteriores reclamos ante la SSS porque no estaba expresamente pactado en el contrato suscripto y por la vía judicial por no contar con la documentación exigible para tal efecto, por lo tanto es poco probable que esta deuda sea cancelada. En cuanto a los importes no reclamados por las prestaciones debidas de otras Obras Sociales Nacionales, en la Tabla 7 se puede observar que suman \$100. Los montos no saldados por declararse la obra social en

concurso de acreedores, fueron \$278 y \$854 de los años 2004 y 2005 respectivamente. Quedaban pendientes de pago de importes reclamados a la SSS \$8.163 y que correspondían a facturas del último trimestre del año 2005, por lo tanto posibles de ser canceladas.

Las Obras Sociales no Nacionales solo admitían reclamo vía judicial y estas debían del año 2004 un total de \$2.796, y en los registros consta que se realizó el reclamo correspondiente.

Según estos datos, se puede apreciar que la gestión de cobro cuando las entidades de cobertura no cancelaron sus compromisos fue realizada siguiendo el marco legal en vigencia.

Una cuestión que merece destacarse es que la mayoría de los Agentes del Seguro de Salud no realizaron los pagos correspondientes por las facturas adeudadas, antes de vencidos los plazos establecidos para acceder al sistema de débito automático vía SSS o al reclamo judicial vía Fiscalía del Estado Provincial.

En cuanto a los reclamos por vía judicial, se hallaron registros de expedientes iniciados en los últimos nueve años, por un monto total de \$118.093, que hasta la fecha no han sido cancelados, lo cual indica que este tipo de reclamo sigue sin lograr los resultados perseguidos en la legislación.

**Tabla 6: Deuda según Agente del Seguro de Salud al 31/08/2006  
-años 2003 a 2005-**

Agente del Seguro de Salud	Deuda (en pesos)				
	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Total	%
<b>INSSJ y P</b>	1.388	10.274	8.968	20.630	57,0%
<b>Otras OS Nacionales*</b> (leyes 23.660 y 23.661)	83	1.215	11.225	12.523	35.0%
<b>Otras OS no Nacionales</b>	0	2.796	0	2.796	8.0%
<b>IOMA</b>	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1.471</b>	<b>14.285</b>	<b>20.193</b>	<b>35.949</b>	<b>100%</b>

*Fuente de datos: Registros administrativos de la oficina de facturación. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires.*

**Tabla 7: Deuda de las Obras Sociales Nacionales, reclamadas y no reclamadas -años 2003-2005-**

Año	Importes reclamados (en pesos)		Importes no reclamados (en pesos)	Total (en pesos)
	Vía SSS	Vía judicial		
2003	-	-	83	83
2004	278	920	17	1.215
2005	9.017	2.208	-	11.225

*Fuente de datos: Registros administrativos de la oficina de facturación. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires.*

Como ha sido mencionado, de los fondos recuperados el 10% se debe enviar a la Dirección de Recuperación de Costos para el Fondo Provincial de Salud; el 40% se debe destinar para gastos de funcionamiento, inversiones menores de capital, reparación y mantenimiento de estructuras hospitalarias y el 50 % debe ser distribuido entre personal que presta servicios en la Institución.

El Hospital Manuel Belgrano envió al Fondo Provincial del S.A.M.O. un total de \$131.720 en los años 2003 a 2005 (Tabla 8) y recibió del mismo un total \$566.917 en equipamiento y mantenimiento de estructura edilicia, lo que pone en evidencia que se realiza una distribución equitativa de los fondos recaudados de acuerdo a los fundamentos de la Ley 8.871/77.

El establecimiento cuenta con 562 agentes (profesionales, no profesionales, residentes y becarios), de acuerdo a los datos obtenidos cada agente percibió un promedio de \$32 mensuales, en concepto de bonificación por los fondos recuperados.

De los \$ 526.880 que quedaron en el establecimiento, el 90% se destinó a la renovación de equipamiento y mobiliario para los diferentes servicios.

Los incentivos para optimizar el proceso de generación de recursos genuinos son dos, por un lado lograr que el personal reciba una mayor bonificación mensual que le permita mejorar sus ingresos y además, estos fondos financian inversiones que brindan mejor tecnología, mayor confort y satisfacción a los usuarios del sistema y a los integrantes de la organización.

**Tabla 8: Distribución de la Recuperación de Costos Hospitalarios  
-años 2003 a 2005- según Decreto 4530/90**

<b>Año</b>	<b>Recuperación de costos (en pesos)</b>	<b>50% (en pesos)</b>	<b>40% (en pesos)</b>	<b>10% (en pesos)</b>
<b>2003</b>	415.670	207.835	166.268	41.567
<b>2004</b>	464.020	232.010	185.608	46.402
<b>2005</b>	437.510	218.755	175.004	43.751
<b>TOTAL</b>	1.317.200	858.600	526.880	131.720

*Fuente de datos:* Registros administrativos de la oficina de contable. Hospital Manuel Belgrano. San Martín. Pcia. Buenos Aires.

## **Conclusiones**

Si bien, las estimaciones de recuperación de recursos por autogestión arrojaban resultados importantes (hasta un 30%, Tobar 2001), el Hospital Manuel Belgrano financió con este sistema una escasa proporción de sus gastos de funcionamiento, en promedio el 3% anual.

Por un lado, este resultado se puede relacionar con las características socioeconómicas de la población del área de programa. La institución está ubicada en una zona muy carenciada del conurbano bonaerense, donde en el período analizado el 22% de la población económicamente activa no tenía empleo, el 45% no tenía cobertura de salud y el 8.7 % de los hogares tenían NBI, era esperable que estas personas constituyesen la mayor parte de la demanda y a las que el Estado les debía garantizar el acceso gratuito a la asistencia sanitaria. Además en la última década, producto del deterioro social del país, en los barrios lindantes al establecimiento se exacerbaban las expresiones de violencia, que afectaron el acceso a los servicios asistenciales, y los usuarios que contaban con cobertura de salud tuvieron la posibilidad de optar por otros efectores, excepto los afiliados al INSSJP, por tratarse de una población cautiva.

Por otra parte, a nivel Institucional y vinculado al proceso operativo de recuperación de costos se evidenciaron algunas problemáticas, una de ellas fue la dificultad en la identificación de los pacientes con cobertura en las vías de acceso a los servicios asistenciales del establecimiento, generada por la falta de un sistema informático de gestión de pacientes (con el padrón de afiliados actualizado). Debido a ello, la detección dependía casi exclusivamente de la declaración voluntaria de los usuarios y éstos ante la posibilidad de tener que realizar trámites administrativos en las entidades de cobertura, optaban por no declararla.

Además, otro problema se puede atribuir a la debilidad de las estrategias para mejorar las competencias de los integrantes de la organización en este tema, y esta falencia se expresó mediante comportamientos que limitaron la eficiencia del proceso de recupero de costos.

El 70 % de la facturación fue realizada al INSSJP y el 30% restante a las otras Obras Sociales Nacionales y a las Obras Sociales no Nacionales, no hubo facturación a las compañías de seguro ni a las ART. Con respecto al INSSJP, fue el Agente del Seguro de Salud que utilizó en mayor proporción los servicios de la Institución y si bien el pago por cápita constituyó la mayor fuente de ingresos por autogestión, la modalidad de convenio con una gerenciadora como intermediaria tuvo como desventaja la imposibilidad de realizar reclamos ante la falta de cumplimiento en el pago de las prestaciones brindadas

Los Agentes del Seguro de Salud realizaron débitos por motivos administrativos y/o terapéuticos, lo más importante para señalar en este punto es que no se realizaron registros de las evaluaciones efectuadas donde consten las fallas observadas, con el objetivo de proponer acciones correctivas a los problemas existentes y tratar de esta forma de eliminar los costos por falta de calidad en el proceso de atención médica y/o en el proceso administrativo.

La gestión de cobro cuando las entidades de cobertura no cancelaron sus compromisos fue realizada siguiendo las normativas legales en vigencia. Se pudo corroborar que el beneficio más claro del Decreto 578/93 y sus modificatorias, se relaciona con la posibilidad de cobro por débito automático a través de la SSS, debido a que la mayoría de los Agentes del Seguro de Salud no cancelaron las deudas con el hospital sin mediar esta vía de apremio. En cuanto a los reclamos judiciales, no se lograron los resultados perseguidos en la legislación debido a que no fueron canceladas las deudas de ninguno de los expedientes realizados en los últimos nueve años.

En lo que se refiere al destino de los fondos recaudados, el personal recibió en concepto de bonificación, en promedio \$32 mensuales y del porcentaje que el establecimiento podía disponer para gastos de funcionamiento, casi el total se invirtió en equipamiento y mobiliario. Además, la institución recibió equipamiento adquirido con el Fondo Provincial del S.A.M.O. Por lo tanto, en la medida que se optimice el sistema, el personal y los usuarios se verán beneficiados con los fondos recuperados y se eliminará el subsidio desde Estado a las entidades de cobertura de salud, sin afectar la financiación y provisión pública a la población sin recursos.

## **Recomendaciones**

Estrategia para mejorar la eficiencia de la recuperación de costos por autogestión hospitalaria.

1. Definir objetivos y metas: En forma participativa para implicar al personal y lograr mayor consenso y compromiso.
2. Incorporación de recursos tecnológicos: Un sistema informático de gestión de pacientes, que permita la consulta automática con el padrón de beneficiarios de los seguros de salud y desde donde se puedan obtener datos que servirán para seguir la evolución de los resultados obtenidos.



3. Fortalecimiento del Recurso Humano: Se deben desarrollar competencias en el personal de conducción y demás operadores del proceso, para así generar mejores resultados y coadyuvar a la consecución de los objetivos organizacionales.
4. Selección de indicadores para el control de gestión: Los indicadores van a permitir identificar los desvíos existentes con respecto a los objetivos y metas propuestas, desde las perspectivas económico financieras, satisfacción de los usuarios y clientes internos, de procesos internos y de formación y capacitación del recurso humano.
5. Comunicación de los resultados obtenidos: La transferencia de información sobre el desempeño de las personas y/o áreas involucradas en el proceso, permite establecer cuales son los puntos críticos que son necesarios fortalecer y además genera satisfacción por los logros alcanzados.

## **Bibliografía:**

1. Cheema, G, S; Rondinelli, D. (1983). "Descentralization and Development". Beverly Hills, London, Nueva Delli, Sage publications.
2. Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (1997). "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina". CEPAL. Serie de Reformas de Política Pública, Nº 47, Santiago.
3. Del Prete, Sergio (2001). Presentación en las X Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, XI Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. "El Desafío del Hospital Público Descentralizado, Contratos de Gestión, Incentivos y Evaluación del Desempeño". Buenos Aires. Ediciones Isalud.
4. Di Gropello, Emanuela. y Cominetti, Rosella. (compiladores) (1998). "La descentralización de la Educación y la Salud: Un análisis comparativo de la experiencia Latinoamericana". CEPAL, Santiago de Chile.
5. Dirección General de Auditoría de la Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires (diciembre 2002). "Informe de Auditoría realizada a Hospitales provinciales con el objetivo de evaluar la gestión de recuperación de costos".
6. Dirección de Recuperación de Costos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2003). "Manual de Procedimientos del SAMO". Buenos Aires.
7. Filmus, Daniel (1996). "Estado, sociedad y educación en la Argentina de fin de siglo. Proceso y desafíos". Troquel. Buenos Aires.
8. Ministerio de Salud y Acción Social (1996). "Hospital Público de Autogestión". Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. Buenos Aires.
9. Sarghini, Jorge Coordinador (2002). "Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires". Informe de investigación. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.
10. Repetto, Fabián Coordinador (2001). "Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Informe de investigación. Fundación Grupo Sophia.
11. Stolkiner, Alicia (2003). Presentación en el seminario: "Descentralización y Equidad en Salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires por parte de los usuarios pobres del conurbano bonaerense". Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Junio.

12. Tobar, Federico (2000). "Impacto del Hospital de Autogestión sobre la Seguridad Social"  
Disponible on line en: <http://www.isalud.com/htm/index3.htm>.
13. Tobar, Federico (2006). "Descentralización de la Salud en América Latina". Disponible on line en:  
[http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/25\\_marzo/lecturatobarcomplto.htm](http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/25_marzo/lecturatobarcomplto.htm)

### **Listado de normativas de referencia:**

1. Nación Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Ley 7.016 (1965).
2. Nación Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Ley 8.801 (1977).
3. Nación Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Ley 10.058 (1983).
4. Nación Argentina: Poder ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires. Decreto 4.530 (1990).
5. Nación Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Ley 11072 (1991).
6. Nación Argentina: Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 578 (1993).
7. Nación Argentina: Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires. Decreto 2.368 (1997) Reglamentario de la Ley 11.072.
8. Nación Argentina: Poder Ejecutivo Nacional. Resolución 855 (2000).
9. Nación Argentina: Poder Ejecutivo Nacional. Resolución 939 (2000).
10. Nación Argentina: Poder Ejecutivo Nacional. Resolución 487 (2002).
11. Nación Argentina: Consejo Provincial del Sistema de Atención Médico Organizada de la provincia de Buenos Aires. Resolución C.P. S.A.M.O. N° 179 (2005)