



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FCE
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS

Carrera: Licenciatura en Administración

FINANCIAMIENTO “RECURSOS PROPIOS” EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

**Caso de estudio: “Hospital Escuela de Salud
Mental Dr. Carlos Pereyra.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

POR:

Srta. Marianela Gaia

(gaia.marianela@gmail.com)

PROFESOR TUTOR:

Lic. Hugo Ocaña

Mendoza – 2016

INDICE

Introducción	3
CAPITULO I: RECURSOS PROPIOS	7
1. Origen	7
2. Definición	10
3. Descentralización y autogestión de hospitales públicos	10
3.1. Objetivos del hospital público autárquico	10
3.2. Funciones del hospital público autárquico	11
3.3. Fiscalización	12
3.4. Fondo del hospital	12
3.5. Indicadores de autogestión	13
4. Proceso administrativo de facturación y cobro	14
4.1. Marco legal	14
4.2. Objetivo general	15
4.3. Descripción general	15
4.4. Esquema del proceso	15
5. Valores aranceles	17
5.1. Nomenclador	18
5.2. Convenios	20
6. Gestión de deudas	25
6.1. Débito automático (SSS)	25
6.2. Reclamo judicial	25
CAPITULO II: PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE SALUD	28
1. Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra	28
1.1. Historia	28
1.2. Situación actual y análisis FODA	29
2. Visión, Misión, Valores y Objetivos	32
3. Política de calidad en la gestión	34
4. Organización funcional	36
5. Cartera de servicios	37
5.1. Objetivos	37

5.2. Requisitos	38
5.3. Descripción	38
6. Recursos propios en la organización	44
6.1. Situación actual	44
6.2. Resultados	44
6.3. Estrategias	47
6.4. Rol de los protagonistas implicados en el proceso de transformación	48
CAPITULO III: APLICACIÓN DEL MODELO TRADICIONAL DE COSTOS HOSPITALARIOS	50
1. Metodología de costos hospitalarios tradicional	50
1.1. Objetos de costo	51
1.2. Elementos del costo	51
1.3. Asignación y acumulación de costos	52
1.4. Proceso de trabajo para el cálculo de costos	53
2. Caso de estudio	54
2.1. Gasto en personal por unidades organizativas	56
2.2. Otros costos	60
2.3. Distribución de costos por servicios	61
2.4. Unidades de producción	62
2.5. Costo día cama	62
2.6. Elementos relevantes, nivel de participación y eficiencia en el costo día cama	62
3. Impacto cuantitativo en la recaudación de fondos	64
Conclusiones	66
Referencias	67
Anexos	70

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación consiste en explicar una metodología de costos hospitalarios tradicional para aplicar en el Servicio de Internación del Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, y así analizar su impacto cuantitativo en la recaudación de fondos: el Financiamiento “Recursos Propios”. Así, se pretende observar el promedio de las sumas pagadas por personal, hotelería, medicamentos e insumos descartables para atender integralmente la demanda de los pacientes e incorporarlo en futuros convenios.

Los costos hospitalarios son muy amplios, y por lo tanto se debe delimitar su cálculo y análisis de manera más específica. Por esta razón, se ha elegido el Servicio de Internación que contiene y expresa gran parte de lo que sucede en la estructura presupuestal. De esta manera, se pretende mejorar la gestión hospitalaria y la toma de decisiones en la negociación de convenios y el control de costos.

Los hospitales pueden generar sus propios recursos mediante el cobro de las prestaciones de salud mental al subsector de la seguridad social y al privado. Pero, el instrumento y referencia de precios utilizado es el nomenclador nacional (según Res. N° 487/02- Ministerio de Salud de la Nación y actualización del mismo según Res. N° 60/15 MS), el cual es un mecanismo ineficiente de recupero de costos que es inferior e incluso se encuentra por debajo de los costos de producción.

En Argentina, el sector salud manifiesta una importante restricción tecnológica y de recursos que afecta la accesibilidad de servicios de salud garantizados constitucionalmente a la población.

El sistema de salud argentino presenta dos problemas: fragmentación y complejidad. El primero, se refiere a la disolución de las responsabilidades entre los tres grandes subsectores existentes: el público (nacional, provincial y municipal), el de la Seguridad Social (obras sociales sindicales, provinciales y PAMI) y el privado (empresas de medicina privada y gastos de bolsillo). Y, el segundo, en cuanto a la existencia de muchas interacciones entre los subsectores sin información resultante al alcance de todos para comprender su funcionamiento en conjunto. Por lo tanto, los

recursos no pueden asignarse y organizarse eficientemente, y así aumenta la inequidad que tiende a definir la cobertura de salud de las personas de acuerdo a su capacidad económica.

Actualmente, se ha investigado mucho con respecto a los problemas descritos anteriormente y todo apunta a la existencia de una mala organización del sector salud, en el cual los gastos son cada vez mayores pero se limita a los segmentos de la población menos vulnerables, y así se restringen recursos a personas de bajos ingresos para cubrir al subsector de la seguridad social y al privado. Entonces, se genera un subsidio cruzado utilizando las rentas generales y recursos propios del subsector público.

A nivel provincial, la atención de la salud depende en su mayor medida del Estado. El proceso de descentralización de organizaciones de salud, a partir de la década del 70'al 90', generó más participación en el gasto público total en comparación con el resto de los subsectores.

Además, una mayor cantidad de hospitales y/o centros de atención primaria indica una mayor demanda de la población hacia efectores públicos que brindan más cobertura de salud pero con recursos escasos que afectan la calidad del servicio prestado. El presupuesto de salud se establece con un criterio retrospectivo con base en gastos históricos, sin tener en cuenta el nivel de actividad, complejidad y necesidades regionales.

De este modo, ante un presupuesto limitado y una mayor demanda de la red pública de establecimientos de salud por parte de la población, principalmente de servicios de emergencias, de atención a enfermos psiquiátricos y crónicos, es necesario actuar sobre ineficiencias sistémicas (subsidió cruzados).

Para contrarrestarlos, se debe realizar un recupero de costos a través de la utilización del nomenclador nacional del Hospital Público de Gestión Descentralizada y la creación de convenios específicos a entidades de la seguridad social y privados, regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Este mecanismo se convierte en una fuente de financiamiento de los establecimientos sanitarios públicos llamado "Recursos Propios".

La generación de mayores recursos propios por parte del hospital, contribuye a la adquisición de insumos, equipamientos, mantenimiento y servicios necesarios que permiten brindar servicios de mejor calidad y excelencia a sus pacientes para una gestión eficaz y eficiente.

En este marco, la investigación pretende: explicar el financiamiento “Recursos Propios” y la metodología para determinar el costo promedio de un día cama en el Servicio de Internación para la negociación de potenciales convenios con Agentes del Sistema de Seguro de la Salud, y así generar un beneficio y cambio significativo en la cuantía de la recaudación.

El modelo de estudio de costos hospitalarios propuesto contribuye a determinar su actualización en comparación con el nomenclador nacional.

El cuerpo central del trabajo ha sido desarrollado en 3 capítulos:

- **Capítulo I: Recursos Propios**

Como punto de partida se presentan definiciones y conceptos. Se analiza dicho financiamiento desde su origen hasta la actualidad.

- **Capítulo II: Presentación de la organización de salud**

Se presenta a la organización objeto de estudio: El Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, cuál es su visión, misión, cuáles son sus objetivos, su historia.

- **Capítulo III: Aplicación del modelo tradicional de costos hospitalarios**

Desde la concepción funcional de organización del Hospital, se explica cómo se calcula el costo de un servicio a través de la suma de los insumos directos, las remuneraciones directas y los costos indirectos del objeto cuyo costo se estudia.

Así, el análisis de los resultados se obtienen con datos retrospectivos de los costos hospitalarios, y se efectúa primero a través de un método estadístico descriptivo en el cual se utiliza para su cálculo final la media o promedio: costo promedio de un día cama en el Servicio de Internación.

Luego, el cambio en la recaudación se verifica de acuerdo al método estadístico llamado número índice expresado en porcentaje como resultado del costo promedio de un día cama en el Servicio de Internación contra el costo por día del módulo de internación establecido por el nomenclador nacional HPGD (Res. N° 60/15- MS).

De este modo, se puede verificar la hipótesis o proposición según nuestro diseño de investigación por el método cuantitativo.

El trabajo se ha elaborado sobre la base de una profunda investigación bibliográfica y realización de un estudio de caso, obteniendo información de diversas fuentes: documentos internos, Sistema de Información Consolidada del Gobierno de Mendoza (SIDICO), META4-SOFTWARE de Soluciones Globales para la gestión de la Nómina y los Recursos Humanos, entrevistas al personal y observaciones.

Finalmente, las conclusiones alcanzadas revelan un fuerte déficit en la recaudación (cambio %), según la comparación efectuada entre el valor proporcionado por el nomenclador nacional y el método de estudio de costos recomendado. Por lo tanto, la utilización de este nuevo valor en potenciales convenios con entidades de la seguridad social resultaría un beneficio para la institución, ya que los agentes de la seguridad social inscriptos en la Superintendencia de Servicios de Salud se encuentran al tanto del nomenclador vigente pero son conscientes de que estos valores son muy bajos y que el hospital con sus recursos no alcanza a responder a la demanda de sus afiliados y de las personas sin cobertura de salud. Esta institución es el único referente en la atención de urgencias para estabilizar personas con problemas mentales y adicciones, lo cual es una gran fortaleza para establecer convenios con diferentes organizaciones. Además, los pacientes no están dispuestos a pagar co-seguros altos o necesitan especialidades o tratamientos nuevos que sólo el Estado puede resolver.

De esta manera, en alguna investigación ulterior se podría aplicar esta metodología de costos hospitalarios en otros servicios críticos (Guardia, Rehabilitación, Consultorios Externos, etc.) para conocer su influencia cuantitativa en la recaudación de fondos y su correspondiente actualización e incorporación en convenios específicos.

CAPITULO I: RECURSOS PROPIOS

En este capítulo se desarrolla el marco teórico, el cual permite definir el enfoque que se quiere otorgar al trabajo de investigación y comprender mejor la realidad que se pretende mejorar.

1. ORIGEN

Luego de la reforma estatal de los años noventa que redefinió la relación entre el Estado y el mercado, se impulsó el financiamiento “Recursos Propios” en los hospitales públicos bajo la figura jurídica de entes descentralizados, denominado Hospital Público de Autogestión (HPA).

De esta forma, la gestión hospitalaria adquirió gran importancia en el plano provincial debido al proceso de transferencia de responsabilidades, capacidades y/o recursos. En este proceso, se pueden distinguir dos estrategias de descentralización desde el Estado Nacional al subsector público de salud: una es la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales a través del artículo 25 de la Ley N° 24.061 de 1991 y la otra es la promoción de la figura de los HPA, a partir del Decreto N° 578 de 1993.

Según estudios anteriores, estas estrategias ya se habían planteado desde los años cincuenta y sesenta, y se llevaron a cabo paulatinamente sin que esto implique un mayor desempeño global. Esto se produjo porque sólo se esperaba un mero recupero de gastos y no se trabajó con otros aspectos como el fortalecimiento de la población beneficiaria, el fortalecimiento de la gestión clínica y el fortalecimiento de mecanismos administrativos.

Por cuestiones inherentes al objeto de estudio, se pondrá énfasis en la segunda estrategia, y se explicará su aplicación y motivos de implementación, desde el punto de vista del Estado Nacional y las provincias.

El Estado Nacional aplicó la estrategia mediante el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión en el año 1993, a través del Decreto N° 578, que definió los requisitos, las atribuciones y los deberes que debían cumplir los hospitales de esta categoría. La creación del “Hospital de Autogestión” se desarrolló con la finalidad de transformarse en una fuente que aporte mayor financiamiento, al incorporar la recuperación de gastos producidos por las prestaciones de salud brindadas a las personas cubiertas por el subsector de seguridad social y el privado. Además, una de

las principales innovaciones del régimen de autogestión fue el sistema de débito automático como garantía de pago desde las obras sociales a los hospitales, ejercido por la Superintendencia de Servicios de Salud. Según un estudio realizado por Repetto, Fabián (2001): “Las motivaciones del Estado nacional respecto del HPA eran, de dos órdenes: por un lado, inducir un proceso de reforma a la seguridad social para evitar un 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”.

Entonces, para impulsar la figura de los HPA, el rol del Estado Nacional se centró en proporcionar actividades de apoyo y cooperación técnica, y gestionó un préstamo del Banco Mundial superior a 100 millones de dólares, con el cual financió el Programa de Reforma del Sector Salud 1994-2001, (PRESSAL). Este programa desarrolló una prueba piloto en algunos establecimientos de tres jurisdicciones, la Ciudad de Buenos Aires, provincias de Buenos Aires y Mendoza que se vieron beneficiadas en cuanto a mayor infraestructura, equipamiento, recursos humanos y asesoramiento técnico. Por lo tanto, fue muy importante el rol de organismos internacionales de crédito en la transformación del sector de salud en su conjunto.

Por otra parte, las provincias tuvieron diversos motivos para adherir al régimen de HPA. En primer término, porque tenían un respaldo del Estado Nacional para el cobro de prestaciones de salud a través del débito automático a obras sociales y a terceros, y así les proporcionaba una mayor probabilidad de recibir recursos alternativos. Este instrumento de cobro no existía con anterioridad al Decreto N° 578/93 del Poder Ejecutivo Nacional. Según una entrevista al ex coordinador del PRESSAL, Pagano, Roberto (2001), el mismo explicó: “En el régimen anterior no había un mecanismo de compensación, sino que lo que debía hacer el hospital era luego accionar comercialmente contra la obra social, con lo cual esto se traducía en expectativas que nunca se concretaban. Aún cuando la obra social tuviera solvencia, el trámite de cobro era casi imposible”.

También, un motivo destacable era que los establecimientos incluidos en el registro de HPA podrían recibir prestaciones del PRESSAL y así resultar muy beneficiados. Por último, otro incentivo de las provincias, se debía a que eran pocos los requisitos que se necesitaban acreditar y además no había revisiones periódicas para comprobar el cumplimiento de los mismos.

En cuanto a la aplicación del régimen de los HPA, las provincias difieren porque en algunas su desarrollo e implementación se había generado anteriormente por iniciativa propia en el marco de un proyecto provincial de descentralización de los establecimientos hospitalarios y así tuvieron beneficios directos (derivados del propio proyecto de HPA) e indirectos. Pero, en aquellas donde no existía este tipo de proyecto, su adhesión fue solamente formal y se centró principalmente en

ampliar sus alternativas de financiamiento. De esta manera, los antecedentes en materia legislativa y política en las diferentes jurisdicciones provinciales, demuestran que el cobro a las obras sociales por las prestaciones de salud realizadas en los hospitales públicos a sus beneficiarios constituyó una preocupación anterior a la formulación del HPA.

Particularmente, en la Provincia de Mendoza ya existía un proyecto de descentralización de los establecimientos hospitalarios. Se trataba de un proyecto gradual y los establecimientos fueron incorporándose según su nivel de complejidad.

Por ello, a través de la Ley Provincial N° 6.015 del año 1992, se estableció un nuevo modelo de gestión hospitalaria que admitió una relación diferente entre la administración central y cada hospital. De acuerdo a esta norma, se descentralizaron cuatro hospitales de alta complejidad: Central y Lagomaggiore (Capital), Notti (Guaymallén) y Schestakow (San Rafael). Luego, a través del Decreto N° 1.135 de agosto de 1996, se descentralizaron 6 hospitales: Diego Paroissien (Maipú), Carlos Pereyra (Ciudad), El Sauce (Guaymallén), Scaravelli (Tunuyán), Perrupato (San Martín) y Gral. Alvear. Además, en el año 1997, se descentralizaron los hospitales Saporiti, Eugenio Bustos, Gregorio Las Heras y el de Malargüe, también de mediana complejidad. Finalmente, en su totalidad de los 22 hospitales, unos 14 ya estaban descentralizados y eran de alta y mediana complejidad.

Actualmente, la totalidad de los hospitales públicos de la Provincia de Mendoza están inscriptos como Hospitales Públicos de Autogestión, e incluye a aquellos de baja complejidad. También, están inscriptos algunos centros de salud, ya que uno de los objetivos era brindar este nivel de atención primaria con otras fuentes de financiamiento de sus gastos.

Así, podemos observar al menos dos motivos que contribuyeron a la adopción de la figura de los HPA. En primer lugar, el relacionado con la posibilidad de contar con una vía alternativa de financiamiento para los hospitales. Según el testimonio de uno de los directores del Hospital Notti en una entrevista realizada por Repetto, Fabián (2000): “Uno de los elementos fundamentales de la figura del HPA es la posibilidad de poder tener un precio en las prestaciones que lo establece el nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud (...) que es el precio obligatorio que las obras sociales que están dentro del régimen nacional de obras sociales tienen que pagar. Y otro aspecto muy importante es que las facturas que a nosotros no nos pagaban las obras sociales las enviamos a la Superintendencia de Servicios de Salud para ser debitadas de las cuentas que las obras sociales tienen en la Dirección General Impositiva”

En segundo lugar, otro beneficio fue el producido por la incorporación de algunos establecimientos para la prueba piloto del PRESSAL, el cual brindó inversión edilicia en los hospitales

Lagomaggiore, Diego Paroissien (Maipú), Teodoro Schestakow (San Rafael) y Antonio Scaravelli (Tunuyán) y para el fortalecimiento institucional en los hospitales Alfredo Perrupato (San Martín), y Central.

Por lo tanto, los factores que contribuyeron al desarrollo del régimen HPA en la provincia fueron el apoyo político, el equipo técnico y las mejoras realizadas.

2. DEFINICIÓN

“Recursos Propios”, según lo que se interpreta en la Ley Provincial N° 5578, es una alternativa de financiamiento para los establecimientos sanitarios comprendidos en el subsector público y se obtiene como resultado del cobro por los gastos incurridos en prestaciones de salud brindados a pacientes pertenecientes a obras sociales, mutuales, sistemas de medicina prepaga, compañías de seguros o terceros quienes proveen cobertura de salud.

3. DESCENTRALIZACIÓN Y AUTOGESTIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS

La descentralización es un proceso político que implica cambios en el uso y distribución del poder; y requiere de transferencia de recursos financieros, humanos, tecnológicos u otros. Así, se opera de manera más eficaz y con complementariedad para identificar mejor las necesidades locales de salud y responder a ellas, según lo expuesto en la investigación de Grzona, María Estela (2001).

En primer lugar, se realizó un proceso de desconcentración llevando los efectores de salud a las provincias, para que ellas realicen la transferencia de competencias del nivel central a los efectores de salud. De esta forma, se descentraliza estrategias y normas para los niveles de ejecución pero no en los niveles de decisión política.

A continuación, se hará referencia a los objetivos, funciones, fiscalización, fondos e indicadores de acuerdo al marco legal, según el Decreto N° 939 de 2000 y Ley 6.015 de la Provincia de Mendoza.

3.1. Objetivos del Hospital Público Autárquico

Los hospitales públicos, en su carácter de autárquicos, deben regirse por los principios básicos de universalidad, integralidad, subsidiariedad, oportunidad y equidad en las prestaciones; estableciendo como objetivos generales el desarrollo de actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, docencia e investigación y prevención de enfermedades. La

accesibilidad de los servicios de salud se efectúa para todas las personas y son gratuitas para quienes no tienen cobertura de salud.

El hospital puede lograr cumplir sus objetivos con plena capacidad de las personas jurídicas: adquiriendo derechos, contrayendo obligaciones y actuando de manera pública y privada.

3.2. Funciones del Hospital Público Autárquico

El hospital funciona como un sistema que debe estar en equilibrio con respecto a su sistema estructural, con los cambios constantes del contexto y aquellos resultados de sus procesos internos. Su relación con el Poder Ejecutivo se mantiene a través del Ministerio de Salud. Las funciones del Hospital Público Autárquico son:

- 🏠 Prestar el servicio asistencial sanitario.
- 🏠 Establecer su estructura orgánico-funcional, determinando las dependencias del ente y dictar los reglamentos internos, fijando las normas de su funcionamiento
- 🏠 Administrar y disponer del Fondo creado por la Ley 6.015.
- 🏠 Aplicar leyes nacionales y provinciales.
- 🏠 Celebrar convenios y contratar con organismos o entidades públicos o privados, nacionales, provinciales, o municipales del país o del extranjero, tendientes a un más efectivo cumplimiento de sus fines.
- 🏠 Dictar normas o reglamentos generales que hagan a su objeto y dentro de su esfera de competencia.
- 🏠 Adquirir por compra o alquiler, inmuebles, muebles, instalaciones, acciones, etc. También puede vender bienes muebles de acuerdo a las leyes vigentes.
- 🏠 Adquirir servicios, obras y suministros.
- 🏠 Elaborar su presupuesto y planes operativos.
- 🏠 Establecer su propio régimen de compras y adquisiciones de bienes y servicios, de conformidad a las normas legales vigentes.

Además de lo antes mencionado, puede realizar cualquier acto lícito necesario para el cumplimiento de sus fines, siempre que no estén prohibidos por leyes nacionales o provinciales. También, el Poder Ejecutivo puede intervenir y queda autorizado a realizar los actos útiles necesarios, si lo considera pertinente y siempre teniendo en cuenta los intereses provinciales, para negociar con cada hospital los pasos a seguir con el respaldo de una norma legal y la firma del Ministro de Salud.

3.3. Fiscalización

El Hospital Público de Autogestión es objeto de diversos controles a fin de comprobar si cumple el marco legal vigente:

🏠 Auditoría interna: a cargo de un profesional del área medico-asistencial, contable y jurídica, que cumple funciones de auditor y que se desempeña en el Ministerio de Salud. A su vez, los informes realizados con los resultados de la fiscalización serán presentados al Poder Ejecutivo de dicha institución.

🏠 Auditoría externa: es la función de fiscalización de los hechos administrativos que se desarrollan durante el ejercicio económico y lo realiza el Tribunal de Cuentas. Este se lleva adelante mediante equipos interdisciplinarios, que se encuentran en permanente contacto con los distintos efectores. Su objetivo es lograr más eficiencia en la administración pública.

🏠 Control Científico-Técnico: es el que se realiza en los servicios de salud del efector y reglamentos, sujeto a disposiciones y delegación de responsables, por parte del Directorio.

🏠 Control de resultados o gestión: está a cargo del Director; quien debe poseer título universitario y post grado en Administración de la Salud. Este es designado por el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud.

3.4. Fondo del Hospital

La administración del fondo lo hace el efector y los recursos resultantes pueden asignarse a gastos de insumos, equipamiento, mantenimiento y servicios que demande su funcionamiento, incluye estímulos a todo el personal bajo el concepto de productividad para contribuir a la eficiencia, eficacia y calidad de la prestación de servicios de salud.

El fondo está constituido por los siguientes recursos, según el Artículo 17 de la Ley 6.015:

- 🏠 Los recursos propios dispuestos por Ley 5.578.
- 🏠 Aportes anuales específicos que la ley de presupuesto y otras leyes nacionales y provinciales le asignen al Hospital Público descentralizado, asignando el flujo mensual de fondos por parte de Contaduría General de la Provincia.
- 🏠 El producto de intereses, reintegros y otros ingresos que resulten de la Administración del Fondo.
- 🏠 Créditos.
- 🏠 Legados, donaciones, contribuciones y aportes de organismos públicos estatales y no estatales, municipales, provinciales, nacionales y / o internacionales.

De este modo, se puede observar que parte de este fondo lo conforman los Recursos Propios, obtenidos a través de la recuperación de los recursos gastados en las prestaciones brindadas a personas que tienen cobertura social. Esto genera un aumento progresivo de los recursos que tiene el Hospital, el cual necesita un mejor control de costos para una adecuada valoración de las prestaciones efectuadas.

3.5. Indicadores de autogestión

Los indicadores de autogestión hospitalaria se utilizan como instrumentos de gestión y estos permiten observar diferentes aspectos de todas las actividades que se realizan en el efector, fijar objetivos y evaluar los servicios.

Algunas funciones que estos indicadores cumplen son:

- 🏠 Mostrar tendencias y desvíos de una actividad con respecto a una unidad de medida habitual y preestablecida.
- 🏠 Medir las relaciones entre dos o más variables, en cuanto a hechos ordinarios o extraordinarios.
- 🏠 Comparar con otros valores de similar naturaleza, comúnmente de periodos históricos.
- 🏠 Controlar y evaluar el grado de avance del cumplimiento de las metas programadas.
- 🏠 Identificar causas y ayudar en la toma eficaz de decisiones.

Luego, estos instrumentos de gestión hospitalaria presentan diferentes tipos y clases en relación con la actividad que se pretenda evaluar, según un estudio realizado por la Dra. María Estela Grzona son:

- 🏠 De producción y rendimiento: promedio día cama, días estadía, % ocupacional, personal en relación a cama, nº de egresos, etc.
- 🏠 De calidad de atención: tasa de mortalidad general, infección hospitalaria, porcentaje de revisión de historias clínicas, satisfacción del usuario (que se conoce a través de encuestas), etc.
- 🏠 De gestión administrativa: monto facturado, costo por egreso, índice de ausentismo, porcentaje de cobro, etc.
- 🏠 De docencia: porcentaje de servicios con residencias, porcentaje de servicios con actividad docente postgrado, etc.
- 🏠 Forma de distribución de ingresos propios: para personal, insumos, etc.
- 🏠 De investigación: publicaciones, cursos, investigaciones en marcha, con avales por instituciones científicas como el CICUNC, etc.

4. PROCESO ADMINISTRATIVO DE FACTURACIÓN Y COBRO

Para entender y desarrollar el proceso administrativo de facturación y cobranza de los HPGD es necesario hacer una referencia de las normativas vigentes y sus modificatorias, objetivo y descripción general, y un esquema a modo ilustrativo del proceso.

4.1. Marco legal

A nivel nacional, la Resolución N° 487 del año 2002 por parte del Ministerio de Salud (MS), establece las nociones básicas con respecto a los procedimientos para la presentación y cobro de las facturaciones correspondientes al Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, creado por el Decreto N° 939/00.

Luego, la Resolución N° 1230 en el año 2008 (MS) afecta los artículos 1º, 3º, 4º, 5º y 7º de la Resolución N° 487 del año 2002, esta modificatoria pretende obtener mayor rapidez en los trámites correspondientes a la facturación de las prestaciones incorporando las nuevas posibilidades que brindan las tecnologías de la información y comunicación a dichos procedimientos. De esta forma, el correo electrónico se transforma en una nueva alternativa para efectuar las notificaciones a los Agentes del Seguro de Salud, también permite que el padrón de la web de la Superintendencia de Servicios de Salud o del ANSSES sea documentación respaldatoria de las prestaciones efectuadas a beneficiarios y establece que los valores estipulados en convenios entre las partes no podrán ser inferiores a los fijados por el Nomenclador vigente al momento de la prestación. Por último, crea en el ámbito de la Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos un “Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada”, para proporcionar una mayor agilidad en la actualización del Nomenclador de Prestaciones de Salud en cuanto a los valores e incorporación o sustitución de módulos, conforme a cambios tecnológicos o un reagrupamiento más eficaz de las prestaciones. Posteriormente, se incorporó como Anexo II de la Resolución N° 1230 del año 2008 (MS), las Normas de Facturación para los HPGD que se detallan en el Anexo I que forma parte de la Resolución N° 226 del año 2009 (MS).

Además, cabe destacar otras normativas como la Resolución N° 689 del año 2009 que explica la integración del Comité del Régimen HPGD y la Resolución N° 760 del año 2009 (MS) que establece la modificación de los aranceles de la atención primaria en la Resolución N° 1230 del año 2008.

Así, a través del tiempo se produjeron también las últimas actualizaciones de los valores del nomenclador mediante la Resolución N° 1630 del año 2013 (MS) y la Resolución N° 60 del año 2015 (MS).

4.2. Objetivo general

El objetivo consiste en facturar y cobrar las prestaciones de salud de HPGD efectuadas a los beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro, comprendidos en el régimen de las leyes N° 23.660 y 23.661, los del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y también a los jubilados y pensionados que optaron por la cobertura de una obra social inscrita en el registro nacional de obras sociales.

4.3. Descripción general

A continuación, se detallan los pasos necesarios para aumentar la recaudación de los HPGD, según la Resolución N°487/02, a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones a los demás subsistemas de salud.

1) Captar y verificar los datos de los beneficiarios de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a través del DNI, recibo de sueldo, carnet de la obra social o pagina web del padrón de afiliados.

2) Completar el Anexo II (Comprobante de Atención Beneficiarios de Obras Sociales).

3) Seleccionar, recopilar, revisar y corregir errores de los anexos II según cada obra social.

4) Discriminar prestaciones ambulatorias, alta complejidad e internación, etc., para notificar en los casos que correspondan según el artículo 4° de la Resolución N° 487/02 (MS).

5) Adjuntar Anexo II y demás documentación (notificación, comprobantes de fax o correo electrónico, cartas documento, documentación respaldatoria que solicite la obra social), según el tipo de prestación (consulta, práctica o internación).

6) Confeccionar la facturación según artículo 15° inciso 6 de la Resolución N° 487/02 (MS).

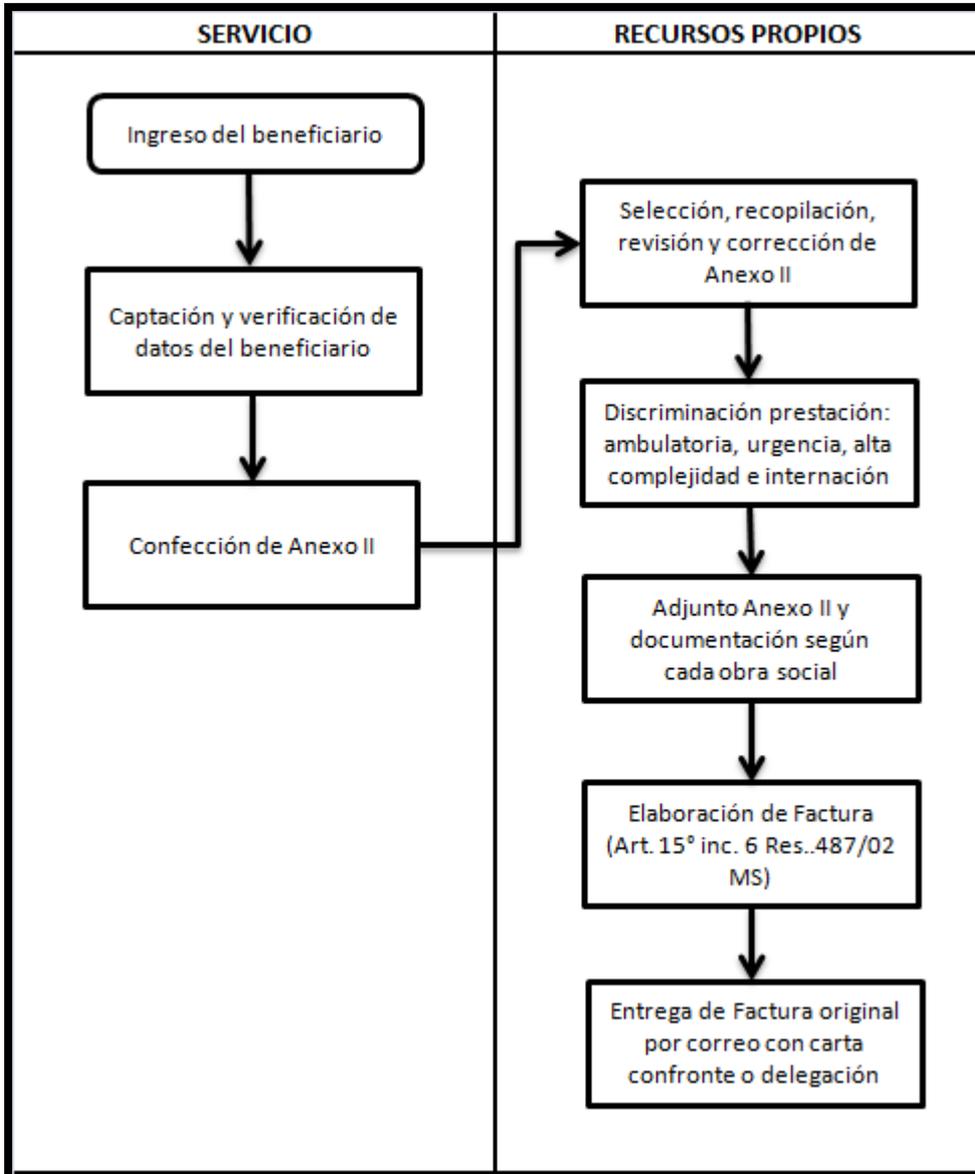
7) Presentar la facturación en la obra social por correo con carta confronte a las delegaciones de los agentes del seguro o personalmente haciendo sellar el duplicado de la factura por el agente.

4.4. Esquema del proceso

La representación gráfica del proceso administrativo de facturación y cobro realizado por el hospital, es un instrumento que sirve de guía a la ejecución en forma ordenada y lógica de la secuencia del trabajo con el fin de recaudar recursos.

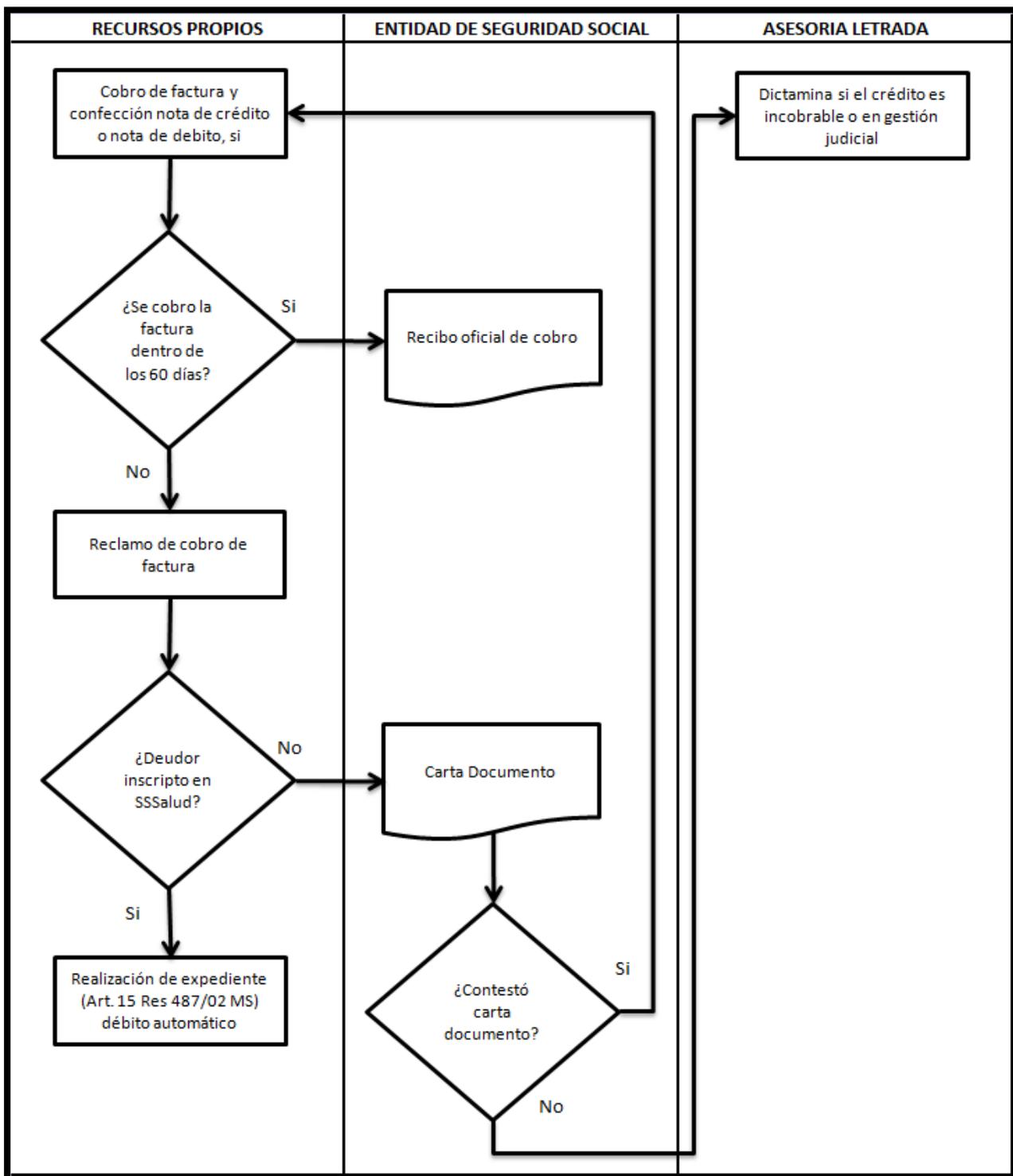
En los siguientes cuadros se presenta el proceso administrativo de facturación y cobro:

Esquema N° 1: Proceso Administrativo de Facturación HPGD.



Fuente: Elaboración Propia según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Esquema N° 2: Proceso Administrativo de Cobros HPGD.



Fuente: Elaboración Propia según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

5. VALORES DE ARANCELES

Los valores de los aranceles determinan e influyen en la recaudación por facturación de los servicios brindados a los afiliados o adherentes de los subsistemas de seguridad social y privado. Esta

facturación se realiza a valores muy inferiores establecidos por el nomenclador nacional de hospitales públicos a los agentes del seguro de salud (obras sociales nacionales e INSSJYP); lo cual lo define en un sistema poco rentable e ineficiente porque no cubre los costos reales.

También, en su carácter de gestión descentralizada, el Hospital puede efectuar convenios con ambos subsistemas e intentar con el monto convenido superar los valores del nomenclador nacional y cubrir los costos de producción.

5.1. Nomenclador

El nomenclador nacional de prestaciones de salud (Resolución N° 487/02, MS) es un mecanismo de recupero de costos en el cual se establecen los aranceles modulares para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD). Está compuesto por un catálogo de denominaciones técnicas médicas para el tratamiento de una enfermedad y ciertos aspectos que determinan y evalúan una prestación de salud.

La estructura general del nomenclador se organiza de acuerdo al siguiente esquema:

- 🏠 Códigos;
- 🏠 Descripción;
- 🏠 Arancel.

Los costos de algunas prestaciones y los procesos que requieren internación no contemplados en los módulos específicos, han sufrido variaciones cuyos montos se deben actualizar de acuerdo a valores de mercado.

Así, se presenta un breve resumen del esquema de su estructura:

Cuadro N° 1: Nomenclador HPGD.

<i>Códigos</i>	<i>Descripción</i>
1,00	Atención Ambulatoria
2,00	Ambulancia
3,00	Hospital de día
4,00	Internación
5,00	Neurocirugía
6,00	Cirugía Oftalmológica
7,00	Cirugía Maxilo Facial
8,00	Otorrinolaringología
9,00	Cirugía Torácica
10,00	Cirugía Cardiovascular

11,00	Hemodinamia
12,00	Electrofisiología
13,00	Cirugía Vascul ar Periférica
14,00	Cirugía Laparoscópica
15,00	Litotricia
16,00	Obstetricia
17,00	Terapia Fetal
18,00	Cirugía Ginecológica
19,00	Cirugía Urológica
20,00	Diálisis
21,00	Traumatología y Ortopedia
22,00	Cirugía General
23,00	Artroscopía
24,00	Injerto Óseo
25,00	Rehabilitación
26,00	Cirugía Plástica
27,00	Microcirugía
28,00	Quemados
29,00	Salud Mental
30,00	Medicina Nuclear
31,00	Terapia Radiante
32,00	Tomografía computada
33,00	Transplantes
34,00	Material de Ortopedia
35,00	Prácticas de Diagnóstico y tratamiento
36,00	Medicamentos Excluidos
37,00	Descartables Excluidos
38,00	Inmunología
39,00	Odontología
40,00	Laboratorio

Fuente: Elaboración Propia según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los agentes del seguro de salud contemplados en las leyes 23.660 y 23.661 y medicina prepaga según Ley 26.682, deben obligatoriamente cumplir con un conjunto de prestaciones esenciales (Resolución N° 201 del año 2002, Programa Médico Obligatorio) y garantizar a sus beneficiarios la cobertura de salud y el total del arancel de las prestaciones sin pago de co seguros al Hospital.

Sin embargo, existe riesgo para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud de no recibir las prestaciones básicas esenciales que garanticen el cuidado de la salud, debido a la disminución de recursos financieros que ha motivado la ruptura de la cadena de pagos ante la crisis económica.

5.2. Convenios

Los HPGD pueden realizar convenios con entidades de la Seguridad Social a través de la Autoridad Jurisdiccional correspondiente, o por sí mismos, ya que poseen personería jurídica.

Se encuentra contemplado en los Arts. 15º; 16º; 17º y 18º del Decreto N° 939/00 del Poder Ejecutivo Nacional (PEN), que los agentes del sistema nacional del seguro de salud pueden convenir libremente con los Hospitales la atención de sus beneficiarios y si no existe convenio se podrán facturar los valores que fije el Ministerio de Salud. Además, todo lo que no este contemplado en el nomenclador nacional y que no pueda ser facturado por similitud, será facturado por acuerdo de partes (prestador-financiador), debido a que las obras sociales deben garantizar las prestaciones básicas a sus beneficiarios para una mejor calidad de vida. Sin embargo, existe discordancia entre las prestaciones a las que se obliga a los financiadores y los recursos humanos y materiales para sustentarla, según el nomenclador nacional.

En un contexto de incertidumbre económica, de inseguridad jurídica y donde los costos y los precios no son claros, se hace difícil poder negociar. Así, los convenios son incompletos en función de consideraciones limitadas por parte de los actores involucrados, tanto hospitales públicos (prestadores u efectores) como los agentes del seguro de salud y de la medicina prepaga (financiadores).

De este modo, la búsqueda de una gestión adecuada de sistema de costos se convierte en una prioridad necesaria a resolver (costos hospitalarios) y una buena elección de los mecanismos de contratación y pago. Principalmente, se debe generar conciencia de las externalidades y procesos políticos involucrados para lograr un beneficio real en los hospitales públicos al negociar valores.

En este marco, se expone los modelos de contratación y pago, a fin de dar más conocimiento acerca de la relación que existe entre quienes financian los servicios de salud y los hospitales públicos que lo proveen y una breve explicación de las metodologías de costos hospitalarios, las cuales se utilizan como herramienta a fin de obtener valores de pago e incorporarlos en los respectivos convenios.

5.2.1. Modalidades de contratación y pago

Los principales sistemas de contratación y pago se dividen en dos grupos: sistemas vinculados a modelos integrados y los sistemas basados en la tercerización o modelos de contrato. Este estudio se centrará en los modelos de contrato, de acuerdo al objeto que se pretende investigar.

A continuación, se describirá teóricamente los diferentes sistemas de contratación que no cuentan con las mismas condiciones, así los modelos se dividen en:

🏠 Modelo de contrato prospectivo: conformado por cápita, cartera fija y leasing de camas. En este tipo de modelo se conoce con anterioridad los montos a ser pagados y se realiza con independencia de los servicios brindados a los pacientes. Por ejemplo; el Hospital Dr. Carlos Pereyra mantiene un convenio utilizando una cápita con OSEP (Obra Social de Empleados Públicos) y INSSJYP (Obra social de jubilados y pensionados).

🏠 Modelo de contrato retrospectivo: incluye pago por acto médico, módulo, por día. En esta modalidad no se conoce el pago monetario que se debe abonar al prestador hasta que se efectivice la prestación de salud. Este modelo es utilizado frecuentemente por obras sociales o terceros pagadores cuando sus afiliados concurren esporádicamente al hospital para su atención.

Y por último, existen algunos modelos mixtos, como por ejemplo: cápita ajustada por riesgo según las características del afiliado, cápita parcial con determinados servicios por fuera del convenio (abonados en forma retrospectiva o por prestación), modelo de retribución continua (valor de cápita bajo que se compensa con incentivos predeterminados como calidad de las prestaciones o disponibilidad de información de tasas de uso), etc.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, estos modelos son una fuerte herramienta de gestión que permiten operar sobre el gasto y las conductas de los actores involucrados, tanto los financiadores o agentes de salud como los efectores o prestadores públicos.

Por lo tanto, el sistema de pago a los hospitales públicos es uno de los componentes más importantes de las relaciones contractuales, para hacer una valoración en cuanto a la eficiencia y la calidad.

Existe un modelo básico para caracterizar las diferentes formas de pago, basado en dos dimensiones: la unidad de pago y la distribución de riesgos financieros entre el que vende y el que compra.

Cada sistema de pago tiene ventajas e inconvenientes que deben evaluarse en función de los objetivos que se pretenda alcanzar. En un extremo tenemos la remuneración fija, que representa el pago prospectivo más puro, sin ajustes, como el pago cápita, en el que los prestadores soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos. Luego, en el otro extremo se sitúa el pago retrospectivo o por acto, con el que el riesgo incurrido por los prestadores es nulo y es el financiador quien soporta todo el riesgo derivado de la variabilidad de costos. Como suele ocurrir, los extremos

no parecen óptimos y la cuestión consiste en escoger un sistema de remuneración intermedio. Para ello, es necesario seleccionar, por una parte, la unidad de pago óptima según los objetivos del financiador y, por otra, una distribución de riesgos que atribuya al prestador los riesgos derivados del mayor o menor grado de eficiencia que consiga en la prestación de los servicios.

En términos generales, los financiadores combinan más de un modelo de pago. Esta combinación tiene en cuenta los incentivos y desincentivos que se producen potenciando los efectos positivos y anulando los negativos. Sin embargo, la elección del mejor modelo no depende sólo de los incentivos que se quieren potenciar o evitar o de la ingeniería desarrollada en el diseño de las combinaciones (que subcontratar por cápita y que por prestaciones), sino también de los niveles de ingresos, de la cantidad de afiliados, de la composición del mercado prestador y de las estrategias empresariales. Entonces, no hay un modelo que pueda considerarse óptimo para todos los financiadores y/o agentes del seguro de salud ni que todos ellos posean el modelo que mejor se adapte a sus necesidades, ya que existen factores que están fuera de su control. Pero, algunos logran acercarse al modelo ideal porque les permite posicionarse en diferenciación de servicio, liderazgo de costos u ofrecer relación costo-calidad a su segmento meta.

Así, la gestión eficiente de la cadena de valor compuesta por el sistema de contrataciones y pagos permite potenciar ventajas competitivas de financiadores y mejorar los valores a facturar y recaudar por parte de los hospitales, y de esta forma garantizar una viabilidad a largo plazo y brindar un mejor servicio de salud a sus beneficiarios, lo cual contribuye a mejorar el sistema en general.

5.2.2. Cálculo y análisis de costos hospitalarios

El cálculo de costos en los hospitales puede realizarse según una concepción tradicional funcional o por procesos. Con el fin de explicar cada metodología, se describirá cada uno de acuerdo al estudio efectuado por el Dr. Dueñas Ramia, Germán (2003):

🏠 Cálculo de costos en hospitales organizados funcionalmente

En los métodos tradicionales funcionales las unidades del hospital se clasifican en: médicas, de diagnóstico, de apoyo y de servicios generales. En esta metodología, los costos directos de las unidades son asignadas a cada una de ellas y los costos de algunas unidades de apoyo y servicios generales, al ser indirectos, comunes o compartidos por las unidades médicas y de diagnóstico, se distribuyen a través de sucesivas asignaciones:

La asignación primaria consiste en asignar los costos directos a cada una de las unidades del hospital (Servicios médicos, de diagnóstico, de servicios generales y de apoyo).

La asignación secundaria consiste en distribuir los costos de las unidades de apoyo a los servicios médicos, a las unidades de diagnóstico y a las unidades de servicios generales.

La asignación terciaria consiste en distribuir los costos de las Unidades Centrales de Servicios Generales a los Departamentos de Servicios Médicos y a las Unidades Centrales de Diagnóstico.

Finalmente, la asignación cuaternaria consiste en distribuir los costos de las unidades de diagnóstico a los servicios médicos. Luego, estas asignaciones sucesivas permitirán calcular el costo total que demanda de las diversas unidades durante un período de tiempo determinado. A partir de estos costos totales se puede calcular los costos unitarios de los diversos servicios prestados, estos no son costos exactos, sino costos medios, obtenidos de la acumulación de los costos directos y de los costos indirectos.

La organización funcional de los hospitales se basa en la división del trabajo y en la especialización de conocimientos en unidades funcionales. De esta manera, se obliga al paciente a recorrer las distintas unidades de acuerdo a sus necesidades de diagnóstico y terapéuticas.

Cuando aumenta la cantidad de unidades, la organización se torna más compleja en el hospital y cada una de ellas genera compartimentos estancos, por lo tanto es difícil mantener una visión de conjunto. Así, la función de mejorar la eficiencia y la productividad recae en los responsables de las diferentes unidades y relegando a la dirección.

El estudio del Dr. Dueñas Ramia, Germán (2003) indicó lo siguiente: “Para superar esta fragmentación de las organizaciones hospitalarias se recurre, con frecuencia, a sistemas informáticos de programación y control que sigan la secuencia de diagnósticos y tratamientos que el paciente demanda. Pero los sistemas informáticos no resultan suficientes para solucionar los problemas de comunicación y cooperación generados por la especialización del conocimiento, la división del trabajo y la fijación física de las unidades o departamentos. Las consecuencias de esta organización funcional e informatizada de los hospitales son ineficiencias por desperdicios de recursos, des economías de escala, incapacidad de aprovechar el efecto experiencia, pérdida de conocimientos producidos, desmotivación del personal e insatisfacción del cliente. Estas consecuencias se traducen en acumulación de pacientes en salas o pabellones, largos tiempos de espera para diagnósticos y tratamientos, duplicación de diagnósticos y pruebas terapéuticas o realizaciones innecesarias, gran cantidad de traslados de pacientes y personal por las distintas dependencias, exceso de inventarios, obsolescencia de material y consumos excesivos e innecesarios de recursos y medicamentos.”

De esta forma, la complejidad de múltiples y diferentes variables involucradas y vinculadas entre sí, presentan un gran desafío en la organización y en el sentido estratégico para el cumplimiento de las políticas sanitarias en un periodo determinado de tiempo.

🏠 Cálculo de costos en hospitales organizados por productos

La nueva clasificación de las unidades considera centros de costos iniciales y centros de costos finales, además de la clasificación tradicional. Los centros de costos iniciales son aquellos a los cuales se les asigna sus costos directos, inequívocamente vinculados a ellos. Los centros de costos finales son aquellos que ofrecen servicios directamente a los pacientes. Todas las unidades son consideradas centros de costos iniciales y todas las unidades, a excepción de las de servicios generales, son consideradas centros de costos finales.

Esta nueva propuesta, manifiesta que el hospital se organiza por procesos y que cada uno de ellos produce múltiples productos. Es una organización horizontal contrapuesta a la organización vertical por funciones.

Además, se pretende que la mayor parte de las actividades que se realizan en el hospital estén orientadas al paciente, vinculados inequívocamente a cada uno de los procesos de tratamiento y diagnóstico que configuran cada uno de los GDR en el hospital. El GDR es un sistema de clasificación de pacientes que permite definir en forma homogénea y estandarizada los productos hospitalarios, los procesos sanitarios y los recursos que se consumen en esos procesos y servicios.

Para efectuar esta metodología se necesita gran intervención de los profesionales de salud, a fin de relacionar adecuadamente a los pacientes, diagnósticos y recursos.

Así, el estudio del Dr. Dueñas Ramia, Germán (2003) explica lo siguiente: “la diferencia entre la solución organizativa tradicional y la innovadora es el *objeto* de la especialización (procesos y no funciones), el tipo de especialización (horizontal y no vertical) y el *grado* o *intensidad* con que es utilizada (equipos constituidos por personas *polivalentes con alto grado de formación y profesionalización* y recursos físicos ordenados según la secuencia de tareas del proceso). Estas diferencias no son triviales. En la realidad del trabajo hospitalario de cada día estas innovaciones requieren un gran esfuerzo intelectual y volitivo de las personas. La mayor dificultad no es aprender el nuevo modelo sino desaprender los modelos organizativos vigentes durante décadas.”

6. GESTIÓN DE DEUDAS

Los resultados de la gestión de deudas por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) resultan actualmente insuficientes, ya que suelen concretarse como mínimo seis meses después de presentada la facturación y este se extiende cuando la obra social discute las prestaciones o evade los pagos con diferentes excusas. Entonces, se acumula una gran cantidad de deudas al no cancelarlas en tiempo y forma, debido a que con el transcurso del tiempo pierden valor monetario en términos reales.

Los HPGD tienen el derecho de reclamar el pago de lo facturado dentro de los 60 días corridos de presentada la facturación mensual a los Agentes del Seguro de Salud. Así, luego de transcurrido este plazo se debe preparar la facturación para iniciar el expediente ante la Superintendencia de Servicios de Salud, según la Resolución N° 487/MS/02 y modificatoria por Resolución N° 635/MS/15.

En el caso, de entidades de la seguridad social (Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Obras Sociales Provinciales, del Poder Judicial, Ayuda Social del Congreso, Universidades Nacionales) o terceros no regulados ni registrados por la Superintendencia de Servicios de Salud, deben presentar el pago luego de transcurrido el plazo previsto anteriormente al recibir la carta documento. En caso contrario, se inicia una gestión judicial sólo si es económicamente viable.

6.1. Débito Automático (Superintendencia de Servicios de Salud)

El sistema de débito automático garantiza el pago de las obras sociales de las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los HPGD. El Decreto estableció que si los terceros pagadores no saldaban el pago de lo facturado por los HPGD en un cierto plazo a partir de la presentación de la liquidación mensual, el HPA podía reclamar el pago a la Superintendencia de Servicios de Salud.

Este procedería al débito de lo facturado de la cuenta del agente y al pago de la misma dentro de un plazo cierto de días hábiles de efectuada la retención (art. 15 y 16). La introducción de este sistema resultaba relevante, en tanto los hospitales tenían frecuentes dificultades para cobrar sus facturas a las obras sociales, ya que estas priorizaban la cancelación de sus compromisos con los prestadores privados.

El expediente se realiza de acuerdo al Artículo 15 de la Res. 487/MS/02 y modificación por Res. 635/MS/15.

En cada uno debe figurar la siguiente información:

- 1) Nota de elevación a la máxima autoridad.
- 2) Anexo I, firmado por el Director y con la Certificación Bancaria
- 3) Resolución de inscripción en el MS como H.P.G.D.
- 4) Detalle de factura.
- 5) Factura con la constancia de recepción por parte de la obra social o el acuse de recibo del correo.
- 6) Detalle de los pacientes y montos facturados por cada anexo II.
- 7) Anexos II ordenados según el detalle, notificación de internación o alta complejidad, reporte de fax o constancia de notificación. Detalle de medicamentos fuera de módulo y/o prótesis.
- 8) Toda fotocopia debe estar firmada por la autoridad administrativa y con el sello de “copia fiel del original”.

En el esquema N° 3, se puede visualizar el procedimiento de elevación de expedientes a la Superintendencia de Servicios de Salud, con el objeto de gestionar las deudas acumuladas por los agentes del seguro de salud.

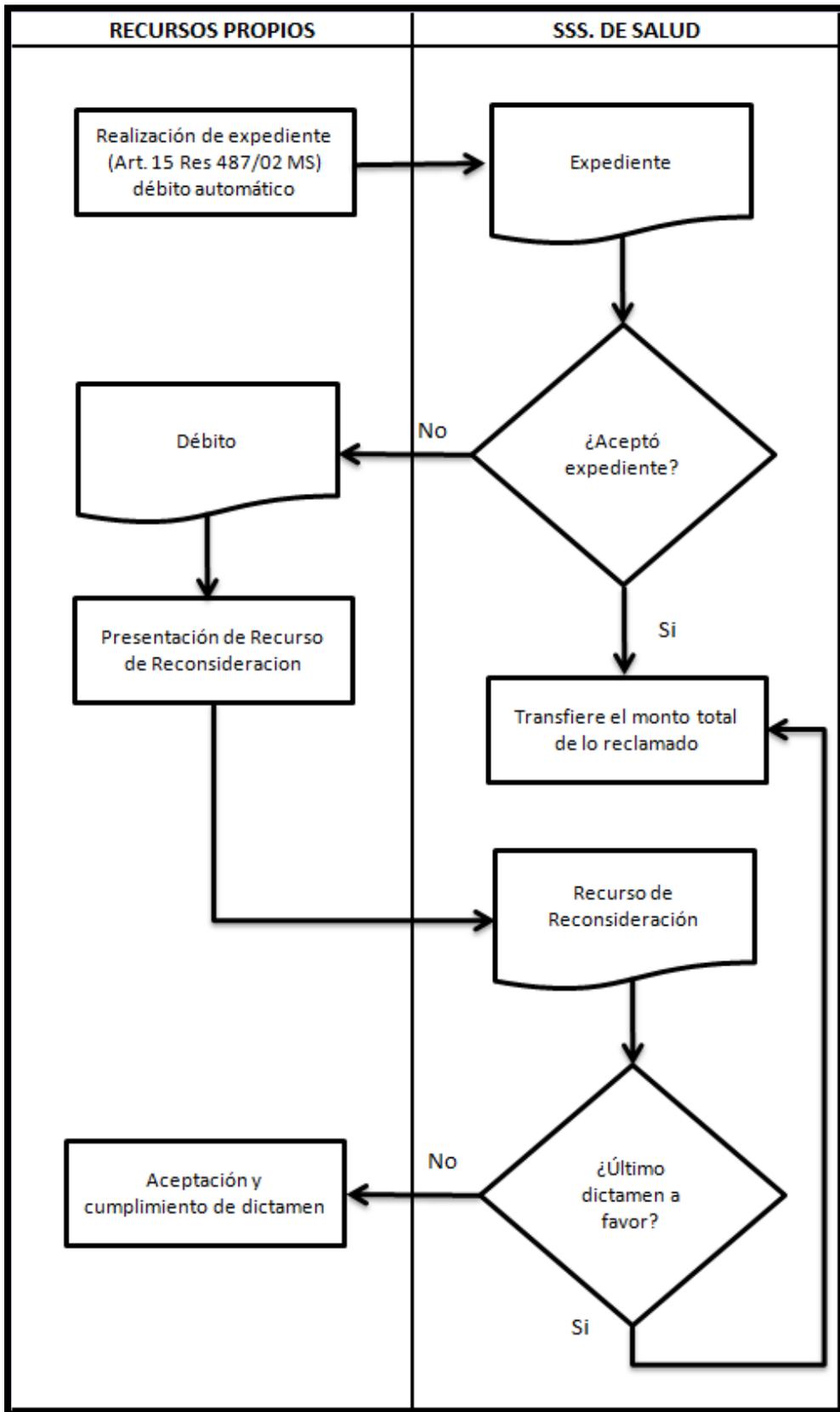
6.2. Reclamo judicial

El reclamo judicial es una vía que es aconsejable realizar luego de agotar la negociación previa con la obra social, prepaga o tercero involucrado. Es importante destacar que la iniciación de un reclamo no implica impedimento de cobertura y/o finalización de contrato.

En algunos convenios, se determinan para los casos de mora, la aplicación de un interés que fije la Suprema Corte de Justicia de Mendoza.

Para iniciar una acción en esta instancia judicial, se requiere el accionar del servicio de Asesoría Letrada del efector de salud.

Esquema N° 3: Proceso Administrativo de Cobros S.S.S HPGD.



Fuente: Elaboración Propia según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE SALUD

Este apartado presenta el Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, de carácter descentralizado, donde se desarrolla la investigación.

1. HOSPITAL ESCUELA DE SALUD MENTAL DR. CARLOS PEREYRA

1.1. Historia

El hospital cuenta con una historia muy extensa que se remonta al siglo XVII. Para ello, se realiza un orden temporal de los acontecimientos más importantes y significativos.

En el predio que actualmente ocupa el establecimiento, existía una capilla de la Orden de los Jesuitas dedicada a la advocación mariana, Virgen del Buen Viaje, ello se debía a que en ese lugar de la antigua ciudad estaba el punto de partida de los viajeros. Allí, Fray Luis Beltrán residió y estableció un depósito de municiones del Ejército Libertador. Décadas más tarde, la capilla fue destruida por el terremoto de 1861 y el resto de las instalaciones empezó a ser usado como un lazareto.

Con el transcurso del tiempo, fueron llevados al lugar los pacientes con trastornos mentales que no eran recibidos en otros centros psiquiátricos de Buenos Aires y Córdoba. A partir del año 1952, se establece como hospital neuro psiquiátrico y al poco tiempo se designan por concurso los primeros profesionales.

En el año 1965, bajo la dirección del Dr. Juan Vilapriño, adopta su denominación actual. Posteriormente, en el año 1985 se autoriza la formación de Posgrado en Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, creándose la Residencia de Salud Mental. Entre los años 1986 y 1987, se inauguran nuevas instalaciones y se concluye la construcción de los nuevos pabellones de internación de hombres y de mujeres.

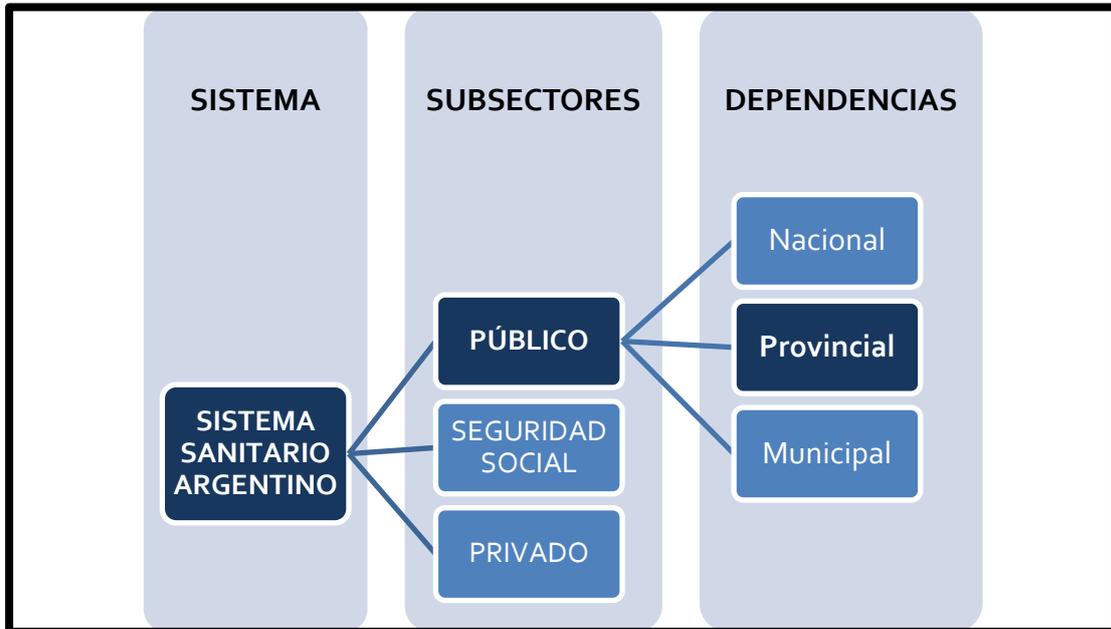
En 1992, el Hospital habilita por primera vez el sistema de hogares de cuidados progresivos (Casas de Externación) y en 1996 la organización logra obtener el Premio Nacional a la Calidad.

En la actualidad, es un referente regional en cuanto a profesionales, tecnología y criterios terapéuticos de calidad.

1.2. Situación Actual y Análisis FODA

El Hospital conforma una red de prestaciones y servicios de salud dentro de un sistema sanitario nacional bien definido. A continuación, se puede observar su ubicación, como establecimiento de salud público, en el siguiente esquema:

Esquema N° 4: Sistema Sanitario Argentino



Fuente: Elaboración Propia según datos de la página oficial del Gobierno de San Luis.

Se define como monovalente, es decir, una especialidad (salud mental) y de acuerdo a su nivel de atención, funciona en un nivel II y III de complejidad asistencial.

Esta clasificación en niveles se realiza según los casos de enfermedad que se deben atender y los recursos necesarios para resolverlos. El hospital tiene un segundo nivel de atención, ya que posee una zona geográfica con una población definida que atiende derivaciones de centros de primer nivel de atención o atención primaria y se encarga de su diagnóstico y tratamiento. También, posee un tercer nivel, porque las patologías que asiste son complejas y requieren técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticados.

De esta manera, la institución brinda asistencia ambulatoria a adultos, adultos mayores, adolescentes y niños por derivación, y consulta diferida y espontánea e internación de personas adultas.

Actualmente, según un estudio realizado por la Lic. Farías, Yemina y Dr. Interlandi, Cecilia (2014), "el establecimiento se ha transformado de una organización tradicional, verticalista, autoritaria, manicomial, con primacía en la custodia de los pacientes, con muy poca participación

activa en las decisiones por parte de su personal; en otra democrática, participativa, des-crónificante que busca la reinserción comunitaria de los pacientes. Se considera que el Hospital no es el lugar más adecuado para mantener en el tiempo el equilibrio psico-físico de aquellos pacientes que habiendo salido de la fase aguda de la enfermedad mental, permanecen en la institución por no tener familia o no tener donde ir”.

Además, este estudio mostró que la cartera de servicios y su calidad aumentaron y mejoraron considerablemente debido a la visión de sus direcciones y el liderazgo que posibilitó el compromiso del personal.

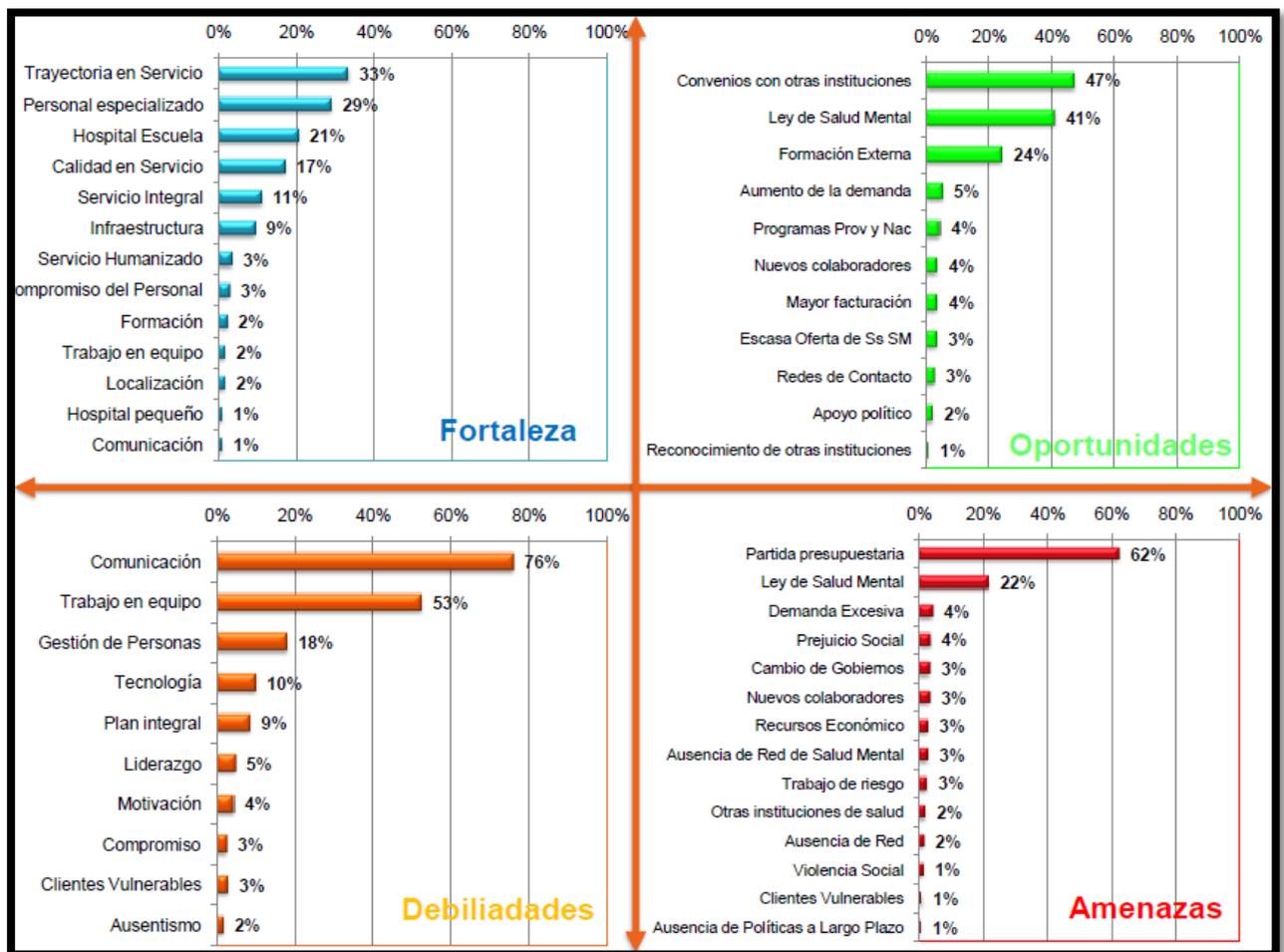
También, los nuevos tratamientos y el avance de la farmacología en el área de salud mental, junto con la implementación de Gestión Total de la Calidad, para obtener nuevamente el Premio Nacional a la Calidad, permitieron reducir el tiempo de recuperación de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Sus clientes principales son, no sólo la comunidad en general, sino también las obras sociales, compañías de seguros, Poder Judicial y otros organismos públicos y privados con los que mantiene relaciones vinculares.

El análisis situacional FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) desarrollado en el hospital por la consultora Cuántica, a cargo de Lucca José, produjo una serie de resultados con respecto a cada una de las realidades tanto internas como externas a la organización y aspectos que deben mejorarse. Estos resultados, demostraron y apoyaron la importancia de este trabajo de investigación realizado para el hospital.

Así, la resolución de problemas depende tanto del desarrollo de estrategias como el aprovechamiento de las ventajas competitivas del efector.

Gráfico N° 1: Análisis Situacional FODA



Fuente: Consultoría Cuántica

De esta manera, se definieron los siguientes factores claves de éxito:

🏠 **Comunicación:** canales de comunicación interna (personal) para optimización del trabajo y buen clima organizacional, y comunicación externa (stakeholders) para lograr una imagen institucional que permita una identificación, diferenciación y preferencia.

🏠 **Trabajo en equipo:** sinergia positiva, la totalidad del trabajo obtenido como equipo debe ser superior a la suma de cada uno de los trabajos realizados en forma individual. Debe incorporar una nueva mentalidad en la forma en la cual funcionan los procesos, acompañado de un incremento en efectividad, eficiencia y utilidad.

🏠 **Gestión de las personas:** las personas son el centro de todo proceso y se debe trabajar los valores, ya que son un elemento clave para guiar los comportamientos del personal y alinearlos con los objetivos organizacionales, pero estos deben ejercerlos por propia convicción.

🏠 **Generación de recursos y presupuesto:** incluye actividades de gestión administrativa y depende de negociaciones políticas a nivel provincial y nacional. Además, ante un déficit, se debe

establecer y solicitar oportunamente el refuerzo presupuestario para afrontar gastos importantes que satisfagan las necesidades básicas de los pacientes, para ello se necesita una planificación y estrategia.

2. VISION, MISIÓN, VALORES Y OBJETIVOS.

La visión permite definir lo que se cree, lo que se quiere ser y así introspectivamente entender *porque* se trabaja en el logro de determinados objetivos. Así, toma forma a través de la cultura organizacional, la cual brinda una percepción de la realidad organizacional y está compuesta por todos los valores dominantes que a su vez unifican los comportamientos individuales.

Entonces, ¿Cómo se logra la visión? Esto es creado, desarrollado y sostenido por las personas. Por lo tanto, es importante definir las creencias y los valores o cualidades inalterables directamente relacionadas a la visión que deben tener los miembros de la organización.

Luego, la misión establece *que* es lo que hacemos y principalmente está compuesta en primer lugar por los clientes y en segundo lugar por los productos.

Así, después de haber conceptualizado e interpretado la visión, misión, valores y objetivos, en base a un trabajo propuesto por el profesor Hugo Ricardo Ocaña, y a su vez, analizado y descrito la situación actual de la organización, se procede a explicar su estrategia mediante la declaración de las mismas. Por lo tanto, se presentan las publicadas oficialmente por el Hospital, según el estudio realizado por la consultora "Cuántica" dirigida por José Lucca:

La **Visión** es ser un hospital modelo en el ámbito de la salud integral, referente en salud mental, reconocido y elegido por brindar servicios humanizados de calidad y excelencia a sus usuarios, caracterizado por el profesionalismo y alta capacidad científica y docente de su personal, con amplia conciencia social-comunitaria.

La **Misión** consiste en brindar servicios de salud integrales e inclusivos con calidad y excelencia, altamente especializados en salud mental, que comprenden la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación social y laboral de los usuarios.

También, formar y desarrollar individuos dentro de los principios de bioética, con una fuerte vocación de servicio, que integran equipos interdisciplinarios e impulsan prácticas de vanguardia en salud mental, implementando procesos de atención, de docencia e investigación, en función de las necesidades y requerimientos de la sociedad.

Los **Valores** o pilares más importantes del Hospital para definirse a sí misma son:

🏠 **Ética:** Son los principios, criterios, normas y valores que dirigen las acciones, orientados al bien común. La ética atraviesa por completo el quehacer de los miembros de la organización en todos los planos de la misma. Además, requiere reflexión permanente sobre las prácticas y su impacto en el paciente, familia, comunidad y relación con los miembros de la institución, basado en principios éticos y valores.

🏠 **Empatía:** Consciencia de la necesidad de desarrollar permanentemente la capacidad de percibir al otro en un contexto común, con una participación efectiva y eficiente con las necesidades y requerimientos de las personas con las que se interactúa, lo que conlleva a ponerse en el lugar del otro.

🏠 **Compromiso y responsabilidad:** Consciencia del impacto de nuestros actos y de sus consecuencias en el otro y en el contexto social. A partir de esto, compromiso con la labor, con la actitud que facilite el cumplimiento de los objetivos y acuerdos de trabajo en los distintos servicios. Promover la capacidad de dar respuesta adecuada y oportuna a las necesidades y requerimientos de todos los involucrados en la institución. La responsabilidad implica hacer lo que se debe hacer y el compromiso es involucrarse, para obtener el mejor resultado posible para el conjunto.

🏠 **Honestidad:** Compromiso con la verdad, autenticidad y coherencia entre lo que pensamos, sentimos, decimos y hacemos. Por esto es que se debe establecer relaciones interpersonales transparentes y armónicas. Respeto por los recursos de la comunidad, cuidarlos y administrarlos en función del bien social.

🏠 **Solidaridad:** Promover sentimientos de unidad basado en metas o intereses compartidos que contribuyan al crecimiento, progreso y desarrollo personal. Para hacerlo, todos participan con disposición a brindar ayuda desinteresada teniendo en cuenta las necesidades del otro, construyendo relaciones de confianza mutua y apoyándose como equipo.

🏠 **Trabajo en equipos cooperativos:** Promover la interacción en un medio de relaciones armónicas y comunicación efectiva; con actitud colaborativa, respetando las distintas opiniones y capacidades, centrándose en objetivos comunes y acciones consecuentes. Cooperación para trabajar mancomunadamente por el bien común.

🏠 **Respeto por la diversidad:** Valorar a todas las personas: pacientes y sus familiares, compañeros de trabajo, proveedores y terceros con los que se interactúa; considerando las ideas, creencias, sentimientos o prácticas cuando son diferentes o contrarias a las propias.

🏠 **Tolerancia:** Escuchar y aceptar a los otros como son, considerando el derecho de los demás a expresarse libremente; establecer un buen clima de trabajo y de convivencia; brindando igual trato cordial y humanizado. No hay desanimamos cuando las cosas no salen como se espera,

sino que se busca nuevos caminos para conquistar las metas. Aceptar las limitaciones propias y ajenas, respetando las diferencias en los procesos de cada persona.

🏠 Liderazgo: Mediante el ejemplo y la práctica, ser referentes del hospital que se quiere ser, promoviendo la mejora continua individual y de los equipos de trabajo, actuando con equidad, basados en la igualdad de derechos y obligaciones con todo el personal, los usuarios y terceros interesados. Estimulando la creatividad e innovación de manera que se actúe con la mente abierta y con gran sensibilidad para responder creativamente a las necesidades y requerimientos de los demás. Enfrentar los desafíos para impulsar innovaciones cuando el bien común así lo requiera.

🏠 Mejora continua: Apertura a dar y recibir retroalimentación de otros con humildad, cultivando el espíritu de autocrítica, para tomar decisiones y actuar en consecuencia, utilizando herramientas de trabajo sistematizadas que impulsen la creatividad y la innovación. Desarrollo de la capacidad de aceptar y transformar el error en un aprendizaje.

Finalmente, los **Objetivos** hacia los cuales están encaminadas las acciones del Hospital son:

- 🏠 Lograr la máxima calidad en los servicios prestados.
- 🏠 Brindar atención Ambulatoria.
- 🏠 Brindar servicios de internación en agudos, crónicos y hospital de día.
- 🏠 Capacitar recursos humanos en salud mental.
- 🏠 Promover la docencia y la investigación en salud mental.
- 🏠 Rehabilitar integralmente al paciente que llega a la institución.

3. POLITICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN

La implementación de una Política de Calidad en la Gestión compromete al hospital a trabajar para satisfacer las necesidades y requerimientos de los usuarios, personal, proveedores, terceros interesados y la comunidad en general, diferenciándose por la búsqueda permanente de la excelencia, calidad y humanización de los servicios. Ese compromiso se asume en el marco del Modelo de Gestión establecido en el Premio Nacional a la Calidad (Ley 24.127) y de la mejora continua, y obliga a todos los integrantes de la organización a ser protagonistas con un alto grado de involucramiento y participación proactiva; alineados con el Plan de Salud Mental y con la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657).

Los principios de esta **Política de Calidad en la Gestión** son:

🏠 Satisfacción de pacientes -clientes, terceros interesados y comunidad: Enfoque en el usuario para satisfacer sus requerimientos, cumplir con sus expectativas y brindarle un servicio integral e interdisciplinario.

🏠 Excelencia y Calidad de los servicios: Impulso de la satisfacción del usuario multidimensionalmente, prestando servicios integrales, con alto nivel de profesionalización y formación, con trato cordial, empático y humanizado, considerando además el uso de los recursos con eficiencia y efectividad.

🏠 Liderazgo mediante el ejemplo y la práctica: es un pilar fundamental para alcanzar los objetivos y difundir la cultura de Calidad. Estimula al personal a desarrollar un liderazgo participativo y proactivo con enfoques innovadores para la gestión y propuestas creativas.

🏠 Desarrollo de las personas: el desarrollo del talento humano y la cultura de calidad, es fundamental para el logro de la Visión, la calidad de vida en el trabajo y una comunidad saludable. El Hospital provee los recursos y la formación necesaria para desarrollar las potencialidades humanas y profesionales del personal.

🏠 Mejoramiento continuo: estar abiertos a escuchar, recibir retroalimentación y cultivar el espíritu de autocrítica, para tomar decisiones y actuar en consecuencia para la mejora permanentemente.

🏠 Cumplimiento de requisitos legales aplicables y derechos humanos: El cumplimiento de los requisitos y leyes aplicables definidos en el sistema de gestión es un compromiso propio e indelegable de cada integrante de la organización y condición de empleo en todos los casos. En este marco, se obligan a concretar el derecho social y humano de brindar una atención de salud integral, para todos los ciudadanos.

🏠 Impacto en el entorno físico y social: Todo proceso de prestación de servicio se desarrolla previniendo lesiones, enfermedades y minimizando el impacto ambiental negativo. La trascendencia del Hospital en el tiempo se realiza cuidando el entorno y las personas.

🏠 Involucrar al personal, proveedores y terceros interesados; en la implementación de esta política, puesto que todos son responsables de su implementación.

🏠 Resultados positivos: son los que acreditan la labor efectiva y eficiente en favor del bien común.

De esta manera, estas políticas aportan al Hospital las bases necesarias para generar crecimiento de recursos, reducción de costos, aumento de la productividad y una mejora de la imagen al demostrar que la satisfacción del paciente es su principal motor.

4. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

El Hospital determina su organización interna y división del trabajo a través de documentos técnicos - normativos de gestión institucional para transmitir información acerca de la estructura orgánica, funciones y relaciones. Esto permite que el personal posea conocimiento de su ubicación y el rol que debe desempeñar, y a su vez, posibilita normar, supervisar y controlar las funciones y atribuciones según cada nivel de cargo.

Sin embargo, es importante destacar que las distintas partes forman un todo que debe trabajar por el cumplimiento de políticas y el logro de objetivos de la institución junto con el Ministerio de Salud. Actualmente, el organigrama está en proceso de aceptación por este último, debido a la incorporación de más servicios asistenciales y a su vez de modificaciones con respecto a las unidades de apoyo diagnósticas y administrativas.

Para describir cada parte de la organización, se remite el trabajo de Henry Mintzberg (1983) sobre el "Diseño de Organizaciones Eficientes", su modelo explica que toda organización propone una coordinación de tareas y que las operaciones pueden organizarse en 5 partes: Cumbre estratégica, Núcleo operativo, Línea media, Staff de apoyo y tecno estructura. En primer lugar, en la parte baja se encuentra el núcleo operativo constituido por las personas que producen los bienes y/o servicios, sobre ellos recae el desempeño de las tareas básicas que integran la misión del hospital, luego la parte central está dividida en dos partes que organizan a la cumbre estratégica cuya parte se encarga del cumplimiento de la misión de objetivos y la relación institucional con el entorno, luego la línea media que une y coordina la cumbre estratégica con el núcleo operativo y la tecno estructura que incluye mandos intermedios, la cual posee analistas y técnicos que ayudan el Staff de apoyo fuera del flujo de trabajo del núcleo operativo.

Así, en la cumbre estratégica se encuentra el Director Ejecutivo, quien depende de la Subsecretaría de Gestión de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia.

A Nivel Staff, colaboran diferentes comités de acuerdo a los siguientes temas: Docencia e Investigación, Bioseguridad, Contingencias y Bioética. Además, depende directamente de la dirección, Asesoría Letrada, Informática, Auditoría y una Secretaría encargada de los trabajos internos.

También, el hospital posee dos (2) gerentes, los cuales tendrán a su cargo las áreas asistencial y administrativa (incluye recursos humanos), según la Ley Provincial N° 6015. Estos profesionales tienen roles claves en los límites de la organización entre los profesionales de la institución y los stakeholders, ya que deben proteger la autonomía de sus profesionales, buscar apoyo moral y financiero, tener contactos de enlace (relaciones públicas) y negociar con agencias externas.

En el Área Asistencial, los profesionales de la salud internalizan normas que sirvan al paciente y coordinan el trabajo mediante sus destrezas (capacitación y enseñanza), en un trabajo sumamente complejo controlado por ellos mismos. Una sola pauta integrada de decisiones común a toda la organización es difícil dada la autonomía de cada profesional y resulta lógico pensar en una estrategia individual, así la formulación estratégica del hospital es representada por el efecto acumulado de proyectos o iniciativas estratégicas que sus miembros fueron capaces de emprender y gestionar, a través de la estructura administrativa o asociaciones profesionales, por ejemplo, la guardia interdisciplinaria implementada en el último año.

En cuanto al Área Administrativa, existe una marcada formalización del comportamiento o sistemas de planeación y control con una fuerte demanda de la tecno estructura por parte del Staff de apoyo no profesional y una oligarquía de profesionales. También, en esta área se observa una orientación burocrática con complacencia por el cumplimiento de los procedimientos del marco legal.

En conclusión, en la parte asistencial su estructura se convierte al mismo tiempo en funcional y por cliente-división (los pacientes son categorizados en términos de los especialistas que los atienden) y la parte administrativa se organiza funcionalmente de acuerdo a interdependencias de sus procesos de trabajo.

5. CARTERA DE SERVICIOS

Los servicios del Hospital están orientados fundamentalmente a satisfacer los requerimientos de salud mental de la comunidad, en forma conjunta con una red de prestadores que en orden a su complejidad se detalla a continuación: Hospital El Sauce; servicios de psiquiatría y psicología de los hospitales generales; servicios de salud mental de los centros de salud, obras sociales, entre otros.

De esta manera, la cartera de servicios caracteriza al establecimiento público de salud y refleja su misión, conformado por los servicios/productos provistos por los servicios asistenciales y de apoyo clínico.

5.1. Objetivos

La elaboración de la cartera de servicios involucra objetivos como:

- 1) Conocer el aporte del establecimiento a la oferta de la red asistencial.
- 2) Caracterizar el quehacer del establecimiento como oferente.
- 3) Mostrar los diferentes servicios/productos específicos que el establecimiento produce a partir de su cadena de procesos.
- 4) Mostrar el nivel de complejidad y resolución que tiene el establecimiento.

5) Utilizar la descripción de los productos/servicios como herramienta de negociación en convenios con terceros a fin de generar recursos.

5.2. Requisitos

- 1) Validada: se debe ratificar con la Dirección y diferentes centros de responsabilidad.
- 2) Discutida: discusión con diferentes actores principales según cada servicio previo a su formalización.
- 3) Expresada y autorizada: formalización a través de una resolución emitida por la Dirección.
- 4) Informada: dar a conocer a usuarios de los establecimientos y red asistencial a la cual pertenece.
- 5) Difundida: el establecimiento debe generar espacios de difusión de la cartera. Por ejemplo: redes sociales.
- 6) Actualizada: se debe modificar cada vez que lo requiera según cambios internos y del entorno.

5.3. Descripción

De acuerdo a entrevistas al personal y documentación técnica, la cartera de servicios actualizada que ofrece la institución es la siguiente:

Cuadro 2: Cartera de servicios

Ambulatorio y/o Pre Internación	1) Guardia Interdisciplinaria	
	2) Servicio Mixto de Observación y Evaluación (SMOE)	
	3) Consultorio Externo Adultos	
	4) Servicio Laboral, Discapacidad y Judiciales	
	5) Servicio Médico	Cardiología Clínica Neurología Salud Reproductiva
	6) Servicio de Apoyo y Diagnóstico	Farmacia Laboratorio Nutrición
	7) Rehabilitación	Atención Domiciliaria

	Casas de Medio Camino
	Centro de Rehabilitación y Capacitación Laboral "Milenio" Centro Psicosocial Hospital de Día
	8) Centro Infanto Juvenil
Internación	9) Adultos mujeres y hombres, con capacidad de 84 camas.

Fuente: Elaboración Propia según Cartera de servicios del Hospital.

1) Guardia Interdisciplinaria

El servicio posee cobertura de 24 hs durante todo el año, en el que se presta servicio médico psiquiátrico y de enfermería, proveyendo todo lo necesario para el paciente en crisis.

Para ello cuenta con stock de psicofármacos, personal idóneo para su administración y control y apoyo médico Clínico.

Desde hace un año se constituyó formalmente la Guardia Interdisciplinaria, con atención permanente de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería especializada, también tiene un médico clínico y un neurólogo, a quienes se les realizan interconsultas.

La Guardia Interdisciplinaria permite:

- Otorgar un abordaje al usuario paciente con personal especializado.
- Evitar el número de internaciones, al poder contar con más recursos y estrategias en la atención del usuario paciente.
- Lograr diagnósticos más precisos.
- Evaluar el riesgo tanto del paciente como de algún miembro de su familia, como por ejemplo de un menor.
- Permite, en algunos casos, la implementación de psicofármacos para el mejor abordaje del paciente.

Se efectúan consultas a un cardiólogo, quien forma parte de la guardia una vez a la semana, el resto de los días se mantiene en contacto vía online, para responder demandas de su especialidad.

Es el único hospital monovalente en la Región de Cuyo con funcionamiento de una Guardia Interdisciplinaria.

Es importante resaltar, que en virtud de la alta demanda de la problemática del consumo de sustancias y las consultas de paciente intoxicados o con síntomas de abstinencia, la Guardia Interdisciplinaria ha implementado la realización de electrocardiogramas y análisis de urgencia, para determinar, siempre acompañado de una evaluación por parte del equipo interdisciplinario, si el usuario paciente debe ser atendido en nuestro hospital o si debe ser derivado a un hospital de mayor complejidad clínica. Para estas derivaciones el hospital cuenta con un servicio privado de ambulancia para traslado.

2) Servicio Mixto de Observación y Evaluación (SMOE)

Es un equipo interdisciplinario integrado por psiquiatras, trabajadores sociales, médicos clínicos y enfermeros que atienden a pacientes agudos y se les realiza un abordaje junto con la familia y pedido de prácticas en los servicios de apoyo en caso de que corresponda. En un periodo de 72 horas se decide su derivación a servicio ambulatorio o internación.

3) Consultorio Externo Adultos

Es un equipo interdisciplinario que realiza la recepción del paciente que concurre al hospital por primera vez, asegurando la mejor y más completa atención.

El mismo está conformado por:

- Un médico/a Psiquiatra
- Un psicólogo/a
- Un trabajador social

Quienes según su evaluación-impresión diagnóstica, derivan a tratamiento médico, psicológico, social o internación según sea el caso, el cual dará su inicio en ese mismo momento.

4) Servicio Laboral, Discapacidad y Judiciales

5) Servicio Médico

- Cardiología

Este servicio diagnostica y realiza tratamiento de enfermedades cardíológicas e incluye consultas ambulatorias y electrocardiogramas (ECG), tanto para la atención ambulatoria como en internación.

- Clínica

Este servicio brinda un amplio conocimiento médico de diferentes especialidades clínicas no quirúrgicas para realizar diagnósticos y terapias eficaces, y así recuperar la salud de los pacientes.

- Neurología

Este servicio colabora estrechamente con los demás servicios a fin de diagnosticar y tratar trastornos neurológicos e incluye consultas ambulatorias y prácticas como Electroencefalogramas (EEG) y Mapeo Cerebral (tanto para la atención ambulatoria como en internación).

- Salud Reproductiva

Este servicio brinda Promoción y Prevención de la Salud Sexual y Reproductiva y abarca los dispositivos de internación de hombres y de mujeres, Centro Infanto Juvenil, consultorios externos y seguimiento domiciliario.

El hospital cuenta con un consultorio, integrado por un equipo interdisciplinario que trabaja en red con otros efectores. Este realiza el diagnóstico y cuidado del sistema reproductor femenino y también la prevención a nivel físico, mental y social e incluye prácticas como métodos anticonceptivos (implantes sub dérmicos, colocación de DIU) y tomas para efectuar papanicolaou y colposcopia.

6) Servicios de Apoyo y Diagnóstico

- Laboratorio

Realiza análisis clínicos destinados a la prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades. Comprende desde la etapa pre analítica, incluyendo la toma de muestra, pasando por la etapa analítica y post analítica e interpretación de los resultados. Ofrece hematología, química clínica, serología, orina, dosaje de drogas terapéuticas y farmacovigilancia.

- Farmacia

Su función consiste en atender las necesidades farmacéuticas, a través de la selección, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y en su ámbito de influencia.

- Nutrición

El servicio de nutrición elabora el menú de las comidas y diseña un sistema de dietas para los pacientes ingresados. Su objetivo es cubrir las necesidades fisiológicas (apetito y energía), pero también las nutricionales (soporte nutricional) y por tanto debe estar individualizado dependiendo de las características fisiopatológicas de cada paciente.

También realiza talleres acerca de pautas alimentarias, hábitos de higiene y comportamientos saludables en los diferentes dispositivos.

7) Rehabilitación

El departamento de Rehabilitación se encuentra constituido por servicios, secciones y unidades que se han constituido por la necesidad de dar respuesta a las distintas problemáticas que se presenta a lo largo de la historia vital de las personas con un padecimiento mental crónico.

El primer contacto con el área es a través del dispositivo de Admisión. Se realiza una primera entrevista con un equipo interdisciplinario a fin de evaluar la situación y la mejor estrategia de abordaje. Cuando es derivado a otro dispositivo del área vuelve a ser reevaluado por el equipo del programa.

Los Servicios son;

- Atención Domiciliaria: Está destinado a pacientes crónicos y sub agudos que no puedan continuar el tratamiento en el hospital, ya sea por razones geográficas, económicas, familiares, etc. Se realiza la atención del paciente en su domicilio, por un equipo de salud interdisciplinario: médico, trabajador social y enfermería.

- Casas de Medio Camino: Destinado a pacientes con patología psiquiátrica crónica (compensados), auto válidos, que, sumado a la ausencia o fragilización del grupo primario de apoyo, requieren por un tiempo de un contexto que posibilite realizar su proceso de rehabilitación.

- Centro de Rehabilitación y Capacitación Laboral Milenio: su objetivo es el desarrollo de hábitos laborales y la integración socio laboral del alumno, a través de talleres de capacitación laboral, emprendimientos productivos y orientación laboral. Actividades: talleres de dulces y conservas, informática, fabricación de calzado y marroquinería, gastronomía, artes aplicadas, telar y tapices, curso de asistencia domiciliaria y grupo de apoyo de integración laboral.

- Centro Psicosocial: Destinado a pacientes crónicos estables para la adquisición de Habilidades Sociales, auto cuidado y recreación.

- Hospital de Día: se realiza el abordaje de pacientes ambulatorios en periodo de estabilización sintomático y recuperación de habilidades sociales y de la vida diaria.

De esta manera, se promueve y fortalece el aprendizaje de capacidades y habilidades sociales, hábitos de auto-cuidado y cuidado del otro.

Dichos servicios son coordinados por equipos interdisciplinarios: psicólogo, trabajador social, médico psiquiatra, enfermeros y según cada actividad son realizados por talleristas.

Se asume el principio de que cierta estabilidad sintomática (ausencia de síntomas positivos que condicionen la conducta) es necesaria para iniciar el proceso rehabilitador.

8) Centro Infante Juvenil

Se encarga de realizar admisión con derivación a diferentes instituciones como Unidad de Intervención en Crisis (UIC) para niños y adolescentes, Órgano Administrador de la Ley de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (OAL- dependiente de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia -Dinaf-), Dirección General de Escuelas, efectores de salud si corresponde y/o consultas espontáneas.

También, se realiza psicoterapias, consultas psiquiátricas, consultorio de orientación familiar, orientación a padres, talleres de arte y juego, talleres de teatro, talleres de música, seguimiento domiciliario, seguimiento escolar y talleres de nutrición.

9) Internación

Esta modalidad de atención se organiza para pacientes que no pueden ser asistidos ambulatoriamente o en domicilio, en razón de que existe riesgo de vida para sí o para terceros.

El servicio realiza tratamiento en diagnósticos como: psicosis agudas en general; crisis psicóticas; descompensación en procesos demenciales; intentos de suicidio; crisis depresivas graves (melancolías); síndrome de abstinencia alcohólica.

También incluye medicamentos; pensión y hotelería; atención médica y de enfermería; elaboración de estrategias terapéuticas; indicación de psicofármacos; realización de psicoterapia individual, grupal o familiar.

Son exigibles semanalmente no menos de dos controles psiquiátricos, dos sesiones de psicoterapia individual y una familiar o alternativamente, una sesión de asamblea comunitaria más una entrevista familiar por semana. Además, una organización de comunidad terapéutica que brinda 24 hs de atención y actividades incluyendo comida en grupo, aseo, tiempo de recreación, expresión corporal y/o terapia ocupacional y/o musicoterapia.

El Hospital puede obtener recursos propios a través de la comercialización de esta cartera de servicios y realización de convenios con: obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fija la normativa vigente.

6. RECURSOS PROPIOS EN LA ORGANIZACIÓN

El área Recursos Propios se enfrenta al gran desafío de incrementar los ingresos genuinos para que el hospital pueda adquirir recursos humanos y físicos que mejoren la atención del paciente. Según interpretaciones que se realizó a un estudio de la cohorte, “Organización de Servicios de Salud” realizado por Lic. Farías y Dra. Interlandi (2014) y entrevistas a ambas profesionales, se obtuvieron las siguientes conclusiones con respecto a la situación, resultados, estrategias, y actores involucrados en el proceso de transformación de la misma.

6.1. Situación Actual

Los principales hechos que se presentan son:

🏠 Desaprovechamiento del potencial en cuanto a facturación de prestaciones y bajo nivel de cobros de las mismas. La causa principal es la falta de planificación en la gestión.

🏠 No hay concientización por parte del personal del hospital, ya que no se preocupan por acceder a los datos del beneficiario. Tampoco el usuario, porque no declara si posee o no cobertura, la mayoría de las veces por desconocimiento, miedo o comodidad.

🏠 Existe una gran demanda de los servicios del Hospital, debido a que asiste a la población que no tiene ningún tipo de cobertura en la seguridad social y por otro lado, afiliados de las obras sociales, que han utilizado frecuentemente los hospitales para descargar los gastos más elevados en salud, como sucede con los pacientes crónicos.

🏠 Los procedimientos de facturación son deficitarios, porque no se cumple con la documentación obligatoria o plazos según el marco legal vigente.

🏠 Los cambios sociales, políticos y económicos en el país demandan mejores servicios de salud, por lo cual exige empresas sociales y de servicio, según las necesidades de la salud de los usuarios.

6.2. Resultados

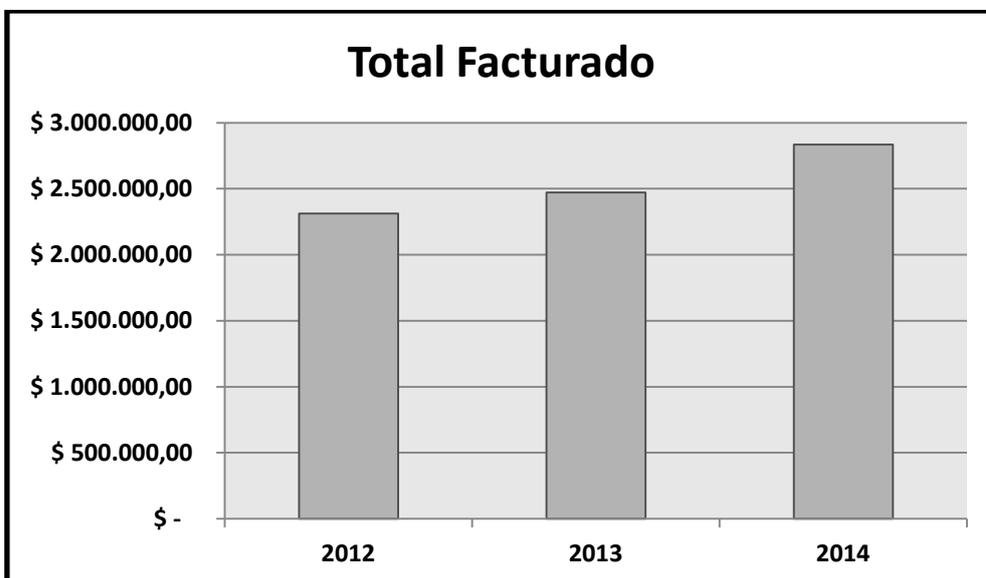
“Lo que no se mide, no se controla, y lo que no se controla, no se puede mejorar”. (Peter Druker)

El Hospital debe conocer, evaluar y analizar su desempeño, dada las transformaciones constantes y frecuentes que se generan en el entorno.

En el Área de Recursos Propios, se realizó un cálculo comparativo de los últimos 3 ejercicios (años 2012,2013, y 2014) con respecto al volumen de facturación y cobros.

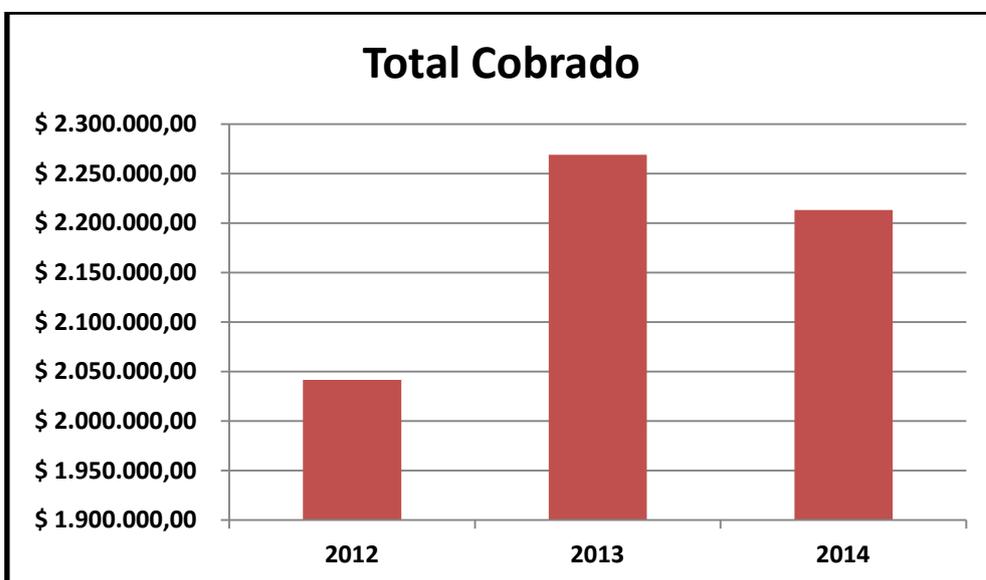
Así, se puede observar que el volumen de facturación siempre estuvo en alza y no mostró alteraciones, mientras que la recaudación se redujo en el año 2014.

Gráfico N° 2: Volumen de Facturación - Ejercicios 2012, 2013 y 2014



Fuente: Elaboración Propia según datos de SIDICO.

Gráfico N° 3: Volumen de Cobro - Ejercicios 2012, 2013 y 2014

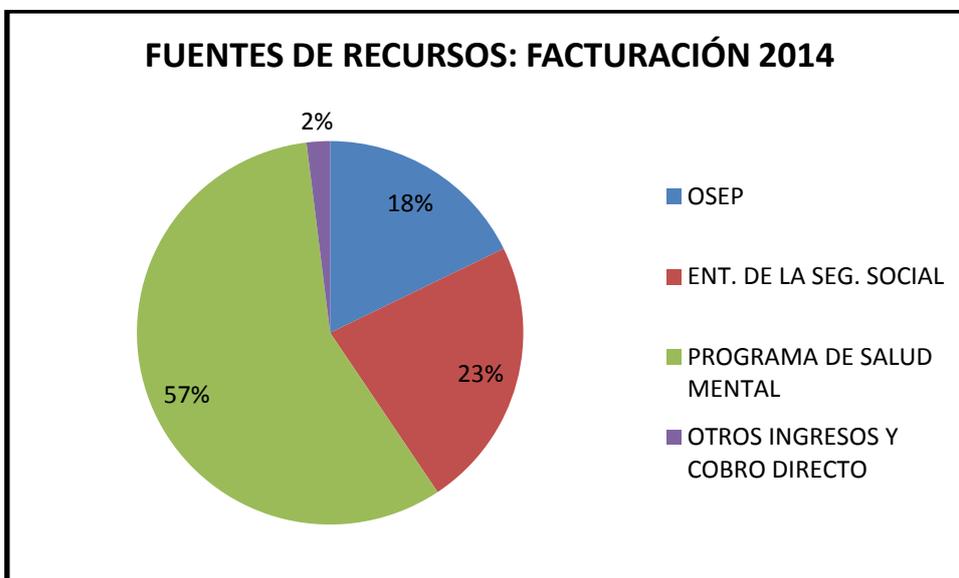


Fuente: Elaboración Propia según datos de SIDICO.

Por lo tanto, para comprender esta situación y desajuste se procedió a desglosar las fuentes de ingresos que conforman los recursos propios del efector como: convenios con modalidad de contratación por cápita (Programa de Salud Mental-INSSJYP y OSEP), prestaciones por acto médico o

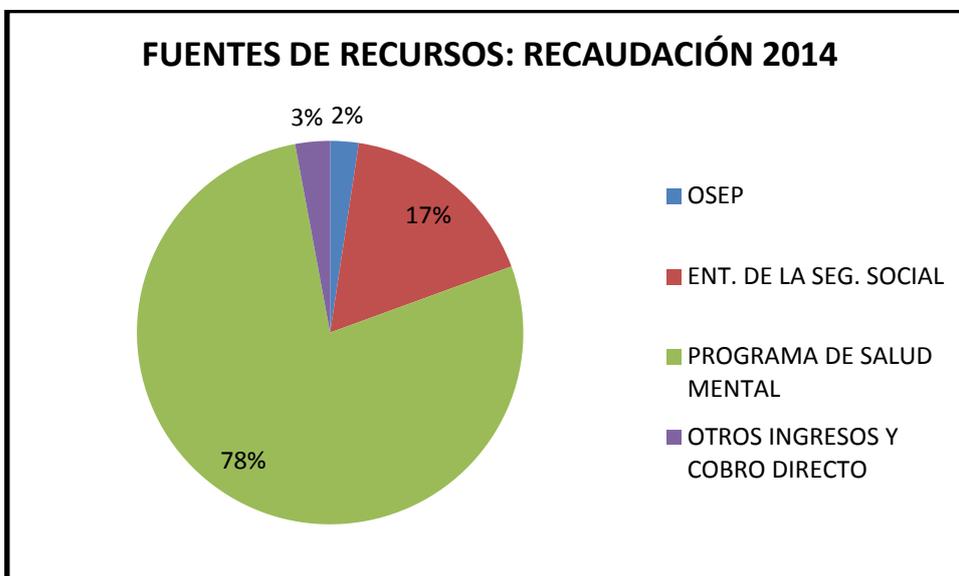
módulos convenidos de otras entidades de la seguridad social y terceros, y los cobros directos (producto de colaboración realizada por pacientes sin obra social).

Gráfico 4: Fuentes de Recursos – Facturación Año 2014.



Fuente: Elaboración Propia según datos de SIDICO.

Gráfico 5: Fuentes de Recursos – Recaudación Año 2014.



Fuente: Elaboración Propia según datos de SIDICO.

En el último ejercicio económico, año 2014, según el Sistema de Información Consolidado del Gobierno de Mendoza (SIDICO) y lo informado a través del portal estadístico Infosalud dependiente de la Subsecretaría de Planificación y Control, se recaudó en el Hospital la totalidad de lo efectivamente facturado en el convenio celebrado con el Programa de Salud Mental (INSSJYP). Sin

embargo, esto no significa un beneficio real para el nosocomio, debido a que los valores convenidos se encuentran desactualizados y provocan una falta de recuperación de costos que pueda mejorar la atención de los pacientes.

Además, la obra social provincial más importante OSEP (Obra Social de los Empleados Públicos), se encontró en una cesación de pagos que afectó drásticamente la recaudación de lo efectivamente facturado, lo que resultó en un gran subsidio y sacrificio del presupuesto del Hospital hacia el Estado provincial.

Ante este panorama, es importante generar la celebración de convenios sobre algunos servicios claves con otras entidades de la seguridad social y terceros, y a su vez, el mejoramiento de los términos y valores convenidos en modelos de contratación por cápita, como OSEP y el Programa de Salud Mental (INSSJYP), en el cual el riesgo financiero para el hospital es mayor debido a la variabilidad de costos e inflación. Esto llevaría la recaudación de la institución a un salto exponencial, y para ello, es necesario contar no sólo con apoyo político, sino también realizar un estudio de costos adecuado que nos permita juzgar su aceptación o no.

6.3. Estrategias

La Institución debe abocarse a la búsqueda de nuevas formas que le permitan evitar la vía judicial y recuperar con prontitud las deudas por prestaciones de salud.

También, es importante que el área de Recursos Propios y Contaduría posean sistemas de información apropiados a la actividad, específicamente los de contabilidad general, contabilidad de costos, contabilidad de activos fijos e inventarios, tesorería (egresos), presupuesto, cuentas por cobrar y cuentas por pagar, para que apoyen al proceso de modernización institucional.

En lo que se refiere a la provisión de servicios a los pacientes pertenecientes al I.N.S.S.J.Y P., la estrategia debe dirigirse hacia el desarrollo “autónomo” en lo que se refiere a la negociación de los compromisos y contratos directamente entre el hospital y la obra social de los jubilados, ya que en la actualidad el convenio con esta institución se decide a nivel provincial por intermedio del Ministerio de Salud, no pudiendo expresar y satisfacer más específicamente las necesidades del Hospital. Así, como resultado existe actualmente una gran diferencia entre los costos de los servicios prestados y el pago efectivo de las mismas.

Además, se debe transmitir una mayor responsabilidad al servicio de auditoría del hospital, a fin de controlar los procesos de facturación y la gestión de pago.

Finalmente, se puede desarrollar nuevos convenios con entidades de seguridad social, en lo que respecta a servicios de rehabilitación, que al no ser convencionales, son poco conocidos y no existen en la provincia, por lo menos con el nivel que presenta el Hospital. También, es importante realizarlos con respecto a otros servicios críticos como la Guardia Inter disciplinaria y/o Internación con la finalidad de recuperar recursos escasos y aprovechar como ventaja que muchas entidades no cuentan con suficientes prestadoras en materia de salud mental con servicios y profesionales de salud efectivos y de calidad como el que mantiene el Hospital.

6.4. Rol de los protagonistas implicados en el proceso de transformación

Este análisis de los protagonistas es muy importante para que toda iniciativa estratégica resulte en una gestión del cambio, debido a que la organización se plantea transitar de una situación a otra que desea llegar para mejorar. Por lo tanto, se describe el rol de cada uno para entender su implicación en este proceso transformador.

🏠 **El Estado Nacional a través de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación:** el Estado Nacional debe reservarse un rol de regulación del sistema de salud. Esto no quiere decir necesariamente que el Estado debe prestar directamente los servicios a la comunidad, pero si implica que éste garantice el derecho a la salud a toda la población; de manera equitativa; estableciendo las modalidades de intervención en el mercado necesarias para el acceso universal y de calidad de este servicio básico.

🏠 **Ministerio de Salud de la Provincia y Dirección de Salud Mental:** Ambos deben coordinar sus políticas a fin de conformar unidades de prestación en salud mental integradas por equipo interdisciplinario en cada departamento, para la articulación y viabilización de las políticas públicas nacionales y provinciales de salud mental y asegurar las prestaciones en todo el territorio de la provincia. De esta manera la demanda al Hospital disminuiría notablemente, ya que a pesar de la regionalización impulsada, el Hospital Dr. Carlos Pereyra sigue siendo un referente provincial.

🏠 **Gerencia del Hospital:** Está compuesto por la Dirección Ejecutiva y la Gerencia Asistencial que deben organizar o dirigir el funcionamiento global del hospital, y ser un rol de enlace con el entorno. Además tiene que asesorar y determinar prioridades en cuanto al uso del presupuesto con respecto a lo asistencial.

🏠 **Gerencia Financiera:** Compuesto por una administradora que tiene a su cargo la ejecución presupuestaria de acuerdo a los lineamientos y requerimientos de la dirección ejecutiva y la gerencia asistencial, además se debe encargar del control del proceso de facturación y cobro.

🏠 **Personal profesional y no profesional del área de salud del hospital:** Tienen a cargo la prestación de salud mental a los pacientes que concurren al nosocomio, a su vez, si no han sido

detectados con cobertura de salud tienen la obligación de informarlo y cumplimentar con los requerimientos para la presentación de la facturación correspondiente.

🏠 **Personal administrativo;** se divide en personal auxiliar de los servicios a los pacientes, y aquel de apoyo a las gerencias y la Dirección.

🏠 **Oficina de Recursos Propios:** De acuerdo al nomenclador vigente, o convenio celebrado, con entidades prepagas u obras sociales elabora la facturación y gestión de cobro de las prestaciones de salud. Si la factura tiene como destinatario una entidad inscripta en el padrón de la Superintendencia de Salud, realiza el reclamo vía expediente para su cobro mediante débito automático. En el caso contrario, interviene Asesoría Letrada para que dictamine, si el crédito es demandado por vía judicial o no, por resultar antieconómico su reclamo.

🏠 **Población con cobertura de salud:** Al ingresar al establecimiento, se dirige a algún área de servicio, donde recibe una prestación de salud mental. El usuario tiene la obligación de informar si posee algún tipo de cobertura y en caso de poseerla debe firmar una declaración jurada.

CAPITULO III: APLICACIÓN DEL MODELO TRADICIONAL DE COSTOS HOSPITALARIOS

El presente apartado tiene como objetivo explicar el análisis y cálculo del costo de un día cama en el Servicio de Internación, bajo supuestos claramente definidos. No es una aplicación real sino una explicación práctica de cómo podría aplicarse con los sistemas administrativos internos, sistemas de gestión de salud oficiales de la Provincia y documentación interna de la institución. De este modo, si las autoridades del efector entienden este modelo práctico pueden utilizarlo en la negociación de convenios, refuerzos presupuestarios y evolución de costos. Para tal efecto, se ha investigado el presupuesto del hospital mediante SIDICO, normativas vigentes, sistemas de información (SAMep, Infosalud), entrevistas realizadas a su personal involucrado y mediante observaciones empíricas. De esta manera, se constituye un punto de partida para presentar un estudio adecuado para lograr en el futuro productos hospitalarios costo-eficientes.

1. METODOLOGÍA DE COSTOS HOSPITALARIOS TRADICIONAL

Los hospitales habitualmente se organizan de acuerdo a un criterio funcional, y se dividen en **Servicios Finales** (médicos), **Intermedios** (diagnósticos) y **Generales** (funciones de carácter secundario y de apoyo), así la división de trabajo está basada en la especialización.

Desde este punto de vista funcional, se puede calcular el costo en diferentes objetos (servicios, departamentos, centros de responsabilidad, etc.). Sin embargo, más allá de cual se elije el procedimiento de cálculo es el mismo y consiste en la suma de los insumos directos, las remuneraciones directas y los costos indirectos del objeto cuyo costo se estudia.

Luego, el problema es repartir los costos indirectos que son comunes a los distintos objetos de costos. Esto se soluciona mediante distintas asignaciones sucesivas que permiten obtener el costo total de los objetos estudiados en un periodo de tiempo determinado. Así, el costo unitario resulta de la división del costo total entre el número de servicios o unidades de producción ofrecidos en el tiempo considerado. Entonces, los costos unitarios no tienen una exactitud, ya que son costos medios obtenidos de la acumulación de costos directos e indirectos.

1.1. Objetos de costo

Los objetos de costo son todos aquellos a los cuales se les puede calcular el esfuerzo económico o consumo de recursos económicos para lograr una finalidad. Estos pueden ser productos, servicios, periodos, sectores, funciones, departamentos, actividades, proyectos, etc.

En este trabajo, el objeto de costo estudiado es el servicio de internación, delimitado por ciertas actividades y elementos, con los cuales se espera recuperar la situación de salud del paciente.

De esta manera, se utiliza el día cama como expresión mínima para explicar de una forma más simplificada el cálculo de las sumas monetarias del objeto cuyo costo se investiga. Así, el día cama incluye, además de los cuidados médicos directos, otros servicios complementarios relacionados con los procesos de diagnóstico, tratamiento, y por supuesto todos los servicios de hotelería que consume el paciente durante el tiempo que permanece en el hospital. Existen costos exclusivos para sostener el día cama que corresponde a costos fijos, esto es, los costos en los que se incurre a pesar de que las instalaciones del hospital permanezcan vacías, como por ejemplo, seguridad, limpieza, etc.

1.2. Elementos del costo

Los elementos del costo se encuentran detallados en el presupuesto ejercido por los hospitales y estos dependen de los diversos objetos de costos.

Entonces, el presupuesto contiene muchos elementos de costos y es necesario expresarlos en un número analizable de grupos homogéneos con la finalidad de identificar los contenidos importantes del costo de un día cama en el Servicio de Internación. Algunos costos son: personal, medicamentos, materiales y descartables, alimentos, ropería, seguros, gastos generales, etc. También, se los puede generalizar en el presupuesto en tres grupos:

🏠 **Materias primas y materiales:** Todos aquellos elementos físicos que se consumen durante el proceso de elaboración de un producto o servicio.

🏠 **Mano de obra:** es el valor del trabajo realizado por el personal que contribuye al proceso productivo.

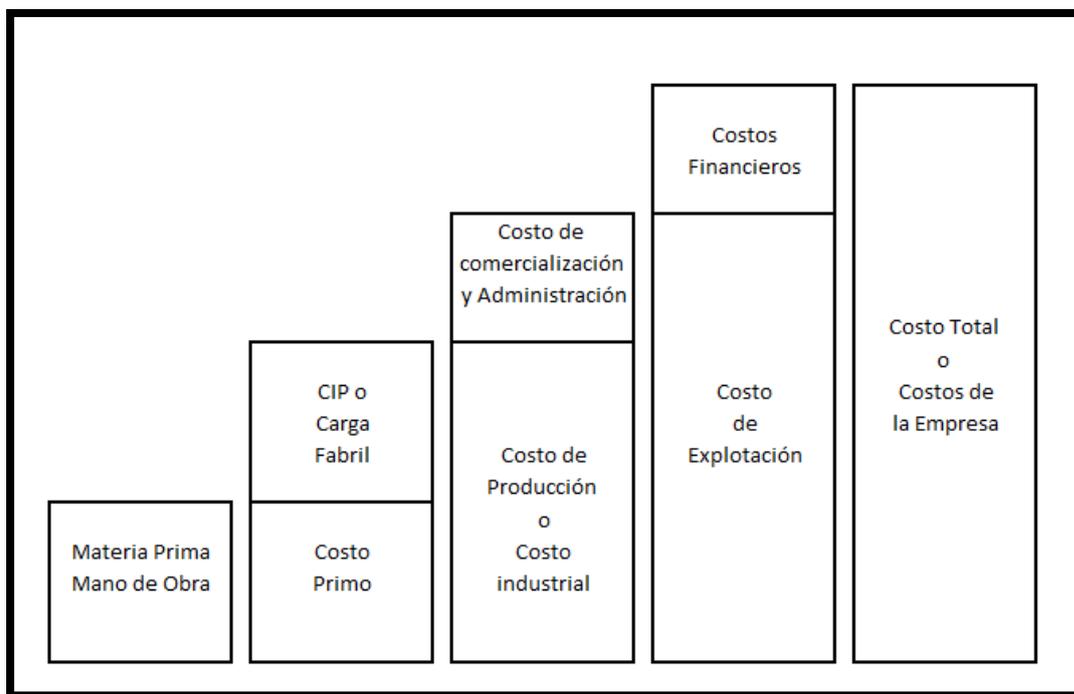
🏠 **Otro Costo o carga fabril** (combustible, limpieza, etc.): Son todos los costos en los que se necesita incurrir en un centro para el logro de sus fines. Son de asignación indirecta, por lo tanto necesitan una base de distribución. En este trabajo, no se hace hincapié en explicar como se obtienen estas bases de distribución pero se entiende que sin ellas no pueden realizarse las asignaciones de costos indirectos provenientes de los distintos servicios, ya que estos comprenden

conceptos heterogéneos y la forma de unificarlos es con una base que varíe según el volumen de actividad, como por ejemplo, km recorridos, horas de mano de obra directa, porcentajes fijos, horas maquinas, etc.

La suma de las materias primas y la mano de obra directa constituyen el **Costo Primo**.

La combinación de la mano de obra directa y los otros costos o carga fabril constituye el **Costo de Conversión**, llamado así porque es el costo de convertir las materias primas en productos terminados.

Gráfico N° 6: Proceso de formación de costos



Fuente: Costos Hospitalarios. Dueñas Ramia, Germán. (2014)

La cantidad de elementos puede variar de acuerdo con la importancia monetaria que cada uno tenga en el presupuesto. Por ejemplo: si el pago por seguros no es significativo se integra en gastos generales, pero si es una parte importante es conveniente considerarlo por separado.

Las sumas monetarias específicas de los elementos del costo explican diferencias sustantivas entre los costos del día cama y la calidad de los servicios, ya que de los tratamientos que reciben los pacientes provienen los factores de la producción que se utilizan para restaurar la situación de salud, y además, la participación del criterio médico es importante para lograr eficacia y eficiencia.

1.3. Asignación y acumulación de costos

La asignación y acumulación de costos se realiza en base a la vinculación con el objeto de costo: **costos directos e indirectos**. Su participación en el presupuesto se relaciona con la

complejidad del hospital y sus características, los diagnósticos y tratamientos que realiza, la calidad, la participación de los distintos servicios y la complementariedad que existe entre todos ellos.

La información y el análisis de estos costos se encuentran en la parte del presupuesto que ejerce cada uno de los servicios. Así, los costos indirectos están conformados por las actividades que aportan los demás servicios al servicio final para producir un día cama y los costos directos se determinan por los elementos del costo que consume directamente el servicio final en donde el paciente recibe atención. Este tiene responsabilidad directa en la salud del paciente y se espera que la mayor parte del costo total del día cama le corresponda. El nivel del costo directo indica en este caso la capacidad resolutoria del servicio final, en este caso el de Internación.

Entonces, los costos indirectos del día cama surgen en los servicios intermedios y generales que integran la función de producción. Estos servicios realizan una prestación a solicitud del servicio final con la única finalidad de complementar la atención que recibe directamente el paciente y en consecuencia los costos de estos otros servicios integran el costo del día cama. De este modo, el análisis de los costos indirectos permite analizar la comunicación y consolidar la coordinación entre las actividades del efector de salud.

Los servicios intermedios se caracterizan por ser un complemento del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud. Los servicios de apoyo se encargan de hacer más confortable la permanencia del paciente en el hospital. Los servicios generales garantizan el funcionamiento de las instalaciones físicas como las comunicaciones, el mantenimiento, la conservación y que todas las actividades del hospital estén integradas en forma apropiada (Administración de Salud). De este modo, la función de producción del servicio final está integrada por estos servicios que participan de manera indirecta en la atención del paciente internado y son esenciales en la estructura funcional del hospital.

1.4. Proceso de trabajo para el cálculo de costos

El cálculo de costos requiere de una asignación y acumulación de costos de un objeto determinado según ciertos criterios y metodologías, de acuerdo a un trabajo expuesto por Dr. Dueñas Ramia, Germán (2003), se enumeran a continuación:

- 1) Decidir el método de asignación de costos, es decir si va a ser utilizado el método de costeo variable o de costeo por absorción. El método elegido es el costeo por absorción, ya que es el más utilizado y adecuado para fines externos y toma de decisiones, a los fines de este trabajo. Lo que propone es evaluar la actividad de producción, teniendo en cuenta el comportamiento variable y el fijo, para que de este modo se pueda efectuar un análisis acerca de los ingresos y si estos pueden cubrir ambos para reemplazar activos en el largo plazo.

En el método de costeo por absorción, los costos del producto (consumo de recursos para conseguir un producto) son todos los costos de producción y el resto de los costos funcionales son considerados costos del periodo (consumo de recursos para mantener la organización durante un periodo de tiempo), por ejemplo, gastos de administración, gastos de comercialización y gastos de financiación. En cambio, en el método de costeo variable sólo los costos variables de producción son costos del producto y el resto de los costos son considerados del periodo.

2) Hacer una correcta clasificación entre los: Servicios Generales (de carácter secundario y de apoyo), Servicios Intermedios (diagnósticos) y Servicios Finales (médicos).

3) Identificar los elementos del costo (Materia Prima y Materiales, Mano de Obra y Otros Costos o carga fabril), de cada uno de los servicios diferenciados en el punto 2).

Es muy importante tener en cuenta cuál es la razón del costeo, ya que existen gastos (como el de administración o gerencia), que normalmente son asignados a Gastos de Administración, pero en caso de tener que negociar precio de una prestación, pueden ser asignados por absorción al producto/servicio final.

4) Clasificar todos los costos en Directos o Indirectos.

6) Realizar la asignación primaria: es decir, asignar los costos a Servicios Generales, Servicios Intermedios y Servicios Finales

7) Realizar la asignación secundaria: es decir, se asignan los costos de Servicios Generales a Servicios Intermedios y Servicios Finales.

8) Realizar la asignación terciaria: es decir, se asignan los costos de Servicios Intermedios a Servicios Finales.

9) Realizar la asignación cuaternaria: es decir, asignar los costos a Productos Finales.

2. CASO DE ESTUDIO

La Dirección General y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital están interesados en incorporar una metodología de cálculo y análisis de costos como instrumento indispensable para una gestión eficaz y eficiente.

Por lo tanto, se ha elegido explicar la metodología de costos tradicional e investigar el costo promedio de un día cama en el Servicio de Internación, porque contiene y expresa gran parte de lo que sucede en la estructura presupuestal. La información disponible corresponde al ejercicio 2014 desde el 01 de enero al 31 de diciembre.

En el año 2014 el Hospital contó con un presupuesto total de \$60.793.286,88, según datos del SIDICO. El presupuesto se estructuró de la siguiente forma:

Tabla N° 1: Costos en Personal

Costos en Personal	Personal Permanente	\$ 38.650.852,74
	Personal Temporario	\$ 64.123,00
	Locaciones de servicio	\$ 1.190.221,92
	Prestaciones de Servicio	\$ 3.455.383,00
Total		\$ 43.360.580,66

Fuente: Elaboración Propia según datos del SIDICO.

Tabla N° 2: Otros Costos

Otros Costos	Bienes Corrientes	\$ 8.859.923,00
	Servicios Generales	\$ 7.928.233,08
	Servicios Públicos	\$ 496.662,13
	Bienes de Capital	\$ 147.238,00
	Otros	\$ 650,01
Total		\$ 17.432.706,22

Fuente: Elaboración Propia según datos del SIDICO.

Gráfico 7: Ejecución Presupuestaria – Ejercicio 2014



Fuente: Elaboración Propia según datos de SIDICO.

Durante el periodo a analizar, el hospital contó con 317 empleados. La distribución es la siguiente:

Tabla N° 3: Agrupamiento del personal del H. Pereyra.

Agrupamiento	Cantidad
Administrativo y Técnico	40
Enfermería y Técnico Asistencial	62
Profesional	17
Profesional asistencial y sanitario	185
Servicios Generales	2
Mantenimiento y Producción	8
Sistematización de Datos	3
TOTAL	317

Fuente: Elaboración Propia según entrevista a la oficina de Personal, H. Pereyra.

En el Hospital rige el sistema de aranceles dispuesto por la ley provincial N°6015 art. 17 y Res. N° 487/02 MS. La recaudación por aranceles durante el año 2014 fue de \$ 2.213.171,37.

Para brindar servicios de salud mental, en el año 2014, cuenta con atención ambulatoria e incluye: Infanto Juvenil, Consultorios Externos, una Guardia con Enfermería y Pre internación. También, posee un Servicio de Rehabilitación conformado por Hospital de Día, Centro de Rehabilitación Laboral "Milenio", Atención Domiciliaria y Terapias Especiales.

La atención médica se completa con el Servicio de Internación, el cual se presta en 2 pabellones divididos por sexo, en mujeres y hombres. El número de camas disponibles en los pabellones es de 84. El total disponible en el año es de 30660 camas.

Además, tiene servicios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes tales como Laboratorio, Clínica, Neurología, Farmacia y Nutrición.

El funcionamiento del Hospital se complementa con el trabajo realizado por los servicios de Administración, Intendencia (Mantenimiento, Ropería y Costura, Movilidad y Telefonía) y Docencia e Investigación.

El estudio se centrará en una metodología que permita conocer los esfuerzos económicos que demanda el servicio de internación, y de este modo aplicar la metodología propuesta a los demás servicios médicos críticos en investigaciones posteriores.

2.1. Gasto de personal por unidades organizativas

El gasto de personal dependiente del hospital con respecto al objeto de costo en estudio (Servicio de Internación), correspondiente al ejercicio 2014, fue consultado en el Servicio de Personal del efector y por el META4- (SOFTWARE de Soluciones Globales para la gestión de la Nómina y los

Recursos Humanos), que utiliza el Gobierno de la Provincia de Mendoza. El gasto es neto, no incluye aportes personales ni impuestos.

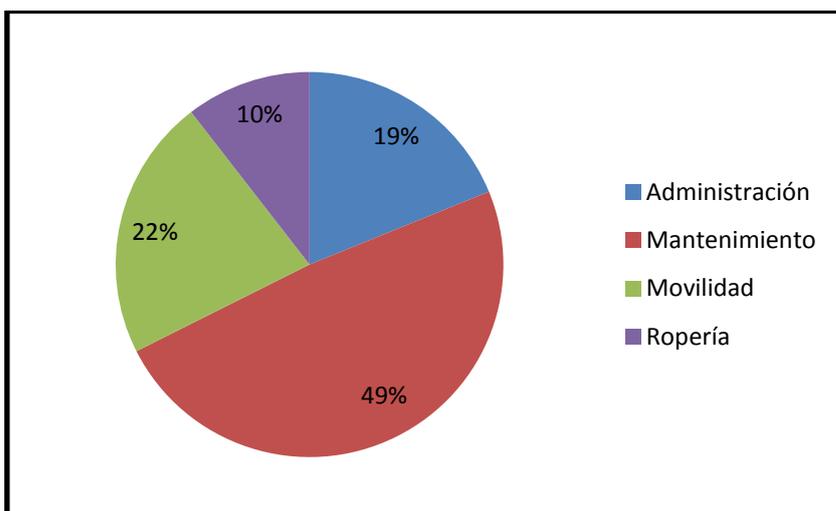
🏠 Servicios Generales

Tabla N° 4: Gasto neto anual del personal de Servicios Generales

FUNCIÓN	GASTO NETO ANUAL
Administración	\$ 162.738,48
Mantenimiento	\$ 421.548,00
Movilidad	\$ 190.164,00
Ropería	\$ 90.360,00
Total	\$ 865.440,48

Fuente: Elaboración Propia según datos del META4 (SOFTWARE).

Gráfico N° 8: Gasto neto anual del personal de Servicios Generales



Fuente: Elaboración Propia según datos de META4- (SOFTWARE).

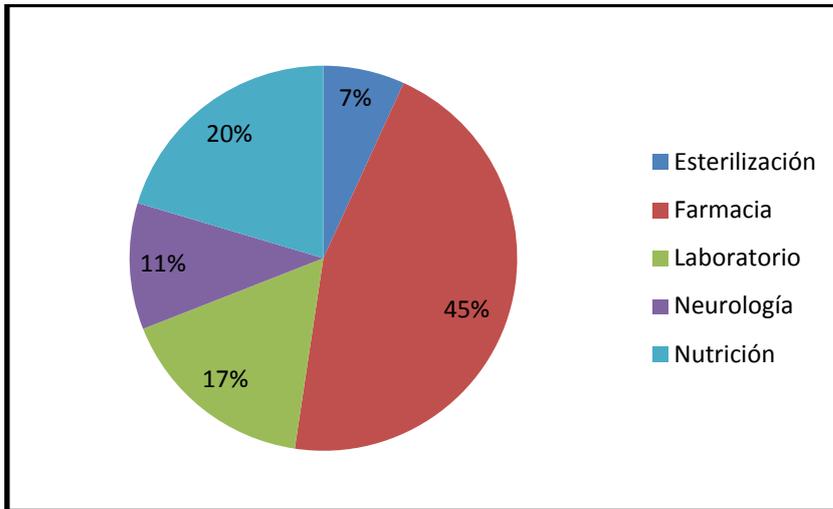
🏠 Servicios Intermedios

Tabla N° 5: Gasto neto anual del personal de Servicios Intermedios

FUNCIÓN	GASTO NETO ANUAL
Esterilización	\$ 173.112,00
Farmacia	\$ 1.160.820,00
Laboratorio	\$ 424.389,00
Neurología	\$ 270.564,00
Nutrición	\$ 518.916,00
Total	\$ 2.547.801,00

Fuente: Elaboración Propia según datos del META4 (SOFTWARE).

Gráfico N° 9: Gasto neto anual del personal de Servicios Intermedios



Fuente: Elaboración Propia según datos de META4- SOFTWARE.

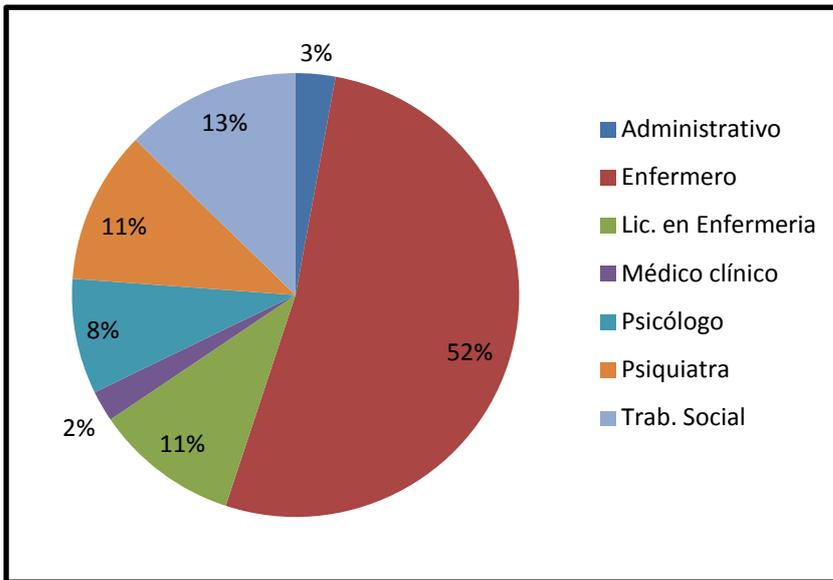
🏠 Servicios Finales

Tabla N° 6: Gasto neto anual del personal de Servicios Finales

FUNCIÓN	GASTO NETO ANUAL
Administrativo	\$ 162.738,48
Enfermero	\$ 2.957.800,20
Lic. en Enfermería	\$ 593.035,68
Médico clínico	\$ 127.801,92
Psicólogo	\$ 476.159,52
Psiquiatra	\$ 631.377,72
Trabajo Social	\$ 719.271,84
Total	\$ 5.668.185,36

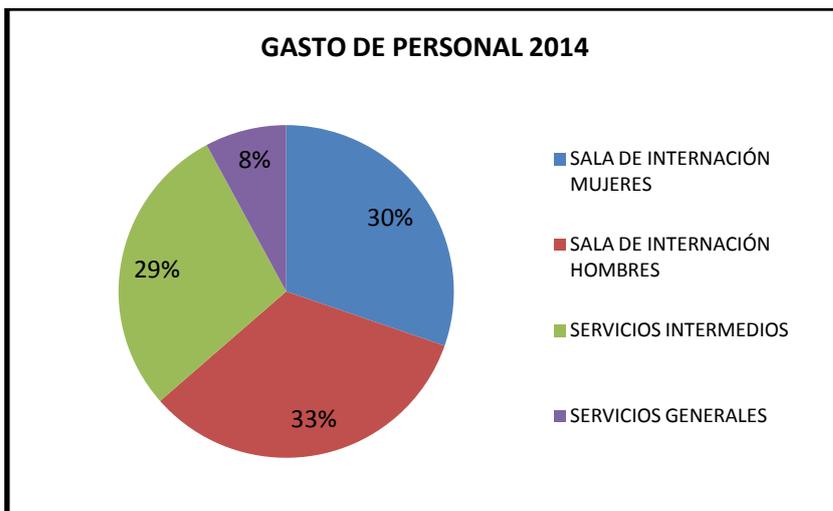
Tabla 8- Elaboración Propia según datos del META4 (SOFTWARE).

Gráfico N° 10: Gasto neto anual del personal de Servicios Finales



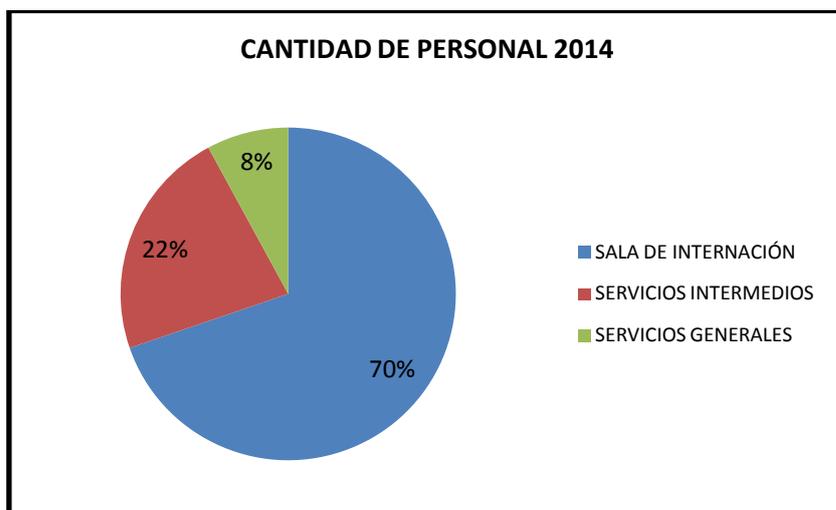
Fuente: Elaboración Propia según datos de META4- SOFTWARE.

Gráfico N° 11: Gasto neto anual de personal 2014



Fuente: Elaboración Propia según datos de META4- SOFTWARE.

Gráfico N° 12: Cantidad de personal 2014



Fuente: Elaboración Propia según datos de META4- SOFTWARE.

2.2. Otros costos

El hospital funciona de forma descentralizada, sin embargo, algunos gastos de partidas presupuestarias son informadas y abonadas por el mismo Ministerio de Salud de la Provincia como: el gas, el consumo de electricidad y la telefonía.

También, otros costos importantes como lavandería, seguridad, alimentación y limpieza, se encuentran tercerizados por empresas que con anterioridad atravesaron un proceso de licitación para convertirse en proveedores del efector de salud. Pero, el espacio físico y los controles sobre el pliego de condiciones los realiza el personal del hospital.

La partida de Otros Costos comprende:

- Comedor: son las sumas monetarias que requiere la adquisición de alimentos para los pacientes internados y el personal que cumple horario hasta las 16:00 hs. Según lo que informa el comedor, cada ración de comida ronda por día los \$ 200,00 por persona.
- Combustible: incluye los traslados de pacientes para el seguimiento domiciliario, controles de salud mientras permanecen hospitalizados y repartición de facturas y cobros en diferentes entidades de la seguridad social. El consumo y distribución de gastos puede observarse en el detalle de las hojas de ruta del Sector de Movilidad y los recibos por cargas de combustibles realizadas en la estación de servicio.
- Lavandería: procesa ropa utilizada en servicios de internación.
- Limpieza: personal y elementos necesarios para mantener la higiene del hospital.

- Librería: incluye papelería, artículos de librería e impresiones utilizados en diferentes servicios del hospital. El detalle y la cantidad suministrada a cada servicio figura en las notas de pedido, firmadas por el jefe de servicio y gerente administrativo, solicitadas por el Sector de Deposito.
- Medicamentos y Descartables: entregados a cada servicio por la Farmacia y su registro se realiza a través del sistema denominado Sistema de Atención Médica Programada (SAMeP)
- Materiales de Mantenimiento: ingresan al depósito del hospital y se destinan a los servicios que requieren reparaciones.
- Seguridad: personal y elementos para la vigilancia de entrada y salida por Portería, control de visitas e intervención en posibles casos de fuga.

De esta forma, los consumos por cada servicio según los registros por sistemas administrativos o notas de pedidos se detallan en Anexo A.

2.3. Distribución de costos por Servicios

En la distribución de costos por servicios, lo importante en primer lugar es tener todos clasificados correctamente en generales, intermedios y finales, como se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3: Clasificación de servicios en generales, intermedios y finales

SERVICIOS GENERALES
Comedor
Dirección y Administración
Lavandería
Limpieza
Mantenimiento
Movilidad
Portería
Ropería
SERVICIOS INTERMEDIOS
Esterilización
Farmacia
Laboratorio
Neurología
Nutrición
SERVICIOS FINALES
Internación

Fuente: Elaboración Propia según Organigrama, H. Pereyra.

Luego, se deben considerar los diferentes elementos del costo descritos anteriormente, como los gastos en personal dependientes del hospital y otros costos, para su discriminación en directos e indirectos y así asignar y distribuir estos últimos. Esto se realiza en una planilla auxiliar al igual que las correspondientes asignaciones para obtener finalmente el costo del producto hospitalario (día cama) que se desea calcular. Esta información se encuentra detallada en Anexo B y Anexo C.

2.4. Unidades de producción

La producción del servicio final Internación, se mide por la cantidad de pacientes atendidos durante el año 2014 y estos fueron 1553, según las altas registradas en el Programa Estadístico - Infosalud. Sin embargo, según el Servicio de Estadística del hospital, si se discrimina en estas altas los dos pabellones de internación de mujeres y hombres en relación a la Guardia, el número desciende a 720 pacientes internados.

2.5. Costo día cama

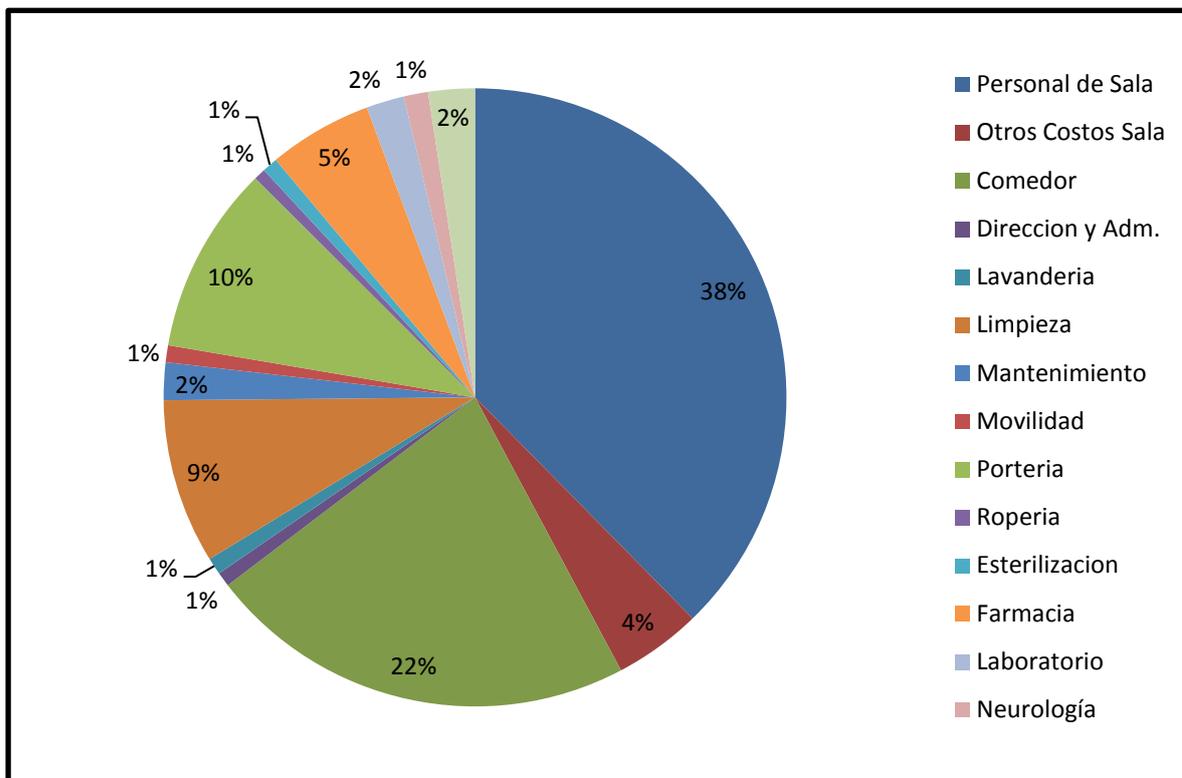
El día cama es la unidad que homogeniza y concentra la mayoría de las actividades del hospital y permite identificar elementos de costos relevantes para la toma de decisiones sobre la gestión de los recursos.

El día cama resulto \$ 1160.59, teniendo en cuenta el costo unitario de cada internación (\$ 20.890.62) y el promedio de estancia hospitalaria (18 días).

2.6. Elementos relevantes, nivel de participación y eficiencia en el costo día cama

El valor de los indicadores mencionados revela que la mayor parte del presupuesto operativo se asigna al personal, sin embargo, este no es el único elemento característico e indispensable para asegurar la calidad de la atención médica. Por ello, la administración del hospital debe concentrar sus esfuerzos en el control y evaluación de la utilización del personal. Luego, otros elementos más representativos son los gastos en el Comedor, Portería, Limpieza y Farmacia. A continuación, en el gráfico se puede observar en forma separada el porcentaje específico de los elementos que conforman el costo total de día cama:

Gráfico N° 13: Nivel de Participación en el presupuesto



Fuente: Elaboración Propia según resultados del estudio con datos de SIDICO, META4 y entrevistas.

Así, la calidad está relacionada con la disponibilidad de recursos que se apliquen a los tratamientos demandados, y por lo tanto, depende en gran parte del equilibrio que exista entre las sumas pagadas por cada elemento del costo. Por ejemplo, este hospital destina al pago de su personal gran parte de su presupuesto tanto general como en el Servicio de Internación, es incuestionable que este hospital no posee suficientes recursos para comprar los medicamentos y los restantes elementos que demanda un día cama. Entonces, no está garantizada la calidad del servicio desde este punto de vista, es decir la calidad del día cama en relación a los elementos que determinan su costo y el nivel de su participación.

En el hospital que se propone como modelo, el costo del día cama en promedio global es \$ 1160.50 y el mismo no se debe relacionar sólo con lo anterior, ya que debe establecerse también una relación con respecto a la eficiencia. Este nivel de eficiencia se manifiesta por la siguiente información proporcionada por el Programa de Estadística de Salud (Infosalud) acerca del rendimiento hospitalario: capacidad instalada de 84 camas censales, volumen de pacientes internados al año 1553 personas, promedio de días de hospitalización 18 días y cada cama censable produjo al año 20 egresos. De este modo, el hospital según la relación pacientes día y 32.966 días camas disponibles posee un porcentaje ocupacional de 92.94 %.

La relación de estos datos permite analizar que la permanencia de hospitalización en esta institución es mucho mayor que las demás debido al tipo de patologías que son tratadas en la misma. La salud mental requiere otro tipo de tratamientos y tiempos para determinar el alta hospitalaria correspondiente.

También, de acuerdo al bajo número de egresos por cada cama, se puede deducir la importancia estratégica de la des cronificación del paciente que genera mas costos para el Estado y no cumple con lo que desea la nueva ley de salud mental que intenta incorporar otros servicios para convertirlo en un hospital polivalente.

El nivel ocupacional es muy alto, ya que esta institución es un hospital de referencia por su ubicación geográfica, nivel profesional y cartera de servicios.

Estos indicadores de productividad permiten entender que para este hospital \$ 1160.59 por el día cama es un costo razonable. Además, si se compara con el pago por mes y por paciente que realiza Tesorería del hospital por casas de externación que tiene fuera de su predio, el importe de facturas asciende a \$ 11.800,00. Por lo tanto, evoluciona de acuerdo con la cantidad de personas hospitalizadas, servicios proporcionados y recursos utilizados.

3. IMPACTO CUANTITATIVO EN LA RECAUDACIÓN DE FONDOS

La aproximación a costos reales en el día cama genera cada vez mayor preocupación en cuanto a la recaudación que pierde el efector y es evidente que los costos de los factores productivos necesarios para que el hospital pueda funcionar con normalidad son soportados por el Estado y que los agentes del sistema de salud, estos son principalmente INSSJYP, obras sociales que pertenecen a sindicatos de origen gremial y otras de personal jerárquico o de dirección, sólo deben pagar un costo representativo.

Según una entrevista al ex Superintendente, Dr. Ricardo Bellagio, el 90% del sistema es financiado por los aportes y contribuciones que surgen (3% empleado y 6% empleador) sobre la masa salarial en relación de dependencia y un mix de recursos más que provienen de monotributistas y otros beneficiarios y esa recaudación AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) lo distribuye a las obras sociales. Pero este financiamiento, no es suficiente para responder a los costos.

El pago representativo de los agentes del sistema a los efectores públicos, según el valor del nomenclador vigente por Res. N° 60/2015 MS., es de \$ 544.00.

Por lo tanto, la aproximación real de costos analizada en este trabajo y el nomenclador muestra un impacto cuantitativo desfavorable en la recaudación para el efector público de salud que ronda el 113%, un valor muy alto.

Con estos valores, no se desea inferir en que el hospital debe cobrar igual que una organización de salud privada, pero si que este valor del nomenclador se debe actualizar nuevamente a nivel nacional y que el hospital debe negociar valores mas favorables al momento de generar convenios o pedir refuerzos presupuestarios.

CONCLUSIONES

El estudio de los cambios observados en el costo día cama es importante para la planeación, control y toma de decisiones relacionadas con los servicios que se deben prestar en el hospital y estrategias que se deben aplicar para mejorarlos.

El costo día cama es un indicador médico y económico importante para guiar las políticas necesarias en el proceso de administración de salud de los hospitales y la identificación de los elementos relevantes que lo forman es un gran paso en la determinación de los costos para su utilización en convenios combinados por diferentes modalidades de contratación tanto por prestación o cápita. Si el hospital demuestra buenos indicadores de productividad, puede justificar la magnitud de su ejecución presupuestaria y defender un refuerzo presupuestario para el próximo ejercicio económico y al mismo tiempo negociar convenios con valores más sustentables para la institución frente a las entidades de seguridad social, instituciones de carácter estatal nacional u otras organizaciones interesadas en su cartera de servicios.

De esta manera, el costo día cama no se puede valorar aisladamente. Este valor está estrechamente vinculado con la capacidad instalada, el volumen de pacientes atendidos, el rendimiento de la cama censable, el promedio de días de hospitalización y el porcentaje de ocupación. Además, el conocimiento específico del nivel del costo directo y de cada uno de los indirectos en el día cama constituye otro eje de análisis igualmente importante de la calidad de la atención médica y de la forma como se aplican los recursos en los hospitales.

El nivel de análisis que ofrece este trabajo puede ser utilizado para realizar comparaciones referenciales entre los hospitales, ya que se utilizó sistemas de datos compartidos por todos los efectores de salud de la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ, Begoña, Pellisé Laura y Lobo Félix. (2010, julio/agosto). *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*, [en línea]. Washington, EEUU: Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado el 22 de septiembre de 2015, de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-4989200000700009&script=sci_arttext
- ARROYAVE Loaiza, Gilma y Jarillo Soto, Edgar C. (2001). *Costos Hospitalarios: Costo del día-paciente*, [en línea]. Recuperado de <http://www.intercostos.org/documentos/Trabajo243.pdf> (septiembre, 2015).
- DECRETO N° 939 de *Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, Objetivos de 2000*, Rca. Argentina, vigente con modificaciones al 29 de mayo de 2015.
- DUEÑAS RAMIA, Germán. (2003). *La dirección de hospitales por productos: Nuevas metodologías de cálculo y análisis de costos*, Mendoza: Serie cuadernos N° 53, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo.
- DUEÑAS RAMIA. (2014). *Costos Hospitalarios*, Mendoza: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo.
- FUGUET, Amado V. (2011, 6 de junio). *Las organizaciones y sus actores fundamentales*, [En línea]. Caracas, Venezuela. Recuperado el 08 de noviembre del 2015 de <http://comunicacionycambio.com/2011/06/06/las-organizaciones-y-sus-actores-fundamentales/>
- GOBIERNO de Mendoza. (2013, 9 de mayo). *El Hospital Carlos Pereyra inaugurará una pista de salud en su aniversario*, [En línea]. Oficina oficial de prensa. Recuperado el 02 de octubre del 2015 de <http://prensa.mendoza.gov.ar/el-hospital-carlos-pereyra-inaugurara-una-pista-de-salud-en-su-aniversario>
- GOBIERNO de Mendoza. (2014). *META4- (SOFTWARE de Soluciones Globales para la gestión de la Nómina y los Recursos Humanos*.

- GOBIERNO de Mendoza. (2014). *Sistema de Información Consolidada del Gobierno de Mendoza* (SIDICO).
- GOBIERNO de Mendoza, Subsecretaría de Planificación y Control. (2014). *Infosalud*. Recuperado el 09 de noviembre del 2015 de <http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/>
- GOBIERNO de la Provincia de San Luis. *La Atención Médica - Niveles de organización - Organización Hospitalaria*, [En línea]. Recuperado el 08 de noviembre del 2015 de http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/educacion_salud/la_atencion_medica_niveles_de_organizacion_organizacion_hospitalaria.html
- GRZONA, María Estela. (2001). *Producción y rendimiento en un hospital pediátrico*. (Tesis de maestría, Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas, Universidad del Aconcagua). Recuperado de <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/fichas.php?idobjeto=160>
- HOSPITAL Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra. *Cartera de servicios* [En línea]. Recuperado el 08 de noviembre del 2015 de <https://www.facebook.com/hosp.pereyra/photos/pcb.1696381833910855/1696381743910864/?type=3&theater> y <https://www.facebook.com/hosp.pereyra/photos/pcb.1696381833910855/1696381770577528/?type=3&theater>
- HOSPITAL Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra. (2015). *Manual de funciones*. Mendoza: Oficina de Recursos Propios.
- INTERLANDI, Cecilia y Farías, Yemina (2013). *Organización de Servicios de Salud*. (Trabajo final de maestría, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo).
- LEY Provincial N° 6015 de *Régimen de descentralización del hospital público de la Provincia de Mendoza* de 1998, vigente con modificaciones al 17 de septiembre de 2008.
- LUCCA, José M. (2015). Consultoría CUANTICA, gestión integral para organizaciones. Mendoza.
- MINISTERIO de Salud de la Nación. Resolución N° 487 de *Establecimiento de nuevos mecanismos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada* de 2002, vigente con modificaciones al 27 de mayo de 2015.
- MINISTERIO de Salud de la Provincia de Mendoza. Resolución N° 1909. (2009). *Organigrama institucional*, vigente.

- MINTZBERG, Henry. (1983). *Diseño de organizaciones eficientes*. Mc Gill University. Buenos Aires, Lima, México y Barcelona. Editorial El Ateneo -3ra reimpresión.
- OGGIER, Guillermo R. *Modelos de contratación y pago en salud, ¿Integración vertical o tercerización de servicios?* Buenos Aires: Ediciones Fundación Sanatorio Güemes.
- PARODI, Raúl. (2014). *Administración de la Salud*, Mendoza: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo.
- REPETTO, Fabián. (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Recuperado de <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF> (septiembre, 2015).
- SUPERINTENDENCIA de Servicios de Salud. (2010). *Normas de facturación*. Publicación. Ciudad de Buenos Aires: Prensa. Recuperado por <http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/Normas%20de%20facturaci%C3%B3n%2010%20Oct%202010.pdf>
- SUPERINTENDENCIA de Servicios de Salud. (2010). *Proceso de facturación HPGD*. Publicación. Ciudad de Buenos Aires: Prensa. Recuperado por <http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/Proceso%20de%20Facturacion%20HPGD%20Oct%202010.pdf>
- SUPERINTENDENCIA de Servicios de Salud. (2010). *Sistema débito automático*. Publicación. Ciudad de Buenos Aires: Prensa. Recuperado por <http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/Sistema%20Debito%20Automatico%20HPGD%20Oct%202010.pdf>
- TOBAR, Federico, Olaviaga, Sofía y Solano, Romina (2012, agosto). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Recuperado el 09 de septiembre de 2015, de <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012%5B1%5D.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

Asignación Primaria a los Servicios Generales

		COMBUSTIBLE	LIBRERÍA	MATERIALES DE MANTENIMIENTO	MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES	TOTAL
SERV. GENERALES	Comedor	-	-			
	Administración	\$ 840,00	\$ 144.000,00	\$ 10.000,00	\$ -	\$ 154.840,00
	Lavandería					
	Limpieza					
	Mantenimiento	\$ -	\$ 14.400,00	\$ -	\$ -	\$ 14.400,00
	Movilidad	\$ -	\$ 600,00	\$ -	\$ -	\$ 600,00
	Portería					
Ropería	\$ -	\$ 1.200,00	\$ -	\$ -	\$ 1.200,00	
SERV. INTERMEDIOS	Esterilización	\$ -	\$ 2.400,00	\$ -	\$ 56.572,60	\$ 58.972,60
	Farmacia	\$ -	\$ 16.800,00	\$ -	\$ -	\$ 16.800,00
	Laboratorio	\$ 5.040,00	\$ 9.600,00	\$ -	\$ 79.201,64	\$ 93.841,64
	Neurología	\$ -	\$ 1.200,00	\$ -	\$ 33.943,56	\$ 35.143,56
	Nutrición	\$ -	\$ 7.200,00	\$ -	\$ -	\$ 7.200,00
SERV. FINALES	Internación	\$ 10.800,00	\$ 190.800,00	\$ 30.000,00	\$ 452.580,79	\$ 684.180,79

SERVICIOS GENERALES	COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS		
	PERSONAL	OTROS COSTOS	TOTAL
Comedor	\$ -	\$ 4.805.730,12	\$ 4.805.730,12
Administración	\$ 162.738,48	\$ 154.840,00	\$ 317.578,48
Lavandería	\$ -	\$ 190.852,34	\$ 190.852,34
Limpieza	\$ -	\$ 1.849.523,25	\$ 1.849.523,25
Mantenimiento	\$ 421.548,00	\$ 14.400,00	\$ 435.948,00
Movilidad	\$ 190.164,00	\$ 600,00	\$ 190.764,00
Portería	\$ -	\$ 2.113.532,90	\$ 2.113.532,90
Ropería	\$ 90.360,00	\$ 1.200,00	\$ 91.560,00
TOTAL	\$ 864.810,48	\$ 9.130.678,61	\$ 9.995.489,09

ANEXO B

Asignaciones Primaria y Secundaria de Servicios Generales a los Intermedios

SERVICIOS INTERMEDIOS	COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS			
	PERSONAL	OTROS COSTOS	TOTAL	% DEL COSTO TOTAL
Esterilización	\$ 173.112,00	\$ 58.972,60	\$ 232.084,60	8,41%
Farmacia	\$ 1.160.820,00	\$ 16.800,00	\$ 1.177.620,00	42,67%
Laboratorio	\$ 424.389,00	\$ 93.841,64	\$ 518.230,64	18,78%
Neurología	\$ 270.564,00	\$ 35.143,56	\$ 305.707,56	11,08%
Nutrición	\$ 518.916,00	\$ 7.200,00	\$ 526.116,00	19,06%
	\$ 2.547.801,00	\$ 211.957,80	\$ 2.759.758,80	100,00%

ASIGNACIÓN de COSTOS INDIRECTOS provenientes de SERVICIOS GENERALES				
Comedor (Racion de comida y hs. MO)	Dirección y Administración (hs. MO)	Lavandería (Kg)	Limpieza (Hs MO)	Mantenimiento (Hs. MO)
\$ 63.435,64	\$ -	\$ -	\$ 31.107,49	\$ 7.090,10
\$ 433.476,86	\$ -	\$ -	\$ 157.842,46	\$ 35.975,85
\$ 243.169,94	\$ -	\$ -	\$ 69.461,11	\$ 15.831,75
\$ 126.871,28	\$ -	\$ -	\$ 40.975,55	\$ 9.339,25
\$ 190.306,91	\$ -	\$ -	\$ 70.518,03	\$ 16.072,65
\$ 1.057.260,63	\$ -	\$ -	\$ 369.904,65	\$ 84.309,60

ASIGNACIÓN de COSTOS INDIRECTOS provenientes de SERVICIOS GENERALES				TOTAL DE COSTOS
Movilidad (Hs. MO)	Portería (Hs. MO)	Ropería (N° piezas confeccionadas)	TOTAL	
\$ 799,60	\$ 8.886,98	\$ -	\$ 111.319,81	\$ 343.404,41
\$ 4.057,26	\$ 45.093,41	\$ -	\$ 676.445,83	\$ 1.854.065,83
\$ 1.785,46	\$ 19.844,08	\$ -	\$ 350.092,35	\$ 868.322,99
\$ 1.053,25	\$ 11.706,15	\$ -	\$ 189.945,49	\$ 495.653,04
\$ 1.812,63	\$ 20.146,03	\$ -	\$ 298.856,24	\$ 824.972,24
\$ 9.508,20	\$ 105.676,65	\$ -	\$ 1.626.659,72	\$ 4.386.418,52

ANEXO C

Asignaciones: Primaria, Secundaria, y Terciaria de Servicios Intermedios a los Finales

SERVICIOS FINALES	COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS		
	PERSONAL	OTROS COSTOS	TOTAL
Internación	\$ 5.668.185,36	\$ 684.180,79	\$ 6.352.366,15

ASIGNACIÓN COSTOS INDIRECTOS provenientes de SERVICIOS GENERALES				
Comedor (Racion de comida y hs. MO)	Dirección y Administración (hs. MO)	Lavandería (Kg)	Limpieza (Hs MO)	Mantenimiento (Hs. MO)
\$ 3.364.011,08	\$ 113.916,94	\$ 133.596,64	\$ 1.294.666,28	\$ 295.083,60

ASIGNACIÓN COSTOS INDIRECTOS provenientes de SERVICIOS GENERALES			
Movilidad (Hs. MO)	Portería (Hs. MO)	Ropería (N° piezas confeccionadas)	TOTAL
\$ 133.114,80	\$ 1.479.473,03	\$ 91.560,00	\$ 6.905.422,36

ASIGNACIÓN DE COSTOS INDIRECTOS provenientes de SERVICIOS INTERMEDIOS					
Esterilización (Hs. MO)	Farmacia (Hs. MO)	Laboratorio (Hs. MO)	Neurología (Hs. MO)	Nutrición (Hs. MO)	TOTAL
\$ 121.178,40	812.574,00	297.072,30	189.394,80	363.241,20	\$ 1.783.460,70

TOTAL TOTAL	UNIDADES PRODUCIDAS	COSTOS UNITARIOS	PROMEDIO DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	COSTOS UNITARIOS por día-cama
\$ 15.041.249,21	720	\$ 20.890,62	18	\$ 1.160,59



GOBIERNO DE MENDOZA
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL ESCUELA DE SALUD MENTAL Dr. CARLOS PEREYRA
COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Mendoza, 18 de mayo de 2015

Pasante Marianela Gaia:

Me dirijo a usted a fin de comunicarle que su proyecto "Cálculo y análisis del costo hospitalario promedio de un día cama en el servicio de internación en el Hospital Escuela de salud Mental Dr. Carlos Pereyra", ha sido analizado y se otorga el Vº Bº para su realización, solicitándole además con carácter obligatorio el informe final de dicho proyecto una vez concluido.

Sin más, saludo atentamente.

Dr. CARLOS MANASSERO
PRESIDENTE CDI
Hospital Escuela de Salud Mental
Dr. CARLOS PEREYRA

Declaración Jurada Resolución 212/99-CD

“El autor de este trabajo declara que fue elaborado sin utilizar ningún otro material que no haya dado a conocer en las referencias, que nunca fue presentado para su evaluación en carreras universitarias y que no transgredí o afecta derecho de terceros”

Apellido y Nombre	Mendoza, 11 de Abril del 2016	Firma
Gaia Mariana	N° Registro 26650	