

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: Ana Flavia Martínez Parolari

INTERVIENEN EN RECUPERO DE COSTOS EN UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y DE RESPUESTA INMEDIATA

Estudio de caso: Municipio de Vicente López

2012

Director de Tesis: Mg. Jorge Paola

Citar como: Martínez Parolari, A. F. (2012). Determinantes que intervienen en recupero de costos en unidades de atención primaria de la salud y de respuesta inmediata. Estudio de caso: Municipio de Vicente López. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento al Director de esta tesis de Maestría, Mg. Jorge Paola por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la visión general acerca del sentido del proyecto. Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas y acumulación de esfuerzos previos que corresponden a otras personas, agradezco al Director de la Maestría en Economía Gestión de la salud Mg. Arturo Schweiger, por el material facilitado y las sugerencias recibidas.

Un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales, gracias a mis padres y a mi marido por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito por eso, esta tesis es también suya.

A todos, muchas gracias.

INDICE

Resumen/abstract – palabras clave –link	Pág.....3
1. Introducción	Pág.....4
2. Planteamiento del problema	
2.1 Formulación del problema de la tesis	Pág.....7
2.2 Pregunta	Pág..... 8
2.3 Propósito.....	Pág..... 8
2.4 Objetivos: general y específicos.....	Pág..... 8
3. Marco teórico	
3.1 Breve revisión histórica conformación y descentralización del Sistema de salud Argentino.....	Pág... 10
3.2 Características del sistema de salud Argentino: fragmentación y fragmentación.....	Pág... 17
3.3 Marco normativo regulatorio del Subsistema Público de salud	Pág....25
3.4 Definición de costo	Pág....27
3.5 Concepto de incentivo	Pág....28
3.6 Lineamientos generales del Programa SUMAR.....	Pág....32
4. Metodología	
4.1 Hipótesis	Pág....34
4.2 Tipo de estudio	Pág... 34
4.3 Dimensiones, variables, indicadores	Pág....37

4.4 Universo y características de la muestra	Pág....37
4.5 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos	Pág... 44
5. Desarrollo	Pág... 45
6. Conclusiones.....	Pág... 83
8. Bibliografía	Pág....86
9. Anexos	Pág....89

RESUMEN / ABSTRACT

El presente estudio tuvo como propósito conocer, analizar y comparar el proceso recuperación de costos a terceros pagadores en las Unidades de Atención Primaria y de las Unidades de respuesta Inmediata de un municipio de los veinticuatro que conforman el conurbano bonaerense.

Los municipios en la República Argentina suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico. Municipio de Vicente López recupera costos de la seguridad social, prepagas y seguros por que la oferta pública subsidia indirectamente las ineficiencias de los otros subsectores de salud.

Este estudio retrospectivo cuali-cuantitativo utilizó una encuesta cerrada al personal administrativo municipal involucrado en el proceso de recupero; el abordaje cualitativo describió y analizó el desempeño del recurso humano con la aplicación del sistema de incentivos económicos explícitos, el "Fondo Operativo de Recupero y Distribución" así como también la descripción y el análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del proceso de recupero de costos. Se obtuvo conocimiento de los procesos de facturación y sus características en APS municipal con todos los factores involucrados para poder implementar una mejora en el proceso, evitando inequidad en el gasto público social e ineficiencia en el uso de los recursos.

PALABRAS CLAVE:

Recupero de costos, financiamiento, subsidios encubiertos, proceso de facturación, incentivos económicos.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino se caracteriza por su fragmentación, éste se encuentra dividido en tres subsistemas: subsistema público, el subsistema de la seguridad social (obras sociales nacionales, obras provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – INSSJyP), el subsistema privado (prepagas) un sistema determinado por la ausencia de planificación y programación integrados.

La falta de complementariedad y coordinación de los subsectores del sistema de salud suele provocar superposición de cobertura, acciones y gasto.

...“Los principales problemas de la eficiencia son la escasa articulación entre jurisdicciones y subsectores y la falta de gestión...”¹ (González García, Tobar, 2004).

La coexistencia desarticulada de cada uno de los subsistemas difiere respecto a su población objetivo, los servicios que prestan y el origen de los recursos que disponen. Es patognomónico del subsector público la ausencia de la consideración del costo como variable para la toma de decisiones.

El recupero de costos por los servicios brindados a los afiliados de obras sociales y prepagas, contribuye al financiamiento del sector público²(Rovere, 2004). Esta concomitancia descentralizada de los tres subsistemas, provocan una manifiesta superposición de subsidios, según estiman diferentes estudios según Tobar un 30% a un 40% descripto por Maceira de las prestaciones que proveen los servicios públicos son recibidas por personas que tienen cobertura de seguros de salud.³ (Maceira,2002)

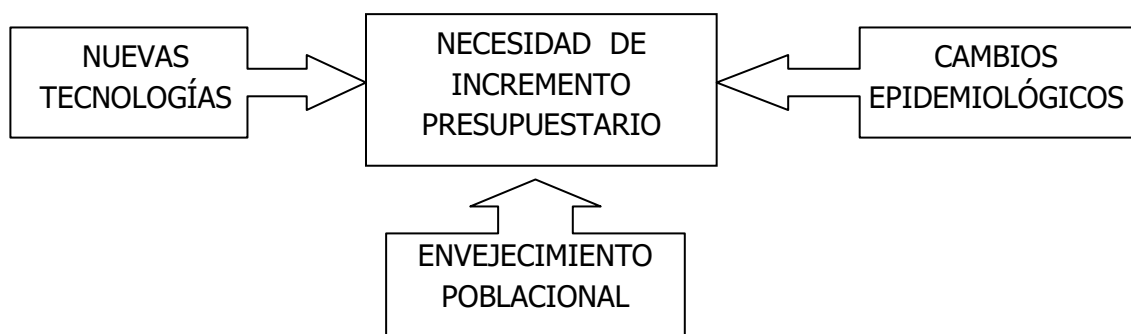
¹González García, Tobar (2004):“Salud para los argentinos” ediciones ISALUD pág. 324,331y 332.

²Rovere, Mario (2004):“La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto”, revista electrónica La esquina del Sur. Mayo 2004.

³ Daniel Maceira:“Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”SEMINARIO VII – Octubre 2002.Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Obtener ingresos adicionales e incrementar los presupuestos hospitalarios es necesario puesto que la tendencia internacional es que los sistemas sanitarios cada vez necesitan y se le asignan mayores presupuestos debido al rápido desarrollo de la tecnología médica, los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población; estos factores provocan que los países deban incrementar su gasto en salud.

Esquema N°1. Factores determinantes que provocan incrementos en los presupuestos destinados a la salud.



Fuente: Elaboración propia.

Esta necesidad se expresa en forma de normativa cuando el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2000 sanciona el decreto N° 939/00 donde crea el régimen de “Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada” HPGD.

Algunas de las resoluciones que ha tomado el Ministerio de Salud de la Nación como la N° 263/2013 y la N°635/2015 han dejado en evidencia la necesidad de políticas que disminuyan la brecha de los subsidios cruzados existentes entre los actores del sector salud, mejorando así la eficiencia en el financiamiento del subsector público. El ámbito donde se realizó el trabajo fue el municipio de Vicente López, ubicado en el norte de la provincia de Buenos Aires siendo uno de los 135 partidos que la conforman, el más pequeño en kilómetros cuadrados; la investigación se realizó en uno de los efectores de la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano del mencionado municipio, la Dirección

General de Atención Primaria, que tiene a cargo diecinueve unidades de atención primaria (UAP) y dos unidades de respuesta inmediata (URI). Para evitar la superposición de subsidios el Municipio de Vicente López utiliza un proceso de facturación a la seguridad social como también implementa un incentivo económico para el personal de salud a través del "Fondo Operativo de Recupero y Distribución" (FORD). La aplicación del incentivo FORD a todo el personal de salud debiera contribuir a la optimización del proceso. Se realizó una encuesta al personal administrativo de todas las UAPs y URIs encargado de la facturación a terceros pagadores, el servicio de estadística aportó los datos necesarios para la investigación, RRHH de APS aportó la información del personal encuestado. La falta de datos sobre el proceso de recupero de costos del Municipio de Vicente López imposibilita conocer la eficiencia de dicho proceso y si el incentivo FORD cumple con los objetivos de su implementación. El trabajo de tesis propuso brindar información analítica del proceso de facturación en Atención Primaria de la Salud (APS), sus fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades con el fin de que constituyan un cúmulo de herramientas para la gestión sanitaria local. Fue necesario realizar una breve revisión histórica la cual acompañada con el detalle de la evolución del marco normativo hasta la actualidad. ¿Por qué se instauró el proceso de recupero de costos en el país, cómo se implementó, qué debilidades tuvo el proceso, cuál fue su fortaleza, ha mejorado el financiamiento del subsector público? Este trabajo se realizó en un municipio que recupera costos desde el año 2001 a la fecha, pero se desconoce la efectividad del proceso, siendo su fundamento mejorar el financiamiento del subsector brindando más equidad al sistema. La investigación se realizó en base a detallar la conformación, estructura, función y financiamiento del municipio, como también su marco normativo vigente. El desarrollo y las conclusiones del trabajo.

CAPÍTULO II

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Formulación del problema de la tesis

El armado de los sistemas de salud locales descentralizados no fue un proceso lineal sino pendular, con idas y vueltas, además de arrastrar y mantener la misma matriz caracterizada por la fragmentación y superposición de prestadores que distingue al sistema de salud de nuestro país desde mediados del siglo pasado.

Uno de los objetivos de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) fue hacer más eficiente su financiamiento, uno de los medios para conseguir dicha mejora es la eliminación de los subsidios cruzados encubiertos desde el subsector público a la seguridad social y prepagos.

Según el censo 2010 la población nacional sin cobertura de salud ascendió a 7.030.683 mujeres y 7.283.999 hombres sumando un total de 14.314.682 de ciudadanos, estos acceden al subsistema público.

Los trabajadores formales que se desenvuelven en el marco de la seguridad social y provee cobertura de salud a cerca de 24 millones de personas en todo el país, son atendidos por el subsistema de obras sociales.

La población con capacidad de pago y sin cobertura de obra social que puede contratar una aseguradora privada, el subsistema privado.

Es habitual la existencia de múltiple cobertura que resulta no solo de la duplicación de cobertura entre el sector público y los diferentes tipos de seguros sino que, a su vez, puede existir triple cobertura (o más) si los diferentes miembros de un grupo familiar tienen derecho a diferentes tipos de instituciones y aún peor, cuando se agrega la afiliación voluntaria a seguros privados.

Los sistemas segmentados marcan una clara división en la población objetivo entre subsistemas (público, seguridad social y privado) lo que afecta la eficiencia y la equidad.

2.2 Pregunta

¿Qué características tuvo el proceso de recupero de costos que se aplicó en todas las Unidades de Atención Primaria de la Salud y las Unidades de Respuesta Inmediata del Municipio de Vicente López, durante el año 2015?

2.3 Propósito.

El trabajo de tesis propuso brindar información analítica del proceso de facturación en Atención Primaria de la Salud (APS), sus fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades con el fin de que constituyan un cúmulo de herramientas para la gestión sanitaria local.

El producto final se estima conveniente para el estado del arte en materia de financiamiento del sistema de salud.

2.4 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar el proceso y los determinantes de recuperación de costos a terceros pagadores en las Unidades de Atención Primaria y de las Unidades de respuesta Inmediata del Municipio de Vicente López (MVL) Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

- Describir el proceso de facturación que se lleva a cabo a la seguridad social y prepagos FORD en las unidades de atención primaria y unidades de respuesta inmediata municipal.
- Comparar el proceso FORD con el sistema de recupero del programa SUMAR en las unidades de atención primaria y unidades de respuesta inmediata municipal.
- Describir tecnología disponible en las unidades de APS para recupero de costos.
- Analizar las características del recurso humano, nivel educativo y capacitación en recupero de costos.
- Establecer mediante una matriz FODA las fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades del recupero de costos existente en el municipio durante el año 2015.

CAPÍTULO III

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Breve revisión histórica conformación y descentralización del Sistema de salud Argentino

Las políticas que Argentina implementó en los distintos períodos históricos tomando como punto de partida la finalización de la segunda guerra mundial caracterizado por la sucesión de gobiernos democráticos y de facto intercaladamente del año 1945 al año 1983 donde la democracia se consolidó hasta la actualidad; conjuntamente con los cambios en la política internacional, el proceso de globalización y cambios en la macroeconomía fueron algunos de los determinantes para que el sistema de salud argentino se fuera conformando con características propias.

La integración del sistema sanitario argentino ha sido una asignatura pendiente que ningún gobierno ha podido conseguir, al igual que la cobertura universal de salud.⁴(Bursztyn, 2010. pág. 80 a 83).

Una breve reseña histórica de la conformación del sistema de salud argentino y cómo se organizaron los subsistemas es necesaria para poder conocer el financiamiento de los mismos y por qué es necesario el recupero de costos del sector público a la seguridad social y prepagos.

El período anterior a la creación del Ministerio de salud de la Nación, la oferta sanitaria estaba escasamente organizada, el Estado poco presente y sin una regulación ni planes de inversión sanitaria.

⁴ Ivana Bursztyn, Rosana Kushnir, Lúcia Giovanella, Alícia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, Maria I. Riveros, Ana Sollazzo. (2010) "Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados" Rev. salud pública. 12 (1): 77-88 Redalyc .org. pág. 80 a 82.

La ciudadanía de bajos recursos dependía de organizaciones caritativas, de beneficencia para acceder a atención sanitaria o se asociaba en forma voluntaria a organizaciones extra estatales, contribuyendo a un fondo común, para recibir ciertos beneficios en el momento en que los necesitaran, así se establecieron las sociedades de ayuda y socorros mutuos.

Las comunidades extranjeras utilizaron este mecanismo en la organización de mutuales. Con la misma modalidad de contribuir a un fondo común y solidario se fueron organizando trabajadores con el mismo oficio.

Las precursoras de las obras sociales fueron las agrupaciones sociales, colectivos de inmigrantes y trabajadores organizados.

La política de la post -guerra europea puso en práctica los postulados del economista británico John Keynes, propuso un Estado fuerte e interventor a través de la política fiscal y las obras públicas, su noción de estabilidad equivalía a la plena ocupación.

El principal instrumento de ahorro del enfoque Keynesiano fueron los servicios de salud y/o Seguridad Social garantizados por el Estado.

En el año 1949 siguiendo esta tendencia internacional, en Argentina se creó el Ministerio de Salud de la Nación, con el Dr. Ramón Carrillo a la cabeza, fue un período histórico de gran desarrollo del Estado.⁵

Esta época que se caracterizó por una gran expansión de la infraestructura hospitalaria y se logró duplicar el número total de camas de hospitales públicos en diez años. La política propuesta frente a la crisis del Estado benefactor en los años sesenta fue la reforma del estado.

En los años 1963/1966 el Ministro de Salud Dr. Oñativia promueve la creación de los "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad" SAMIC, los hospitales de reforma se caracterizaban en la descentralización administrativa siendo un eje principal la participación de la comunidad y del personal en su administración.

⁵Carrillo, Ramón: "Contribuciones al conocimiento sanitario". Obras completas Eudeba Buenos Aires 1974. Pág.152.

Esta experiencia se desarrolla durante tres años en los hospitales de Gonet y Mar del Plata. Marcan, junto con los posteriores Hospitales SAMIC las primeras experiencias de autogestión hospitalaria.

La sanción de la ley 18610/70 se establece la afiliación obligatoria a las obras sociales de toda la masa trabajadora y sus familiares e impone al subsistema de la seguridad social en los años '70.

En 1971 se crea el PAMI, Programa de Asistencia Médica Integral a través de la ley 19032, obra social para jubilados y pensionados ⁶(Torres Rubén, 2004).

El proceso de descentralización el Estado Nacional en el año 1983 se inscribe en el marco global de la "modernización del Estado", que se caracterizó por la transferencia de responsabilidades, capacidades y recursos desde un nivel superior de gobierno a otro inferior.

En los años 1983 / 1989 se instaura el Seguro Nacional de Salud -ley 23661-. Hubo una redefinición de las funciones que corresponden al gobierno central y a los gobiernos locales. La República Argentina no fue original en plantear la necesidad de la descentralización del estado nacional.

En el contexto internacional, otros países de la región en la década de los '80 entre los que se encontraban Perú, Uruguay, Chile, México, Venezuela implementaron políticas descentralizadoras al igual que algunos países de Europa como Francia y España. Las reformas se han vinculado a los procesos de ajuste macroeconómico, reducción del tamaño y rol del Estado y desregulación de los mercados produciendo cambios financieros, estructurales e institucionales.

En la década de los noventa en Argentina hubo una tensión entre el estado y el mercado caracterizada por: el aparato productivo heterogéneo, desocupación persistente de gran magnitud, endeudamiento externo y desindustrialización.

La reforma del sector salud tuvo también como objetivos introducir la lógica de mercado en el sector y disminuir el gasto fiscal.

⁶Torres Rubén: "Mitos y verdades de las obras sociales en la Argentina" Ediciones ISALUD 2004.

El concepto de gestión, la producción de bienes y prestaciones de servicio que demanda la sociedad es incorporado para llevar a delante el desafío de la descentralización.

La misma se realizó desde gobierno nacional hacia las provincias, respondiendo al modelo de centralización normativa y descentralización operativa.

La eficiencia y la efectividad de una organización en los años '90, fueron variables independientes de quién era el propietario de las mismas, el estado o capital privado.

Aumentar la eficiencia reside en la posibilidad de obtener más salud por el mismo dinero. El Estado es garante del derecho a la salud, este derecho se afirma en la nueva Constitución Nacional del año 1994.

La Nación traspasó los hospitales públicos nacionales a las provincias con una problemática importantísima y fue que dicha transferencia no fue acompañada por los presupuestos necesarios para su ejecución; hecho que representó una mayor carga presupuestaria para las administraciones provinciales ⁷(Bursztyn, 2010). Se llegó a los años noventa con un sistema de provisión de servicios públicos de salud, con carácter universal pero desfinanciado y sin haber podido alcanzar el Seguro Nacional de Salud.

La regresividad e insuficiencia del financiamiento del sistema de salud trajeron como consecuencia un predominio de pago de bolsillo. Los estimados fueron aun cobrando al total de los pacientes el hospital solo alcanzaría a cubrir entre el 60% al 70% de su gasto, la brecha faltante del 30% 40% debería ser cubierta por el Estado o suprimirse por reducción del gasto. ⁸(Arce, 1996). El proceso de transferencia financiera de instituciones de salud nacionales a instancias provinciales culminó a partir de 1990.

⁷ Ivana Bursztyn, Rosana Kushnir, Lúgia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, Maria I. Riveros, Ana Sollazzo. (2010) "Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados" Rev. salud pública. 12 (1): 77-88 Redalyc .org. pág. 80 a 82.

⁸Arce, H. (1996): "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina". Financiamiento del desarrollo N°59 Naciones Unidas.

En la Ley de Presupuesto de 1992 desaparecieron de la secretaría de salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios, que representaban la 1/5 parte de los créditos del Ministerio de Salud y Acción Social.

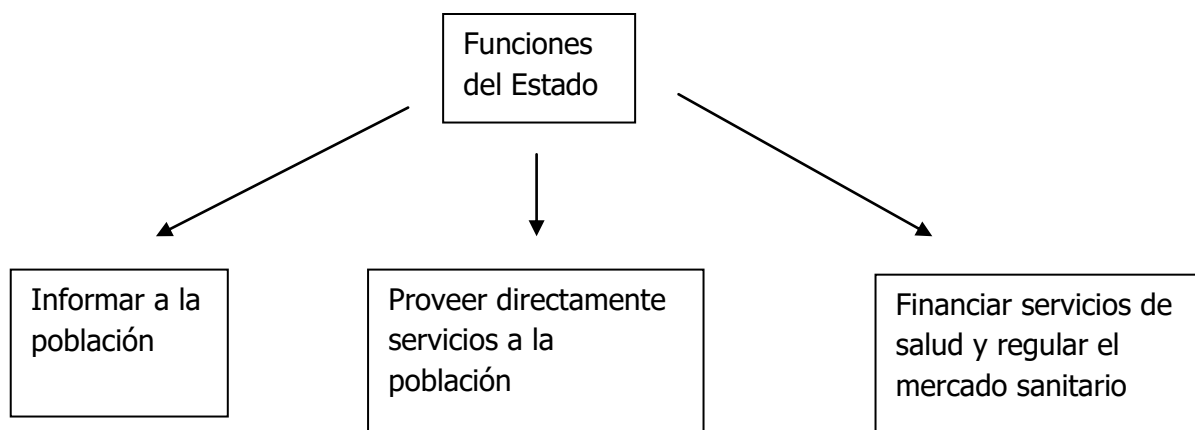
Se sustanciaron las transferencias de las últimas dependencias nacionales.

Los objetivos de la descentralización fueron:

-  Democratización.
-  Aumento en la eficacia.
-  Disminución del gasto.
-  Aumento de la equidad.

La Secretaría de Salud de la Nación se reservaba la función de orientación política y asistencia técnica, delegando en los ministerios provinciales la administración de establecimientos y programas.

Esquema Nº 2. Las funciones del Estado en el sector de la salud



Elaboración propia.

Fuente:González García, Ginés "Las reformas sanitaria y los modelos de gestión" Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(6), 2001.

“...Bajo el nombre de descentralización se engloban procesos distintos, como la municipalización, la distritalización, la transferencia de los servicios a las jurisdicciones departamentales o provinciales, o la delegación de autonomía de gestiona los hospitales”...⁹(González García, Ginés.2001).

Con la sanción del decreto 578/93 se establece el Hospital Público de Autogestión (HPA) cuyo eje principal fue el derecho a la salud y disminuir el déficit público. Todo ciudadano que concurre al hospital público, contaría con algún tipo de financiación, a través de la seguridad social, los seguros privados o el Estado. Una de las debilidades más notorias del proceso de descentralización se produjo en algunos sistemas políticos locales (municipalidades) que funcionaban bajo la lógica del patronazgo y el clientelismo en cuyos casos la descentralización reforzó el poder de gobiernos, que resultaban ser más herméticos a la participación ciudadana que la que era en el gobierno central.

La implementación del decreto 939/00, vigente en la actualidad establece los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD); cuyas características fundamentales son: el cobro de prestaciones a beneficiarios de otros subsistemas de salud, una gestión eficiente y racional, favorecer la accesibilidad de la población sin cobertura, promover incentivos a través de la distribución porcentual de los ingresos obtenidos al personal, categorización y habilitación del hospital, transferencia presupuestaria.

⁹González García, Ginés “Las reformas sanitaria y los modelos de gestión” Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J PublicHealth9(6), 2001.

Síntesis de la evolución histórica del sistema de salud argentino.

- ✓ Hasta 1945: sistema liberal, protección individual, organización de los trabajadores en mutuales.
- ✓ 1945 a 1955: estado de bienestar, creación del Ministerio de Salud de la Nación. Aumento de la capacidad instalada y programas.
- ✓ 1955 a 1970: desfinanciamiento del sector público, comienza el proceso de descentralización del estado, transferencia a las provincias.
- ✓ 1970 a 1974: ley 18.610 normas de funcionamiento de las obras sociales. Afiliación obligatoria a las obras sociales a toda la masa trabajadora. Creación del Programa de asistencia médica integral (PAMI) -ley 19032-. Desarrollo del subsistema privado de prestación médica.
- ✓ 1974 a 1983: desfinanciamiento del sector público, descentralización del gobierno central. Derogación de la ley 18610 por la ley 22269.
- ✓ 1983 a 1989: Se instaura el Sistema Nacional de Seguro Nacional de Salud- ley 23661- Régimen de obras sociales - ley 23660.
- ✓ 1990 a 2010: Modernización del estado.
Desregulación de las obras sociales - transferencia de recursos al sector privado, mecanismo de subsidiaridad.
Programa médico obligatorio (PMO)
año 1993 Hospitales públicos de autogestión (HPA)
año 2000 Hospitales públicos de gestión descentralizada (HPGD).

- ✓ 2011 Desregulación de los prepagos: marco regulatorio de la medicina prepaga – ley 26682.

3.2 Características del sistema de salud Argentino: fragmentación y segmentación.

Ludwig Von Bertalanffy con su teoría de los sistemas, intentó unificar el conocimiento científico, propuso el marco teórico- práctico de las ciencias naturales y sociales. Con su aporte intentó favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria y lograr una mayor integración en la ciencia.

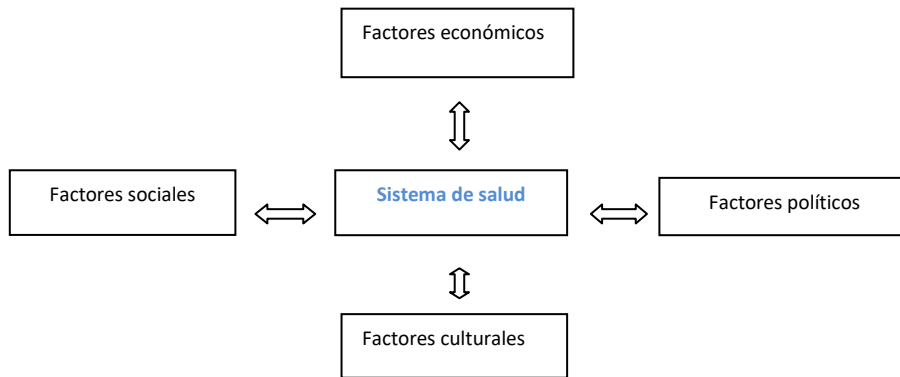
Este concepto de sistema, busca leyes y principios generalizados, sin importar su género, naturaleza o componentes.

La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes.

Las tres premisas básicas de la teoría de los sistemas:

- Los sistemas existen dentro de sistemas.
- Los sistemas son abiertos.
- Las funciones de un sistema dependen de su estructura.

Esquema N° 3. Sistema de salud abierto y su interacción con el medio ambiente



Elaboración propia.

La Teoría General de Sistemas distingue varios niveles de complejidad:

- Sistema: totalidad coherente, sistema de salud.
- Suprasistema: medio que rodea al sistema, factores culturales, políticos, sociales y económicos.
- Subsistemas: los componentes del sistema, público, seguridad social, privado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos destinados a promover, mantener y mejorar la salud de la población.

El sistema de salud argentino se caracteriza por su fragmentación se divide en tres subsistemas con la característica de la ausencia de planificación y programación integrados.

- ❖ El subsistema público.
- ❖ El subsistema de la seguridad social (obras sociales nacionales, obras provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – INSSJyP).
- ❖ El subsistema privado (prepagas).

Tipo de cobertura de salud en Argentina.

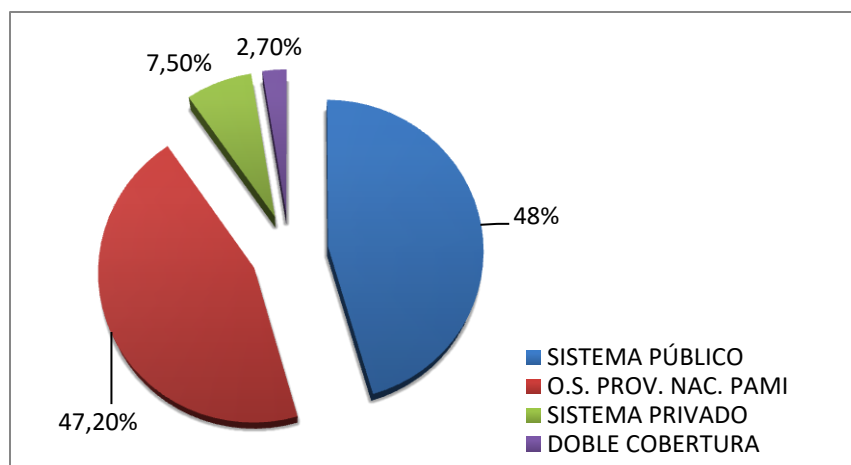


Gráfico N° 1. Fuente: "Salud para los argentinos", García, Tobar 2004.

47,2% Subsistema de la seguridad social – **obligatorio**.

..."Las obras sociales son entidades de derecho público no estatal, sin fines de lucro, sujetas a regulación estatal. Su diferencia básica con los seguros privados reside en el carácter compulsivo de afiliación y en la base solidaria de su financiación"....

48,0% Subsistema público- **universal y gratuito**.

".... El Ministerio de salud de la Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y los municipios, a su vez brindan servicios directos de asistencia a la población"....

7,5% Subsistema privado – **voluntario**.

...“Este subsector se caracteriza por su financiación a partir del aporte voluntario de los usuarios. Se diferencian de las instituciones mutualistas por el carácter lucrativo de su propósito empresarial”....

2,7% Doble cobertura – **obligatorio y voluntario**.¹⁰ (González García, Tobar: 2004)

El sistema de salud argentino es ampliamente segmentado, tanto en su fuente de financiamiento, como en su mecanismo de aseguramiento, gestión y prestación de servicios.

Tipos de segmentación:

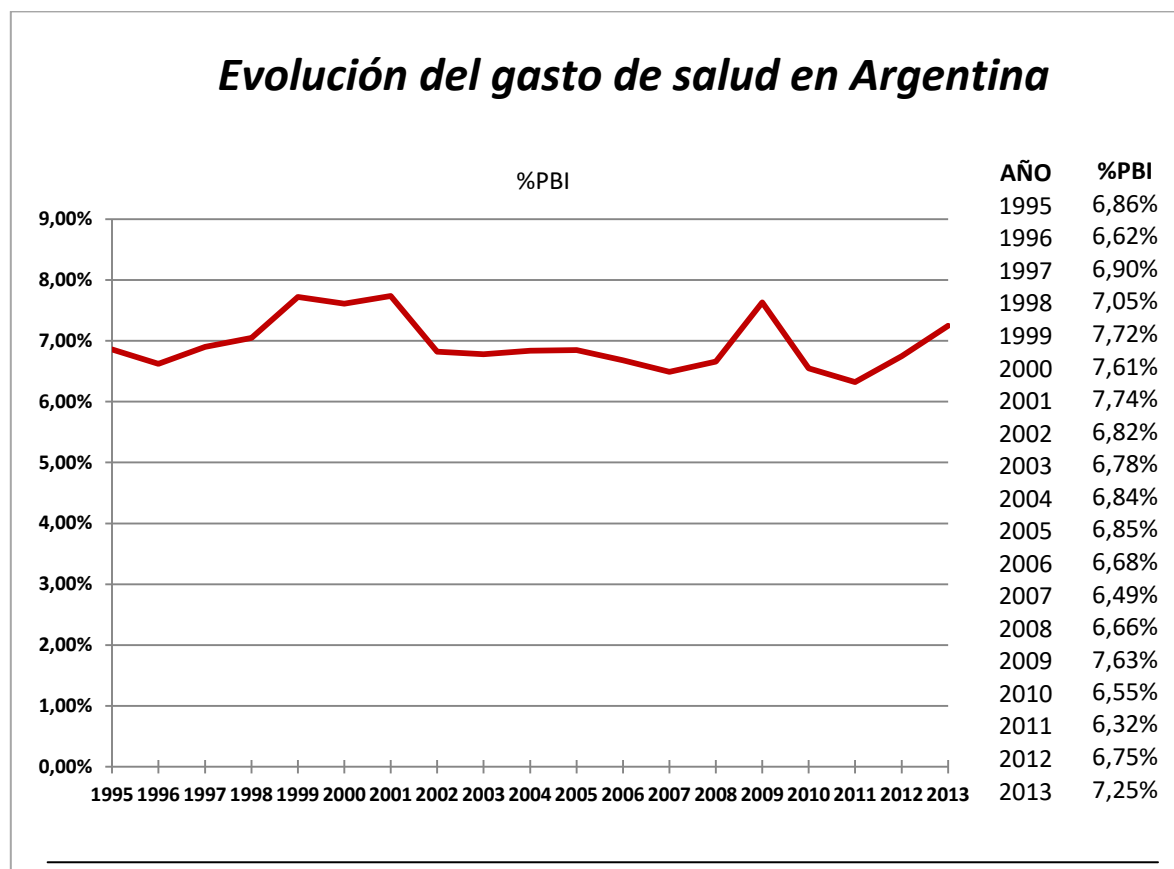
1. Criterios socioeconómico-demográficos.
2. Segmentación de los mercados organizacionales.
3. Geográfica.

La superposición de redes, la ausencia de complementariedad de los servicios y la falta de continuidad de cuidados médicos imposibilitan el abordaje y la atención integral del ciudadano.

El sector público se orienta a la cobertura de la población más vulnerable, asumiendo el riesgo financiero y epidemiológico, con una participación inferior en el gasto total de salud, lo que genera que gran parte del gasto sea financiado directamente por los hogares. En el contexto macroeconómico la República Argentina ha incrementado el gasto en salud.

¹⁰González García, Tobar (2004): “Salud para los argentinos” ediciones ISALUD pág. 294 a la 302.

Gráfico N°2. Evolución del gasto en salud como porcentaje de PBI Argentino del año 1995 al 2013.



Fuente: <http://www.indexmundi.com/es/datos/argentina/gasto-en-salud>.

Siguiendo a ¹¹Murray y Frenk, los objetivos básicos de los sistemas de salud se agrupan en tres grandes categorías, a saber: i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.

¹¹Murray, CJL and Frenk, Julio: A WHO" Framework for Health System Performance Assessment". GPE, documento de trabajo N° 6, noviembre de 1999. OMS, Ginebra.

El índice del desempeño de los sistemas nacionales de salud según la OMS debe estar fundamentado en cuatro funciones vitales:

1. Prestación de servicios
2. Generación de recursos.
3. Financiamiento.
4. Rectoría.

El financiamiento del gasto en salud en la Argentina también y siguiendo la misma lógica los recursos provienen de tres grandes grupos:

- ❖ Recursos públicos: impuestos directos e indirectos transformados en recursos de rentas generales y presupuestos específicos.
- ❖ Impuestos al trabajo: aportes y contribuciones (sistema de obras sociales).
- ❖ Recursos privados: contratación voluntaria de seguros a prepagos, adquisición de bienes y prestaciones.

El sector público se encuentra conformado por hospitales y centros de atención primaria de la salud y se financia con recursos fiscales.

En Argentina hay 1.204 hospitales públicos (81.816 camas):

- 9 nacionales.
- 957 provinciales.
- 238 municipales.

Centros de APS aproximadamente 6.456 unidades asistenciales.

La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional.

Un rasgo del subsector es la ausencia de la consideración del costo como variables para la toma de decisiones.

Los efectores de salud garantizan en el territorio nacional la atención a todos los ciudadanos, que exigen cada vez servicios más costosos, en mejores condiciones y con mejores comodidades.

En presencia de una oferta pública universal y gratuita, la demanda de atención sanitaria se comporta como un bien superior ya que su consumo aumenta con la renta. Los ingresos provenientes de la Seguridad Social, al sector público se originan a partir de diferentes modalidades de facturación: por prestación, por módulo y por cápita. Para poder recuperar costos se debe facturar y cobrar prestaciones a los terceros obligados en forma eficiente; dos procesos diferenciados, aunque el segundo depende necesariamente del primero.

"Un paciente sin cobertura social atendido en un hospital público, recibe un servicio prestado por el Estado y financiado por el Estado. En cambio, si el gasto de su atención es solventado por una Obra Social, se producirá un flujo financiero desde el subsector de Obras Sociales al subsector Público; pero si la Obra Social no reconoce la cobertura de dicho gasto, se producirá un flujo financiero en sentido inverso"¹²(Arce, 2013 pág. 11) Suele saberse cuanto se factura, pero casi nunca se sabe cuánto se perdió de facturar.

Muchos de los centros de salud carecen de capacidad organizativa y tecnológica para llevar adelante el desafío de recuperar costos o incrementar en forma significativa sus recursos genuinos.

En el marco de una política de fortalecimiento de los hospitales públicos de gestión descentralizada, la cartera sanitaria nacional se abocó en los últimos años al mejoramiento del sistema de recupero.

¹² Arce Hugo: "Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX", tesis de doctorado, IUCS - Fundación H. A. Barceló Buenos Aires, septiembre 2013.

Según datos de 2014 relevados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SS Salud) dependiente de la cartera sanitaria nacional, de los 1928 efectores inscriptos, sólo 384 gestionaron recuperos.

El régimen de "Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, derogó siete años de "Hospitales Públicos de Autogestión".

Dejando establecido en el artículo N° 2 los objetivos de los HPGD:

- ✓ Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud.
- ✓ Fomentar una gestión eficiente y racional de la salud.
- ✓ Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.
- ✓ Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos bajo el sostenimiento y consolidación de una concepción federal de la salud.
- ✓ Aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza de la facturación presentada.

En el artículo N° 8 del mismo decreto inciso B establece:

..."Cobrar los servicios que brinde el subsector público a usuarios de 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 fije la normativa vigente..."

¿La gestión pública ha podido desarrollar recupero de costos a través de procesos de facturación eficientes?

Un dato relevante surgió en la investigación para la tesis de maestría de la Dra. Bühl Dalila, fue que el 97% del recurso humano encuestado en un hospital público de la

Provincia de Misiones desconocía cuanto se recuperaba en pesos mediante la facturación a terceros pagadores¹³ (Bühl, Schweiger, 2012).

3.3 Marco normativo regulatorio del Subsistema Público de salud.

En los años noventa finaliza el proceso de descentralización del Estado que se caracterizó por no ser un proceso lineal y consecutivo sino todo lo contrario, fue un proceso pendular con idas y vueltas desde 1955 a los noventa.

En la descentralización de la salud la Nación traspasa los hospitales públicos a las provincias, con una problemática importantísima que esa transferencia no fue acompañada por los presupuestos necesarios para su ejecución.

En los años noventa decreto 578/93 posibilitó a los Hospitales Públicos de Autogestión a recuperar lo gastado en la atención de los pacientes con algún tipo de cobertura, este régimen duró siete años y fue reemplazado en el año 2000 por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada decreto ministerial 939/00 con las siguientes características:

1. El traspaso completo de los recursos financieros disponibles para la gestión.
2. La capacitación de recursos humanos; un incremento de la retribución económica en forma diferenciada, ligada a la mayor productividad y a las mejores calificaciones técnicas; la integración del hospital en un modelo de atención de red de servicios locales; la incorporación de esquemas de acreditación, que garanticen la calidad de la atención; la incorporación racional de nuevas tecnologías; la utilización de mecanismos de inversión conjunta con el área privada; el desarrollo de verdaderos sistemas de información; y estudios de costos.

¹³Bühl, Dalila y Schweiger, Arturo (2012): "Lineamientos para la optimización del proceso de recupero de costos y del sistema de incentivos en un hospital público". abresbrasil.org.br/.../avaliacao_trabalho_13_lineamientos_julia_d.buhl-a.schweiger.

La resolución N° 263/2013 Convenio Marco de Cooperación celebrado entre el Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia de seguros de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud, cuyo objeto consiste en profundizar la colaboración mutua entre las partes, tendientes a impulsar en forma conjunta políticas e instrumentos necesarios para la mejora en el recupero de los costos incurridos en la atención de personas afectadas por accidentes de tránsito, por parte de los hospitales y/o centros de salud de carácter público.

Durante el gobierno de facto, la junta militar sanciona el decreto ley N° 8801/77 creándose el sistema de Atención Médica Organizada (SAMO).

En este período descentralizador, los hospitales de la Provincia de Buenos Aires adquirieron ciertos grados de autonomía administrativa.

El SAMO es una ley excepcional de la Provincia de Buenos Aires, cuyo régimen redistributivo permite recuperar los costos de atención a pacientes con seguridad social, para que ese dinero se reinvierta en el sector público de salud.

Actualmente 79 Hospitales Públicos dependen del Ministerio de Salud bonaerense, cuyo mecanismo utilizado para cobrar la atención de pacientes mutualizados presenta fugas que van en detrimento de la financiación y la calidad de servicio.

Dichas fugas de recursos se transforman en un subsidio a las aseguradoras y obras sociales.

El gasto provincial en salud está destinado a las personas de menores ingresos.

La aplicación del subsidio a la demanda puede provocar inequidades en el financiamiento, si el mismo no es acompañado por mecanismos que resguarden a la población sin cobertura de salud ni recursos.

Los requisitos formales para que las prácticas realizadas a la seguridad social puedan ser facturadas dependen más de la declaración voluntaria del paciente con cobertura que del propio hospital (debilidad del sistema de información); debiendo proporcionar cada vez que se atiende fotocopias de DNI, credencial de la obra social y recibo de sueldo.

Estos requisitos formales no siempre son respetados, tal vez por la falta de conciencia dentro de los hospitales de la importancia de acrecentar los recursos económicos, el

dinero que no se recupera, representa un beneficio económico (ahorro) para las prepagas, las obras sociales, los seguros de salud y ART.

El Municipio de Vicente López (MVL) se incorpora al Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) a partir de 16 /01/2001.

- Decreto ley 8.801 De la creación del sistema de Atención Medica Organizada
Artículo 1º: Créase en el ámbito de la provincia de Buenos Aires el Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) cuya misión será proporcionar servicios integrados de medicina preventiva y asistencial mediante los recursos sanitarios provinciales y municipales y la coordinación con los demás recursos oficiales y privados y/o efectores de Seguridad Social.

El 31/03/2001 fue la fecha límite que dispuso el municipio en desafectarse con el SAMO y a partir de esa fecha se implementa el "Fondo Operativo de Recupero y Distribución" (FORD).

- ❖ Ordenanza Municipal N° 14910 promulgada por el Decreto 111/01 desafecta del Sistema de Atención Médica Organizada a los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Se implementó un nuevo sistema para la atención de los afiliados de las distintas Obras Sociales. El nuevo sistema que implementó el Municipio de Vicente López es denominado FORD.

El 17/08/2012 se incorporan modificaciones porcentuales del fondo y su distribución al personal.

- ❖ Decreto Municipal N° 2971 del porcentaje recuperado por INSSJP disminuyó al 35% al igual que los coeficientes según función y horas trabajo.

La última modificación 2014 los coeficientes de distribución de FORD.

El Fondo de recupero y distribución sigue los mismos lineamientos de redistribución que el SAMO, el 10% de lo recaudado corresponde a provincia de Buenos Aires y el 90% se distribuye en la asignación salarial FORD (incentivo económico) y a compras de bienes e insumos.

3.4 Definición de costo

Los costos se definen en un sentido amplio, como el valor de los recursos utilizados para producir o alcanzar el valor de un bien o servicio.

Los recursos de una organización de salud son todos los insumos necesarios para realizar la prestación del servicio asistencial: humanos, materiales, técnicos y financieros. Cuando un efector sanitario genera servicios, se produce un gasto; para poder realizar dichos servicios se compra: insumos, materiales, tecnología, medicamentos y utiliza sueldos y salarios, etc.

En tanto que el costo es el valor que resulta de convertir todos los insumos y materiales, en la cantidad de unidades producidas.

$$\text{Gasto/Producción} = \text{Costos unitarios.}$$

Conocer los costos de la producción sanitaria permite el uso racional y eficaz de los recursos ¹⁴ (Schweiger Arturo y col. 2010).

Costos de oportunidad: "el verdadero costo de la atención sanitaria no es dinero, ni los recursos que el dinero mide.

Son los beneficios sanitarios que pudieran haberse conseguido si ese dinero se hubiera utilizado en la mejor alternativa disponible"¹⁵(Ana Guillermina Fernández, 2012).

¹⁴Schweiger Arturo y col. "Sistemas de Costos Hospitalarios". Universidad ISALUD. Junio 2010.

¹⁵Ana Guillermina Fernández: "Análisis de mercados de salud". ISALUD, Abril 2012. Apuntes de clase.

Proceso de recuperación de costos: es un procedimiento que permite que las UAPs y URIs puedan recuperar los costos de lo invertido en las prestaciones brindadas a pacientes con obras sociales y prepagos. Lo recaudado vuelve a las unidades de APS incentivando al personal para que siga implementado y mejorando el proceso.

3.5 Concepto de incentivo

Los políticos, los planificadores y los gestores siguen buscando medios eficaces para contratar y retener al personal en el subsector de salud pública.

Un modo de conseguirlo aplicar planes de incentivos eficaces. Un incentivo es "una recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado". ¹⁶(Adams, O. & Hicks, V. 2001).

Ofrecer al personal encargado del proceso de recupero de costos incentivos económicos, es una de las herramientas que posee la administración municipal para disminuir la brecha existente, haciendo al recupero más eficiente. La asignación del FORD, es un incentivo financiero que se cobra con el sueldo, cuyo alcance es para todo el personal de salud del Municipio de Vicente López (término y condiciones de empleo).

El sistema de incentivos financieros explícitos que utiliza la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano municipal por realizar el proceso de facturación a seguridad social y prepagos se financia con el FORD que deberá destinar el 50% de los ingresos para la bonificación a todo el personal dependiente de la secretaría de salud y el 50% restante para atender erogaciones de capital y gastos en bienes y servicios.

El municipio de Vicente López ofrece varios incentivos financieros a sus agentes, los dos que solo perciben el personal de la secretaría de salud y desarrollo humano son el FORD y el Programa SUMAR que difieren en modalidad y en formas de asignación de recursos.

¹⁶ Adams, O & Hicks, V (2001): "Pay and non-pay incentives, performance and motivation", prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO.

Los incentivos financieros se pueden clasificar en tres grandes grupos; término y condiciones de empleo, primas por resultados y ayudas financieras.

A. Los términos y condiciones de empleo:

Salario/sueldo

Pensión

Seguros: de enfermedad

Primas: de vivienda, para vestido, para el cuidado de los niños, de transporte, estacionamiento.

Permiso pagado.

- Primas por resultados:

Consecución de los objetivos de resultados.

Años de servicio/ antigüedad.

Ubicación o tipo del trabajo: lugares alejados, trabajo riesgoso.

Ayudas financieras:

Becas.

Préstamos: aprobación, devolución.¹⁷

Las condiciones de trabajo insatisfactorias y la gestión inadecuada de los recursos humanos, ha generado la utilización de incentivos para mejorar la contratación, la motivación y la retención de los profesionales de la atención de salud.

Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar, dar satisfacción y mejorar los resultados del personal.

Las condiciones de trabajo insatisfactorias en la gestión pública están caracterizadas por:

 pesadas cargas de trabajo.

¹⁷Zurn et al. 2005: "Guidelines: incentive for health professionals" www.who.int.documents.

- ✚ falta de autonomía profesional.
- ✚ supervisión y apoyo deficientes
- ✚ prolongados horarios de trabajo.
- ✚ lugares de trabajo inseguros.
- ✚ estructuras de carrera profesional inadecuadas.
- ✚ remuneración escasa/salarios injustos.
- ✚ acceso escaso a los necesarios suministros, instrumentos e información.
- ✚ acceso limitado o nulo a oportunidades de desarrollo profesional.

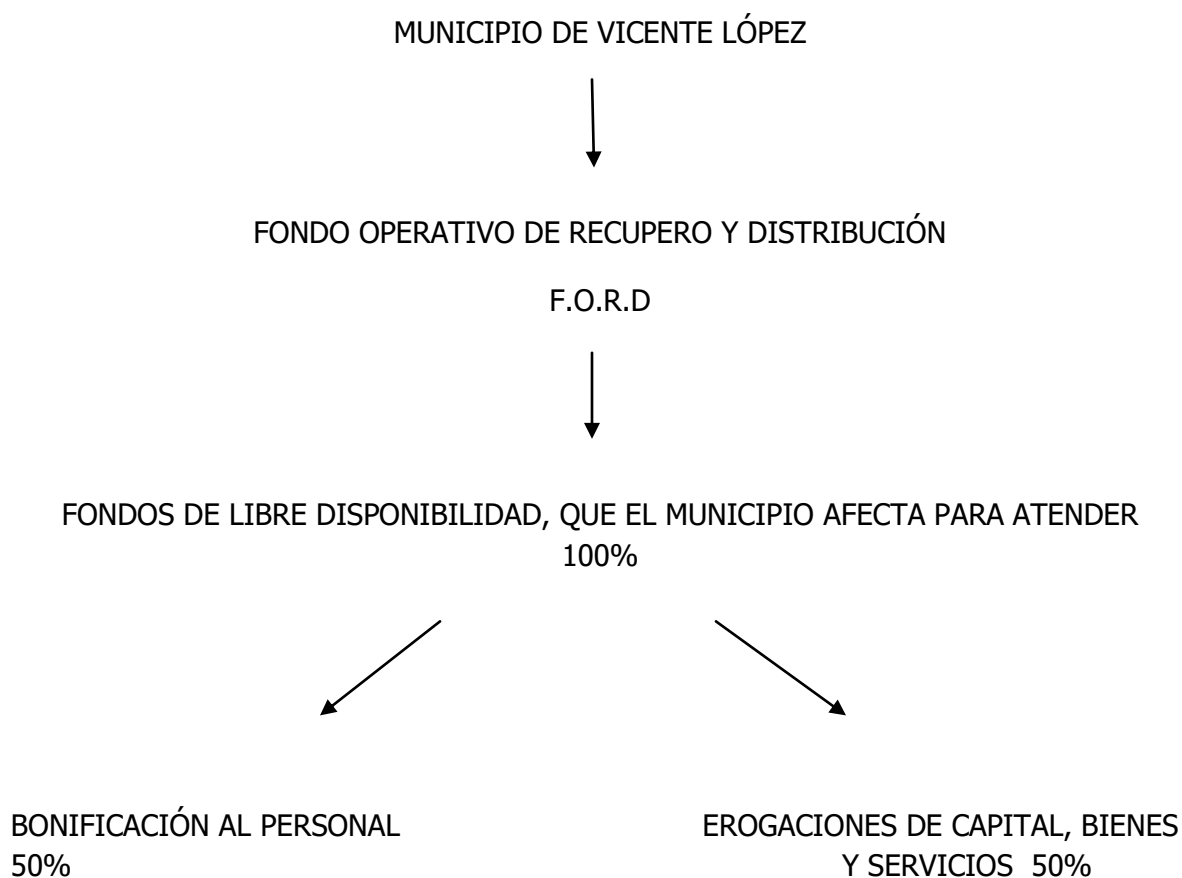
La transparencia y claridad en el modo que se otorgan incentivos financieros, como el FORD, para los trabajadores deben ser imprescindibles ya que genera la confianza y certeza que las medidas son justas y válidas; de no ser así éstas pueden actuar como incentivo negativo.

La Secretaría de Salud y Desarrollo Humano de Vicente López decidió ofrecer al personal encargado (un administrativo por unidad asistencial) de la inscripción, nominalización y carga de las prestaciones realizadas bajo programa SUMAR un incentivo económico explícito del 25% de lo facturado hasta \$12.000, si la facturación es de \$15.000 o mayor el incentivo aumenta por monto fijo.

Cabe recordar que para que un incentivo genere una respuesta positiva en el personal éste evitar desigualdades y poseer tres principios fundamentales:

- **justo.**
- **equitativo.**
- **transparente.**

Esquema N° 4. Fondo operativo de recupero y distribución en MVL.



Elaboración propia. Fuente: ordenanza municipal N° 14910.

3.6 Lineamientos generales del programa SUMAR.

El plan Nacer fue creado en el año 2005 e implementado inicialmente en las provincias del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA).

Desde 2007 tiene alcance nacional. Comenzó como un seguro para servicios de maternidad e infancia, centrado en alcanzar metas de reducción de la mortalidad materna e infantil.

Se cambió la lógica de los modelos de financiamiento tradicionales de pago por presupuesto hacia una que opera según resultados.

El Programa SUMAR que utiliza los lineamientos y pilares del plan Nacer es un modelo innovador de financiamiento basado en resultados en el cual la Nación transfiere recursos a las Provincias en función de:

-  Nominalizar a toda la población.
-  Resultados de cobertura efectiva y calidad de atención brindada por los establecimientos públicos que integran los sistemas provinciales de salud y que se mide a partir de indicadores denominados trazadoras.
-  Implementar un sistema de incentivos hacia metas crecientes sujetas a esquemas de monitoreo y auditoría.

Los prestadores del programa pueden destinar el dinero recibido a equipamiento, infraestructura, pago de recursos humanos (incentivos) y/o insumos.

El Programa SUMAR cuenta con una población objetivo de más de 14 millones de personas en todo el país.

Brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

A partir de mayo del 2015, los varones, entre 20 y 64 años, que no tengan cobertura social, también acceden a las prestaciones de salud que brinda el Programa.

El gobierno nacional financia a las provincias a través de una cápita anual de aproximadamente US\$4 dólares por persona que se ajusta mediante indicadores de desempeño. Este valor representa el costo incremental per cápita de las brechas de cobertura y calidad de las prestaciones priorizadas.

El 60% de esa cápita se transfiere mensualmente a las provincias en función de la inscripción y nominalización de la población sin cobertura de salud.

El 40% restante está condicionado al cumplimiento de una serie de resultados sanitarios medidos a partir de trazadoras, y se transfieren de manera cuatrimestral.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Hipótesis

La cultura organizacional del Municipio de Vicente López, los incentivos económicos explícitos existentes, la capacitación del recurso humano responsable de la facturación a la seguridad social, la tecnología existente en las UAPs y URIs para realizar el procesos de facturación, actuaron como determinantes del recupero de costos a las obras sociales.

La investigación trató de dilucidar cómo los mencionados determinantes se implementaron e interactuaron y cuáles fueron los resultados obtenidos.

El conjunto de consideraciones extraídas permitirán formular líneas de acción que disminuyan los subsidios cruzados encubiertos a la seguridad social mejorando el financiamiento del subsector público municipal.

4.2 Tipo de estudio

La tesis tuvo la característica de ser un trabajo cuali- cuantitativo de corte transversal, con una duración de cuatro meses.

Tendrá un diseño de tipo observacional- analítico.

El estudio retrospectivo que abarcó el período de enero a diciembre del año 2015. Se llevó a cabo en el ámbito de las Unidades de Atención Primaria (UAPs) y las Unidades de Respuesta Inmediata (URIs) del Municipio de Vicente López, en la Provincia de Buenos Aires.

El universo fue las diecinueve UAPs y las dos URIs.

- ✓ Descripción y análisis de las fortalezas y debilidades del proceso de facturación a terceros pagadores obligados en Unidades de Atención Primaria de la Salud y Unidades de Respuesta Inmediata dependientes de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud (APS) del Municipio de Vicente López, en la Provincia de Buenos Aires.
- ✓ Evaluación del sistema de incentivos económicos explícitos municipal a través del FORDrealizando una comparación con el proceso de facturación e incentivos del Programa SUMAR en el mismo Municipio.

Se obtuvo conocimiento de los procesos de facturación en APS con todos los factores involucrados en el mismo, lo que permitirá conocer las características del proceso de recupero y poder implementar una mejora en la eficiencia del mismo, también se analizó como actúan en el personal los incentivos existentes.

El análisis documental de la legislación vigente, la estadística disponible de las unidades de atención, la realización de una encuesta cerrada a los administrativos del equipo de salud que se desempeñan en APS fueron necesarios para la realización de la tesis.

La fuente primaria de información utilizada

Los datos estadísticos del Municipio de Vicente López serán proporcionados por la oficina de estadísticas y facturación de la Dirección de Atención Primaria.

Los datos de pacientes atendidos sin obra social con programa SUMAR serán proporcionados por la plataforma informática RESAPRO.

Digesto Municipal: ordenanza municipal N°14910 promulgada por decreto N°111. Creación del "Fondo de Recupero y distribución" a partir del 1 de abril del año 2001 actualmente vigente; modificado en 2014 (disminución de los coeficientes).

Digesto Municipal: Presupuesto 2015 del Municipio de Vicente López.

Resolución 60/2015 MINISTERIO DE SALUD 29-ene-2015

Nuevos aranceles modulares y normas de facturación.

Encuesta cerrada a los empleados administrativos responsables del proceso (solicitud, recopilación y entrega) de documentación necesaria para la facturación obras sociales y pre-pagos.

La cantidad de sujetos encuestados dependerá de la voluntad de los empleados en contestar la encuesta, el tiempo disponible para realizar la misma.

INDICADORES:

Matriz FODA analizada.

Total de pacientes atendidos por las diecinueve UAPs y dos URIs en el Municipio de Vicente López en el año 2015.

Total facturado por las UAPs y URIs a la seguridad social y prepagos durante el mismo período. Total facturado por el programa SUMAR del año 2015.

Asignación presupuestaria a APS del Municipio de Vicente López del año 2015.

Comparación de los procesos de facturación a la seguridad social y prepagos con la facturación del programa SUMAR de enero a diciembre del año 2015.

Diferencias y similitudes encontradas con el proceso de facturación del programa SUMAR.

Diferencias y similitudes encontradas en los incentivos económicos recibe el personal de salud provenientes del FORD y el programa SUMAR.

Por medio de la encuesta cerrada que se realizó al personal responsable en la facturación a obras sociales, prepagos y seguros se obtendrá la siguiente información:

1. tecnología disponible en cada UAP y URI.
2. cantidad de personal administrativo asignado por unidad asistencial y su nivel de estudios.
3. cantidad de capacitaciones a los administrativos en recupero de costos durante el año 2015
4. conocimiento del personal de salud del incentivo F.O.R.D. y sus características.

4.3 Universo y características de la muestra.

El universo de la investigación fue la totalidad de UAPs, y las unidades de respuesta inmediata URIs.

Esta investigación se desarrolló en las 19 unidades de Atención Primaria de la Salud (UAPs) y en las dos unidades de respuesta inmediata (URIs) dependientes de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Vicente López.

Vicente López es uno de los 135 partidos de la Provincia de Buenos Aires. En el último censo nacional realizado en 2010 el Municipio de Vicente López (MVL) contaba con 283.544 habitantes; con una densidad poblacional de 8413,77 hab/km² una población urbana del 100% siendo la población rural del 0%.

El número total de hogares es de 99286. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte del mismo.

Es un municipio urbano en el cual todo el partido es una ciudad. La tasa bruta de natalidad en el año 2012 fue de 11,8.

Se halla a unos 20 km del centro de la ciudad de Buenos Aires y a unos 87 km de La Plata, ciudad capital de la Provincia de Buenos Aires. Sus 33,7 km² lo convierten en el partido más pequeño de la Provincia de Buenos Aires.

Cuadro 1: Características poblacionales según Localidad. Partido de Vicente López. Año 2010.

Localidad	Población	Superficie Km2	Densidad
Vicente López	23.563	3,78	6.241,53
Florida	43.583	4,83	9.063,70
Villa Martelli	22.359	4,14	5.400,72
Florida oeste	21.085	3,24	6.507,72
Olivos	69.474	8,51	8.163,81
La Lucila	10.404	1,84	5.654,35
Munro	29.583	5,42	5.458,12
Carapachay	13.864	1,57	8.830,57
Villa Adelina	35.406	5,93	5.970,66

Fuente: Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas. www.censo2010.indec.gov.ar.

Los municipios en la República Argentina suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico, en este caso es el poder económico.

La salud y el desarrollo humano en el Municipio de Vicente López están organizados en niveles, donde la Secretaría con la misma denominación asiste al Intendente en todo lo inherente a sus competencias que según el decreto 475/13 foja N°32 la descripción de las responsabilidades primarias se enuncian a continuación:

- ✓ Monitorear, evaluar y analizar sistemáticamente el estado de salud de la población del municipio.
- ✓ Vigilar, investigar y controlar los posibles riesgos y amenazas para la salud de la población del municipio.
- ✓ Evaluar y generar los mecanismos necesarios para asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios para toda la población que lo demande.

- ✓ Capacitar, estimular, y generar el campo propicio para el desarrollo de los recursos humanos.

A su cargo está la subsecretaría de Desarrollo Humano.

De esta subsecretaría dependen la Dirección General de Juventud y la Dirección General de Promoción Social y a ellas responden las Direcciones de Gestión y Estrategias Sociales, de Escuelas de Capacitación y la de Discapacidad y Políticas Inclusivas.

La Dirección General de Hospitales tiene a su cargo las Direcciones del Instituto Oftalmológico Josefina C. Bignone, del Instituto de Geriatria Rodríguez Ortega, del Instituto de Rehabilitación Anselmo Marini, del Hospital de Agudos Bernardo Houssay, de la Maternidad Santa Rosa. También dentro de las Direcciones Generales se encuentra la de Planificación Sanitaria y la de Administración.

A la Dirección General de Atención Primaria de la Salud (APS) responden la Dirección de Zoonosis, la Dirección de Epidemiología y vigilancia Epidemiológica, las diecinueve Unidades de Atención Primaria de la Salud (UAP) 17 de Octubre, Paul Harris, El Ceibo, Axenfeld, Rotjer, Llobera, Blanca Acosta, Scalise, Marzano, Arcuri, 25 de Mayo, Padre Barbero, Illia, Ravazzolli, Marcelino, Sargento Cabral, Negrete, Bermúdez, Barreiro Aguirre y dos Unidades de Respuesta Inmediata (URI) Dr. Carrillo y Dr. Burman.

Política sanitaria APS en el Municipio de Vicente López

El diseño de la política sanitaria de la dirección General de Atención Primaria, se basa en dos criterios fundamentales para su implementación, a saber:

- 1) Desarrollo de un servicio de salud inclusivo y equitativo que colabore con la mejora sustancial de la salud de la población.
- 2) Constitución de la Atención Primaria de la salud como elemento fundamental para el desarrollo humano de los pobladores del municipio.

Las unidades de atención primaria de la salud UAPs y dos unidades de respuesta inmediata URIs están distribuidas en las ocho localidades que conforman el Municipio:

En Carapachay: 25 de Mayo y URI Burman.

En Olivos: Rotjer, 12 de Octubre, Illia.

En La Lucila: El ceibo, Arcuri.

En Villa Adelina: Scalise.

En Florida: Axenfeld, Marcelino, URI Carillo.

En Florida Oeste: Bermúdez, Blanca Acosta.

En Munro: Negrete, Sargento Cabral, Barreiro Aguirre, Padre Barbero, Paul Harris, Marzano.

En Villa Martelli: Ravazzolli, Llobera.



Gráfico N°3

Fuente: mapa de M.V.L. <http://www.google.com/url>

La acción sanitaria y social -concomitante y simultánea- a través de un sistema de red socio - sanitaria con recursos en cada localidad, teniendo como puerta de entrada la APS y siendo ella misma la moduladora a largo plazo de la protección global de la población

contiene en forma más efectiva, eficiente y eficaz más del 85% de los problemas emergentes y prevalentes sin recurrir a la utilización de niveles superiores de atención que, en general, son de bajo impacto socio - sanitario y mucho más costosos.

Siguiendo los lineamientos de trabajo estratégico propuestos por la secretaría de salud se han organizado las UAPs y URIs en microrregiones, zonas delimitadas geográficamente a través de las cuales se puede:

Fuente: Organigrama de las microrregiones, dependientes de la Dirección de Atención Primaria de M.V.L

Microrregión I	Microrregión II	Microrregión III	Microrregión IV
Rotjer	Sargento Cabral	Bermúdez	Ravazzoli
El Ceibo	Barbero	Marzano	Blanca Acosta
12 de Octubre	Burman	Barreiro Aguirre	Ramón Carrillo
Arcuri	Scalise	Paul Harris	Llobera
Illia	25 de Mayo	Negrete	
Marcelino			
Axenfeld			

- Gestionar a través de la cooperación entre las UAPs que integran cada microrregión.
- Identificar situaciones y/o problemáticas comunes.
- Gestionar regionalmente las respuestas de manera integrada.

- Fomentar el crecimiento del sistema a través de la potencialidad de los recursos de la microrregión

La estrategia de atención de las UAPs es la ejecución de los siguientes programas de salud a través de un equipo multidisciplinario de profesionales:

Sumar

Salud Mental

Materno Infantil

Alzheimer y trastornos cognitivos*

Hábitos saludables

Hipertensión arterial

HIV/ SIDA

PRODIABA (tratamiento de la diabetes)

PROGEMA (control genito-mamario)

Sexual y reproductiva

PROEPI (tratamiento de la epilepsia)

Salud escolar

Control de tabaquismo*

REMEDIAR

Inmunizaciones

Odontología

IRAB (infecciones respiratorias bajas)

BILOBA (tratamiento integral de adultos mayores)*

Emergencias médicas - SAME.

*programas municipales.

URIs: la unidad de respuesta inmediata, municipal, implementada en el año 2015, brinda servicios ambulatorios y de internación por períodos cortos, tiene por objetivo la atención de los pacientes que se encuentran bajo alguno de los programas de atención primaria y requieran:

- Guardia médica las 24hs.
- Laboratorio de análisis clínicos.
- Radiología.
- Ecografía / eco- doppler.
- Internación: en caso de agudización y/o complicaciones de pacientes que padezcan enfermedades crónicas no transmisibles tratados en las UAPs y alcanzados por los programas que allí se desarrollan.

4.4 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos.

Se obtuvo del DIGESTO de la Municipalidad de Vicente López el presupuesto del año 2015 y las asignaciones presupuestarias para cada secretaría. La misma repartición municipal proporcionó la ordenanza de derogación de SAMO y la creación del FORD sus modificaciones y coeficientes.

Los datos del Programa Sumar se obtuvieron de la plataforma RESAPRO que reveló cantidad de pacientes atendidos bajo ese programa y cantidad de dinero facturado por centro asistencial durante el año 2015.

El centro de estadísticas de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Vicente López proporcionó los datos de facturación por obra social y por centro asistencial del año en estudio y la totalidad de las prestaciones realizadas en ese período.

Recursos humanos de Atención Primaria de la salud detalló cantidad de personal administrativo asignado a cada centro asistencial.

Por medio de las encuestas cerradas realizadas al personal administrativo de los centros UAPs y URIs. se obtuvo información sobre capacitación de personal, nivel de estudio, tipo

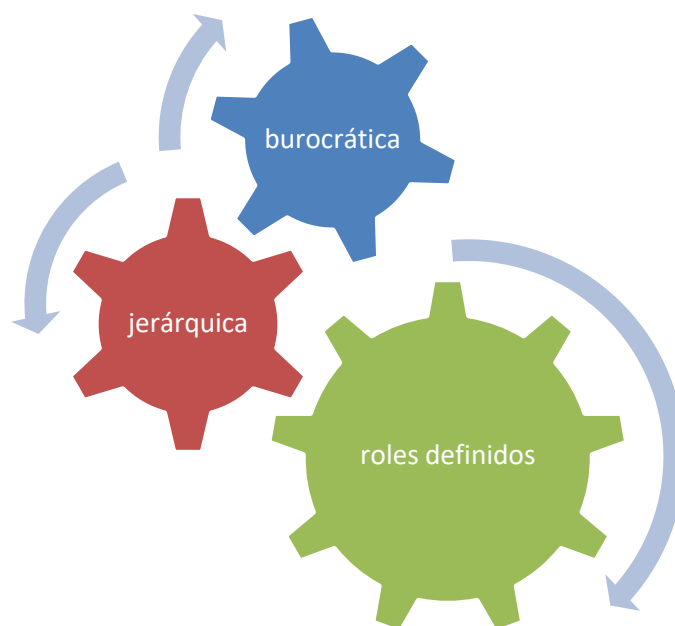
de base de datos utilizada, tipo de tecnología de los centros asistenciales y la evaluación subjetiva del incentivo FORD.

No se han incorporado al trabajo de investigación las entrevistas realizadas a los jefes de las UAPs y URIs porque no aportaron datos relevantes, ni conocimientos específicos sobre el tema de recupero.

CAPÍTULO V

1. DESARROLLO

Esquema N° 5. Características de la organización MVL.



Elaboración propia

..."Generalmente, los municipios han ido replicando la estructura burocrática de la provincia a la cual pertenecen, y con ello, han heredado los conocidos problemas de las

organizaciones estatales: lentitud, ineficiencia, recursos humanos desestimulados y desprestigiados”... ¹⁸ (Agosto, Gabriela. 2010)

El mecanismo de organización como en casi todas organizaciones estatales es burocrático, con una estructura jerárquica donde los roles se encuentran delimitados entre los diferentes individuos que la integran. Cuenta con un marco normativo y regulatorio muy desarrollado.

La falta de innovación mantiene estática a la organización.

La característica más importante para entender cómo se desarrolló el proceso de recupero de costos, fue que los integrantes evitan todo aquello que no esté establecido en sus funciones.

La evaluación por desempeño implementada por RRHH en el año 2014 trató de cambiar la cultura organizacional, primero capacitando a los mandos medios y luego por medio de una evaluación anual atada a un premio económico importante, alcanzar los objetivos definidos para los mandos operativos.

Los directivos tuvieron una rotación alta en los últimos seis años, (aproximadamente entre dos a tres años en el puesto) tratando de implementar distintos tipos de gestión y modificar la cultura de la organización, esto trajo aparejado una gran resistencia al cambio, a veces solo quedaron los enunciados y las propuestas que nunca se lograron implementar o en su defecto cuando esto ocurrió fue reemplazado por otro directivo con un modelo de gestión antagónico al recientemente instalado.

¹⁸ Agosto, Gabriela: “El proceso de descentralización en la República Argentina”.

Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos.

Volumen X / No 1 / 2010 / pp. 81-101. Instituto Torcuato Di Tella, Argentina.

Matriz FODA. Estructura administrativa de las unidades de atención primaria de Vicente López.

MATRIZ F.O.D.A.	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Organización burocrática.	Organizar y categorizar la carrera administrativa.
Marco normativo y regulatorio muy desarrollado.	Mejorar la implementación el sistema de incentivos económicos.
Estructura instalada.	Modernizar las UAPs y URIs en tecnología actualmente ausente/obsoleta.
Evaluación por desempeño anual de mandos operativos.	Incorporar el recupero de costos como objetivo a evaluar en el desempeño.
DEBILIDADES	AMENAZAS
Alta resistencia al cambio.	Alta demanda laboral juvenil.
Falta de información oficial sobre lo facturado a las O.S.	Baja fidelización del personal joven.
Falta de innovación y tecnología en los procesos de facturación.	Incentivos económicos poco atractivos respecto a los ofrecidos en el sector privado.
Evaluación poco específica al personal de salud.	Posibilidad de tercerización del servicio de facturación.

La cultura y la tecnología inciden directamente en la forma en que se organiza la municipalidad.

La eficiencia y efectividad burocrática depende de la conducta de los empleados municipales, este comportamiento se encuentra estrechamente ligado a la estructura y a las normas de la organización afectándola directamente.

El sistema burocrático municipal está sujeto a controles sistemáticos lo que posibilita asignar nuevas funciones y exigir nuevos mecanismos de coordinación para poder generar recursos y no perderlos.

Las conductas de los empleados están condicionadas por percepciones, actitudes y orientaciones que se pueden modificar a favor de la organización.

Lograr superar la resistencia al cambio y modificar conductas erróneas, transformará la debilidad de la organización en fortaleza por medio de la capacitación del recurso humano, la evaluación por desempeño y la implementación de incentivos económicos atractivos.

La fortaleza se observa en tener una estructura organizada y con capacidad instalada. También fue una fortaleza la estabilidad laboral que ofreció el municipio.

Respecto a las amenazas, los jóvenes que ingresan a la organización desconocen el funcionamiento, la estructura y las normas que la rigen, por tal motivo el municipio debe capacitarlos en horarios laborales; una vez capacitado puede que no fidelice su accionar y recurre a otros empleos mejor remunerados.

Para modificar las conductas erróneas del personal administrativo en general y en particular el de mayor antigüedad se debiera organizar y categorizar la carrera administrativa (escalafón municipal).

La tercerización del proceso de facturación a obras sociales (subcontratación) amenaza la estabilidad laboral de los agentes municipales, pero evita el tiempo y dinero utilizado en capacitación que no siempre logra los objetivos establecidos.

En el capítulo anterior se pormenorizó la estructura y las funciones de las UAPs y URIs.

El recurso humano asignado a APS en el año 2015 fue de:

- 14 Maestranzas.
- 54 administrativos.
- 6 Técnicos de Rx.
- 2 Técnicos de laboratorio.
- 57 Enfermeros.
- 13 Médicos clínicos.
- 9 Médicos generalistas.
- 4 Médicos cardiólogos.
- 3 Médicos emergencias.
- 3 Médicos traumatólogos.
- 16 Médicos ginecólogos.
- 20 Médicos pediatras.
- 2 Médicos oftalmólogos.
- 1 Médico dermatólogo.
- 1 Médico neurólogo.

- 1 Médico endocrinólogo.
- 1 Médico nefrólogo.
- 4 Médicos ecografistas.
- 3 Médicos psiquiatras.
- 25 Odontólogos.
- 1 Farmacéutico.
- 1 Bioquímico.
- 10 Lic. en Obstetricia.
- 1 Lic. en Nutrición.
- 21 Lic. en Psicología.
- 3 Lic. en Psicopedagogía.
- 1 Lic. en Kinesiología.
- 9 Lic. en Trabajo Social.
- 5 Estimuladoras tempranas (dependen de educación).

El personal detallado posibilitó la realización de 324.715 consultas en el año estudiado.

Cuadro N°3. Número de consultas/ prestaciones por especialidad, Vicente López. Año 2015

CONSULTAS POR ESPECIALIDAD AÑO 2015						
	MGA	Pediatría	Ginecología	Odontología	Guardia	Enfermería
ENERO	609	2033	1711	4411	2128	10860
FEBRERO	772	2063	2109	3937	2096	9498
MARZO	1194	2249	2254	3654	1418	10093
ABRIL	1366	2108	1890	4105	1483	10761
MAYO	835	2209	1922	3506	1680	10152
JUNIO	993	1478	1689	3022	1425	8283
JULIO	895	1716	1181	3712	1061	9388
AGOSTO	997	1566	1300	3284	749	8825
SETIEMBRE	1099	2194	1992	4032	1027	9078
OCTUBRE	1020	2513	1875	5101	1322	11454
NOVIEMBRE	1168	2463	1701	4865	592	14843
DICIEMBRE	1170	2759	2074	5238	1897	12181
	12.118	25.351	21.698	48.867	16.878	125.416
TOTAL	250.328					

Elaboración propia. Fuente: oficina de estadística de APS.

La producción asistencial en número de consultas realizadas en medicina general (MGA), pediatría, ginecología, odontología, enfermería, las especialidades núcleo de atención de APS. como se puede apreciar en el cuadro N°3 las prestaciones ascendieron a 250.328.

Dichas estadística no refleja las actividades en terreno que las UAPs realizan en su área programática y en forma conjunta con otras unidades de su microrregión.

Las URI Carrillo y Burman poseen servicio de guardia médica las 24hs. al igual la UAP Paul Harris realizando guardias solo odontológicas.

Los datos reflejados en el gráfico, se observa los porcentajes de cada servicio que ofrece APS municipal.

Gráfico N°4

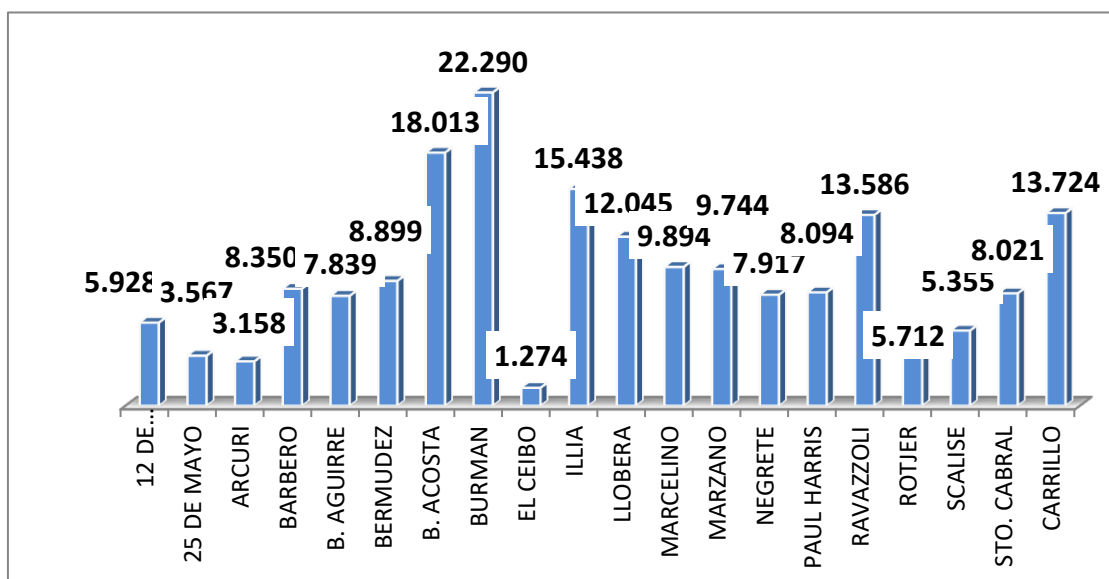


Elaboración propia.

Fuente: oficina de estadística de APS. Municipio de Vicente López.

Las URIs también realizaron radiografías generales, ecografías, poseen laboratorio de análisis clínicos. Los electrocardiogramas se realizaron en algunas Uaps ya que no todas poseen electrocardiógrafo y en las 2 URIs. El total de RX generales, ecografías, laboratorio, y electrocardiogramas fue de 13.797. El centro odontológico realizó 1.684 RX extra-orales período de enero a diciembre del 2015.

Gráfico N°5. Total de prestaciones de enfermería por centro asistencial. Atención Primaria de la Salud. Municipio de Vicente López. Año 2015.



Elaboración propia. Fuente: Estadística del Servicio de Enfermería de APS. Municipio de Vicente Lpóez.

El total de prestaciones producidas en el año 2015 por el servicio de enfermería fueron 188.848 y los pacientes atendidos en el mismo período 125.416.

Este servicio completa sus planillas estadísticas sin llevar registro de los pacientes con cobertura social y/o prepagos.

Mapa del partido de Vicente López, ubicación por Barrio de los efectores de salud.



Gráfico N°6. Fuente: Mapa publicado en la página oficial de la secretaría de salud y desarrollo humano,MVL.

Cuadro N° 4. Número de los efectores de APS municipal según base de datos RESAPRO, total de consultas /prestaciones por SUMAR y número de consultas totales por efector, durante 2015.

N° ESTABLECIMIENTO	UAP/ URI	TOTAL DE PACIENTES SUMAR	TOTAL DE CONSULTAS
86100804	Negrete	2692	12423
86100022	Burman	1780	33766
86100995	Illia	5194	23094
86100731	Ravazzoli	3073	21363
86100961	Scalise	739	7088
86101118	Bermúdez	3223	15975
86101002	12 de Octubre	454	6153
86101061	Llobera	901	21107
86101037	Marcelino	1071	14824
86101070	Rotjer	2292	11168
86101096	Marzano	659	15972
86101088	Padre Barbero	2390	15910
86101134	Barreiro Aguirre	2151	11784
86101258	Paul Harris	2655	24259
86101274	Arcuri	101	4797
86101169	25 de Mayo	25	4400
86101045	Sto. Cabral	1790	16985
86101029	El Ceibo	115	2958
86102162	Blanca Acosta	3209	19543
86101274	Axenfeld	0	0
	Total	36836	324715

Elaboración propia. Fuente: base de datos RESAPRO

La UAP Axenfeld cuenta con un consultorio, la unidad asistencial se encuentra dentro de las instalaciones del Club Primavera, durante el año 2015 no se le asignó personal; no tuvo producción por ese motivo, pero si tuvo asignado un jefe.

Las UAPs sin personal administrativo fueron "El ceibo," Arcuri, 25 de Mayo y 12 de Octubre con un médico de jefe y un enfermero.

Las unidades asistenciales con un médico y un enfermero son espacios muy reducidos en clubes o sociedades de fomento con pocas comodidades en cuanto a lo edilicio y con solo un consultorio. Las actividades administrativas las realizó el enfermero a cargo de la sala.

Cuadro N°5. Cantidad de consultas en uniconsultorios de APS según mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
12 de Octubre	569	570	340	626	656	589	493	382	590	576	381	381	6153
Arcuri	311	309	391	409	279	437	409	382	519	398	416	537	4797
25 de Mayo	127	180	266	308	660	371	424	355	421	310	512	466	4400
El Ceibo	183	266	274	274	324	318	262	186	239	217	218	197	2958
Axenfeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

Las UAPs que se encuentran en barrios de mayor vulnerabilidad social son: Illia (Villa La Loma), B. Acosta (Barrio las flores), Ravazzoli (Barrio Gaynor y Barrio Habana), Padre Barbero (Villa Sívori).

A estos centros la dirección de APS trata de asignar recursos humanos para asegurar actividad asistencial, en terreno y en red.

Estas UAPs son las que más facturan prestaciones por el programa SUMAR porque la población a cargo de su área programática, en su mayoría no tiene seguridad social. Todas las UAPS mencionadas contaron con trabajadoras sociales.

Cuadro N° 6. Cantidad de consultas de APS según efector y mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Illia	1767	1933	2049	1980	1885	2304	1696	1711	2091	2168	1893	1617	23094
Ravazzoli	1152	1143	1677	2126	2474	2372	2050	1785	1908	1569	1624	1483	21363
P. Barbero	1119	1096	1225	1600	1299	1678	1323	1245	1554	1381	1478	912	15910
Blanca Acosta	1762	1782	1689	1816	1530	1503	1628	1514	1528	1825	1578	1388	19543

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

Las UAPs Bermúdez, Llobera, Marcelino y Rotjer con la característica que su población es en su mayoría adultos mayores con cobertura PAMI.

La UAP Llobera contó con servicio de oftalmología.

La UAP Marcelino contó con servicio de neurología.

La UAP Rotjer contó con servicio de nefrología.

Cuadro N°7. Cantidad de consultas en efectores de APS con especialidades de segundo nivel de complejidad, según mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Bermúdez	1183	890	1355	1218	1621	1358	1648	1338	1411	1403	1569	981	15975
Llobera	1839	1845	2065	2339	1741	1907	1366	1433	1816	1605	1676	1475	21107
Marcelino	1192	1802	977	1828	1155	1409	1061	1065	1114	1205	1123	893	14824
Rotjer	999	918	1084	1158	1216	1449	0	488	657	788	819	582	11168

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

Y la UAP Negrete ubicada en una zona fabril, limítrofe con el partido de San Martín, las casas particulares se encuentran intercaladas con fábricas e inquilinatos estos muy económicos donde la población es golondrina, los inquilinatos también presentes en el área programática de la UAP Sto. Cabral.

La UAP Sto. Cabral contó con servicio de nutrición.

Cuadro N° 8. Cantidad de consultas en policlínicos de APS, según mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Negrete	808	739	1027	1271	1301	1446	874	820	859	1239	1244	795	12423
Sto. Cabral	1590	1263	1435	1350	1702	1727	1329	1436	957	1500	1451	1245	16985

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

En el año 2014 la dirección de APS desarticuló el equipo de profesionales de la UAP Scalise dejando a un jefe y un enfermero.

Esta sala se encuentra en la zona limítrofe con el partido de San Isidro.

Esta medida se revirtió por la presión que ejercieron de las fuerzas vivas del barrio, pero en el 2015 no había podido conformar el equipo de trabajo que tenía antes de tomar dicha decisión.

Cuadro N° 9. Cantidad de consultas en poli consultorios de APS seleccionados, según mes.

Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Scalise	535	465	698	668	828	777	538	463	510	569	536	501	7088
Marzano	1368	1050	1308	1598	1803	1777	1467	1111	903	1330	1265	992	15972
Barreiro Aguirre	822	843	988	1028	1203	1126	804	803	1073	1151	896	1047	11784

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

El centro odontológico es una unidad de atención primaria de cuatro consultorios, servicio de enfermería y un equipo de Rx panorámica, ATM, telerradiografías.

Ofrece a la comunidad servicio de guardia las 24hs. los 365 días del año.

Durante el año 2015 no se realizó estadísticas diferenciando los pacientes con cobertura social y /o prepagos y las prestaciones realizadas por el programa SUMAR son mínimas a todas la actividades que realiza el centro odontológico.

Cuadro N°10. Cantidad de consultas de Odontología de APS, según mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC.	TOTAL
Paul Harris	1845	1738	1974	2517	2465	2351	2047	1888	1759	2000	1675	2000	24259

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

Las URIs Carrillo y Burman ofrecieron otras especialidades a demás del núcleo de atención primaria junto a las especialidades que caracterizan la APS como endocrinología, cardiología, neurología, traumatología, ecografías, radiología, laboratorio de análisis clínicos, guardia médica las 24hs. e internación.

Cuadro N°11. Cantidad de consultas en las URI de APS, según mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Carrillo	2964	2277	3251	3708	3796	3426	3727	4273	3846	3884	2822	3172	41146
Burman	1339	806	1002	1655	4322	3997	3967	3586	3683	3868	3527	2014	33766

Fuente: Oficina de Estadísticas de APS. Vicente López.

Algunas unidades sanitarias tuvieron en su servicio especialidades necesarias para la ejecución de programas provinciales como municipales que fueron detallados anteriormente.

Cuadro N°12. Total de consultas / prácticas por centro asistencial, Vicente López, año 2015.

UAPs / URIs	TOTAL DECONSULTAS ANUALES
Carrillo	41146
Negrete	12423
Burman	33766
Illia	23094
Ravazzoli	21363
Scalise	7088
Bermúdez	15975
12 de Octubre	6153
Llobera	21107
Marcelino	14824
Rotjer	11168

Marzano	15972
Padre Barbero	15910
Barreiro Aguirre	11784
Paul Harris	24259
Arcuri	4797
25 de Mayo	4400
Sto. Cabral	16985
El Ceibo	2958
Blanca Acosta	19543
Axenfeld	0
TOTAL	324715

Elaboración propia. Fuente: datos estadísticos de APS.

Cantidad de prácticas de laboratorio, radiología, mamografía, ecografía y electrocardiograma en los centros asistenciales:

TOTAL: 13.797

Análisis de la encuesta realizada al personal de las unidades de atención.

Como regla general se asigna dos administrativos por UAP que cubren el horario de atención de la unidad, que generalmente es de 08:00 a 16.00 horas.

Cada centro asistencial tiene horarios dispares de inicio y finalización de la jornada laboral, algunos comienzan a las 07.00hs. y otros finalizan a la 17:00hs.

Al año 2015 no se pudo unificar/standarizar los horarios atención en la unidades asistenciales.

En el cuadro se puede observar cantidad de administrativos asignados por unidad asistencial.

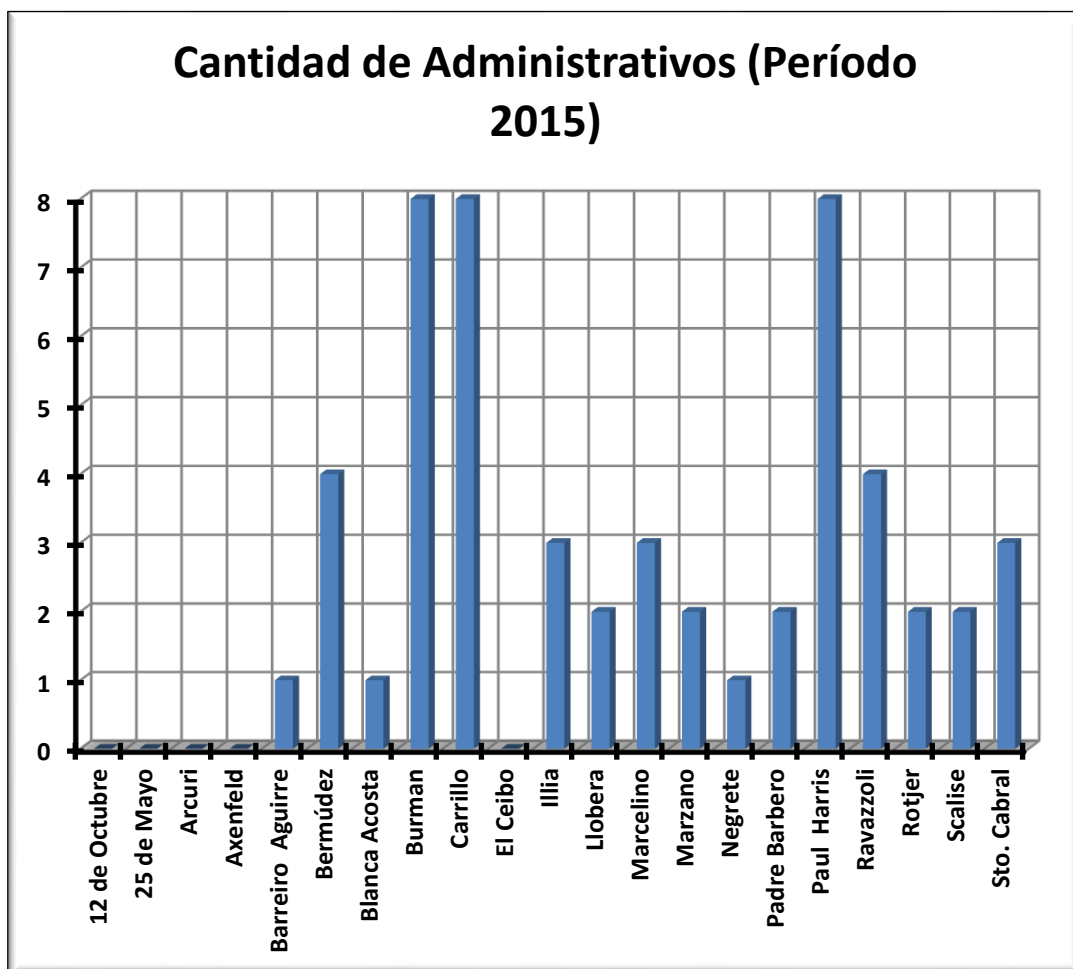


Gráfico N° 7.

Elaboración propia. Fuente: encuesta realizada al personal.

Desde el año 2014 RRHH incorporó objetivos y calificaciones para la evaluación por desempeño anual de mandos medios y operativos.

En la secretaría de salud dicha evaluación alcanzó a: enfermeros que no se encuentren dentro de la carrera médica hospitalaria, los administrativos y maestranzas.

Quedaron excluidos de la evaluación los agentes ingresados en el 2015, ya que deben tener una antigüedad de un año como mínimo en el puesto laboral.

Una de las características del recurso humano administrativo de APS es que el personal capacitado y comprometido en lograr los objetivos propuestos en el desempeño del puesto

laboral, y que ha logrado mejores calificaciones no rota a otros centro asistenciales; en contra partida el personal con calificaciones bajas, con sanciones disciplinarias, con problemas conductuales, la dirección de APS utiliza como estrategia la rotación continua por los centros asistenciales sin lograr pertenencia a los equipos existentes y estables, perpetuando su rotación o en el mejor de los casos trasladar al agente municipal a otro efector dependiente de la secretaría.

En el año 2015 cincuenta y cuatro administrativos conformaron la plantilla de unidades de APS. Los centros de atención 24hs. se les asignó ocho administrativos para la cobertura de todos los turnos de atención.

El nivel educativo de los administrativos es mayoritariamente secundario un 92%, cuatro agentes mayores de 40 años entre el 2012 al 2015 comenzaron y/o completaron sus estudios secundarios dentro de un programa educativo municipal.

Un 6% completó la primaria. El 1% posee título terciario y un 1% tiene título universitario.

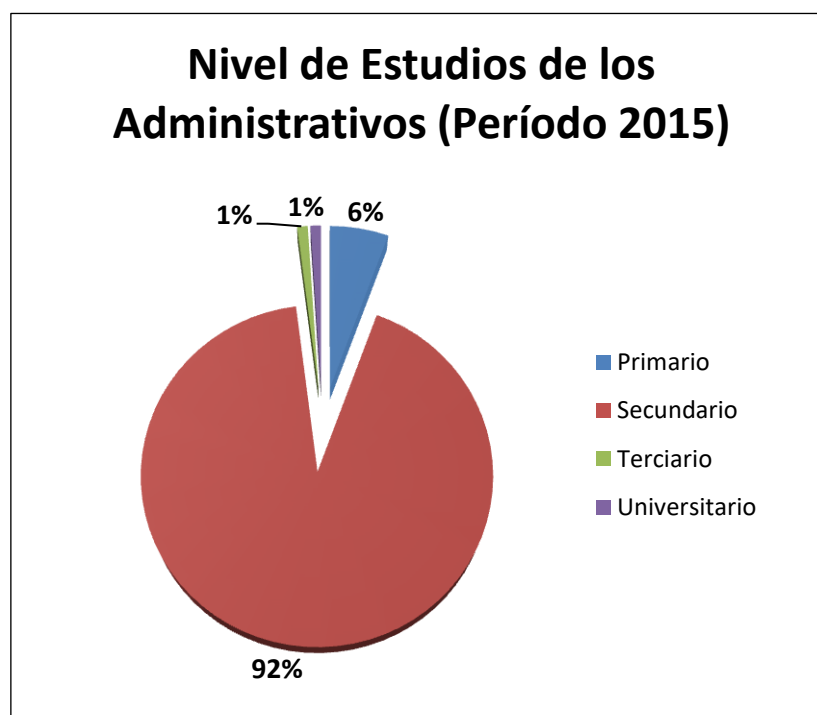


Gráfico N° 8.

Elaboración propia. Fuente. Encuesta realizada al personal

El área de Recursos Humanos municipal organiza capacitaciones anuales para todos los administrativos siendo de carácter obligatorio, algunos presenciales y otros a distancia. Entre los que se encuentran: comunicación efectiva, redacción de documentos, manejo de la queja, atención al cliente. Capacitaciones que no están orientadas al sector salud, son generales y no brindan conocimientos específicos del sector como estadísticas, internet, facturación, bases de datos disponibles para acceder a la información de la seguridad social de los pacientes que se atienden en APS, etc.

En el período estudiado no se realizaron capacitaciones a los administrativos de APS sobre el proceso de facturación a obras sociales. El personal administrativo que ingresó a APS fue capacitado con las virtudes y defectos del personal con mayor antigüedad en el sistema, permanecer mucho en el sistema le otorga al recurso humano conocimiento organizacional pero no garantiza eficiencia de servicio.

El personal desconoce el coeficiente de FORD que recibe como incentivo económico de acuerdo a su puesto y a la carga horaria que realice.

En la encuesta ninguno se dio cuenta que la pregunta tenía porcentuales inexistentes y que no había discriminación en carga horaria y puesto laboral.

El inconveniente más destacable del FORD es la falta de información por parte de la secretaría de salud de lo recaudado a la seguridad social por sus efectores a través de una publicación mensual oficial. La falta de una herramienta informática que de cuentas de lo recaudado a nivel municipal, provoca un desconocimiento en todos los agentes municipales de cuánto va a ser su incentivo FORD

Los agentes municipales dependientes de la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano:

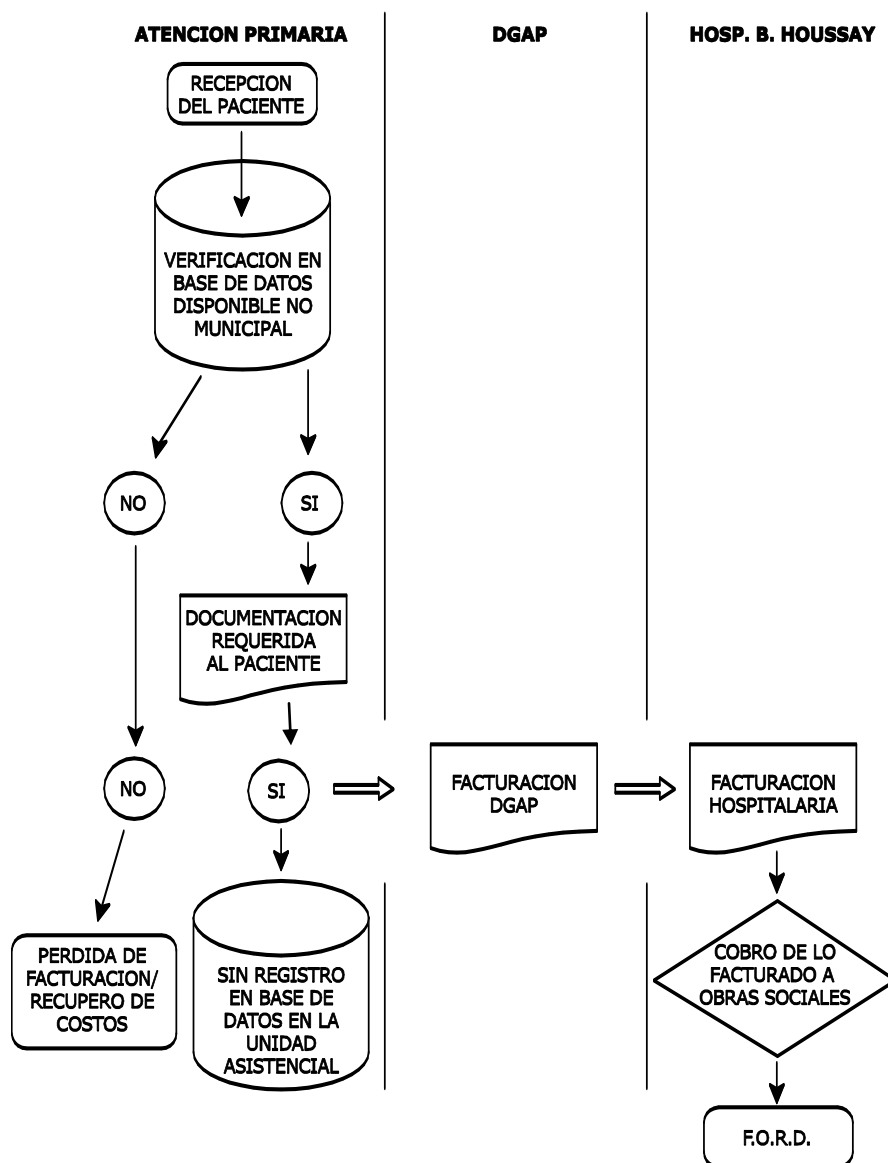
- Desconocen cuánto se recaudó de las obras sociales mensualmente.
- Desconocen los coeficientes de distribución del FORD.

No se encontró evidencia publicada que avale el cambio abrupto en los valores asignados por el incentivo FORD de un mes a otro en más o en menos. Los meses que se cobró sueldo anual complementario se observó una disminución significativa del incentivo.

Peor aún, hubo meses que no se recibió el incentivo y no se dio explicación por parte de la secretaría de cuáles fueron los motivos de dicha omisión.

A partir del 1º de enero de 2015 a través de la resolución ministerial 60/2015 publicado en el boletín oficial establece los nuevos Aranceles Modulares y Normas de Facturación para los HPGD.

FLUJOGRAMA DE PROCESO DE FACTURACIÓN DE LAS UAPs Y URIs A TERCEROS PAGADORES OBLIGADOS.



Todos los administrativos de las unidades asistenciales, como parte de su actividad diaria, debe realizar la constatación que los pacientes que van a ser atendidos tengan obra social en alguna de las bases de datos disponibles (si accede a internet) sino debe aceptar la palabra del paciente que en general niega poseer algún tipo de cobertura, por temor a que el centro le niegue la atención y/o por no presentar las fotocopias que se le solicita. Si el paciente tiene obra social o prepago debe entregar al administrativo cada vez que es atendido fotocopia de carnet de la obra social, de DNI y del último recibo de sueldo (no queda registro del trámite en la unidad asistencial). A toda esta papelería que trae el paciente se le adjunta una planilla específica, el ANEXO II resolución 487 /2002, ésta la debe completar el personal administrativo para que el profesional tratante identifique la práctica, la firme y la selle; luego se llevan las planillas junto con las estadísticas de los centros asistenciales, a facturación en Dirección General de Atención Primaria (DGAP). Facturación de DGAP controla la confección de las planillas y la papelería en general, coloca el precio de las prestaciones según nomenclador hospitalario y remite a facturación del Hospital Bernardo Houssay que se encarga de la finalización del proceso; donde los fondos recuperados a las obras sociales y prepagos son transferidos al FORD. La facturación del Municipio a PAMI en el período estudiado fue por cápita. Secretaria de salud no difundió oficialmente cuál fue el monto mensual fijo por cápita durante el año 2015 para los efectores de salud.

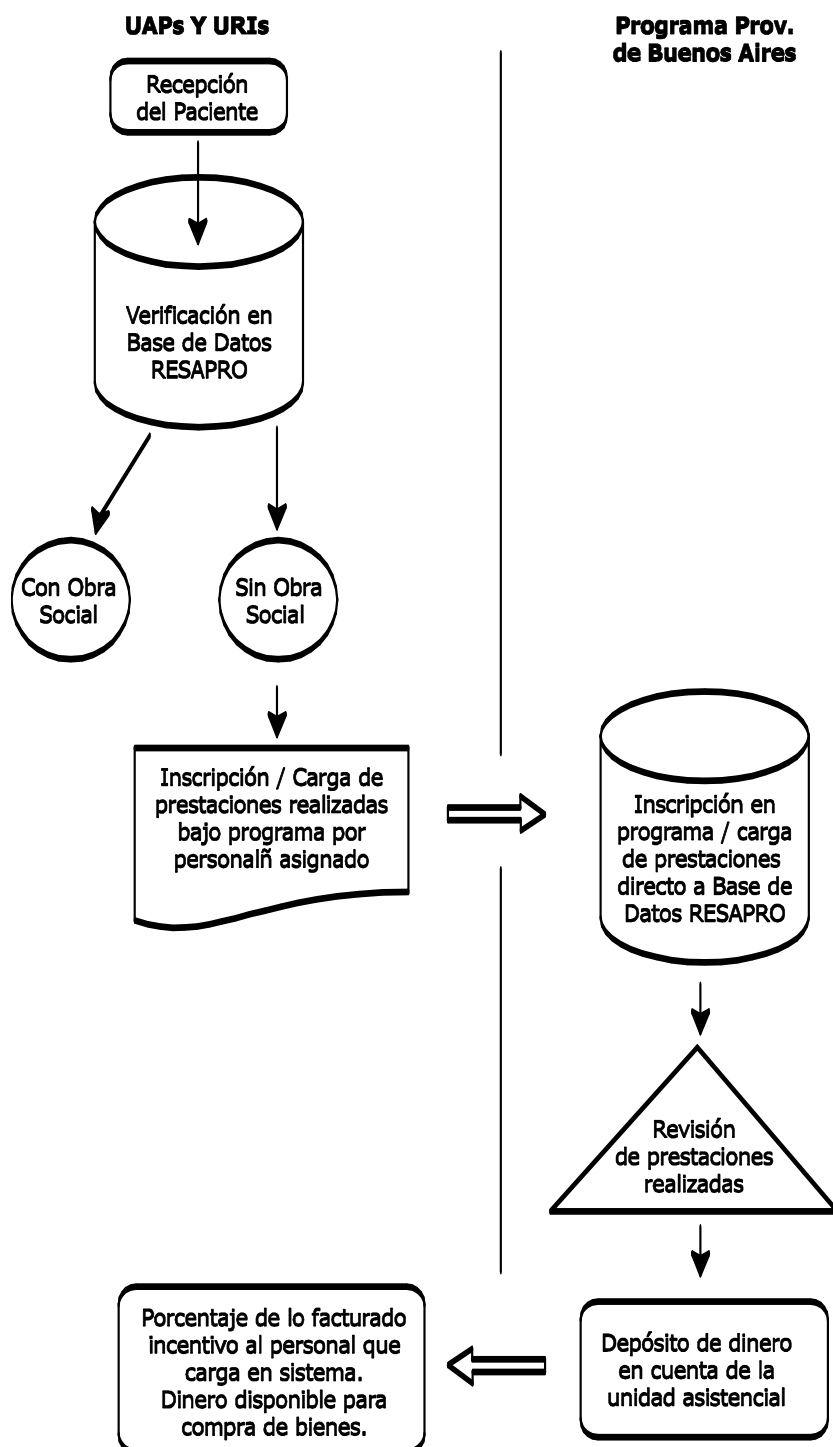
Características del incentivo F.O.R.D.

- ✓ Trámite que requiere mucha papelería, la debe entregar el paciente cada vez que es atendido: fotocopia del último recibo de sueldo, fotocopia de la credencial de la obra social o prepago, fotocopia de DNI.
- ✓ La papelería la debe suministrar el paciente cada vez que se atiende.
- ✓ Sistema muy burocrático (UAPs, URIs/ oficina de facturación DGAP/ facturación del Hospital Bernardo Houssay).
- ✓ Inexistencia de soporte digital, la UAPs y URIs no llevan registro de los pacientes con seguridad social y prepagos.

- ✓ El incentivo económico lo cobra todo el personal de la secretaría de salud.
- ✓ No existe una comunicación oficial por parte de la secretaría salud municipal de cuanto se recauda mensualmente.
- ✓ El personal no conoce con certeza cuánto cobrará de incentivo.
- ✓ El personal desconoce los coeficientes de asignación del F.O.R.D. y sus modificaciones.
- ✓ Se discontinúa el pago de F.O.R.D. sin una explicación oficial al respecto.
- ✓ Los valores % del incentivo son bajos en el total del recibo del sueldo.

Anexo II. Ministerio de Salud/ HOSPITALES PUBLICOS. Resolución 487/2002. Establécense nuevos mecanismos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE FACTURACIÓN DE LAS UAPs Y URIs AL PROGRAMA SUMAR



La Secretaría de Salud y Desarrollo Humano de Vicente López decidió ofrecer al personal encargado (un administrativo por unidad asistencial) la inscripción y carga de las prestaciones realizadas bajo programa SUMAR, un incentivo económico explícito del 25% de lo facturado hasta \$12.000, si la facturación es de \$15.000 o mayor el incentivo aumenta por monto fijo.

La asignación del personal administrativo para la carga /facturación a la plataforma RESAPRO del programa SUMAR es arbitraria ya que no se utilizan las evaluaciones por desempeño sino que lo realiza el jefe teniendo en cuenta la capacitación del personal, la actitud frente a la responsabilidad asumida y/o querer beneficiar económicamente a ese agente municipal. Estas asignaciones poco transparentes han generado inconvenientes y hasta fracturas en los equipos de salud.

Características del incentivo del programa SUMAR

- ✓ Lo cobra solo personal asignado (1 por centro asistencial)
- ✓ El personal cobra el 25% de lo facturado hasta \$12.000, si factura más de dicha suma se le asigna un monto fijo.
- ✓ La designación del personal es arbitraria.
- ✓ Trámite sencillo solo se necesita una computadora y conexión a internet.
- ✓ No se utiliza soporte de papel. La Prov. Buenos Aires informa oficialmente al municipio y a cada UAP / URI lo facturado y transferido a la cuenta de cada centro por mail.
- ✓ El personal designado cobra con su sueldo el incentivo económico.
- ✓ El dinero facturado se deposita en las cuentas de las UAPs y URIs, el dinero se destina para insumos y bienes siendo cada jefe el que compra lo que estime necesario para su unidad asistencial.

Cuadro N° 13. Cuadro comparativo del período estudiado.

Indicador/característica	FORD	SUMAR
Tiene población nominalizada	No	Si
Población destinataria	Beneficiarios de la seguridad social	Población sin cobertura
Criterio de recuperación de costos	Se paga por prestación	Se paga por afiliación, prestación y metas cumplidas (trazadoras)
Destino de los fondos recuperados	Secretaría de salud	Cada efector recibe lo facturado.
% incentivo a personal administrativo	50% de lo recaudado a todos los empleados municipales de la salud.	25% solo al personal asignado.
% destinado a la compra de bienes muebles	50% a bienes	75% a bienes insumos y servicios
Características del incentivo	General	Personalizado
Tipo de proceso de facturación	Burocrático, depende que el paciente facilite copias de la documentación necesaria.	Ágil, con plataforma digital actualizada, sin papelería.
Características del proceso de distribución del incentivo	Inexistencia de boletines oficiales informado lo recaudado mensualmente	La facturación llega por mail a cada efector de salud mensualmente
Plataforma digital para la carga de la prestación	No	RESAPRO

Elaboración propia.

Cuadro N°14. Consultas /prestaciones realizadas con obra social, según unidad de atención y mes. Vicente López. Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Carrillo	652	434	695	654	591	734	719	811	766	707	673	611	8047
Negrete	25	5	7	0	45	52	9	33	29	54	9	40	308
Burman	66	38	47	46	232	331	379	413	480	304	173	127	2636
Illia	27	35	85	70	64	111	87	72	69	96	103	79	898
Ravazzoli	18	1	18	90	60	70	38	41	40	18	32	30	456
Scalise	1	17	10	29	9	21	6	19	31	24	33	22	222
Bermúdez	-	62	147	76	83	-	-	-	-	-	179	106	653
12 de Oct.	23	44	70	54	28	40	0	0	28	34	41	27	389
Llobera	59	85	50	61	73	98	67	67	72	54	75	33	794
Marcelino	102	130	142	156	289	140	176	282	152	109	80	107	1865
Rotjer	48	52	69	109	76	56	48	21	45	42	82	55	703
Marzano	89	61	49	46	72	103	73	59	31	75	77	58	793
P. Barbero	0	31	0	0	0	60	11	2	0	0	0	0	104
B. Aguirre	56	42	81	53	75	69	52	49	75	79	38	65	734
Arcuri	19	17	31	37	28	22	34	44	32	61	34	42	401
25 de Mayo	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	17
Sto. Cabral	0	32	31	0	51	52	22	-	36	0	20	0	244
El Ceibo	6	10	0	0	1	-	13	2	7	0	0	1	40
B. Acosta	33	27	26	31	22	22	22	7	22	20	7	11	250
Axenfeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1224	1123	1558	1512	1799	1981	1773	1922	1915	1677	1656	1414	19.554

Especialidades médicas incluidas en el cuadro: mga, ginecología, obstetricia, pediatría, psicología, clínica médica, cirugía, endocrinología, cardiología, psiquiatría, trabajo social.

Elaboración propia. Fuente: estadísticas de APS.

Se facturó a las obras sociales a través del nomenclador hospitalario en el año \$ 159.364,82 se pudo recuperar la información a través de una revisión de soporte papel de cada centro asistencial de APS la cantidad de consultas / prácticas realizadas a la seguridad social, éstas ascendieron a 19.554 quedando exceptuadas las prestaciones odontológicas que no existe registro al cual acceder.

Los datos faltantes no se pudieron obtener debido a la ausencia de planillas en el archivo de estadísticas de DGAP.

Durante el año 2015 el director general de atención primaria manifestó a los jefes de las UAPs y URIs la necesidad de recuperar costos a través de la facturación a las obras sociales.

Los datos de la tabla evidencian un sub-registro por parte de las unidades asistenciales así como grandes discrepancias en el registro de los centros, éstas se debieron a varios factores: la falta de cultura organizacional de recupero de costos, el cambio de jefes de unidades, la rotación del personal tanto profesional como administrativo, no disponer de base de datos para verificar si el paciente no está declarando su obra social, falta de interés de los agentes municipales de salud por el FORD siendo un incentivo poco atractivo.

El monto per cápita recibido del PAMI no se encuentra incluido en el total de facturación en APS.

Durante el año estudiado, ni los anteriores, se han cruzado datos de cantidad total de consultas, consultas de pacientes bajo programa SUMAR y consultas de pacientes con seguridad social.

El municipio facturó al programa SUMAR \$ 3.061.857,00 fueron realizadas 36.836 prácticas/ consultas.

Se utilizó los porcentajes generales para la estimación del tipo de cobertura de la población de Vicente López que según el censo 2010 fue de 283.544 habitantes:

+/- 47% población con seguridad social equivale a +/- 133.832 habitantes

- se realizaron 31.544 consultas/ prácticas incluido PAMI.

+/-48% población que se atiende en el sector público equivale a +/-136.101 habitantes.

- se realizaron 36.836 consulta/ prácticas.

Toda la población sin cobertura social, hasta los 60 años en las mujeres y 65 en los varones debiera estar nominalizada, ésta se encontraría alcanzada por el programa SUMAR, pudiendo verificar su empadronamiento y prácticas realizadas a través del soporte digital RESAPRO.

Los pacientes de la clase pasiva cuentan con PAMI cuya facturación fue per cápita, las unidades asistenciales dependientes de APS atendió +-12.000 pacientes. Los jubilados de IPS (Instituto de Previsión Social) poseen IOMA como cobertura de salud. Uno de los inconvenientes que presentó el soporte digital RESAPRO fue que los pacientes con cobertura IOMA activos y pasivos figuraban como sin obra social (la base de datos más utilizada en el municipio).

Si descontamos la clase pasiva (PAMI) 12.000 consultas anuales y los nominalizados en SUMAR 36.836, los pacientes restantes debieran tener seguridad social y/o medicina prepaga.

TOTAL DE CONSULTAS ANUALES:	324.715.
CONSUTAS PROGRAMA SUMAR:	36.836.
PACIENTES CON COBERTURA PAMI ATENDIDOS EN APS:	12.000.
CONSULTAS / PRESTACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL:	19.544.
TOTAL DE CONSULTAS A LA SEGURIDAD SOCIAL:	31.544.

Por la cantidad de población censada el sub-registro se observa en ambos sistemas estudiados.

Se ha observado que el servicio de enfermería realizó el 50% de las consultas/prestaciones y que el servicio de odontología realizó el 20%, ninguno de los dos servicios registró en sus estadísticas los pacientes con seguro social y/o prepagos, hecho que deja en evidencia el 70% de sub-registro en APS solo en esos dos servicios. Una de las diferencias de los dos procesos de facturación estudiados radicó en que los

valores del nomenclador hospitalario para obras sociales fue inferior en todas las prestaciones respecto a los montos que abonó el programa SUMAR.

Cuadro Nº 15. Monto facturado en \$ por centro asistencial programa SUMAR. Vicente López Año 2015.

UAP/ URI	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Carrillo	10144	10958	12282	15630	12870	8590	12990	18810	19120	15790	11.700.00	14190	151374
Negrete	14060	20140	22695	30415	22140	26460	12870	14701	23463	16425	21975	13460	238804
Burman	0	2260	0	0	12811	8899	21251	13620	20198	21195	36674	24635	161543
Illia	23893	23008	33220	29254	32584	32955	36528	18585	38600	34820	20574	26766	350787
Ravazzoli	9883	6651	19240	30960	26235	17870	27120	25545	20130	25535	20250	15945	245364
Scalise	5430	5480	9338	5810	1231	2100	3160	4172	6416	6450	5610	5061	60258
Bermúdez	14415	15780	23864	29885	26885	24633	30240	27505	27508	21569	25959	22745	290988
12 de Octubre	3120	4140	5925	7030	7190	5150	140	480	840	1800	1440	480	37735
Llobera	5090	5520	16500	3670	2070	6720	4045	4470	7350	5290	11200	6550	78475
Marcelino	4245	10295	5750	10970	6790	7740	10960	13150	7540	5938	8310	9220	100908
Rotjer	24566	25290	29065	39688	22295	19105	12260	3040	13175	10830	10190	10248	219752
Marzano	4740	3960	6250	7740	8185	3855	4350	3030	2280	3050	4840	2890	55170
P. Barbero	10745	5170	17150	13065	13820	21945	15451	17193	20120	20135	22835	10600	188229
B. Aguirre	17371	17860	10494	35160	22930	28510	23960	21880	33160	31975	23925	22585	289810
Paul Harris	11290	8717	8905	6654	4410	3298	8918	11600	13331	11391	8850	7610	104974
Arcuri	0	720	230	940	1080	720	956	956	1600	560	440	120	8322
25 de Mayo	310	0	0	720	0	0	0	0	900	0	0	0	1930
Sto. Cabral	9144	8780	13190	15890	12790	15100	10285	14350	16970	14860	12860	10030	154249
El Ceibo	420	0	0	720	1440	1440	0	1680	720	0	1440	0	7860
B. Acosta	25872	33530	28923	30200	19025	25170	27375	30360	23900	28360	23470	19140	315325
Axenfeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	194738	208259	263021	314401	256781	260260	262859	245127	297321	275973	260843	222275	3061857

Elaboración propia. Fuente: estadísticas de APS.

El dinero recuperado a través del programa sumar fue de \$ 3.061.857,00 y el recuperado a la seguridad social fue de \$ 159.364,82 dejando fuera la cápita percibida por la atención de los pacientes afiliados al PAMI ya que fue un monto fijo pre-cápita que no requiere del proceso de facturación como los sistemas estudiados.

El total de lo facturado en el período 2015 fue de \$3.221.221,00.

Cuadro N°16. Presupuesto asignado y montos recuperados por APS. Vicente López. Año 2015.

Recursos y presupuesto de gastos de la MVL para el ejercicio 2015	\$2.327.896.025,49
Monto total anual asignado a las unidades de Atención Primaria de la Salud	\$8.662.600,00
Total de la facturación a terceros pagadores 2015	\$159.364,82
Total de la facturación al programa SUMAR 2015	\$3.061.857,00

Fuente: Digesto/ Presupuesto MVL 2015.

Como se puede apreciar a través de los resultados de esta investigación, APS pudo recuperar aproximadamente un 30% del presupuesto asignado a dichas unidades asistenciales.

Cuadro N°17. Comparación de las consultas en las UAPs y URIs realizadas en pacientes con seguridad social y programa SUMAR.

Cuadro comparativo			
UAPs / URIs	Consultas a O.S.	Total de consultas	Consultas SUMAR
Carrillo	8047	41146	2322
Negrete	308	12423	2692
Burman	2636	33766	1780
Illia	899	23094	5194
Ravazzoli	456	21363	3073
Scalise	222	7088	739
Bermúdez	653	15975	3223
12 de Octubre	389	6153	454
Llobera	764	21107	901
Marcelino	1865	14824	1071
Rotjer	703	11168	2292
Marzano	793	15972	659
P. Barbero	104	15910	2390
B. Aguirre	734	11784	2151
Paul Harris	0	24259	2655
Arcuri	401	4797	101
25 de Mayo	17	4400	25
Sto. Cabral	244	16985	1790
El Ceibo	40	2958	115
B. Acosta	250	19543	3209
Axenfeld	0	0	0
TOTAL	19.554	324.715	36.836

Cuadro N° 18. Elaboración propia.

Fuentes: estadísticas APS MVL y plataforma RESAPRO.

Las UAPs Illia, Ravazzoli, Padre Barbero, El Ceibo y Blanca Acosta ubicadas en zonas con alta vulnerabilidad social (asentamientos/barrios de emergencia), debieran tener nominalizada a la mayoría de la población a su cargo, sin cobertura de salud, y facturar su máximo recupero a través del programa SUMAR.

En el cuadro comparativo se observa que en estos centros se facturó más al programa SUMAR que a las obras sociales, aunque la cifra fue inferior al total de prácticas realizadas cuando éstas debieran equipararse.

Las prestaciones odontológicas del programa SUMAR cuyas prácticas asistenciales son acotadas se limitan a una consulta anual para toda la población nominalizada, inactivaciones y flúor a niños hasta 6 años y embarazadas inactivaciones de caries; también están incorporados talleres de salud bucal y consejería.

Una cobertura mínima desde el punto de vista asistencial, con los problemas odontológicos que caracterizan a la población de bajos recursos económicos. Esto no ocurre con las obras sociales ya que el nomenclador hospitalario es mucho más amplio en cantidad y complejidad de prestaciones.

Habiendo detallado los datos estadísticos obtenidos, cabe analizar el origen del sub-registro y baja facturación de los dos sistemas.

Se analizaron las herramientas tecnológicas existentes en las UAPs y URIs. La falta de ellas y/o insumos, han podido contribuir a procesos deficientes de facturación.

Herramientas tecnológicas con las que contaron las UAPs y URIs

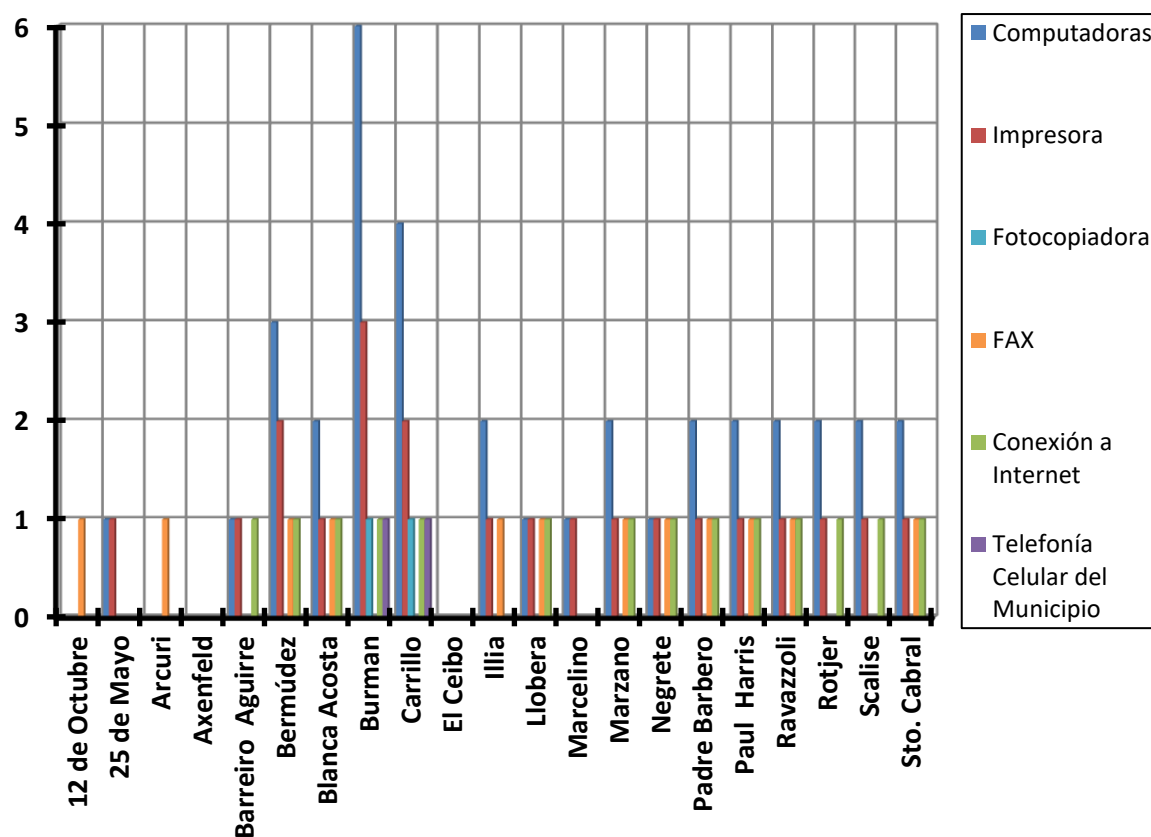


Gráfico N°9.

Elaboración propia. Encuesta al personal.

La conexión a internet no estuvo centralizada, por tal motivo los servicios no fueron de la misma calidad, solo 14 unidades asistenciales estuvieron conectadas. La necesidad de esta tecnología radicó en poder verificar a través de base de datos oficiales la afiliación de los pacientes que concurren a los centros asistenciales.

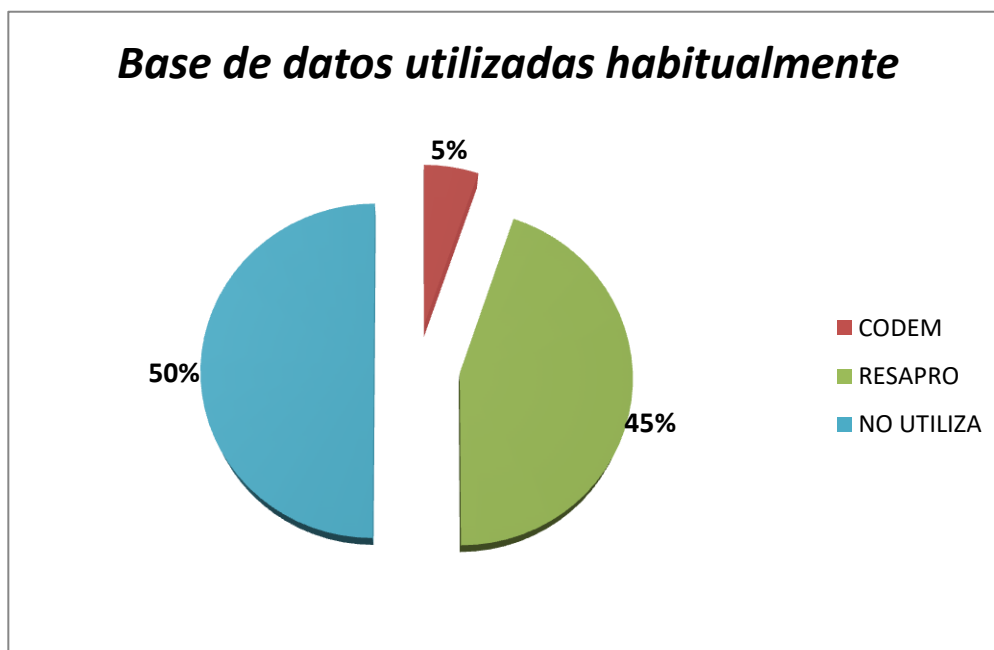


Gráfico N°10.

Elaboración propia. Fuente. Encuesta al personal.

Según la encuesta realizada al personal administrativo, la base de datos más utilizada fue la del Registro Sanitario Provincial (RESAPRO) en un 45% y como segunda opción la base de Comprobante de Empadronamiento en la Obra Social (CODEM) con un 5% de consultas. La base de datos de la Superintendencia de Seguros de Salud no la consultó ningún administrativo de APS.

Los empleados administrativos que no accedieron a base de datos solo aceptaron las aseveraciones de los pacientes que declararon algún tipo de cobertura y ofrecieron papelería requerida.

Las URIs contaron con servicio de internet y una fotocopidora, esto facilitó la copia de la documentación requerida para la facturación de obras sociales y prepagos. Las veintiuna impresoras multifunción, tuvieron el problema de la falta de insumos necesarios (tóner/papel) para realizar copias de la documentación requerida, los insumos

se programaron para los requerimientos necesarios de administración en el año, sin tener en cuenta la posibilidad de utilizarlas como fotocopadoras y optimizar la facturación de los centros de salud.

Los Faxes obsoletos, de más de 10 años de su adquisición, se utilizan solo para comunicación interna de la DGAP hacia las UAPs y URIs y viceversa. Por iniciativa personal, algunos jefes de unidades asistenciales confeccionaron para sus centros bases de datos de los pacientes que concurrieron a la UAPs con cobertura de la seguridad social.

Al no existir lineamientos generales desde DGAP sobre el tema, los tres centros que realizaron dicho registro, UAP Negrete, Marcelino y Bermúdez lo hicieron en distinto formato y diferían también en la información volcada en las mismas.

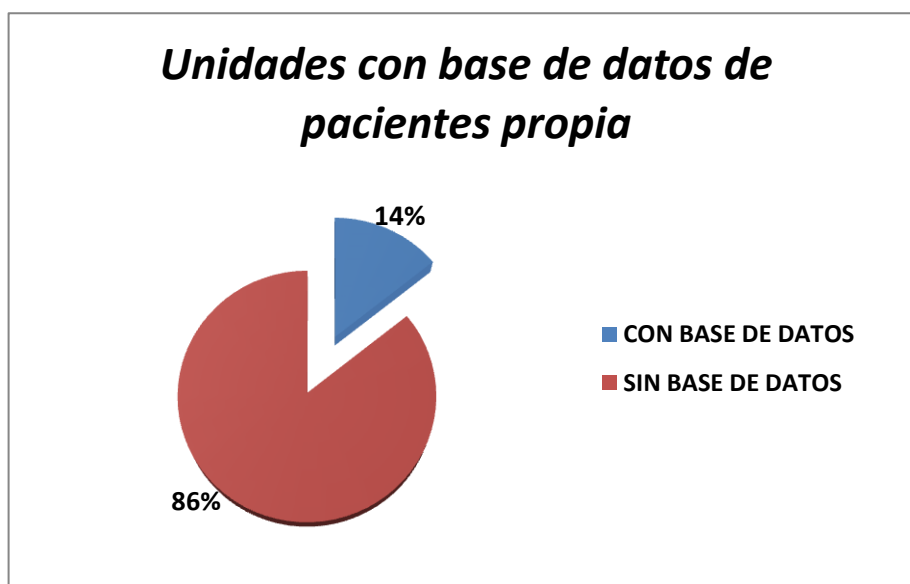


Gráfico N° 11.

Elaboración propia. Fuente: encuesta realizada al personal.

Solo tres UAPs de las veintiuna unidades existentes, con base de datos propia.

A los encuestados se le ha pedido que clasifique (percepción personal) de cómo se realiza el proceso de facturación en su lugar de trabajo.

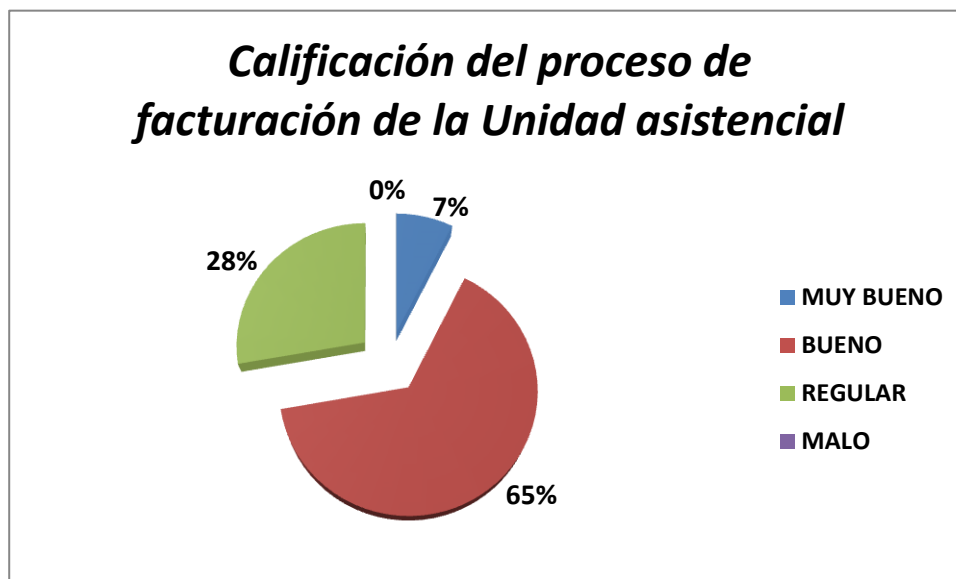


Gráfico N° 12.

Elaboración propia. Fuente: encuesta realizada al personal.

El 72% de los empleados tuvieron la percepción que el proceso de facturación que realizaron fue muy bueno a bueno.

Ningún encuestado supo porcentajes, ni cantidad de pacientes que se atendieron con cobertura de obras sociales, también desconoció cuánto se facturó mensualmente en el centro donde se llevó a cabo dicho proceso.

Cabe destacar que las percepciones no coinciden con los números reflejados en la las estadísticas.

El municipio no proveyó de teléfonos móviles ni a jefes ni a las unidades asistenciales, estos hubieran ayudado a trabajar en red con los otros centros.

Volviendo al origen del sub- registro de prácticas /consultas realizadas a pacientes con obras sociales y a la baja facturación de los centros de salud, otra posible causa fue la falta de efectividad del incentivo FORD.

El desconocimiento de los coeficientes de liquidación de la bonificación por parte de los agentes que deben percibir el incentivo económico, mensualmente y de acuerdo a su función y a su carga horaria quedó de manifiesto en la encuesta, donde se alteraron los porcentajes y ninguno se percató de dichos errores.

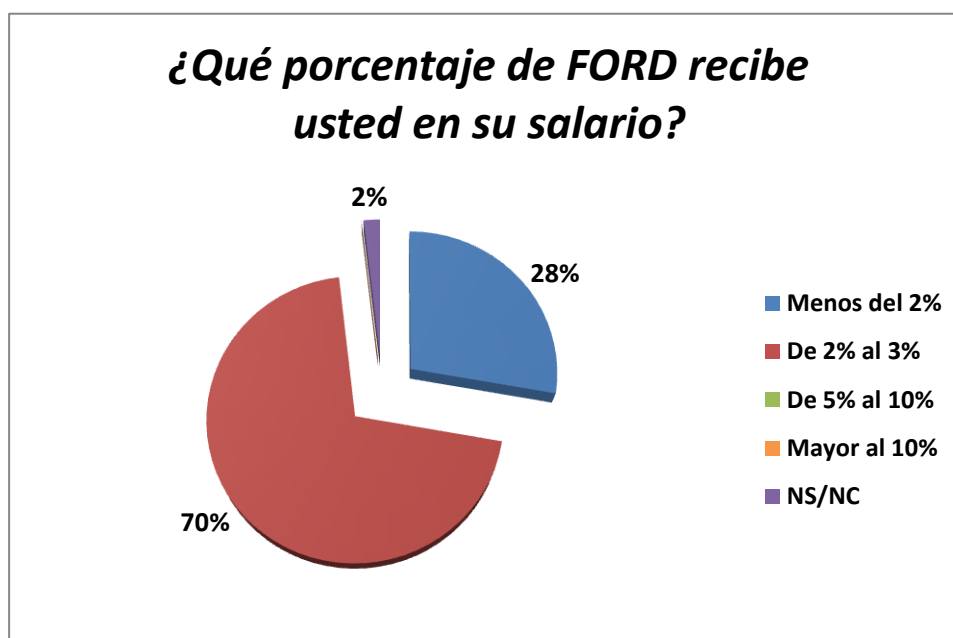


Gráfico N° 13.

Elaboración propia. Fuente: encuesta realizada al personal.

La última modificación de los coeficientes del FORD se realizó en el año 2014.

El personal que recibe la bonificación está englobado en el régimen de la ley N° 10.471 y la ley N° 11.757, los agentes municipales desconocen los coeficientes y también desconocen a cuánto asciende lo recaudado mensualmente por el FORD porque la municipalidad no informó en forma regular cuáles fueron los montos transferidos a dicho fondo.

Ley N° 10.471 los coeficientes fluctuaron de 1,100 a 1,300.

Ley N° 11.757 los coeficientes fluctuaron de 0,9083 a 2,7957.

Se utilizó como ejemplo un agente municipal englobado en la ley N° 11.757 Carrera profesional hospitalaria (CPH), cargo de 24hs., coeficiente 0,9083.

Cuadro N° 19. Salario y porcentaje de FORD percibido por un profesional de CPH de 24 horas de carga horaria.

CPH 24HS.	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
SUELDO	\$ 14.227,60	\$ 13.229,58	\$ 13.458,67	\$ 15.446,57	\$ 15.758,13	\$ 15.950,29
F.O.R.D	\$ 20,71	\$ 653,84	\$ 422,44	\$ 349,13	\$ 426,24	\$ 29,75

CPH 24HS.	JULIO	AGOST.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
SUELDO	\$ 18.050,13	\$ 15.814,97	\$ 17.157,88	\$ 13.716,62	\$ 16.509,02	\$ 13.885,48
F.O.R.D	\$ 23,89	\$ 859,10	\$ 24,18	\$ 21,64	\$ 74,04	\$ 57,19

Fuente: recibos de sueldo del año 2015 de un profesional CPH 24hs.

Los montos recibidos del FORD fueron muy bajos, no acrecentaron el salario en forma sustancial y a demás en algunas ocasiones se discontinuaron los pagos sin conocer las causas de dicha omisión.

Lo reciben todos los agentes por igual realice o no el proceso de facturación.

El sub-registro y sub-facturación de los dos sistemas fue evidente, la diferencia radica que el programa SUMAR pagó un nomenclador mucho más alto que el nomenclador hospitalario.

Este hecho benefició económicamente al personal seleccionado y designado para la nominalización y la carga de las prestaciones realizadas, este incentivo fue positivo para dicho personal porque cuanto más se facturó más dinero recibió el agente por ejecutar esa tarea.

Es posible que la cultura organizacional vigente, con personal poco comprometido, no registre a el recupero de costos como una necesidad de los servicios para la mejora del financiamiento de los mismos.

El Estado, más específicamente el municipio, debiera asignar suficiente partida presupuestaria al sector para su funcionamiento óptimo. El Estado es garante del derecho a la salud de sus ciudadanos y el financiamiento del sistema debe estar contemplado en su totalidad sin tener que recurrir a programas especiales.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

El financiamiento del sistema de salud argentino proviene de la combinación de recursos públicos (de los tres niveles jurisdiccionales, nación, provincias y municipios), privados (vía gasto de bolsillo) y de la seguridad social.

En el caso especial de los hospitales públicos de gestión descentralizada, el financiamiento proviene de recursos públicos (generalmente provinciales o municipales) y de la facturación a las instituciones de la seguridad social.

Los montos pagados por las obras sociales a través del nomenclador de prestaciones de salud de hospitales públicos de gestión descentralizada, no cubren los costos de las prestaciones, generando la necesidad de asignar recursos públicos para financiar esta diferencia; el subsidio cruzado reduce el financiamiento de la atención de los pacientes de bajos recursos y sin ningún tipo de cobertura, principales demandantes del sector público.

La fuga de recursos hacia personas con cobertura se transforma en subsidios a las obras sociales y prepagos.

La investigación reveló que APS pudo recuperar aproximadamente un 30% del presupuesto asignado a las unidades asistenciales.

Se ha detallado por medio de flujogramas los procesos de facturación a la seguridad social y al programa SUMAR, quedando de manifiesto significativas diferencias siendo el segundo un proceso con base de datos, con nominalización de la población, información oficial mensual de lo facturado, poco burocrático, transparente y con un sistema de incentivos atractivos al administrativo que carga las prestaciones como al centro de salud en general (bienes, insumos, capacitaciones, etc.).

La falta de adiestramiento en circuitos administrativos del personal municipal no favoreció la implementación de los procesos de facturación.

Tanto en el proceso de facturación a la seguridad social como en la facturación al programa SUMAR se observó una diferencia muy grande del dinero recaudado, dicha diferencia radicó en los nomencladores que utilizan ambos procesos y el tipo de prestaciones incluidas en los mismos.

En ambos procesos el sub-registro y la sub-facturación no dependieron de la capacitación del personal, ya que programa SUMAR capacitó en forma continua y la MVL no lo hizo. Se encontró que, el programa SUMAR asignó mejores incentivos económicos que FORD, ya que a mayor facturación mayor el incentivo económico del administrativo, de carácter personalizado, previsible y transparente; a diferencia del FORD que se caracteriza por ser masivo, discontinuo, poco transparente y de baja incidencia en el salario.

La MVL primero a través de SAMO y luego por el FORD desde el año 2001 recuperó costos a la seguridad social, con el transcurso de los años hasta el 2015 el proceso de recupero de costos debió servir para documentar, depurar y mejorar, haciéndolo más eficiente y por consecuencia mejorar el financiamiento del subsistema.

Se pudo observar en las UAPs y URIs problemas en el sistema de información:

- ✓ Baja utilización de base de datos.
- ✓ Falta de conexión a internet.
- ✓ Falta de computadoras.
- ✓ Falta de capacitación en computación /programas.

Dependiendo en la mayoría de los casos exclusivamente de la declaración voluntaria del paciente que posee cobertura de salud.

APS en el año 2015 no contó con información digital del recupero de costo a la seguridad social, desconociendo (sin registros) cómo se llevó a cabo el proceso en odontología y enfermería.

Por lo que se puede concluir, que la falta de registros detallados de consultas y prestaciones en odontología, como de inmunizaciones en enfermería atenta contra la posibilidad de mejorar el recupero de costos de atención en APS.

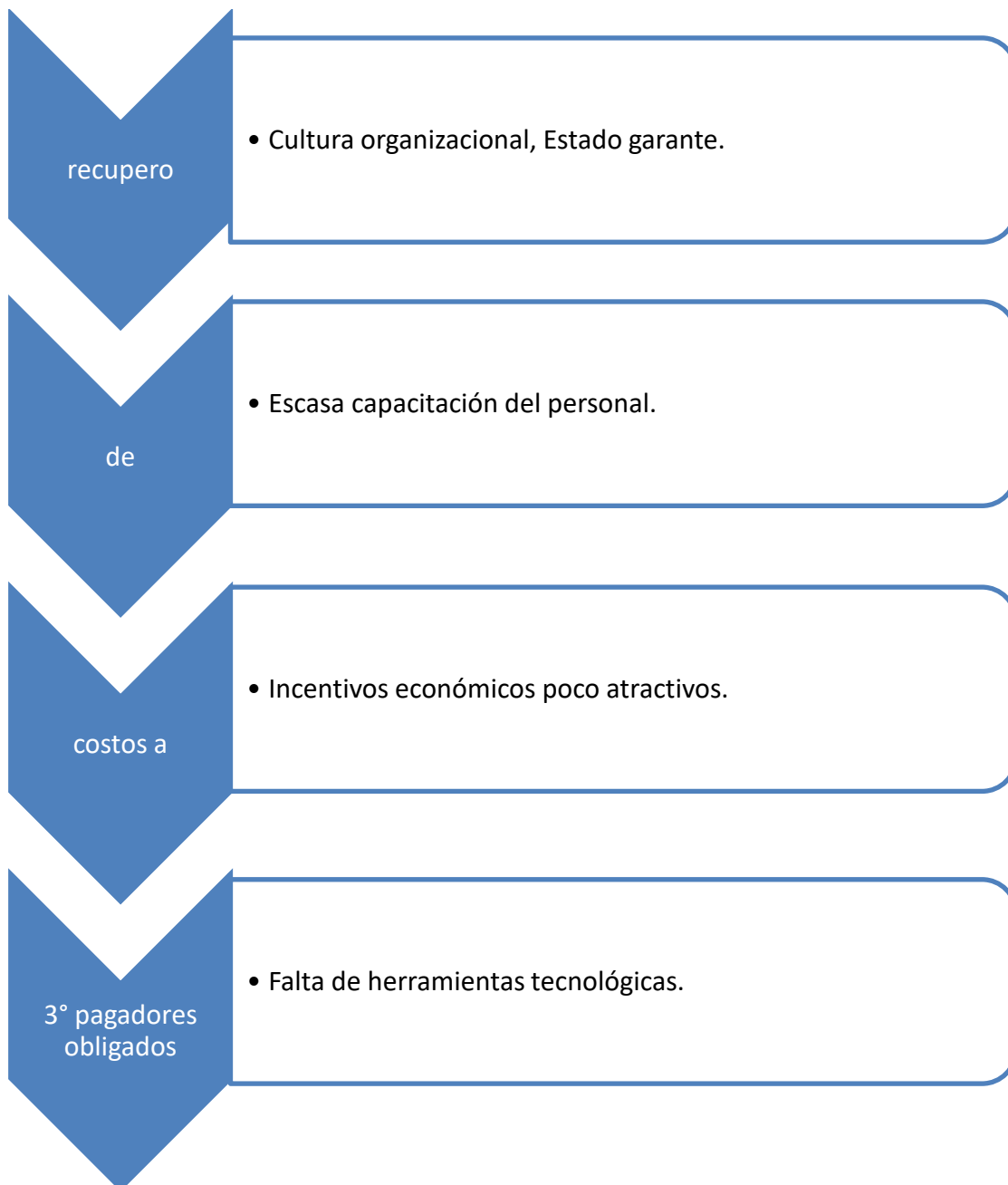
También se ha observado la falta de conciencia del personal administrativo de las unidades de APS municipal sobre la importancia de acrecentar los recursos económicos de las mismas a través del recupero de costos, esto se puede deber a:

- La falta de conocimientos y capacitación sobre el tema.
- Incentivos económicos bajos, poco transparentes y masivos.
- Trámite con mucha papelería que debe proporcionar el paciente.

Se recuperó en el período estudiado aproximadamente un 30 % del presupuesto asignado a las UAPs y URIs, incluyendo lo recuperado a través del programa SUMAR y la facturación a las obras sociales, quedando muy lejos de los porcentajes que la bibliografía consultada refiere próximo al 60% - 70%.

Las conclusiones obtenidas quedan sintetizadas en el esquema N° 5.

Síntesis de los factores determinantes del bajo recupero de costos en la MVL.



Esquema N°5. Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA VIII

1. González García, Tobar: "Salud para los argentinos" ediciones ISALUD 2004
2. Torres Rubén: "Mitos y verdades de las obras sociales en la Argentina" Ediciones ISALUD 2004.
3. Rovere, Mario (2004): "La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto", revista electrónica La esquina del Sur. Mayo 2004.
4. Carrillo, Ramón: "Contribuciones al conocimiento sanitario". Obras completas Eudeba Buenos Aires 1974. Pág.152.
5. Ivana Bursztyn, Rosana Kushnir, Lúgia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, Maria I. Riveros, Ana Sollazzo. (2010) "Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados" Rev. salud pública. 12 (1): 77-88 Redalyc .org. pág. 80 a 82
6. Murray, CJL and Frenk, Julio: "A WHO" Framework for Health System Performance Assessment". GPE, documento de trabajo N° 6, noviembre de 1999. OMS, Ginebra.
7. Daniel Maceira: "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino" SEMINARIO VII – Octubre 2002. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
8. Arce, Hugo (1996): "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina". Financiamiento del desarrollo N°59 Naciones Unidas.
9. Zurn et al. 2005: "Guidelines: incentive for health professionals" [www.who.int documents](http://www.who.int/documents).
10. Adams, O & Hicks, V (2001): "Pay and non-pay incentives, performance and motivation", prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, WHO.

11. Schweiger Arturo y col. "Sistemas de Costos Hospitalarios". Universidad ISALUD. Junio 2010.
12. Ana Guillermina Fernández:" Análisis de mercados de salud". ISALUD. Abril 2012. Apuntes de clase.
13. Bühl, Dalila y Schwieger, Arturo (2012):" Lineamientos para la optimización del proceso de recupero de costos y del sistema de incentivos en un hospital público". abresbrasil.org.br/.../avaliacao_trabalho_13_lineamientos_julia_d.buhl-a.schweiger.
14. Tobar, Federico (2001): "Impacto del Hospital de Autogestión sobre la Seguridad Social" Programa de Investigación Aplicada. ISALUD.
15. Dr. Carlos Alberto Díaz (2010) OPINIÓN: "Relación de agencia". Universidad Isalud.
16. Joan Guix, Joan Ramon Villalbí, Ricard Armengol, Xavier Llebaria, Rafael Manzanera, Antoni Plasència y miembros del Comité de Dirección de la Agència de Salut Pública de Barcelona(2008):" Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública" de GacSanit v.22 n.3 Barcelona mayo-jun. 2008.
17. Banco Mundial (2012): "Argentina builds on Plan Nacer to evolve into Plan Sumar. Results-Based Financing for health".
Disponible en:<http://www.rbfhealth.org/news/item/655/argentina-builds-plan-nacer-evolve-plan-sumar>.
18. Di Stefano, Paula, Gandolfo Marcelo, Santiago Gabriela, Vilar Pablo:" Breve reseña histórica. del sector de obras sociales" Capítulo I de atención de salud mental en el subsistema de obras sociales , revista Vertex – Revista Argentina de psiquiatría. Vol.III N° 30 Buenos Aires, diciembre 1997
19. Arce Hugo:"Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX", tesis de doctorado, IUCS - Fundación H. A. Barceló Buenos Aires, septiembre 2013.
20. Agosto, Gabriela: "El proceso de descentralización en la República Argentina", Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos

Volumen X / No 1 / 2010 / pp. 81-101. Instituto Torcuato Di Tella,
Argentina.

21. González García, Ginés "Las reformas sanitaria y los modelos de gestión" Rev.
Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 9 (6), 2001.

ANEXOS IX

Acrónimos

APS: Atención Primaria de la salud.

ATM: Articulación témporo – mandibular.

CODEM: Comprobante de empadronamiento en la obra social.

DGAP: Dirección General de Atención Primaria.

HPA: Hospitales Públicos de Autogestión.

HPDGD: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

INSSJ y P: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

IPS: Instituto de Previsión Social.

IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial.

FORD: Fondo Operativo de Recupero y Redistribución.

MVL: Municipalidad de Vicente López.

PAMI: Programa de Atención Médica Integral.

UAP: Unidad de Atención Primaria.

URI: Unidad de Respuesta Inmediata.

RESAPRO: Registro Sanitario Provincial.

SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada.

Cantidad de consultas en APS, según mes. Vicente López.

Año 2015.

UAPs / URIs	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NO.	DIC	TOTAL
Carrillo	2964	2277	3251	3708	3796	3426	3727	4273	3846	3884	2822	3172	41146
Negrete	808	739	1027	1271	1301	1446	874	820	859	1239	1244	795	12423
Burman	1339	806	1002	1655	4322	3997	3967	3586	3683	3868	3527	2014	33766
Illia	1767	1933	2049	1980	1885	2304	1696	1711	2091	2168	1893	1617	23094
Ravazzoli	1152	1143	1677	2126	2474	2372	2050	1785	1908	1569	1624	1483	21363
Scalise	535	465	698	668	828	777	538	463	510	569	536	501	7088
Bermúdez	1183	890	1355	1218	1621	1358	1648	1338	1411	1403	1569	981	15975
12 de Octubre	569	570	340	626	656	589	493	382	590	576	381	381	6153
Llobera	1839	1845	2065	2339	1741	1907	1366	1433	1816	1605	1676	1475	21107
Marcelino	1192	1802	977	1828	1155	1409	1061	1065	1114	1205	1123	893	14824
Rotjer	999	918	1084	1158	1216	1449	1010	488	657	788	819	582	11168
Marzano	1368	1050	1308	1598	1803	1777	1467	1111	903	1330	1265	992	15972
P. Barbero	1119	1096	1225	1600	1299	1678	1323	1245	1554	1381	1478	912	15910
B. Aguirre	822	843	988	1028	1203	1126	804	803	1073	1151	896	1047	11784
Paul Harris	1845	1738	1974	2517	2465	2351	2047	1888	1759	2000	1675	2000	24259
Arcuri	311	309	391	409	279	437	409	382	519	398	416	537	4797
25 de Mayo	127	180	266	308	660	371	424	355	421	310	512	466	4400
Sto. Cabral	1590	1263	1435	1350	1702	1727	1329	1436	957	1500	1451	1245	16985
El Ceibo	183	266	274	274	324	318	262	186	239	217	218	197	2958
B. Acosta	1762	1782	1689	1816	1530	1503	1628	1514	1528	1825	1578	1388	19543
Axenfeld	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	23474	21915	25075	29477	32260	32322	28123	26264	27438	28986	26703	22678	324715

Cuestionario destinado al personal de las UAPs y URIs.

MARQUE LO QUE CORRESPONDE

1. ¿Cuántos administrativos trabajan en la unidad asistencial?

2. Nivel de estudios alcanzados.

3. La UAP y/o URI cuenta con la siguiente tecnología

Impresora multifunción	SI	☐	NO	☐	
Fotocopiadora	SI	☐	NO	☐	
Computadoras	SI	☐	NO	☐	Cuántas
Teléfonos inteligentes (del municipio)	SI	☐	NO	☐	Cuántos
Fax	SI	☐	NO	☐	
INSUMOS ANUALES NECESARIOS					
Papel	SI	☐	NO	☐	
Cartuchos de Tinta / Toner	SI	☐	NO	☐	

4. ¿La unidad asistencial cuenta con conexión a internet?

SI ☐ NO ☐

5. ¿Cómo calificaría el servicio de internet del centro?

Muy bueno Bueno Malo Inexistente

6. ¿Cuánto impacta el recupero de costos de las obras sociales en su salario?

- ☐ a) 2 % al 3%.
- ☐ b) 5 % al 10%.
- ☐ c) 15% al 20%.
- ☐ d) + del 20%

7. ¿Cómo calificaría el proceso para el recupero de costos en el centro donde trabaja?

Muy bueno ☐ Bueno ☐ Malo ☐ Inexistente ☐

8. ¿La unidad asistencial cuenta con base de datos propia, actualizada de los pacientes de su área programática?

SI ☐ NO ☐

9. Indique nivel de conocimiento de Excel.

Básico ☐ Intermedio ☐ Avanzado ☐

10. ¿Puede acceder a plataformas que disponen padrones de obras sociales?

SI ☐ NO ☐

11. Indique cuál utiliza habitualmente.

- ☐ Superintendencia de Salud.
- ☐ CODEM.
- ☐ RESAPRO.
- ☐ Otras.