

Especialización en Economía y
Gestión de la Salud
Trabajo Final de Especialización

Autora: Adriana Mara Angeletti

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERE DEL PRESTADOR
DE SERVICIOS DE SALUD AL IMPLEMENTAR LA
MODALIDAD DE CONTRATO POR MÓDULOS CON EL CON
EL FINANCIADOR DEL HOSPITAL**

2018

Citar como: Angeletti, A. M. (2018). Análisis de la situación financiere del prestador de servicios de salud al implementar la modalidad de contrato por módulos con el con el financiador del hospital. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

ABSTRACT	Página	2
1. INTRODUCCIÓN	Página	3 a 6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Página	7
a. Formulación del Problema.	Página	8
b. Descripción y argumentación.	Página	8 a 9
c. Objetivos.	Página	10
3. DESARROLLO	Página	11 a 18
a. Definiciones conceptuales de las variables	Página	19
b. Operacionalización de las variables	Página	20
c. Resultados	Página	21
Tabla Nro 1	Página	21
Tabla Nro 2	Página	22
Tabla Nro 3	Página	23
d. Análisis de los resultados	Página	24
Gráfico I	Página	24
Gráfico II	Página	25
Gráfico III	Página	25
Gráfico IV	Página	26
Gráfico V	Página	27
Gráfico VI	Página	28
4. CONCLUSIONES	Página	29
5. RECOMENDACIONES	Página	30
6. BIBLIOGRAFÍA	Página	31 a 32
7. ANEXOS	Página	33
Anexo 1 Organigrama del Departamento Auditoría Médica	Página	33
Anexo 2 Organigrama de la División Facturación	Página	33
Anexo 3 Plano Externo del Hospital	Página	34
Anexo 4 Forma Correcta de Completar Formularios IOSFA	Página	35
Anexo 5 Modelo de Grupos Relacionados con el Diagnóstico	Página	36

ABSTRACT

Las relaciones existentes entre los diferentes actores, el usuario-beneficiario, el financiador y el proveedor de los servicios de salud se encuentran determinadas por la diferencia o la concordancia de los objetivos que persiguen y ello se refleja en la modalidad de pago predominante.

El modelo adoptado es tanto un efecto de la organización del sistema sanitario en el que se desarrolla, como también un elemento determinante de algunas características predominantes del mismo. El diseño de modalidades de pago eficientes y que beneficien a todos los actores del sistema radica en la distribución equilibrada de los riesgos financieros considerando las ventajas y desventajas de cada modalidad.

El estudio de las modalidades de pago de la atención médica ocupa un lugar en cualquier proceso de reforma del sector salud. La modalidad de pago adoptada en un determinado sistema está en íntima relación con las principales características organizacionales del mismo y con los objetivos que persigue.

La delicada situación que se presentó, dentro del hospital, en un sector de mando medio, la división facturación, determinó objetivos a corto y mediano plazo y se estimaron la realización de mejoras y el estudio de cómo sortear importantes dificultades para hacer posible el cumplimiento de lo impuesto, lográndose con el trabajo en equipo, apoyo de la tecnología puesta al servicio del recurso humano y con la convicción de cumplir la misión y la mejora del proceso administrativo estableciendo una herramienta para mejorar el producto final resultado de mayor control para la toma de decisiones.

Palabras clave:

Organización y Administración Hospitalaria

Costos de la Atención en Salud.

Modalidades y/o Mecanismo De Pago

Proceso Administrativo

Financiador de Servicios de Salud

Prestador de Servicios de Salud

1. INTRODUCCIÓN.

En el Sistema de atención de salud del país se distinguen tres subsectores con distintas funciones e interrelacionadas, como son el sector privado (incluye prepagos), de la seguridad social, y el público, este último dividiéndose en nacional, provincial y municipal. El sector de seguridad social integrada por instituciones heterogéneas de acuerdo a la población a asistir, tipo de cobertura a brindar y modalidad de operación; donde se establecen diversas posibilidades de recuperar el gasto que se realiza por las prestaciones médicas que se dan a los beneficiarios de la atención sanitaria. Se establecen obligaciones para brindar la mejor atención y asegura derechos para recuperar los costos de dicha atención.

Este trabajo está destinado a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención sanitaria, a nivel hospitalario, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de las funciones en el proceso de atención médica de un hospital, a raíz de lo cual es importante realizar un análisis de los antecedentes y funcionamiento del mismo, tomando los aspectos básicos de la información relacionada con los procesos productivos y de su financiamiento.

Puntualmente, nos referimos, al Hospital General 601 – Hospital Militar Central “Cirujano Mayor Doctor COSME ARGERICH”; ubicado en el barrio de Palermo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la República Argentina y dependencia del Ejército Argentino integrante del Ministerio de Defensa de la Nación Argentina, donde se destaca un financiador, obra social no reglamentada por las leyes 23.660 y 23661, es específicamente la de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas, desde ahora IOSFA, destacamos que los afiliados directos de la misma no pueden afiliarse a una empresa de medicina pre-paga, no se les permite “la desregulación”.

Este estudio se abordado desde la problemática de un hospital que no se encuadra dentro de los conceptos de las leyes de referencia y no se lo puede encuadrar como de gestión descentralizada, posee normativas vigentes propias, y al finalizar el ejercicio 2016, se oficializó la puesta en marcha de un nuevo convenio con el financiador, el que impuso nuevas exigencias para formalizar los aspectos inherentes a la ejecución de la cobertura sanitaria de sus afiliados en relación con la nueva modalidad de contrato para el pago de las prestaciones médicas realizadas por el nosocomio.

Cuando nos referimos a “tener cobertura” se habla del derecho a recibir la asistencia sanitaria que tiene el beneficiario (usuario) de la cobertura, establecida mediante convenios o relaciones contractuales, dicho de otra manera, cobertura es el respaldo financiero de los gastos de atención de necesidades y problemas relativos a la salud que tienen los individuos o grupos de individuos.

Se analizará la modalidad de contratación o pago entre el prestador de servicios de salud y el financiador, si es rentable para el hospital, el prestador de servicios de salud. Entendemos mecanismo de pago a la forma en que se distribuyen los recursos entre financiadores y prestadores de los servicios de salud; la retribución es recompensar o pagar por un servicio, y el pago es la compensación económica que recibe el prestador por el servicio brindado.

Ante esta situación, es por lo que se planteado este estudio, desde la teoría

de costos y relaciones de agencia; que nos ofrece las mejores herramientas para alcanzar los resultados relacionados con los objetivos productivos previstos, con la finalidad de contribuir a la toma de decisiones de la gestión impuesta.

Ahora bien, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), reciben en general su presupuesto jurisdiccional, es decir, no se considera la posibilidad de su autofinanciamiento, pero tiene la posibilidad de recuperar costos de los otros subsectores los servicios brindados de sus afiliados, evitando así que se produzca un subsidio indirecto; facturando al financiador el costo de la prestación realizada y este abonando en tiempo y forma, manteniendo así la gratuidad al beneficiario.

De esta manera se evita lo que se denomina subsidios cruzados, es decir, que los Hospitales con sus magros presupuestos, afronten los gastos en salud de los beneficiarios de las Obras Sociales.

Para la facturación realizada a los Agentes del Seguro de Salud existe un reaseguro para los HPGD que permite el cobro de estas prestaciones realizadas en caso de incumplimiento de pago a través del sistema de débito automático de la Superintendencia de Servicios de Salud. La naturaleza de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada es garantizar salud a la población, por lo tanto las tareas administrativas rutinarias y de facturación, que no son propias del hospital, impactan considerablemente en el recupero de costos del sistema de Salud.

En los distintos niveles de la institución de salud se tiene responsabilidad por la ejecución de los procesos asistenciales, por lo tanto el control es una función esencial de todos. Entendemos por control a un proceso que permite la medición de los resultados en relación con una norma/estándar y la corrección de las desviaciones y para asegurar la obtención de los objetivos; en este trabajo el estandar es el importe total mensual obtenido del proceso de facturación de las prestaciones médicas realizadas a los pacientes del Instituto Obra Social de las Fuerzas Armadas, principal financiador del nosocomio.

Es importante destacar, que la naturaleza del hospital es garantizar la salud de la población, específicamente la relacionada a los usuarios de las fuerzas armadas, por lo tanto las tareas administrativas y de facturación, impactan considerablemente en el recupero de costos de la institución.

En efecto, el estudio que se propone en este trabajo, es fundamentalmente de tipo cuantitativo, exponiendo analíticamente la comparación de variables entre dos modalidades de pago, y analizaremos como se debieron adaptar los diferentes procesos hospitalarios para lograr el objetivo impuesto, una mayor rentabilidad para el prestador de servicios de salud, de esta población específica.

Este trabajo se ha desarrollado en base a la actual experiencia profesional y laboral, referencia bibliográfica y a la observación de campo.

Este estudio se define del tipo clásico cuantitativo-continuo. A continuación abordaremos las clasificaciones más relevantes:

- *Según el tipo de ocurrencia y registros de la información es retrospectivo-prospectivo.* Al considerar la vigencia del contrato según el mecanismo de pago entre el prestador de servicios de salud y el financiador, convenidos entre el Hospital Militar Central y el Intituto de la Obra Social de las FFAA, respectivamente, analizándose los

importes totales facturados en cada período, a saber:

- Período Retrospectivo del 01Dic2016 al 30Nov2017, contrato bajo convenio de Monto Fijo, en la literatura consultada llamado Per Cápita o Capitación; y un
- Período Prospectivo del 01Dic2017 al 30Nov18, se recolectó la información de datos surgidos del contrato de pago "Por Módulos" o "Grupo Relacionados con el Diagnóstico".

Si centramos la atención en la previsibilidad de gastos, diremos que la modalidad de pago capitado o monto fijo es un mecanismo de pago prospectivo, a diferencia de la modalidad de pago por módulos que es retrospectivo porque la facturación se paga cada mes, en función del comprobante que se presenta al financiador por las prestaciones médicas realizadas en el nosocomio a sus beneficiarios.

Según el período y secuencia del estudio, la investigación es transversal dado que el análisis del comportamiento de la variable es continua, a lo largo del período (año), o bien, lo desarrollamos en forma periódica (mensual). Es comparativo, estudia las variables en un determinado espacio de tiempo, en un mismo lugar, en un determinado año y midiendo el comportamiento de otra unidad de análisis en el mismo espacio de tiempo, mismo lugar geográfico, en dos años de ocurrida la experiencia del cambio de modalidad de pago.

Tomando como base el criterio según el análisis y alcance de los resultados, clasificaremos este proceso en descriptivo, dado que se compara los dos tipos de contrato, en distintos años y está dirigido a determinar cómo se manifiesta la variable cuantitativa en estudio.

Desde el aspecto relacionado al *área de estudio*: el lugar donde se realizó la investigación es en el Hospital Militar Central, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la República Argentina.

El instrumento y técnica de recolección de datos que se propone en este estudio es una matriz de datos realizada en planilla excel para cada año en estudio, en las que la unidad de análisis considerada es la modalidad de pago con la que se relacionaban el financiador con el prestador. Los servicios de atención médica del hospital que atienden a los afiliados ambulatorios e internados del IOSFA; actividad registrada a través de fuentes secundarias, muestran las dimensiones de cada unidad de análisis, mientras que los formularios de atención en consultorios externos (órdenes de consulta) y de realización de prácticas específicas para cada especialidad (órdenes de práctica) permiten la medición de las variables en el año 2018.

Se considera como *variable*, en el año 2017, los comprobantes de prestación emitidos mensualmente por el servicio de facturación del nosocomio para el cobro de lo facturado según el contrato por la capitación de las prestaciones médicas efectuadas en los servicios de atención.

El *análisis de la información* de los datos obtenidos se procesará electrónicamente a través de un programa de computación Microsoft Excel, siguiendo el concepto de matriz de datos y posteriormente se analizarán e interpretarán, realizando gráficos de barras y tortas, que permitirá el registro de datos y estandarizar los procedimientos de la nueva forma de contrato.

Aún teniendo la cantidad necesaria del recurso humano, la atención brindada al paciente puede no ser la adecuada y ello se debe a un déficit en la calidad de dicha atención lo que se traduce en un factor de riesgo para el usuario que la recibe. Varios

puntos hacen el déficit en la calidad de atención, como son la desvirtuación de tareas, aptitud y actitud del personal que desarrolla tareas asistenciales y su nivel de preparación.

La dotación de personal administrativo, requerido en la atención de los pisos de internación y consultorios externos, traducido con el nombre de "secretarias" es afectada significativamente por su disponibilidad. Con demasiada frecuencia es necesario que el personal de enfermería realice tareas que no le son inherentes.

Se debe reconocer que esto no sólo da a lugar a una utilización deficiente del personal, sino también priva a los pacientes del tiempo de enfermería que de otro modo tendrían a su disposición. La mala utilización de los recursos conlleva a un déficit cuali – cuantitativo en la atención del usuario. Desarrollando planes de reorganización institucional se pueden obtener mejores resultados en el producto final con los recursos humanos y materiales ya instalados.

Es dable mencionar en forma somera y a título de interés el para que se analizan estados contables en una institución, empresa, hospital, etc; partiendo del objetivo básico que es diagnosticar la situación económica y financiera de la empresa. La utilización de un conjunto adecuado de relaciones cuantitativas y su cotejo con estándares de aceptación generalizada, en definitiva, pone de relieve su estructura económica y financiera.

En este trabajo no se ha propuesto desarrollar y/o analizar el estado contable del hospital, sino analizar la situación de la dependencia encargada de procesar la información económica de los servicios que asisten a los pacientes, lo que genera un ingreso que, en el momento de plantear la situación problema y a la vista de una investigación, se debía generar la rentabilidad que como base era el importe facturado bajo el contrato per cápita-capitación, llamado en el hospital "monto fijo".

Podemos citar que un HPGD, recibe en general su presupuesto jurisdiccional, es decir, no se considera la posibilidad de su autofinanciamiento, pero tiene la posibilidad de recuperar costos de los otros subsectores los servicios brindados de sus afiliados, evitando así que se produzca un subsidio indirecto; no a través del cobro directo al afiliado del subsector involucrado; manteniendo así la gratuidad al beneficiario; sino facturando al financiador el costo de la prestación realizada y este abonando en tiempo y forma, o por la modalidad de débito automático que se aplica solo al subsector de Obras Sociales de origen Nacional.

El principal objetivo de cualquier alternativa de financiamiento del hospital moderno, es cubrir los gastos operacionales, remuneraciones e inversiones, permitiendo el crecimiento y desarrollo de la institución. Estas alternativas de financiamiento obligan a crear incentivos hacia la eficiencia y por consiguiente castigar a la ineficiencia, colaborar en la contención de costos y promover la provisión de servicios con estándares mínimos de calidad).¹

¹ SALERNO, Gastón, Octubre 2017 *Recupero de costos en el Subsistema Público de Salud. Mejora en la Gestión de Recupero a través de Superintendencia de Servicios de Salud*, Trabajo Final de Especialización, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Estudios de Posgrado, p 21.

2. PANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una coordinación deficiente entre servicios, se traduce en sobrecarga de trabajo para el personal de una unidad, que muchas veces asume esa responsabilidad para lograr la mayor recaudación; pero ello a su vez resulta un tanto contradictorio ya que esta tarea presupone la pérdida de tiempo útil en la carga directa, de la prestación realizada, al sistema informático.

Para que la coordinación exista realmente, se debe definir el proceso de agrupar actividades y establecer relaciones de trabajo. Esta coordinación deberá tenerse en cuenta por las autoridades de la institución ya que no se puede pretender crear un ambiente social favorable del personal que allí trabaja, a no ser que exista un adecuado sistema de comunicación a través del cual las informaciones puedan ser transmitidas. Se sabe que existe:

- Un sistema de comunicación formal que une la jefatura con una red de comunicación bien clara y definida, utilizando canales tales como reuniones, impresos, memorandum, informes debidamente documentados, y
- Un sistema de comunicación e información informal que utilizará canales no formales, no documentados pero que tienen importancia vital, ya que ayudan a realizar la recolección de los formularios que permiten el procesamiento de los mismos para elevar la documentación mensual, de los servicios de atención y presentar la documentación de facturación, previo proceso de control llevado a cabo por del departamento de auditoría.

El mejoramiento en la calidad de atención en los servicios de salud es una prioridad. Para llevarlo a cabo se propone comenzar por las necesidades de quien requiere prestación; con la premisa de minimizar el costo.

Una vez definida y caracterizada la demanda se debió analizar como están organizados los servicios, es decir la oferta para responder a ella. Sólo una mirada crítica sobre la forma de articulación de una y otra nos permitió reconocer los problemas y proponer las soluciones. Esta cuestión administrativa (de articulación entre demanda-oferta) adquirió dimensiones especiales para la situación que se presentó en la oficina de la división facturación.

Al diagnosticar el sector en estudio, se establecieron bases para detectar, planear, organizar y ejecutar actividades tendientes a mejorar el funcionamiento del servicio y contribuir a la organización del sector.

Este abordaje metodológico, para la primera instancia, se propuso como una manera de observar, sistematizar y diagnosticar la situación del sector, a fin de poder identificar problemas y priorizar acciones.

Se delimitaron responsabilidades de sus integrantes relacionado con el *control y carga de prestaciones médicas* realizadas a pacientes ambulatorios como así también de los internados en el hospital.

Posteriormente se incentivó a la gestión del recupero de gastos e imputaciones con la OOSS, incrementando la carga de la *refacturación de débitos*, variable de medición continua para evaluar la eficacia y eficiencia de cada integrante de la división,

y en definitiva , variable de medición sobre el proceso y el producto final.²

a. Formulación del Problema

Necesidad de implementar estrategias de productividad para incrementar la renatailidad del financiamiento, relacionado con la organización del sector de facturación del hospital, debido a la nueva modalidad del contrato de pago.

b. Descripción y Argumentación

Ante el crecimiento poblacional, aún elevado, es necesario buscar aquellas fórmulas que permitan a los servicios de salud incrementar su cobertura para satisfacer necesidades cuantitativamente crecientes al tiempo que ello se logra de una manera más equitativa, eficiente y efectiva.

El desarrollo de un sistema que provea servicios de salud a toda la población no es suficiente, es indispensable. La transición de transitar de la cantidad a la calidad no debe ser concebida como que a esa cantidad de servicios le correspondan, en una mayor proporción, esfuerzos concretos para mejorar esa calidad.

Una de las características salientes del mercado sanitario, es la existencia de diversas formas de pago de los servicios por parte de los financiadores. Esto se torna imprescindible y el personal responsable de la facturación debe conocer y manejar las disposiciones vigentes para maximizar la eficiencia, eficacia, beneficios y rentabilidad de las prestaciones.

El término sistema de salud está referido a un conjunto de actores y acciones más abarcativas del sistema de atención médica. El sistema de salud abarca la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de atención sanitaria.

Si hablamos de contrato se habla de relación entre dos personas, y siempre tendremos a *un principal*, que es el que contrata e intenta pagar menos y obtener la mayor eficiencia del médico o personal. Por otra parte está el *agente*, que es el contratado quien busca que le paguen bien realizando el menor esfuerzo; ambos generan un contrato, escrito o no, generando la relación de agencia de las que estamos hablando.

Los intereses de financiadores y prestadores, juegan un equilibrio de contrapuestos, con el fondo común de un enfermo a quien se le deben brindar servicios de la máxima calidad y seguridad y al mejor costo posible.

La falta de educación y actualización del personal nos guía a la impericia. Toda institución debe proveer, promover y facilitar los medios necesarios para la adecuada capacitación del personal, tanto para aquel que se desempeña en tareas administrativas como asistenciales, en este estudio se traduce en una deficiente recaudación en el área de facturación.

² DE LA PUENTE, Catalina, SCHWEIGER, Arturo, Mayo 2008 *Sistema de Información Gerencial como Base del Presupuesto por Resultados y Costos en Hospitales Públicos Seleccionados*, Informe Final Académico, Universidad Isalud, Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación, pp 11-30

De ahí la importancia de promover y mantener la continuidad del proceso de educación, para lograr la nivelación del personal en los tres planos: actitud, habilidad y conocimiento; para llegar al fin último: *Lograr la eficiencia del personal*, medida en el área con el importe de débitos que realiza el financiador.

El foco de estudio en este trabajo comprende a la organización del sector de salud, porque sus sistemas de información deberían comprender entre sus objetivos emitir información útil para la planificación de resultados.

Por lo expuesto anteriormente, se inició y se solicitó apoyo para la incorporación de personal, el cual debía reunir los siguientes requisitos:

- Acreditación de curso, carrera de facturación (deberá adjuntar certificados de prestaciones similares y/o curriculum vitae).
- Mínimo tres años de experiencia.
- Manejo de herramientas informáticas.

El facturista debe ser consiente que en la gestión sanitaria actual se habla de construir el sistema de salud no desde la oferta de servicios sino desde las necesidades y demandas reales de la población.

En este sentido el usuario de los servicios ha dejado de ser un mero objeto de atención cuando su salud se encuentra dañada, para constituirse en el centro del sistema aún cuando no haya enfermado todavía.³

En pos de estos lineamientos y desde el punto de vista de la planificación del proceso administrativo, el procesar la documentación para posterior facturación, se estableció como prioridad, se adiestró al personal que se incorporó para dicha actividad, se solicitó la adquisición de material informático, distribución del personal para las actividades de carga de prestaciones de pacientes ambulatorios e internados, interiorizándolos en el logro de un objetivo común: disminuir los débitos e incrementar el monto mensual facturado.

Se desarrolló en el plan de organizar y coordinar el servicio con las demás dependencias del nosocomio encargadas de elevar la documentación correspondiente.

Se propuso definir una alternativa en el procedimiento del registro de las prestaciones en el sistema informático, trabajando simultáneamente con el servicio de laboratorio, el que, tenía sistematizado el sistema y se coordinó para agilizar e intensificar el adiestramiento del personal en la interpretación de los códigos según NN Y CUBRA.

...“Lo que es del Estado debe volver al Estado a través del recupero de costos de las prestaciones que el servicio público brinda a personas con obras sociales o prepagas”..., afirmó en Bahía Blanca el ministro de Salud de la Nación, Daniel Gollan.⁴

³ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. TORRES, Rubén; ROSSI, Saúl; SIEDE, Julio y Becerra, Jorge 2003. “Grupo Relacionados por el Diagnóstico (GRD)”. Edición 2003

⁴ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación http://www.consultordesalud.com.ar/detalle_noticia.php?idnoticia=1729.

c. Objetivos

1) General

Indagar en la rentabilidad del proceso de facturación debido a la implementación de la modalidad de contrato por módulos en el hospital.

2) Específicos

Objetivos a corto plazo:

- Identificar factores que obstaculicen en el desempeño del personal.
- Estimular la motivación del personal del servicio
- Lograr el fortalecimiento del rol de cada administrativo y la comunicación intra servicios.
- Determinar los factores que producen variaciones en indicadores de estructura (día de estadía en el piso de internación, consumo de medicamentos, registros médicos y de enfermería).

Objetivos a mediano plazo:

- Analizar el margen de rentabilidad en el cambio de modalidad de contrato de pago.

Objetivos a largo plazo:

- Lograr que quienes ejercen cargos jerárquicos se capaciten en todo lo referente a gestión del registro y control de formularios.
- Definir una alternativa en el procedimiento del cálculo de costos hospitalarios.

3. DESARROLLO.

La estructura del mercado de la salud está en gran medida condicionada por la oferta de servicios y la demanda de atención de los usuarios. Dicha estructura a su vez promueve determinado comportamiento o conducta de los agentes económicos que consecuentemente dan lugar a un determinado nivel de rendimiento del sistema y sus efectores.

Este esquema de análisis, que constituye el denominado paradigma estructura - conducta – rendimiento implica la existencia de una retroalimentación entre cada uno de estos componentes: la conducta de los agentes influye tanto sobre las condicionantes básicas de la oferta y la demanda como en la estructura del mercado dando lugar a modificaciones en ambos casos. En lo que refiere al mercado de la salud, a su vez, intervienen elementos externos que lo modulan y regulan y que están dados por las políticas públicas llevadas adelante desde el Estado.

Los mecanismos de pago a los médicos, en definitiva, están sujetos tanto a las variables determinantes de la oferta como de la demanda. En tanto generan un determinado incentivo para los médicos, inciden en el comportamiento de los agentes. Si se aplican estos mismos conceptos al mercado de trabajo médico, puede verse con mayor claridad la forma en que inciden la oferta y la demanda en la determinación de los mecanismos de pago a aplicar. A todo lo señalado debe agregarse un hecho clave: dadas las imperfecciones del mercado de la salud el libre juego de la oferta y la demanda no asegura niveles de eficiencia.

Es importante comenzar realizando un panorama de la Institución sujeta a estudio, y decimos que pertenece a la comunidad propia del Ejército Argentino y que como esta, hay en todo nuestro país una serie de hospitales de diferentes categorías según la complejidad, este hospital es el punto final de todas las derivaciones dentro de nuestro territorio.

Esta institución, según su estructura sanatorial es un hospital con internación polivalente, considerado de categoría cuatro y dentro del tercer nivel de atención. Comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica, es él último nivel de referencia de esta red asistencial.

En este nivel de atención se garantiza la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados. Se establecen articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, con el fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada para sus necesidades de atención

El hospital se considera hospital escuela, en el mismo hay residencia médica en diversas especialidades, prácticas de alumnos de enfermería e instrumentación quirúrgica y otros servicios como nutrición, kinesiología, laboratorio, entre otros.

Para la internación de pacientes se registran varios sectores, a tal efecto citamos:
2do Piso internación: para personal específico de oficales de alta jerarquía.
3er Piso internación: servicio de Geriátría, Neurocirugía y OOSS contratadas por un

servicio tercerizado.

4to Piso internación: servicio de Clínica Médica y Cirugía. Quirófano Central.

5to Piso internación: servicio de Cardiovascular, Medicina Vascular-Hemodinamia, UTI y UCO.

6to Piso internación: servicio de Traumatología y Ortopedia. Quirófano de Traumatología.

7mo Piso internación: servicio de Oncología y Clínica Médica.

8vo Piso internación: servicio de Maternidad y Pediatría.

9no Piso internación: servicio de Nefrología.

El hospital cuenta con un sector de guardia médica y emergencias la misma está organizada con seis boxes para la atención y consultas; el personal de enfermería tiene a disposición elementos para la atención de las urgencias, oxigenoterapia vía central.

También cuenta con sala para shock-room de cuatro camas especiales equipadas con oxígeno central, monitores, carro de paro, electrocardiógrafo, desfibriladores; en este lugar se cuenta con equipos para pacientes adultos y pediátricos. Sala de radiología y sector de ambulancias con alojamiento del personal a cargo de las mismas.

En consultorios externos se atiende a pacientes ambulatorios para servicios de clínica médica, cirugía, prevención de enfermedades, infectología, vacunación, dermatología, nutrición, neumonología, ginecología, cardiovascular, oftalmología, urología, proctología, odontología, geriatría, oncología, nefrología, traumatología, pediatría, cardiología, otorrinolaringología, gastroenterología, hemoterapia, urología, litotricia.

Para el diagnóstico por imágenes, el hospital posee los servicios de radiología, mamografía, ecografía, tomografía computada, resonancia nuclear magnética y medicina nuclear, en salas perfectamente diferenciadas.

Cabe destacar que en el complejo de servicios que el hospital esta en condiciones de atender podemos mencionar laboratorio, anatomía patológica, medicina transfusional, asistencia por dolor.

En el área de gestión, administrativamente se organiza como dirección general que tiene a su cargo la dirección médica, el Departamento de Contaduría y Finanzas y la dirección de apoyo llamada específicamente: "Dirección Operativa"; que es la que maneja todo lo inherente a procedimientos y exigencias castrenses inherentes a la misión del hospital, preparándose en caso de ser afectados para intervenir en catástrofes naturales o ataque interior.

Se registra un Departamento de RRHH (tanto para personal considerado "civil", ya que no ostenta grado militar y otro para el personal se desenvuelve bajo la Ley Nacional 19.101). Encontramos el Departamento Enfermería, División Docencia e Investigación.

El citado hospital se apoya en quirófanos para cirugías generales ubicado en el cuarto piso, en el cual sólo se realizan cirugías programadas y hay dos boxes dos boxes destinados a urgencias. Las cirugías traumatológicas se realizan en cuatro boxes ubicados en el 6to piso destinados sólo para esa especialidad.

En el cuarto piso se encuentra el servicio "hospital de día" cuya finalidad es la atención de cirugías menores, de rápida evolución y pronta recuperación; sin interacción.

Hay una farmacia central ubicada en el subsuelo del edificio, un centro de esterilización, en el primer piso, el lavadero y ropería; también un sector de cocina donde se procesan los alimentos; y en el quinto piso se encuentra el Centro de Apoyo Nutricional (CAN), en el cual se realizan las mezclas para alimentación parenteral y enteral.

En términos generales, podemos mencionar que la población con la que trata el hospital es aquella a la que llamamos "familia militar", dentro de esa categoría, no sólo nos referimos al personal militar en actividad o en situación de retiro, sino también a su familia y, debemos tener en cuenta que es el centro de todas las derivaciones de hospitales militares del interior del país, en casos de que los mismos no esten en capacidad de afrontar el tratamiento de patologías complejas.

Es importante considerar que el grupo etáreo predominante, en la atención, es el de adultos maduros, quienes poseen un nivel de escolaridad media elevado, con muy buena posibilidad socioeconómica y de accesibilidad geográfica para acceder a los efectores de salud propios o de otro financiador. El estilo de vida se encuentra determinado por la actividad laboral inherente a las fuerzas de seguridad y cambios de lugar de residencia en forma periódica (cada tres o cuatros años, ritmo de vida acelerada, estres laboral, hábitos alimenticios, antecedentes de tabaquismo, etc.).

Este hospital, si bien tiene una organización e infraestructura semejante a un hospital de gestión privada, esta inserto dentro de la categorización de hospital público, que a su vez, no se rige por las leyes que determinan el funcionamiento y bases legales de uno como tal o como los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

Nos referimos a un hospital que está inserto en el ámbito y estructura del mercado de la salud la que, en gran medida se condiciona por la oferta de servicios y la demanda de atención de los usuarios. Dicha estructura a su vez promueve determinado comportamiento o conducta de los agentes económicos que consecuentemente dan lugar a un determinado nivel de rendimiento del sistema y sus efectores.

El hospital en estudio recibe presupuesto para su funcionamiento según partida presupuestaria designada por el Ministerio de Hacienda de la Nación y, es este caso no abordaremos específicamente lo referido a condiciones o aportes presupuestarios. Lo que se aborda y compara es el modo de contrato que se realizó con el financiador para optimizar la rentabilidad anual, y maximizar la obtención de recursos relacionados con la actividad propia del nosocomio que es la atención sanitaria.

El estudio centró el foco en la oficina de facturación y como incidió el cambio de modalidad en el pago de las prestaciones médicas realizadas a IOSFA en el período año 2017 comparado con el período año 2018.

Cabe destacar que en 2017 se procedía a facturar de acuerdo a la modalidad de

“Monto Fijo” (referido así específicamente en el contrato firmado y, responde académicamente a la modalidad de contrato por per cápita o capitación) y en 2018 se fijó un contrato con la modalidad de pago por módulos (académicamente nos referimos a los Grupo Relacionados por Diagnóstico –GRD/DGR).⁵

Cuando hablamos de modalidad o mecanismos de pago se tiene en cuenta la unidad de pago y la distribución del riesgo financiero. Desde el punto de vista contrato de agencia se busca reducir la incertidumbre en el conflicto de intereses. Si no hay conflicto no hay relación de agencia, buscamos entender quien se lleva el mayor carga del riesgo.

Si hablamos de contrato se habla de relación entre dos personas, y siempre tendremos a *un principal*, que es el que contrata e intenta pagar menos y obtener la mayor eficiencia del médico o personal. Por otra parte está el *agente*, que es el contratado quien busca que le paguen bien realizando el menor esfuerzo; ambos generan un contrato, escrito o no, generando la relación de agencia de las que estamos hablando.

A la hora de analizar el sistema de remuneraciones vigente en un sistema u organización es necesario tener en cuenta otros aspectos que trascienden el análisis exclusivo de la forma de pago. Es así que debe tenerse en cuenta cuál es la modalidad organizativa que adquiere la remuneración, o sea, cómo se remunera (quién determina el nivel de remuneración y bajo qué forma) y quién efectivamente realiza el pago. Teniendo en cuenta estos aspectos es posible alcanzar una tipología de los distintos sistemas de remuneración.

Esto supone tener en cuenta tres aspectos de análisis de los sistemas de remuneraciones, que conceptualmente están constituidos por:

- el proceso de determinar los precios o los valores de pago,
- quién asume la responsabilidad del mismo,
- qué método es el que se adopta para establecerlo.

El nivel de remuneraciones puede estar determinado por tres mecanismos: por el mismo profesional; por negociación entre los profesionales de forma individual o colectiva y el organismo pagador; o por decisión administrativa del órgano que asume el pago.

La organización del pago puede desarrollarse de las siguientes formas: es asumido por el usuario, pero pueden existir mecanismos de reembolso totales o parciales otorgados por un tercer pagador; el pago es asumido por un intermediador financiero (tercer pagador), por ejemplo un fondo público o empresas privadas aseguradoras; el pago es asumido por la organización que emplea el recurso, que es la forma más común de remuneración en el caso de recursos humanos empleados en un hospital o en instituciones privadas sin fines de lucro que asumen sistemas de prepago.

Por lo expuesto podemos estar en presencia de información asimétrica, en la teoría que abordamos, se analizan tres temas: riesgo moral (moral hazard), selección adversa

⁵ FERNANDEZ, Ana Guillermina, "Economía de la Empresa – Teoría de la Agencia", Apuntes de Clase de la Cátedra Economía de la Empresa de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Pag 3-17, Ed. Docente Universidad Isalud, Buenos Aires, Abril 2015.

(adverse selection) y señalización (signalling). En situaciones de riesgo moral, la información asimétrica se deriva del hecho de que, una vez firmado el contrato, el principal no puede observar (o verificar) la acción o esfuerzo que el agente realiza.

En estos casos, el pago del agente no puede depender del esfuerzo que incorpora y para el que se lo ha contratado. Una situación de selección adversa (problema de información oculta) surge cuando el agente conoce antes de firmar el contrato un elemento relevante de la relación que el principal desconoce. (Mussa y Rosen, 1978; Maskin y Riley, 1984).

Se trata de situaciones en que la parte menos informada no es capaz de distinguir la buena o mala "calidad" de lo ofrecido por la otra parte (Akerlof, 1970). La solución a este problema sugiere ofrecer distintas alternativas contractuales que lleven al agente a revelar la información que posee.

La señalización se refiere a las acciones observables tomadas por un actor para convencer a otro del valor o calidad de sus productos. Una de las partes conoce alguna variable importante para la relación y su comportamiento puede señalarla a otro participante. Los agentes en un mercado pueden usar la señalización para contrarrestar la selección adversa. (Spence, 1973).

Las relaciones de agencia están presentes en numerosas instancias de la vida económica. Siempre que hay una posibilidad de ganancias derivadas de la cooperación o la especialización, es posible que aparezca una situación en la que algún agente trabaja en beneficio de otro, que llamaremos principal. Así obtenemos el fruto de la ventaja comparativa.

Podemos pensar en numerosos ejemplos: los trabajadores que suministran trabajo a una empresa, los directivos que actúan en nombre de los dueños de la empresa, los doctores que sirven a sus pacientes, los consultores que aconsejan a sus clientes. (Ricart, 1986).

Existen dos elementos importantes que transforman una relación principal-agente en una situación modelable con lo que se conoce como la teoría de la agencia. Primeramente necesitamos que haya algún conflicto en intereses y objetivos entre las partes. El segundo elemento necesario es la existencia de alguna asimetría en la información. Si el principal tiene información completa sobre cualquier decisión, acción o resultado del agente que afecte a la relación, la aplicación de la autoridad será suficiente para solucionar el problema.

La cuestión importante es que el principal actúa con información incompleta sobre el agente, relativa a información sobre características, decisiones, acciones, etc. Así pues, cada estudio de la agencia tiene subyacente un problema de incentivos creado por algún tipo de información asimétrica. El problema básico que deseamos abordar se refiere al diseño de esquemas de compensación (y retribución) y reglas de decisión que minimizan los costos asociados al problema de incentivos. (Ricart, 1986).

La Teoría de los Incentivos y el Diseño de Contratos (a veces también llamada Economía de la Información) estudia aquellas situaciones en las que unos agentes tienen más información que otros. Dado que es de esperar que los agentes con ventajas informativas traten de sacar partido de ellas, esta área de la Economía analiza las consecuencias que la asimetría en el reparto de la información tiene sobre la forma en que los agentes se

organizan y sobre la eficiencia de las relaciones que establecen. (Macho-Stadler, 2006).⁶

En virtud de las exigencias impuestas a la División Facturación) en aspectos inherentes al Acta-Convenio aprobado y firmado oportunamente, a mediados de julio del año dos mil dieciseis entre el Instituto de Obra Social del Ejército (IOSE) y el HMC; y relacionado a las normativas impuestas, y a informes de auditoría generado por el Departamento Auditoría Médica, del que es integrante la División en estudio, se generó un estudio de diagnóstico como primera etapa de cambio en el procedimiento para la facturación de las prestaciones realizadas a los pacientes de la OOSS en el nosocomio.

Pensando en que la caída en la recaudación general, provoca un efecto directo sobre la rentabilidad del sector salud, se lleva a replantear la forma de financiamiento de la Obra Social y las prestaciones que está obligado a suministrar con los magros recursos que se puede recaudar.

Al analizar la delicada situación, se estimaron importantes dificultades para cumplimentar los objetivos impuestos, se determinó el estudio de las causas que afectarían eficaz desempeño del sector por lo que se expuso lo siguiente:

- **Novedades surgidas del estudio de las Historias Clínicas:**

- a. Excesiva cantidad de Historias Clínicas en los pisos y servicios de atención, reflejan demora en los procesos de facturación.
- b. Manejo, registro, entrega en tiempo y forma de la Historia Clínica de los pacientes internados en sectores de Hospital de Día.
- c. **Diferencia entre el consumo-gasto relacionado con la prestación realizada** a un paciente internado/ambulatorio y el presupuesto originado de la respectiva dependencia a cargo de esa documentación.
- d. Estandarización de los procedimientos relacionados a las autorizaciones para la atención de los pacientes de la OS.
- e. Maximizar la estandarización de la atención de los pacientes internados en los distintos servicios del hospital, en particular en el servicio de Guardia Médica, considerando tiempo de permanencia en el mismo.

- **Novedades surgidas de la informatización del sistema de facturación:**

- a. El personal que realiza las liquidaciones mensuales de las prestaciones ambulatorias y/o internaciones efectuadas en el nosocomio deben tener los valores actualizados de las mismas desde una dependencia del hospital que no coincida con esta división.
- b. El sistema operativo de facturación debe permitir la carga de las prestaciones de los distintos servicios en forma simultánea de los operadores; para permitir la vinculación de los totales y/o listado de pacientes en fecha, forma correlativa y sincronizada, al finalizar las mismas.
- c. Mejorar el parque informático y de fotocopiadoras/impresoras, debido al incremento del flujo de información; para lo que se estima deberá incrementar la provisión de computadoras para el sector Facturación a 15 (quince) equipos completos, nuevos y actuales, y 01 (una) fotocopiadora para la carga directa y simultánea de las prestaciones de los respectivos servicios, mencionados en documento de origen.

⁶ FERNANDEZ, Ana Guillermina, *‘Economía de la Empresa – Teoría de la Agencia’*, Apuntes de Clase de la Cátedra Economía de la Empresa de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Pag 3-17, Ed. Docente Universidad Isalud, Buenos Aires, Abril 2015.

- d. Actualmente no se cuenta con un lugar para depósito y almacenamiento de la documentación de años anteriores, se debe considerar dicho aspecto a cumplimentar.
- e. Los servicios afectados a la nueva normativa, de todo el nosocomio, deben contar con el sistema informatizado actualizado y vinculado a la División.
- f. Personal que opera el sistema informático debe recibir sistemáticamente instrucciones de como operarlo.

- **Novedades de personal:**

- a. La capacitación del personal con el que cuenta la División se realiza en forma sistemática, a medida que surgen las novedades y necesidades de carga de liquidaciones, se contaba, a la fecha del informe, con cuatro administrativos expertos en el área.
- b. Al finalizar el año, debido a la política de personal, el recurso humano que pertenece al área castrense puede ser asignado a otra área o lugar de trabajo.

- **Pago de prestaciones a los servicios tercerizados y profesionales del nosocomio:** relacionado con las normativas impuestas cabe destacar que este nosocomio realiza pagos a los servicios tercerizados⁷; liquidaciones a cuenta de terceros para los profesionales que realizan cirugías en horario vespertino, por normativa del hospital, estableciéndose cobro de honorarios, a saber:

- a. Horarios de anestesia: se liquida al profesional que interviene en la cirugía en referencia al listado de la AAA (Asociación de Anestesia Analgesia y Reanimación de Bs. As., en todos los casos.
- b. Honorarios médicos: se liquida al profesional (sólo al cirujano, no a ayudantes y/o residentes) que interviene en la cirugía.; de acuerdo al módulo de cirugía, teniendo en cuenta que existe la posibilidad, mediante el presupuesto, que el cirujano determine sus honorarios. A los efectos de crear antecedentes se informa se tenga consideración en futuros convenios.
- c. Servicios de Diagnóstico por Imágenes se deben controlar las prácticas realizadas constatando en la historia clínica, previa auditoría de la dependencia correspondiente.

- **Novedades varias:**

- a. Diferencia entre los códigos de prácticas de laboratorio, originalmente el nosocomio implementó el valor de la unidad bioquímica según Nomenclador Nacional, actualmente se debería aceptar el valor de la unidad bioquímica CUBRA, que lo adjudica la asociación de bioquímicos, no así el prestador de servicios, rectificándose periódicamente de acuerdo al valor del PBI nacional. Se recomendó optar por el valor CUBRA a los efectos de cubrir los costos de las determinaciones, como así también se determinó la necesidad de coordinar el servicio de laboratorio con el de facturación a tales efectos.
- b. Para la carga de prestaciones ambulatorias se debe sistematizar y protocolizar la atención de los pacientes en consultorios externos, donde el personal administrativo controle la correcta conformación y llenado de la documentación respaldatoria (órdenes de consulta y órdenes de práctica), para efectuar las liquidaciones mensuales correctamente y así evitar débitos futuros.
- c. Relacionado con la presentación de la documentación correspondiente a las rendiciones mensuales de las prácticas efectuadas en el nosocomio de

⁷ FERNANDEZ, Ana Guillermina, "Economía de la Empresa – Economía de los Contratos en Salud Parte II", Apuntes de Clase de la Cátedra Economía de la Empresa de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Pag 3-11, Ed. Docente Universidad Isalud, Buenos Aires, Junio 2015.

pacientes IOSFA es de sesenta días (60) según lo dispuesto en las normas contractuales, lo que se prevee es la necesidad de agilizar los procedimientos administrativos de entrega y control de historias clínicas para favorecer la liquidez y rentabilidad de los fondos generados con la facturación mensual.

Por lo expuesto precedentemente y a efectos de minimizar imponderables en implementar la nueva modalidad de contrato, se solicitó a la dirección del nosocomio se gestioné, de acuerdo a las actividades emergentes y necesarias, implementar un "programa de reorganización y puestas en práctica" a fin de cumplimentar la nueva forma de contratación impuestos. En su oportunidad se solicita que:

a) Se efectúe la impartición clases de actualización técnica-profesional al personal administrativo asignado a los servicios afectados a la nueva normativa ordenada por la superioridad, que se desempeñan en actividades relacionadas a liquidaciones de prácticas de pacientes ambulatorios e internados en este nosocomio y a la confección de documentación inherente a cada caso, citando como prioritario las historias clínicas, órdenes de consulta y órdenes de práctica, relacionadas con la OOSS, que se recibirían sistemáticamente en los distintos servicios de atención del hospital.

b) El personal mencionado recibiría instrucción asistemática, en la División Facturación, a fin de evitar posibles inconvenientes administrativos que afectarían el normal funcionamiento en la confección de la documentación.

c) Se solicitó incrementar conocimientos técnicos y destrezas en el desenvolvimiento eficaz y eficiente de las normativas de procedimientos para la documentación y material logístico.

d) Se consideró el incremento en un 100% de las tareas administrativas para procesar la documentación al implementar el nuevo contrato con el IOSFA, observándose que el 50% del personal asignado a la división, por su edad; afirman no estar en condiciones de aumentar horas de trabajo, si fuera necesario.

e) Se deberá considerar el *ausentismo del personal* debido a: días por enfermedad, ausencia por razones particulares y/o estudios académicos; período de licencias y reubicación a otras dependencias del personal.

f) Solicitar la asignación de seis administrativos más en la División, y se especificó que deberían tener conocimientos básicos y detectar las particularidades de la morfología y funcionamiento del mercado de salud, y los instrumentos necesarios para la facturación.

g) Se identificó la necesidad de concurrir a cursos de formación relacionados con el área, a cargo de la institución.

a. DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES

MODALIDADES DE PAGO: dícese del modo como se relacionan el financiador con el prestador generando un MECANISMO DE PAGO que es la forma en que se distribuyen los recursos entre el financiador y prestadores de los servicios de salud; generando una RETRIBUCIÓN que, básicamente es la forma de recompensar, pagar por un servicio, generando un PAGO, o sea, la compensación económica que recibe el prestador por brindar su servicio.

Cuando se define la modalidad de pago en un contrato, en el sistema de salud, podemos citar las siguientes características:

- ◆ Depende de las características organizacionales del sistema y los objetivos que persigue.
- ◆ Constituye una importante herramienta para la gestión.
- ◆ Influye en la conducta y motivación del prestador y en la conducta y satisfacción del cliente.
- ◆ Incentivan acceso, equidad, resolutivez y productividad.
- ◆ Intervienen en la prevención de la escalada de precios

Las modalidades de contratación o pago, de acuerdo a ciertas **variables**, se categorizan según lo siguiente:

1) **Momento de pago:** considerando cuando se realiza el servicio. Puede ser prepago o pospago, si se abona antes o después de realizados los servicios respectivamente.

Se estudió dos modalidades de contrato, diferentes en dos períodos de tiempo consecutivos. En el año 2017 se abonaba al inicio del mes y un monto fijo por la población de la OOSS a atender. En el período de tiempo siguiente, año 2108, el pago por las prestaciones realizadas se efectuaba al finalizar el mes teniendo en cuenta el alta del paciente.

2) **Unidad de Contratación:** se consideró:

a) **Per cápita o Capitación o Monto Fijo:** La unidad está referida a la demanda de personas identificadas durante una unidad de tiempo. Como demanda se define al conjunto de prestaciones incluidas en el contrato en el que, además, se encuentran detallados los servicios excluidos. Al prestador se le paga un precio determinado por afiliado, independientemente de la tasa de uso de los servicios.

Las personas no están identificadas y la modalidad de contratación es por un determinado número de afiliados. Por lo tanto, los prestadores reciben una suma fija de dinero, independientemente de los servicios prestados a los pacientes.

b) **Grupo relacionado por el Diagnóstico (GRD/DRG) o Módulos:** Se contrata una o varias prestaciones a cambio de un valor fijo, a diferencia de la capita dependerá de la cantidad de pacientes atendidos.

Se construyen en base a la identificación de la estadia hospitalaria como variable dependiente que expresa el consumo homogéneo de recursos y la determinación de los factores que producen variaciones en la duración de la misma: isoconsumos. Tienen en cuenta:

- diagnóstico principal
- diagnóstico secundario

- procedimientos médicos y quirúrgicos
- situación en el momento del alta

En ambas variables se considerarán los siguientes indicadores:

- Importes mensuales facturados.
- Pago a servicios tercerizados del hospital (a terceros)
- Débitos realizados por el financiador.

b. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADORES
1. MODALIDAD DE PAGO AÑO 2017	a. MONTO FIJO	1) Importes mensuales facturados.
		2) Pago a servicios tercerizados (3ros).
		3) Débitos realizados al prestador de servicios.
2. MODALIDAD DE PAGO AÑO 2018	a. PAGO POR MÓDULOS	1) Importes mensuales facturados.
		2) Pago a servicios tercerizados (3ros).
		3) Débitos realizados al prestador de servicios.
		4) Importes mensuales pacientes ambulatorios facturados por servicios de atención.

C. RESULTADOS

TABLA N° 1 Importe representado en pesos, durante el período de análisis diciembre año 2016 a noviembre del año 2017, según registros obrantes en la dependencia en estudio, de lo elevado al financiador, para el cobro de las prestaciones médicas realizadas en el nosocomio.

Recaudaciones mensuales en pesos prestaciones médicas IOSFA Período 01 de diciembre de 2016 al 30 de noviembre de 2017

NRO	CONCEPTO	DETALLE OBRA SOCIAL	EXPTENRO	FECHA	IMPORTE FACTURADO	DEBITADO	Total a Cobrar	% FACTURADO TERCEROS	HMC IMPORTE REAL COBRAO	% DE PÉRDIDA POR PAGO A 3ROS
1	Diciembre	MONTO FIJO	1435	22/12/2016	15.850.000,00	0	15.850.000,00		15.850.000,00	0,00%
2	Enero	MONTO FIJO	1478	07/02/2017	16.600.000,00	0	16.600.000,00	60.559,94	16.539.440,06	0,36%
3	Febrero	MONTO FIJO	1530	15/03/2017	16.600.000,00	0	16.600.000,00	54.913,81	16.545.086,19	0,33%
4	Marzo	MONTO FIJO	1545	07/04/2017	16.600.000,00	0	16.600.000,00	68.097,19	16.531.902,81	0,41%
5	Abril	MONTO FIJO	1571	05/05/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00	50.400,14	17.449.599,86	0,29%
6	Mayo	MONTO FIJO	1614	16/06/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00	80.131,06	17.419.868,94	0,46%
7	Junio	MONTO FIJO	1654	07/07/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00	67.754,93	17.432.245,07	0,39%
8	Julio	MONTO FIJO	1673	08/08/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00		17.500.000,00	0,00%
9	Agosto	MONTO FIJO	1822	11/12/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00		17.500.000,00	0,00%
10	Septiembre	MONTO FIJO	1823	18/12/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00		17.500.000,00	0,00%
11	Octubre	MONTO FIJO	1809	10/11/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00		17.500.000,00	0,00%
12	Noviembre	MONTO FIJO	1825	18/12/2017	17.500.000,00	0	17.500.000,00		17.500.000,00	0,00%
TOTAL DE IMPORTES EN PESOS					205.650.000,00	0	205.650.000,00	381.857,07	205.268.142,93	0,19%

Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de la documentación tramitada y emitida por la División Facturación y recibida del financiador por las prestaciones médicas realizadas en el hospital durante los años 2017.

ANÁLISIS: La oferta presenta limitaciones derivadas de las formas contractuales, una vez definida la modalidad de pago por el ente financiador (demanda), es muy difícil modificarla, que fue lo que pasó por varios años entre estos actores. Los precios de ventas de las prestaciones de servicios de salud están determinados por el monto dinerario que el financiador esta dispuesto a pagar.

TABLA Nº 2 Importe representado en pesos, durante el período de análisis diciembre año 2017 a noviembre del año 2018, según registros obrantes en la dependencia en estudio, de lo elevado al financiador, para el cobro de las prestaciones médicas realizadas en el nosocomio.

Recaudaciones mensuales en pesos prestaciones médicas IOSFA
Período 01 de diciembre de 2017 al 30 de noviembre de 2018

	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Internación	\$ 1.783.478,37	\$ 5.147.643,42	\$ 3.793.431,77	\$ 5.830.285,95	\$ 18.076.895,22	\$ 17.724.808,32
Ambulatorio	\$ 2.680.083,62	\$ 3.200.767,99	\$ 2.613.370,38	\$ 5.702.606,25	\$ 8.249.741,35	\$ 7.884.443,34
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Internación	\$ 20.637.384,66	\$ 15.970.497,24	\$ 39.322.262,65	\$ 26.598.648,00	\$ 27.140.510,55	\$ 20.338.290,12
Ambulatorio	\$ 7.024.220,81	\$ 6.765.827,77	\$ 6.238.902,95	\$ 9.478.586,26	\$ 10.993.539,45	\$ 11.955.640,20
	Total Facturado ANUAL					
Internación	\$ 202.364.136,27					
Ambulatorio	\$ 82.787.730,37					
	\$ 285.151.866,64					

Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de la documentación tramitada y emitida por la División Facturación y recibida por el financiador por las prestaciones médicas realizadas en el hospital durante el año 2018.

ANÁLISIS: El ingreso en este nosocomio, considerado como empresa de salud, está representado por el valor monetario que se obtiene mediante la prestación de servicios de salud, esta determinado por la cantidad de prácticas realizadas que se multiplica por el precio de las mismas. Se debe destacar que existe discriminación en los precios de los servicios, en función de la modalidad de contratación del ente financiador, debido al cambio de modalidad al momento del pago y la unidad de contratación. Los importes en pesos facturados se incrementan a medida que la unidad de trabajo se organiza y familiariza con el proceso administrativo.

TABLA Nº 3 Importes representados en pesos, comparados estos, durante los períodos de análisis: diciembre año 2016 a noviembre del año 2018, según registros obrantes en la dependencia en estudio, de lo elevado al financiador, para el cobro de las prestaciones médicas realizadas en el nosocomio y las respectivas erogaciones.

Recaudaciones mensuales en pesos de prestaciones médicas
IOSFA según modalidades de pago años 2017-2018

	Año 2017	Año 2018
Importe Facturado	\$ 231.900.000,00	\$ 285.151.866,64
Importe Cobrado	\$ 205.268.142,93	\$ 157.150.206,58
Débitos Realizados	\$0,00	\$ 37.208.243,81
Refacturación Efectuada	\$ 0,00	\$ 20.503.990,73
Pagos a Servicios Tercerizados	\$ 381.857,07	\$ 8.367.532,75

Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de la documentación tramitada y emitida por la División Facturación y recibida por el financiador referido a las prestaciones médicas realizadas en el hospital durante los años 2017 y 2018.

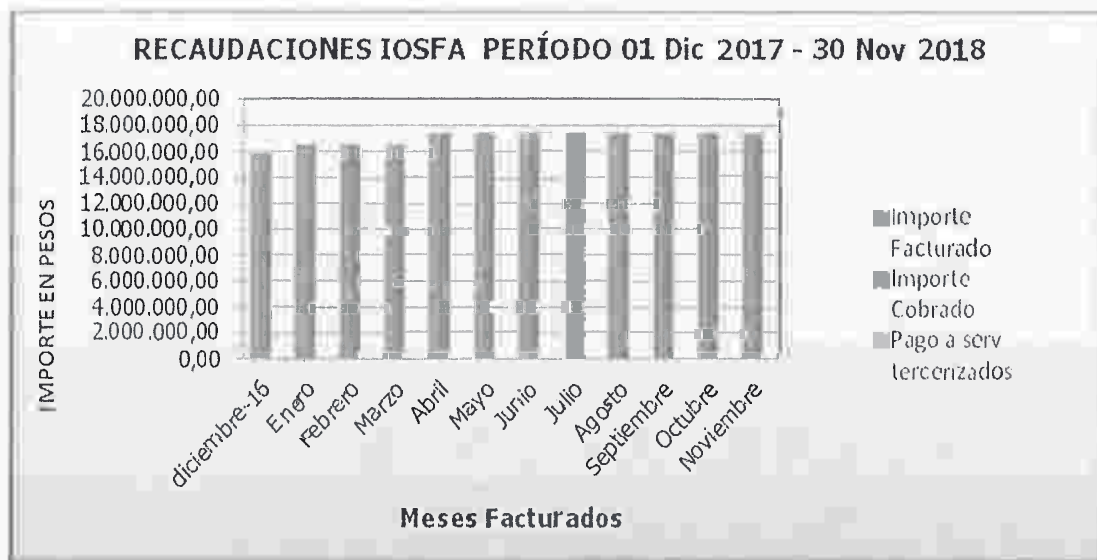
ANÁLISIS: El hospital como empresa prestadora de servicios de salud está obligado a adaptarse permanentemente para superar el escenario planteado por la nueva realidad. Las oportunidades que se presentan en el mercado son pocas, y que de concretarse, podrían traducirse en beneficios a la organización.

Durante el año 2017 se presentaban débitos muy bajos, esto permite mayor libertad del prestador de servicios, pero no impone un proceso de control de costos hospitalarios, lo que también favoreció esta situación a los servicios tercerizados debido a que tenían convenio directo, con el financiador, para el cobro de prestaciones médicas de diagnóstico realizadas por estos.

Durante el año 2018 se interpreta que el prestador de servicios debió hacer incapié en el control de los costos por módulos basándose en el estudio de los insumos usados para la atención de los afiliados, con la intención de reducir la utilización innecesaria de medicamentos y material. Se gestionó excluir prestaciones, determinaciones y medicamentos del módulo, para aumentar la reembolso del valor del mismo.

d. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

GRÁFICO Nº I



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de los comprobantes de prestaciones, emitidos por la División Facturación del HMC al financiador, durante el año 2017.

ANÁLISIS: El gráfico muestra los importes de las facturaciones que corresponden a los meses del período en estudio. Analizamos que los ingresos se verán separados en tres líneas, la primera de ellas corresponde a la facturación de pago por cápita o capitación, que no presenta inconvenientes ya que se imputa el ingreso a los distintos meses.

La segunda línea corresponde a los cobros efectuados al financiador, como el estudio es retrospectivo, refleja el importe ya cobrado, pero, cabe destacar que se debió participar de reuniones conciliatorias para exigir el cobro total del monto.

La tercera línea (que no se refleja en el gráfico, por los bajos valores obtenidos) muestra el pago a servicios tercerizados, que imputan sólo el 0,19% de la facturación anual.

Esta modalidad de pago simplificó los procesos administrativos, se manejó un recurso financiero prefijado, imposibilitando la posibilidad de gestionar un aumento en el monto, o de efectuar aumentos en el importe a facturar.

GRÁFICO II



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de órdenes de consultas y prácticas recibidas en la División Facturación del HMC y elevadas al financiador según comprobantes, durante el primer semestre del año 2018.

ANÁLISIS: Este gráfico representa la evolución del proceso administrativo en la facturación de las prestaciones médicas al realizar el cambio de modalidad de contrato de pago. Se observa que se requiere monitoreo y actualización permanente de los procesos administrativos para detectar falencias.

GRÁFICO III

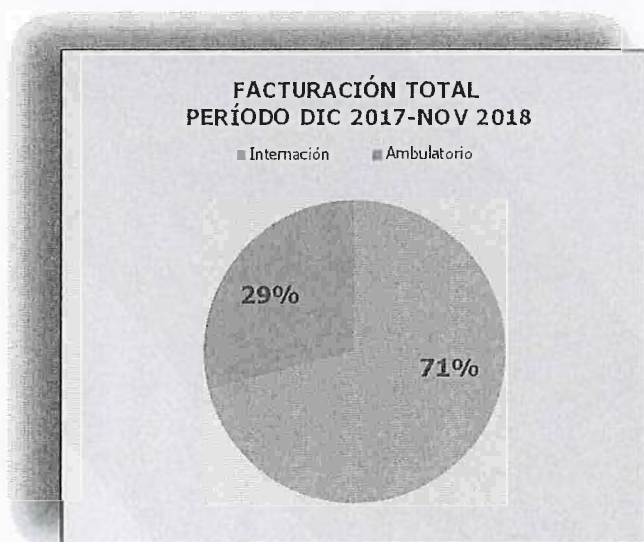


Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de órdenes de consultas y prácticas recibidas en la División Facturación del HMC y elevadas al financiador según comprobantes, durante el segundo semestre del año 2018.

ANÁLISIS: no se puede hacer módulos para todo, se ejecutaron acciones con los recursos disponibles, hay un incremento en los importes facturados de pacientes internados, en el último cuatrimestre, coincide con el aumento de ingresos de pacientes por enfermedades estacionales y por la identificación precoz de los desvíos de ingresos, se ajustaron las modalidades de pago de las exclusiones, se reformularon reajustes en los aranceles y sobre las normas operativas relacionadas con la documentación respaldatoria.

Sobre las inclusiones en los módulos. El departamento auditoría trabajó en coordinación con los servicios del hospital, inorando profesionales a su dependencia. Trabajó con farmacia para controlar la medicación indicada y administrada a los pacientes, otro ejemplo fue el laboratorio, para la solicitud de determinaciones innecesarias.

GRÁFICO IV



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de prestaciones médicas realizadas a pacientes ambulatorios e internados, recibidas en la División Facturación del HMC durante el año 2018.

ANÁLISIS: Observamos que los servicios de consultorios externos, o sea, de la atención a pacientes ambulatorios debe optimizar los procedimientos de control y entrega de la documentación para incrementar su producción.

Se observa que el proceso administrativo facturación de pacientes internados logró mayor efectividad, alcanzó el objetivo impuesto por el jefe del departamento de auditar mensualmente un número cercano a mil historias clínicas para incrementar los importes de facturación.

GRÁFICO V



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de las facturaciones anuales 2017/2018 en relación al análisis de los importes facturados, cobrados, débitos y pagos realizados.

ANÁLISIS: El cálculo de la rentabilidad es la meta básica del gerenciamiento de toda empresa. Es la búsqueda de resultados económicos positivos, sea apuntando al corto, como al largo plazo. Todo intento por mejorarlos debe ser consecuencia de una acción deliberada sobre las variables que la definen.

Debido a la refacturación de los débitos sobre los módulos facturados, y hecha las auditorías de terreno, se observa un aumento progresivo de las recaudaciones anuales 2018 en relación al año 2017.

Se ha logrado optimizar el uso de los recursos debido a la coordinación realizada desde el Departamento Auditoría General con los servicios de atención a pacientes de la OOSS; dicho esto observamos que el cambio de modalidad de pago en el contrato benefició al prestador de servicios de salud en un incremento del ingreso mensual.

GRÁFICO VI



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de prestaciones médicas realizadas en el nosocomio a pacientes ambulatorios, recibidas en la División Facturación durante el año 2018.

ANÁLISIS: de este gráfico se desprende el análisis que el servicio que más atiende y sigue los procedimientos administrativos es el laboratorio. Cabe destacar que es el servicio que a pesar de no presentar la exigencia de llevar y/o informatizar las determinaciones realizadas, es uno de los primeros servicios que se informatizó dentro del hospital, lo mismo se refleja en el servicio de odontología y cardiología, servicios estos tres que están incluidos en el control médico anual al personal militar. Se deberá protocolizar los procedimientos administrativos en consultorios externos para incrementar los reembolsos.

4. CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta la información procesada y; una vez documentado el posicionamiento del sector de estudio, surgió la necesidad de reorganizar el servicio de facturación, dando una base más o menos estable, y sabiendo que las personas son las que lo hacen posible; se propuso el cambio para mejorar la posición del servicio y aumentar la rentabilidad hospitalaria; sin olvidar que una organización representa una unidad viviente y todo lo que tiene vida cambia.

La estrategia es lograr que esos cambios cuya ocurrencia se espera, sean beneficiosos para la organización y procuren su crecimiento. Diremos que desde el punto de vista de la oportunidad del cambio en la organización, éste tendrá que ver con múltiples factores tales como el crecimiento, el costo, la tecnificación, el aumento de clientes potenciales y la especialización.

Es indispensable contar con objetivos claros y medibles que permitirán guiar la ejecución del proceso administrativo de las prestaciones médicas; de tal manera que en el seguimiento o evaluación que debe hacerse del mismo, se detecten los problemas para poder corregirlo sobre la marcha. En nuestro caso el trabajo es generado por la necesidad de atención de pacientes (demanda); en consecuencia todo intento de analizarlo y cuantificarlo implica un estudio cuantitativo de los mismos para poder definir las tareas de atención que generan.

De esta manera la evaluación constituirá un proceso permanente que nos permitirá ejercer el control constante sobre el *costo* en el desarrollo del proceso de atención sanitaria y no sólo una medición final, que más que una verificación de cómo se desarrollan las acciones, es un estudio sobre un hecho, un proceso consumado.

Dado que uno de los objetivos de la práctica profesional es brindar una atención de acuerdo a las necesidades del paciente, cualquier intento de sistematización debería comenzar por un estudio de la demanda comenzando con los siguientes indicadores:

- Cantidad de pacientes
 - Ingreso de pacientes
 - Egresos de pacientes
 - Clasificación de pacientes según grado de demanda de atención
 - Justificación de la internación
 - Egresos con continuidad de asistencia
 - Urgencias
 - Patologías
- } *Indicadores de rendimiento de capacidad instalada*

Pero estos indicadores serán estudio de un próximo trabajo, nos dan un espectro de idea de lo que la organización necesita, sin considerar lo que en este trabajo se estudió, los recursos necesarios que se debe dotar a la organización, que incluye equipos, suministros y planta física e instalaciones, pensando en el producto final que queremos lograr con la mayor rentabilidad posible.

Sabemos que el principal objetivo de cualquier alternativa de financiamiento del hospital moderno, es cubrir los gastos operacionales, remuneraciones e inversiones, permitiendo el crecimiento y desarrollo de la institución. Estas alternativas de financiamiento obligan a crear incentivos hacia la eficiencia y por consiguiente castigar a la ineficiencia, colaborar en la contención de costos y promover la provisión de servicios con estándares mínimos de calidad.

Ahora bien, de este trabajo, surge el nuevo objetivo que es realizar una mejora en el proceso administrativo de las prestaciones médicas que se realiza el hospital como prestador de servicios de salud; específicamente de un sólo financiador de salud que es el IOSFA y, a partir del análisis de la rentabilidad nos permite relacionar lo que se genera a través de la cuenta de pérdidas y ganancias con lo que se precisa, de activos y capitales propios, para poder desarrollar la actividad.⁸

Es prioritario establecer herramientas de coordinación que permitan mitigar las demoras y los errores administrativos para la presentación de la documentación como así también permita, con el uso de la tecnología de la información, incrementar la eficiencia en la gestión de recursos y la eficacia en la toma de decisiones, incorporando valor, desarrollo de bienes y servicios.

Si no se cuenta con una Comisión de Actualización Periódica que es la encargada de modificar los módulos, en base a los avances tecnológicos, cambios en el tiempo del tratamiento de una patología hasta el alta, calidad de la prestación y cálculo del costo de la atención médica en el hospital, respondiendo a un criterio funcional de la organización.

5. RECOMENDACIONES.

Son muchas las razones que pueden llevar al cambio, pero lo fundamental es que las personas sientan la necesidad de llevarlo a cabo.

Definir conceptos y consideraciones para abordar el cálculo de costos de la producción de la organización prestadora de servicios de salud debiéndose organizar el **procedimiento de cálculo de costos**, presentándose la mejor alternativa, pudiéndose calcular el costo de un servicio, de un departamento o de un centro de responsabilidad, obteniendo un informe de los costos de atención para lograr mejores condiciones en los futuros contratos con el financiador o servicios tercerizados del hospital.

Se instará, en la oficina de Facturación del hospital, a seguir los siguientes principios:

- Se debe escribir lo que se hace
- Hacer lo que se escribe.
- Medir los resultados.
- Mejorar los procesos

⁸ Revista de Contabilidad y Dirección, Vol. 2, año 2005, pp 13-51. Apuntes de Clase de la Cátedra Contabilidad y Finanzas de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Isalud, Buenos Aires, Año 2018.

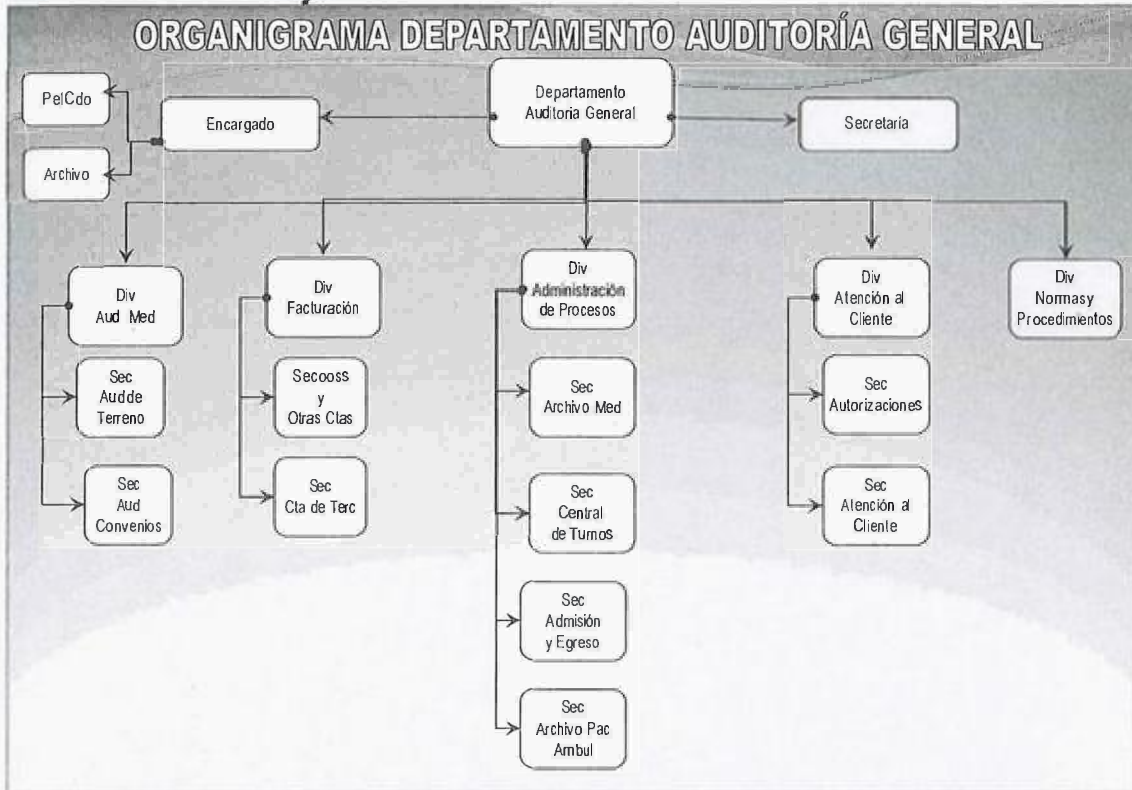
6. BIBLIOGRAFÍA.

1. FERNANDEZ, Ana Guillermina, *Economía de la Empresa – Teoría de la Agencia*, Apuntes de Clase de la Cátedra Economía de la Empresa de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Pag 3-17, ed. Docente Universidad Isalud, Buenos Aires, Año 2015.
2. ROSENDE, Héctor, 2014, *Módulo 4: Investigación Aplicada en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Clase 4: Matriz de Costos*, Diplomatura en Economía y Gestión de la Salud, Departamento de Educación a Distancia, Universidad Isalud, Buenos Aires, Argentina.
3. KRIEGER, Mario y otros, *Los Desafíos de Transformar el Estado y la Gestión Pública Argentina*, 1º ed. Buenos Aires. Fundación Unión, Abril 2005, 186 p.
4. DUEÑAS RAMIA, Germán, Agosto 2002, *La Dirección de Hospitales por Productos: Nuevas Metodologías de Cálculo y Análisis de Costos*, Jornadas de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
5. SALERNO, Gastón, Octubre 2017, *Recupero de Costos en el Subsistema Público de Salud, Mejora en la Gestión de Recupero a través de Superintendencia de Servicios de Salud*, Trabajo Final de Especialización, Carrera de Especialización en Gestión Pública, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Estudios de Posgrado, Buenos Aires, Argentina.
6. GUTIERREZ, Ricardo, *Facturación de Prestaciones Médico-Asistenciales. Auxiliar en Auditoría Médica. Curso Universidad Isalud*, Buenos Aires, Marzo a Noviembre 2017.
7. ARANGUREN, E. y REZZÓNICO, R., *Auditoría Médica y Garantía de Calidad de la Atención de la Salud*, Tres Tomos, Buenos Aires, Fundación Favalaro, 1998.
8. ARROW, Kenneth, *The Economics of Agency*, Technical Report N° 451, October 1984, A report of the Center for Research on Organizational Efficiency, Stanford University.
9. VILLAFÁÑE, Ana Carolina, Enero 2018, *La Contribución del Sistema de Costeo por Actividades (ABC) en el Recupero de Costos del Proceso "Muestras Fijadas en Formol" en el Servicio de Patología del Hospital de Pediatría Garrahan en el año 2016*, Proyecto de Tesis, Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Isalud, Buenos Aires.
10. TORRES, R, ROSSI, S, SIEDE, J, & BECERRA, J, *Grupos Relacionados por el*

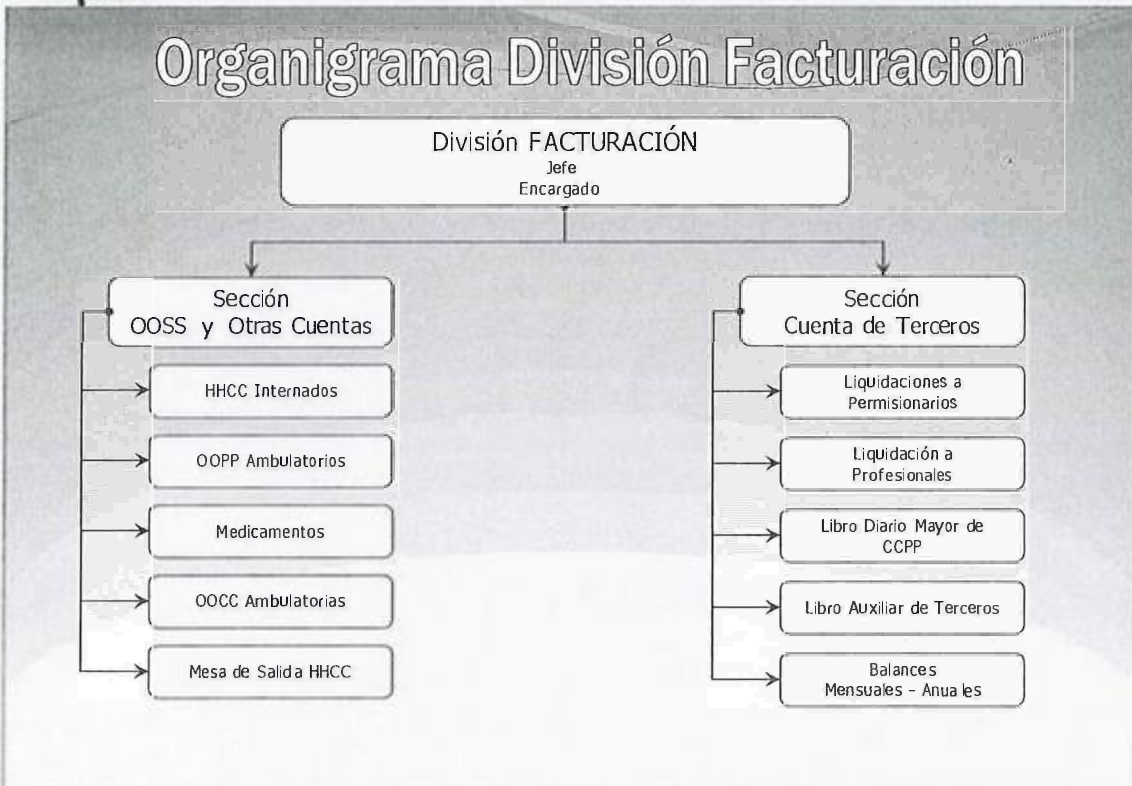
-
- Diagnóstico (GRD)*, Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003, Buenos Aires, Argentina.
11. TALIERCIO, Liliana Noemí, Noviembre 2006, *Descentralización en Salud y Hospital Público de Autogestión: Estudio de la Recuperación de Costos en un Hospital del Conurbano Bonaerense*, Trabajo Final Integrador, Especialización en Economía y Gestión de la Salud, Fundación Isalud, Instituto Universitario Isalud, Buenos Aires, Argentina.
 12. AMED BONETTI, María Fernanda, Diciembre 2013, *Mejora en el Recupero de Costos en el Servicio de Odontología del Hospital Baldomero Sommer*, Trabajo Final Integrador, Especialización en Administración Hospitalaria, Universidad Isalud, Buenos Aires, Argentina.
 13. BOLLASINA, Raquel, Mayo 2008, *Internación de Adultos Mayores en Terapia Intensiva Costos y resultados*, Tesis, Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Isalud, Buenos Aires.
 14. PINEDA, Elia, ALVARADO, Eva & CANALES, Francisca, *Metodología de la Investigación*, 2ª. Ed, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., EEUU, 1994
 15. HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos & BAPTISTA LUCIO, Pilar, *Metodología de la Investigación*, Editorial Mc Graw - Hill, Tercera Edición, 2003.
 16. VAN DER KOOY, Ernesto, TORRES, Rubén, SOLMESKY, Sergio, HERRERA, Irene, LUZURIAGA, Juan, ROLDÁN, Rubén, ARES, Lucía & LANGSAM, Martín, *Gasto Catastrófico en Salud. Marco Conceptual, Estimación del Gasto en Grupos Seleccionados*, Prosanity, CEMIC, Editorial Universidad Isalud, 2018.

7. ANEXOS.

ANEXO 1: Organigrama del Departamento Auditoría General del Hospital

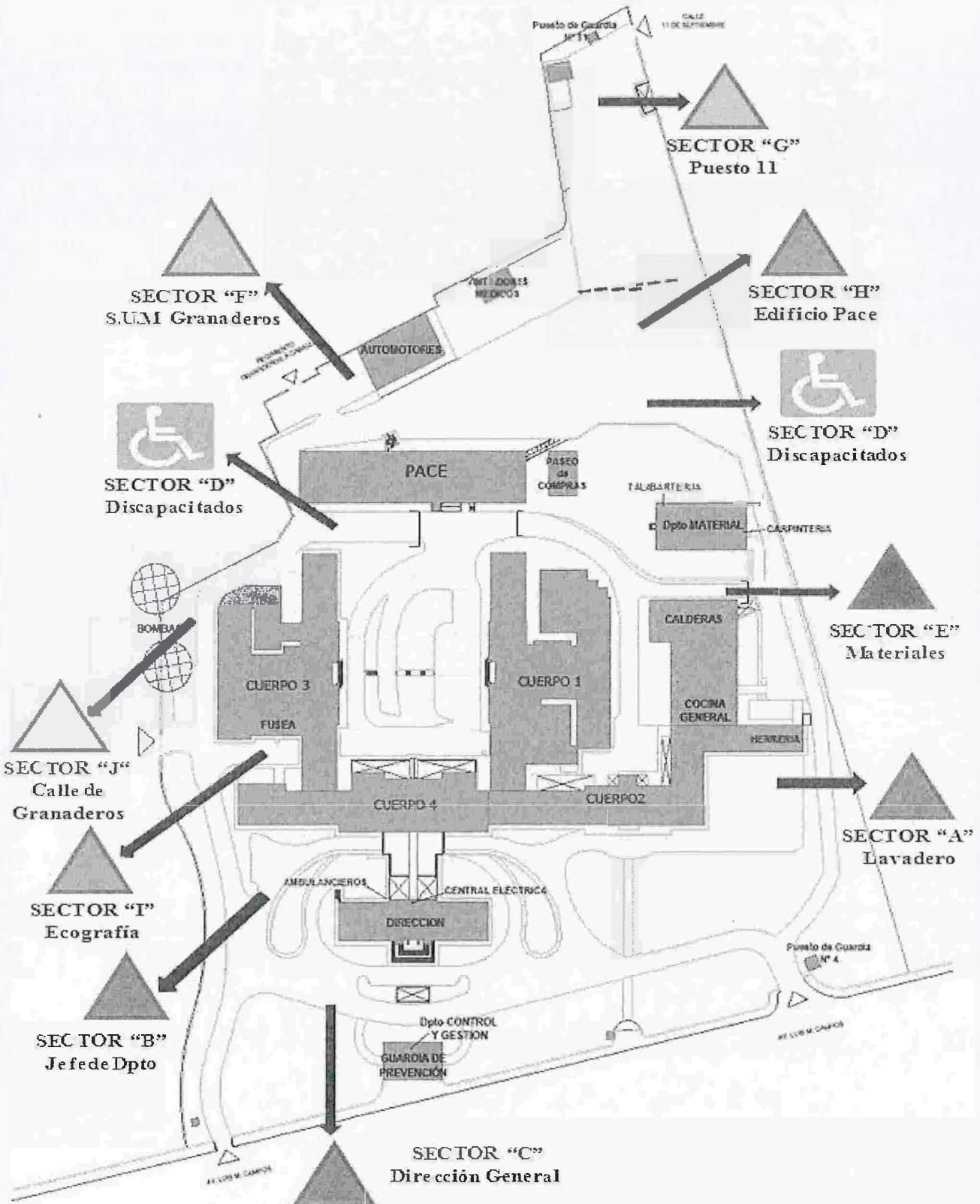


ANEXO 2: Organigrama de la División Facturación del Hospital



ANEXO 3: PLANO EXTERNO DEL HOSPITAL

ANEXO 3 – PLANO DE ESTACIONAMIENTO DEL HMC AL PON NORMAS GENERAL PARA EL ESTACIONAMIENTO AL HOSPITAL MILITAR



ANEXO 4: Forma Correcta de Completar formularios IOSFA de prestaciones médicas

a. Ordenes de Consulta Médica

FORMA DE COMPLETAR UNA ORDEN DE CONSULTA

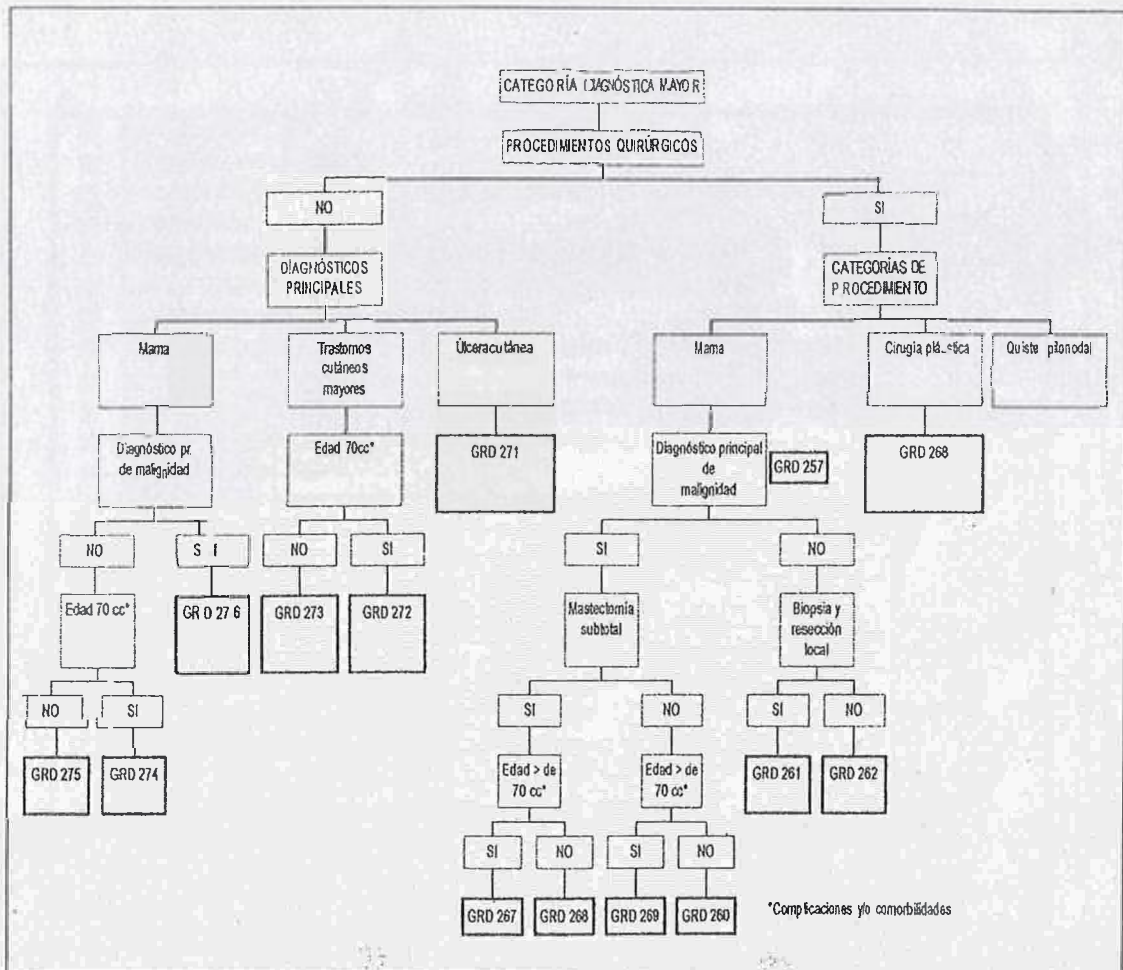
The diagram shows a medical consultation form with various fields and callouts. Callouts include: 'MARCAR UNA CRUZ DENTRO DEL CIRCULO FUERZA A LA QUE PERTENECE' (pointing to the DIBA/IOSE DIBPFA selection), 'REGISTRAR CON UNA CRUZ CUANDO EL AFILIADO ESTA EN ACTIVIDAD' (pointing to the PMSA checkbox), 'COLOCAR DNI O NUMERO DEL AFILIADO LEGIBLE' (pointing to the DNI field), 'ESPECIFICAR LA EDAD' (pointing to the age field), 'MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE' (pointing to the 'ORDEN DE CONSULTA' radio button), 'COLOCAR DIAGNOSTICO' (pointing to the diagnosis field), 'ESTE ESPACIO QUEDA SIN COMPLETAR CUANDO SE UTILIZA COMO ORDEN DE CONSULTA' (a large box covering the right side of the form), 'FIRMA, FECHA Y ACLARACION DEL AFILIADO' (pointing to the patient signature area), and 'FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL' (pointing to the professional signature area).

b. Ordenes de Práctica

FORMA DE COMPLETAR UNA ORDEN DE PRACTICA

The diagram shows a medical practice form with various fields and callouts. Callouts include: 'MARCAR UNA CRUZ DENTRO DEL CIRCULO FUERZA A LA QUE PERTENECE' (pointing to the DIBA/IOSE DIBPFA selection), 'REGISTRAR CON UNA CRUZ CUANDO EL AFILIADO ESTA EN ACTIVIDAD' (pointing to the PMSA checkbox), 'COLOCAR DNI O NUMERO DEL AFILIADO LEGIBLE' (pointing to the DNI field), 'ESPECIFICAR LA EDAD' (pointing to the age field), 'MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE' (pointing to the 'ORDEN DE PRACTICA' radio button), 'COLOCAR DIAGNOSTICO' (pointing to the diagnosis field), 'FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE SOLICITA LA PRACTICA' (pointing to the referring doctor's signature area), 'FIRMA Y SELLO DEL MEDICO O BIQUIMICO QUE REALIZA LA PRACTICA' (pointing to the performing doctor's signature area), and 'FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO' (pointing to the patient signature area).

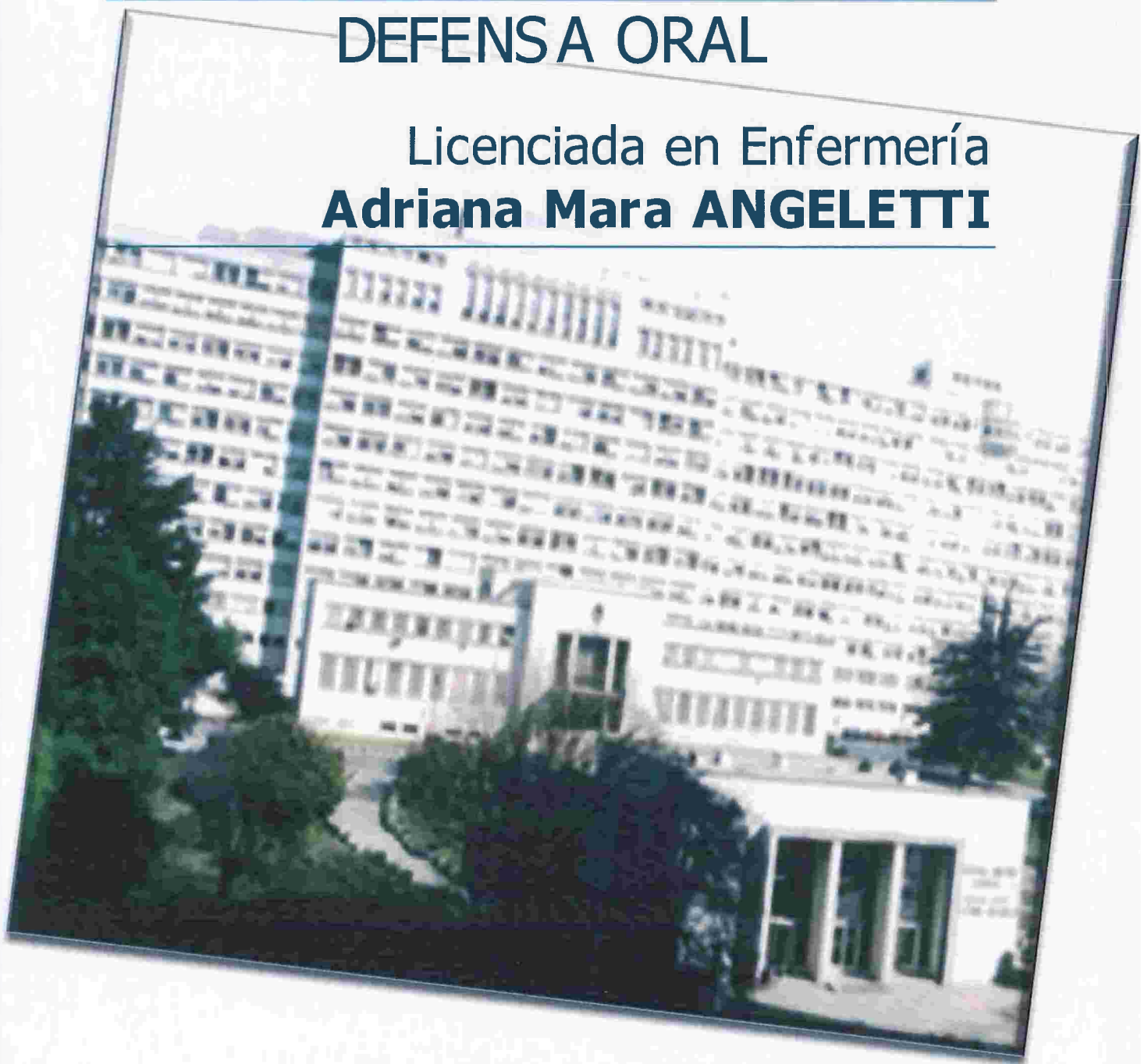
ANEXO 5: MODELO DE GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ⁹



⁹ GUTIERREZ, Ricardo, Facturación de Prestaciones Médico-Asistenciales. Auxiliar en Auditoría Médica. Curso Universidad Isalud, Buenos Aires, Marzo a Noviembre 2017.

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
DEFENSA ORAL

Licenciada en Enfermería
Adriana Mara ANGELETTI



Buenos Aires, 05 Diciembre 2018

Carrera:

**ESPECIALIZACIÓN EN ECONOMÍA Y
GESTIÓN DE LA SALUD**

Título:

**Análisis de la situación financiera del prestador
de servicios de salud al implementar la
modalidad de contrato por módulos con el
financiador del hospital**

**UNIVERSIDAD
U
ISALUD**

Lic Adriana Mara ANGELETTI

CABA, 05 de diciembre de 2018.

Formulación del problema:

**Necesidad de implementar estrategias de
productividad para incrementar la rentabilidad
del financiamiento, relacionado con la
organización del sector de facturación debido
a la nueva modalidad de contrato de pago.**



Objetivos:

Objetivo General:

Indagar la rentabilidad del proceso de facturación debido a la implementación de la modalidad de contrato por módulos en el hospital.



Objetivos:

Objetivos Específicos:

*** A corto plazo:**

- Identificar los factores que obstaculicen en el desempeño del personal.
- Estimular la motivación del personal del servicio.
- Lograr el fortalecimiento del rol de cada administrativo y la comunicación intra servicios.
- Determinar los factores que producen variaciones en indicadores de estructura (día cama en internación - consumo medicamentos - registros médicos y enfermería)



Objetivos:

Objetivos Específicos:

*** A mediano plazo:**

- Analizar el margen de rentabilidad en el cambio de modalidad de contrato de pago.

*** A largo plazo:**

- Lograr que quienes ejercen cargos jerárquicos se capaciten en todo lo referente a gestión del registro y control de formularios.
- Definir una alternativa en el procedimiento del cálculo de costos hospitalarios.

UNIVERSIDAD
ISALUD

Metodología:

Tipo de Estudio:

- SEGÚN EL TIPO DE OCURRENCIA y REGISTRO de la INFORMACIÓN:

* RETROSPECTIVO 01Dic2016 al 30Nov2017

* PROSPECTIVO 01Dic2017 al 30Nov2018.

- SEGÚN EL CRITERIO DE CLASIFICACIÓN:

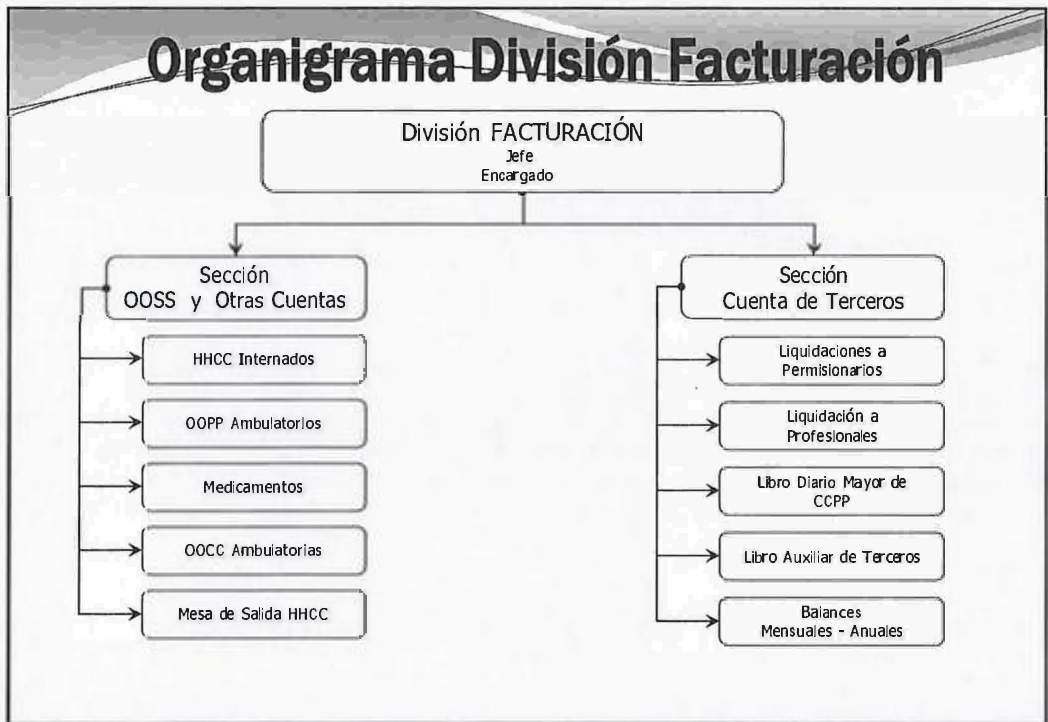
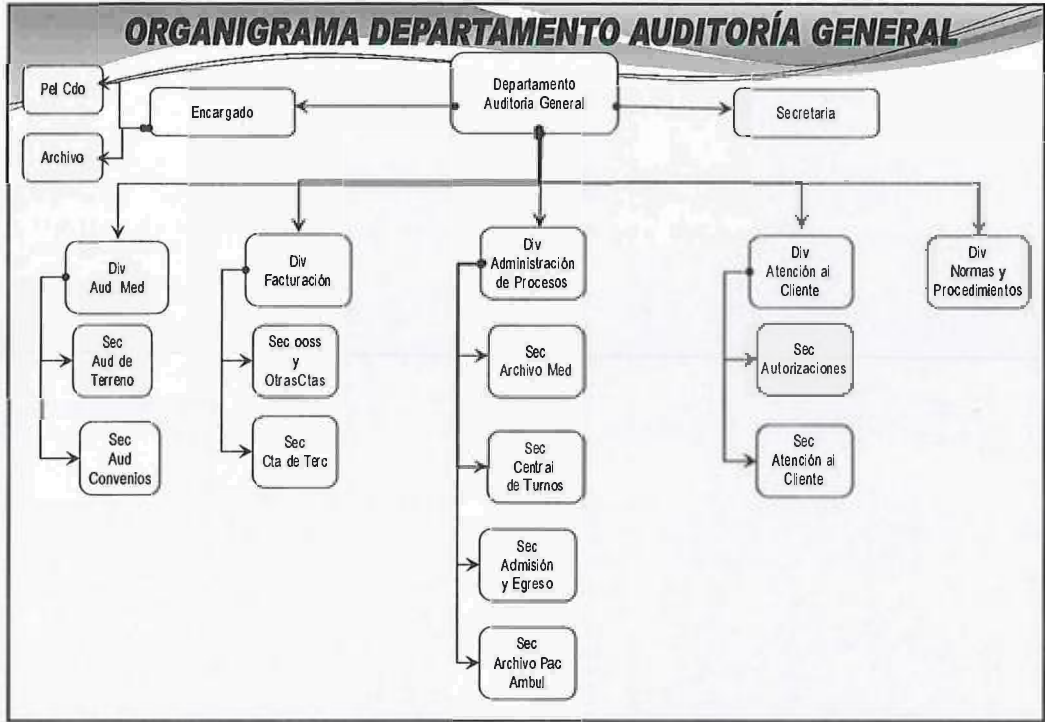
* TRANSVERSAL – ANALÍTICO

- SEGÚN EL ANÁLISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS:

* DESCRIPTIVO – COMPARATIVO

- SEGÚN ÁREA DE ESTUDIO (*lugar*):

* HGRL 601-HMC – CABA- República Argentina



Desarrollo:

MECANISMO DE PAGO:

Forma en qué se distribuyen los recursos entre financiadores y prestadores de los servicios de salud.

RETRIBUCIÓN:

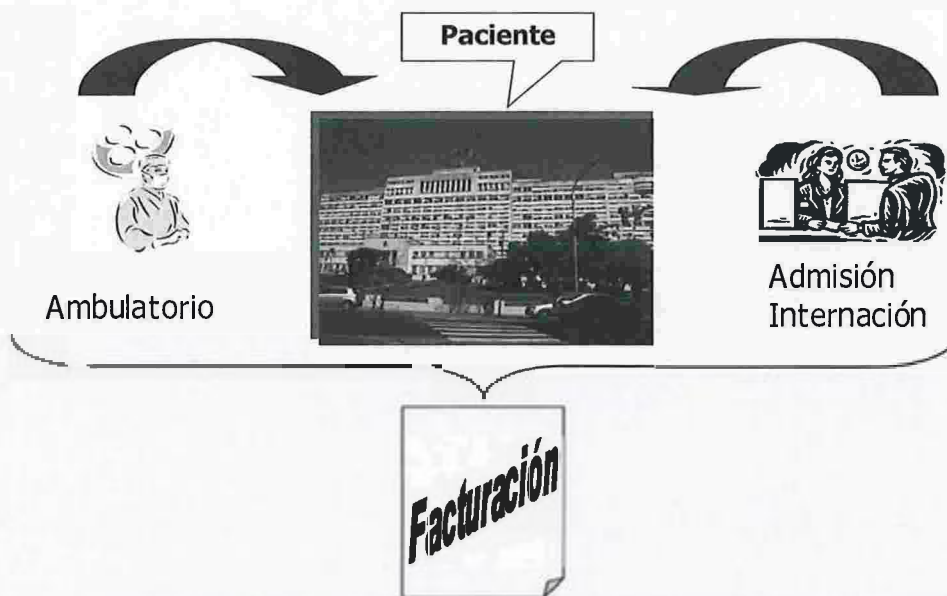
Recompensar, pagar por un servicio.

PAGO:

Compensación económica que recibe el prestador por su servicio



Proceso de facturación:



1. Mecanismos o Modalidades de Pago

a) 1er Período: 01 Dic 2016 – 30 Nov 2017: Per Cápita - Capitado o Monto Fijo

La unidad está referida a la demanda de personas identificadas durante una unidad de tiempo. Como demanda se define al conjunto de prestaciones incluidas en el contrato en el que, además, se encuentran detallados los servicios excluidos. Al prestador se le paga un precio determinado por afiliado, independientemente de la tasa de uso de los servicios

Las personas no están identificadas y la modalidad de contratación es por un determinado número de afiliados. Por lo tanto, los prestadores reciben una suma fija de dinero, independientemente de los servicios prestados a los pacientes A

b) 2do Período: 01 Dic 2017 – 30 Nov 2018 : Por Módulos o GRD



SE CONSTRUYEN EN BASE A LA IDENTIFICACIÓN DE LA ESTADIA HOSPITALARIA COMO VARIABLE DEPENDIENTE QUE EXPRESA EL CONSUMO HOMOGENEO DE RECURSOS Y LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES QUE PRODUCEN VARIACIONES EN LA DURACION DE LA MISMA.

TIENEN EN CUENTA:

- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
- DIAGNÓSTICO SECUNDARIO
- PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS
- SITUACIÓN EN EL MOMENTO DEL ALTA

2. Retribución:

Período 2017



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de los comprobantes de prestaciones, emitidos por la División Facturación del HMC al financiador, durante el año 2017.

2. Retribución:

Período 2018



a.



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de órdenes de consultas y prácticas recibidas en la División Facturación del HMC y elevadas al financiador según comprobantes, durante el primer semestre del año 2018.

2. Retribución:

Período 2018



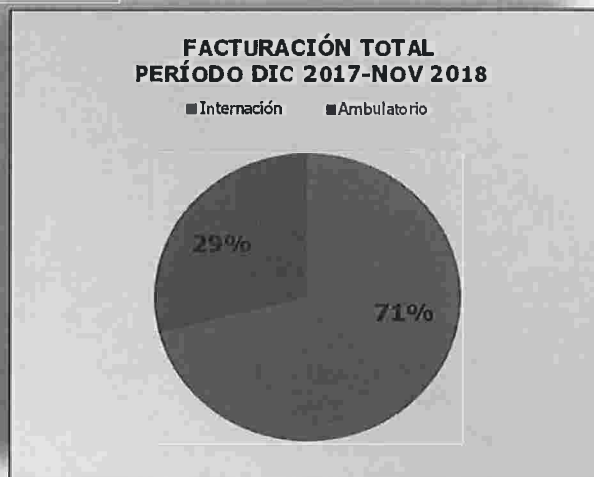
b.



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de órdenes de consultas y prácticas recibidas en la División Facturación del HMC y elevadas al financiador según comprobantes, durante el segundo semestre del año 2018.

2. Retribución:

Período 2018



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de prestaciones médicas realizadas a pacientes ambulatorios e internados, recibidas en la División Facturación del HMC durante el año 2018.

2. Retribución:



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de las facturaciones anuales 2017/2018 en relación al análisis de los importes facturados, cobrados, débitos y pagos realizados.

Indicadores de rendimiento



Fuente: de elaboración propia, basada en los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio, de prestaciones médicas realizadas en el nosocomio a pacientes ambulatorios, recibidas en la División Facturación durante el año 2018

Conclusiones:

- Si no se cuenta con una Comisión de Actualización periódica encargada de modificar los módulos, en base a los avances tecnológicos, cambios en el tiempo del tratamiento de una patología hasta el alta, calidad de la prestación y aumento de los costos hospitalarios, el hospital no tiene rentabilidad sobre los costos de atención.
- El cambio de modalidad de contrato favoreció la rentabilidad del prestador de servicios de salud.



Recomendaciones:

- Necesidad de adaptarse al cambio.
- Estandarizar procedimientos de CÁLCULO de COSTOS.

UNIVERSIDAD
UISALUD

Principios:

- * Se debe escribir lo que se hace
- * Hacer lo que se escribe.
- * Medir los resultados.
- * Mejorar los procesos



UNIVERSIDAD
UISALUD



- Los intereses de los financiadores y prestadores, en salud, juegan un equilibrio de contrapuestos, con el fondo común de un enfermo a quien se le deben brindar servicios de la máxima calidad y seguridad y al mejor costo posible.