

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Ovidio Ramón Irala

**AUTOFINANCIAMIENTO Y HOSPITAL PÚBLICO.
EL CASO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II DE
LA CIUDAD DE CORRIENTES**

2004

Citar como: Irala, O. R. (2004). Proyecto para la puesta en funcionamiento del hospital pediátrico Juan Pablo II: planificación económica financiera. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I

Introducción	5
Precisiones	6
Utilidad Relevancia Justificación	8

CAPITULO II

Sistema Nacional de Salud. Diagnostico	10
Sistema Nacional de Salud. Prospectiva	18

CAPITULO III

Sistema de Salud de la Provincia de Corrientes	23
Infraestructura Sanitaria Provincia de Corrientes	26
Servicios Pediátricos Públicos	30
Índice Tablas, Cuadros, Gráficos	187

CAPITULO IV

Demanda Estimada. Proyección	35
Población Objetivo. Categorías	39
Índice Tablas, Cuadros, Gráficos	187

CAPITULO V

Proyección Económica Financiera	41
Producción. Proyección	45
Proyecciones de Valorización de la Producción	49
Plan Económico	55
Plan Financiero	61
Índice Tablas, Cuadros, Gráficos	187

CAPITULO VI

Análisis de Sensibilidad	65
Escenario Ideal	70
Escenario Optimista	77
Escenario Pesimista	84
Índice Tablas, Cuadros, Gráficos	187

CAPITULO VII

Conclusiones	90
--------------	----

BIBLIOGRAFÍA

94

ANEXOS

Anexo I	97
Cobertura de Salud de la Población Argentina	
Anexo II	105
Análisis de Consistencia de la Demanda Potencial	
Anexo III	
Análisis de Consistencia de Variables de Producción Hospitalaria	113
Anexo IV	120
Memorias de Cálculo	
Anexo V	
Cuadro Comparativo de Costos	148
Anexo VI	
Provincia de Corrientes, Estadísticas Vitales	150
Anexo VII	
Sistemas de Información	158
Anexo VIII	
Características Constructivas Hospital Pediátrico Juan Pablo II	163
Anexo IX	
Provincia de Corrientes, Indicadores Estructurales	177
Anexo X	
Índice Cuadros, Tablas, Gráficos	187

**El presente trabajo se realizó entre Enero de 1997 y
Febrero de 1998**

**Corresponde aclarar por cuanto algunos aspectos y situaciones del
sistema sanitario que se vuelcan en el presente
corresponden a esos tiempos.**

**Este trabajo fue utilizado como un elemento más
en la evaluación integral del Proyecto Hospital Pediátrico
"Juan Pablo II", del cual el autor fue su Director de Puesta en
Funcionamiento y primer Director Ejecutivo.**

Lic. Ovidio Irala

CAPITULO I

Introducción

Desde siempre hemos sido críticos y cuestionado los modelos de gestión y resultados de los hospitales públicos.

Uno de los principales inconvenientes que plantea el Sistema Sanitario Publico, es conocer las posibilidades de autofinanciamiento de sus efectores. Generalmente la oferta del hospital publico, no es mostrada como una "oferta" más en el mercado sanitario, es mostrado como un servicio que el Estado tiene la responsabilidad de brindar y financiar, por lo general tienen poca gestión y baja calidad o en otros casos cuando dichos servicios por su costo o complejidad están a cargo exclusivo del estado, sus usuarios y prestadores no tienen o carecen de la vocación de recuperar costos que servirán para asegurar un funcionamiento optimo y sostenido en el tiempo.

La situación económica de los últimos años, generó un Incremento de demanda del sistema sanitario público, situación que no fue acompañada por un incremento de recursos para satisfacerlas. Esta última situación obligó a quienes conducen los sistemas de salud a replantear el funcionamiento del hospital público (autogestión) y otros que con visión conciben al hospital como una **"empresa de servicios sanitarios"** (autarquía administrativa y financiera), no para alcanzar rentabilidad pero sí para conseguir eficiencia, (productividad del gasto).

Un proyecto sanitario, cualquiera que sea el origen de su financiamiento, necesita conocer -por ejemplo- la demanda, a fin de una formulación acertada de la oferta, disponer modelos de gestión que aseguren el recupero de gastos por identificación de la demanda con alguna forma de cobertura además de otros datos y hechos que faciliten el autofinanciamiento o en su defecto precisar el déficit que se deberá soportar.

Ante la apertura del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" (año 1996/1997), en la Ciudad de Corrientes, creímos oportuno diseñar para este nuevo establecimiento hospitalario un modelo de gestión, organización y funcionamiento que constituya el inicio de un proceso de cambio en el sistema publico de salud provincial.

Lo señalado justifica la importancia de este estudio que, para una mejor comprensión requiere una descripción –síntesis- sobre las características particulares de este nuevo e importante proyecto sanitario para la región NEA del País.

Precisiones

A los fines de concretar su puesta en funcionamiento se creó una unidad de trabajo a la que se llamó "Unidad de Proyecto para la puesta en funcionamiento del Hospital Juan Pablo II" (fuera del ámbito de Salud Pública), desde donde se ejecutaron y desarrollaron todas las acciones necesarias para configurar la oferta, el modelo prestacional y de gestión.

El concepto de **"empresa de servicios sanitarios"** determinó que para alcanzar objetivos y resultados necesitaba entre otros requisitos, disponer de información que planeen y proyecten su situación económica- financiera y consecuentemente sus necesidades de financiamiento.

Definimos al concepto "empresa de servicios sanitarios", como el de

"prestar servicios de medicina pediátrica de alta complejidad con la más alta calidad posible en función de los recursos humanos y técnicos disponibles, enmarcado en un principio de productividad y gestión autofinanciada."

Incorporar el concepto de "empresa" indicaba implícitamente la concurrencia de objetivos comunes y particulares de los actores involucrados y consecuentemente la utilización de herramientas de gestión como el planeamiento estratégico (poco o escasamente usados por el sector sanitario) , pero necesarias para diseñar y definir perfiles prestacionales adecuados .

El concepto de "empresa" tiene como un primer componente al paciente que concurre a un establecimiento hospitalario donde espera recibir la mejor atención para resolver su problema de salud, como segundo elemento el Estado cuyo objetivo es brindar atención con una determinada calidad y productividad del gasto que obligatoriamente debe financiar y como tercer componente sus recursos humanos que esperan poder hacer medicina de alta calidad y desarrollar sus capacidades potenciales en un ámbito que solo el hospital público puede brindar.

La identificación de la población asistida, el diseño de una estructura de organización funcional adecuada a objetivos institucionales, la adecuación de su organización interna, la formación adecuada de todos sus recursos humanos y el control de calidad de los servicios son aspectos básicos que se han tenido presente al momento de diseñar esta organización hospitalaria que, como estratégico considero necesario conocer las necesidades de financiamiento y sus fuentes entendiendo que tal circunstancia facilitaría la consolidación y fortalecimiento de esta importante oferta sanitaria.

Iniciar actividades con un sistema de información fue una decisión estratégica e innovadora, el disponer de un sistema integral de información computarizada (uno de los pocos hospitales del País) desde el momento mismo del inicio de actividades estaría asegurando un monitoreo permanente de las actividades clínicas y administrativas, sirviendo además como una herramienta de apoyo para concretar el modelo prestacional diseñado.

Instalar y convencer que los resultados de productividad en las empresas de servicios de salud dependen en gran medida de sus recursos humanos no fue tarea fácil por lo que la capacitación y la participación de los mismos fue determinante a la hora de concretar el proyecto. Recursos económicos y/o técnicos no son suficientes para que un emprendimiento sanitario sea exitoso.

Mereció una consideración especial la **figura jurídica institucional**, resultaba necesaria una organización superadora del hospital de autogestión, era necesario gozar de autarquía administrativa y financiera situación que al concretarse facilitó el alcance de objetivos.

Para gestionar se pensó en una estructura de organización funcional simple y ágil - pero diferente a la generalidad de los hospitales públicos del País-, sustentada en tres áreas funcionales básicas: Medicina, Administración y Finanzas e Ingeniería, todas ellas coordinadas por un Director Ejecutivo con la función de facilitar la vinculación horizontal y con el medio.

Las restricciones presupuestarias que afectan el sistema público de salud, es un condicionante importante para el proyecto. La falta de financiamiento generaría una

perdida de capacidad de acción y facilitarfa que el hospital Ingresa en la cultura de la supervivencia y de modelos existentes, si esto ocurriera el proyecto no seria viable. Esta ultima circunstancia llevo a iniciar este estudio, las posibilidades de autofinanciamiento, identificación de la población a la cual se va a asistir, servicios a prestar, costos de producción, ingresos estimados son hechos relevantes que necesitamos conocer para anticipar requerimientos y futuro.

El inicio nos enfrentó con dos restricciones fundamentales, por una parte estábamos planteando el accionar de un nuevo hospital con características innovadoras y sin antecedentes en la región y por otra, la falta de información del sistema de salud de Corrientes y la región en cuanto datos confiables sobre demanda de servicios, precios y costos de producción.

Proyectar la situación económica-financiera de una institución hospitalaria publica próxima a iniciar actividades es una novedad y un desafío .

Utilidad, Relevancia y Justificación.

No ha sido una costumbre en la Provincia de Corrientes ni el País, que los nuevos emprendimientos hospitalarios realicen como etapa previa a su funcionamiento una evaluación respecto de lo que podría ser su situación económica financiera.

Este hecho **"novedoso"** para el medio justifica la utilidad, relevancia y creatividad del presente y un desafío para quienes tomamos la decisión de hacerlo además de ofrecer la posibilidad de utilizar su metodología y resultados en situaciones similares. Consecuentemente decimos que es posible aplicar al sistema sanitario técnicas de las ciencias de la administración que permiten anticipar hechos y acontecimientos útiles y necesarios para la toma de decisiones.

Es importante que una institución sanitaria próxima a iniciar actividades disponga de un Plan Económico- Financiero.

La escasez de recursos (económicos, financieros, humanos) implica que los proyectos sanitarios tengan posibilidades de gestiones exitosas cuando no disponen previamente de información relevante para su gestión.

Proyectar la posibilidad de autofinanciamiento del Hospital Pediátrico de Alta Complejidad "Juan Pablo II", de la Ciudad de Corrientes para el período 1998/2000,

nos llevo a la necesidad de conocer y disponer información, para lo cual desarrollamos las siguientes acciones:

1. Proyectar la Demanda Potencial: Características cualicuantitativas para esta nueva oferta sanitaria regional para el período 1998/2000. Determinar Población Objetivo.
2. Proyectar producción hospitalaria para el período 1998/2000.
3. Valoración Económica de la Producción Hospitalaria Proyectada (2.) para el Período 1998/2000.
4. Estimación Costos de la Producción Hospitalaria proyectada para el período 1998/2000.
5. Proyectar Ingresos para el período 1998/2000.
6. Plan Económico para el período 1998/2000.
7. Plan Financiero para el período 1998/2000.

El "plan de análisis" utilizo como base la información disponible al año 1998 a la que incorporamos de manera específica datos y situaciones de instituciones como el Hospital Notti de la Provincia de Mendoza y el Hospital Juan Garrahan de la Capital Federal, los resultados proyectamos al año 2000, previo proceso de "sensibilización" de los mismos a fin de validar la información a proyectar.

CAPITULO II

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Diagnostico

- **Organización del Sistema de Salud Argentino**

Dentro del sistema de atención de la salud se distinguen tres subsectores con funciones diferenciadas y múltiples interrelaciones: el sector estatal, las obras sociales y el sector privado.

El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones: nacional, provincial y municipal, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación.

El sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones (alrededor de 337 obras sociales) sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan y modalidad de operación.

El sector privado se compone, a su vez de organizaciones y servicios de características muy diversas. Por un lado se encuentran las diferentes modalidades de prepagas y seguros de salud. Por otro lado hay en Argentina un significativo mercado de prestadores (efectores) de servicios de salud.

- **Cobertura poblacional del sistema de salud en Argentina**

Partiendo de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INDEC- (*), proyectándola a 1995 y complementándola con información recopilada de las instituciones de la Seguridad Social y prepagas se logra estimar el porcentaje de la población cubierta por obra social y por defecto la población que solo accede al subsector público.

Al año 1991 el 57.6% de la población(**) posee cobertura en salud por alguna obra social, plan médico o ambas a la vez. En la Provincia de Corrientes ese porcentaje es de 49.8% ubicándose en un nivel inferior con respecto a poblaciones de mayor cobertura como Santa Cruz con un 76% y superior con respecto a las de menor cobertura como Formosa y Santiago del Estero con un 41.8%.

Al proyectar esa información al año 1995 se obtiene un aumento de la población de 32.6 millones a 34.6 millones que se divide en 15.9 millones de habitantes que solo acceden al subsector público y 18.7 que tienen cobertura por medio de obras sociales y/o prepagas. De esta forma la cobertura en salud de la población disminuye de 57.6% a 54.0%, es así que la población que accede al subsector público aumenta de 42.4% a 46%.

1995. Proyecciones.	Cantidad de habitantes (millones)	% Cobertura
Población que solo accedía al subsector público.	13.8 millones	42.33%
Población con obra social y/o prepa.	18.8 millones	57.67 %

Ver mayor información en Anexo I – Cuadro I

(*) Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.INDEC
(**) Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.INDEC

- **Subsector Público**

La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica/ financiera. Las provincias y municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población. El Ministerio de Salud y Acción Social -MSAS- es la máxima autoridad en materia de salud. A nivel provincial y municipal el rol le corresponde a los respectivos ministerios y secretarías. El MSAS tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos subsectores.

Sus atribuciones son amplias, pero en la práctica su rol es acotado. Esto se debe a que maneja sólo un mínimo porcentaje del presupuesto público de salud y dado que la salud no es una atribución delegada por las provincias a la Nación, su poder de decisión queda limitado ya que las provincias y municipios cuentan con autonomía en sus respectivas jurisdicciones.

Como la Nación casi no financia acciones, sus políticas sustantivas sólo tienen valor indicativo y la concreción de acciones determinadas desde dicho nivel depende de coincidencias de nivel político más general.

El financiamiento de las acciones provinciales y municipales depende de los recursos de cada jurisdicción. Dada la desigual distribución geográfica de la riqueza esto constituye un desafío al nivel de equidad. La apertura del sistema, por la cual no existen poblaciones asignadas a cada efector público, no alcanza a constituir un mecanismo de compensación.

Existe otro organismo nacional importante dentro del sistema que es la Administración Nacional del Seguro de Salud -ANSSAL-, cuya función central es regular y administrar un fondo de redistribución que compensa a las obras sociales más desfavorecidas. El fondo está integrado por el 10% de los aportes de las Obras Sociales nacionales y el 15% de las de personal de dirección. Los decretos 292 y 492 de 1995 establecieron que dicho fondo debe garantizar a todas las obras sociales un ingreso mensual no inferior a \$40 por afiliado. Como se mencionará mas adelante, con la desregulación de las obras sociales la ANSSAL está cesando actividades mientras nace la Superintendencia de Servicios de Salud.

COBERTURA: El subsector público brinda teóricamente, cobertura a la totalidad de la población de país. Sus servicios tienen la distribución geográfica más amplia, con presencia en zonas consideradas no rentables por el subsector privado. Sin embargo, la población que se comporta como demanda natural y básica del subsector público es la que carece de cobertura de seguros asistenciales obligatorios o voluntarios.

En base a la evolución del tamaño de la población y de la tasa de desempleo se estimó que en 1995 la población que sólo tiene acceso al sector público representaba aproximadamente 13.8 millones de habitantes, lo que equivalía al 42.33% de la población total de Argentina (Ver Anexo I – Cuadro I).

- **Obras Sociales**

Este subsector se caracteriza por la multiplicidad y heterogeneidad de las entidades que lo integran. Al inicio de la desregulación había en Argentina 337 obras sociales.

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

Anteriormente se diferenciaban en cuanto a tipo de población que agrupaban, a la cobertura prestacional que brindaban y a la modalidad de operación. Pero con la desregulación este panorama variará. A partir de la implementación del Programa Médico Obligatorio -PMO-, la cobertura prestacional pasa a ser homogénea, aunque las obras sociales que puedan hacerlo tendrán libertad para brindar servicios más amplios que el PMO.

En relación a la modalidad de operación, la desregulación involucra sólo a las obras sociales nacionales que operan bajo la regulación de la ANSSAL(*). En 1995 había unas 276 instituciones operando dentro de esta modalidad. A partir de las transformaciones recientes, se producirá un acelerado proceso de fusión y liquidación de entidades. Las previsiones son que a finales de 1997 quedarán sólo unas 100.

* Administración Nacional del Seguro de Salud

COBERTURA: El subsector público brinda teóricamente, cobertura a la totalidad de la población de país. Sus servicios tienen la distribución geográfica más amplia, con presencia en zonas consideradas no rentables por el subsector privado. Sin embargo, la población que se comporta como demanda natural y básica del subsector público es la que carece de cobertura de seguros asistenciales obligatorios o voluntarios.

En base a la evolución del tamaño de la población y de la tasa de desempleo se estimó que en 1995 la población que sólo tiene acceso al sector público representaba aproximadamente 13.8 millones de habitantes, lo que equivalía al 42.33% de la población total de Argentina (Ver Anexo I – Cuadro I).

- **Obras Sociales**

Este subsector se caracteriza por la multiplicidad y heterogeneidad de las entidades que lo integran. Al inicio de la desregulación había en Argentina 337 obras sociales.

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

Anteriormente se diferenciaban en cuanto a tipo de población que agrupaban, a la cobertura prestacional que brindaban y a la modalidad de operación. Pero con la desregulación este panorama varlará. A partir de la Implementación del Programa Médico Obligatorio -PMO-, la cobertura prestacional pasa a ser homogénea, aunque las obras sociales que puedan hacerlo tendrán libertad para brindar servicios más amplios que el PMO.

En relación a la modalidad de operación, la desregulación involucra sólo a las obras sociales nacionales que operan bajo la regulación de la ANSSAL(*). En 1995 había unas 276 instituciones operando dentro de esta modalidad. A partir de las transformaciones recientes, se producirá un acelerado proceso de fusión y liquidación de entidades. Las previsiones son que a finales de 1997 quedarán sólo unas 100.

* Administración Nacional del Seguro de Salud

Permanecerán fuera de este esquema las obras sociales provinciales, la de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, las universitarias, las de las fuerzas armadas y la del poder legislativo.

COBERTURA: En los últimos años han aparecido organizaciones de intermediarios que ofrecen redes de oferta de servicios acotadas cubriendo diversas áreas geográficas. Estas intermediaciones se adecuan a los "pagos posibles" por parte de las Obras Sociales y contienen escasos elementos de organización y gestión. Su fuerte es que limitan drásticamente la sobreoferta existente en prácticamente todas las regiones del país donde existen beneficiarios de Obras Sociales.

Resulta difícil definir con precisión la cobertura poblacional de las obras sociales debido a la gran dinámica en la composición de los padrones de afiliados y beneficiarios (familiares), vinculados por relación de empleo. Por otra parte, la fragmentación de la gestión del sector ha hecho poco accesible al conocimiento esta información. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 incluyó una serie de preguntas referidas a la cobertura de las personas por el conjunto del sector. La información de allí derivada indica que el 57.6% de los habitantes del país (alrededor de 18.8 millones de personas) eran beneficiarios de alguna obra social. Considerando el posterior incremento en las tasa de desempleo y las proyecciones del tamaño de la población se puede estimar que la población cubierta en 1995 llegaba a 18.7 millones de personas, lo cual representaba el 54% de la población (Ver Anexo I – Cuadro I).

La mayor parte de la población está concentrada en unas pocas obras sociales. Las 50 mayores instituciones representan el 90% de la población. Hasta entrar en vigencia la desregulación se estimaba que el 10% de la población que contaba con cobertura de las obras sociales realizaba doble aporte.

- **Subsector Privado**

Este subsector se caracteriza por su financiación a partir del aporte voluntario de los usuarios. Las modalidades de financiación han ido desarrollándose desde el pago

directo discrecional de los honorarios médicos por cada prestación hasta la incorporación de modernos sistemas de aseguramiento.

La definición de las modalidades de aseguramiento han sido desarrolladas por empresas incorporadas al sistema de salud en la últimas décadas, que reconociendo antecedentes en instituciones mutualistas, se diferencian de éstas por el carácter lucrativo de su propósito empresarial.

Los contratos de seguros definen los alcances de la cobertura del riesgo a asegurar, el monto del aporte (cuota), y condiciones exigidas para la vigencia del contrato. Entre estas últimas, caracteriza a la mayoría de los contratos el establecimiento de "períodos de carencia", que son espacios de tiempo (variables para cada contrato) en los cuales el usuario contribuye sin recibir determinados beneficios. Otra característica común es la determinación de una restricción de cobertura sobre las patologías preexistentes en el momento del contrato, las que no se incluyen entre los riesgos asegurados.

La organización de los servicios reconoce distintos tipos de estructura. Podemos diferenciar un primer tipo de empresas que actúan como administradores financieros de sus asegurados, comprando a su nombre paquetes de servicios a los prestadores, restringiendo su actividad a la administración y control de las prestaciones.

Un segundo tipo de organizaciones extiende su actividad en sentido ascendente en la "cadena de valor", integrando a su actividad la gestión de instituciones prestadoras (hospitales, consultorios, servicios de diagnóstico), desarrollando así una actividad integral de oferta de servicios a sus asegurados.

Una modalidad reciente y en crecimiento son las instituciones privadas que actúan como administradoras entre las obras sociales o prepagas y las redes prestadoras.

Otro tipo de empresas se constituyen a partir de la existencia de hospitales o grupos de prestadores, que agregan (en sentido descendente en la "cadena de valor" la actividad de administración financiera, propia de la actividad aseguradora. Son ejemplo de esta modalidad los planes de aseguramiento que ofrecen los hospitales de

comunidades y los que se integran con organizaciones gremiales de prestadores (de organizaciones médicas y de propietarios de clínicas y sanatorios).

COBERTURA: El crecimiento de la actividad del sector se orienta hacia la captación de sectores de población anteriormente cubiertos por el sistema de obras sociales, en los niveles salariales superiores (obras sociales del personal de dirección). Este proceso ha motivado la aparición de nuevas formas de relación entre los sectores que tornan menos clara la línea divisoria entre ambos modelos.

La población cubierta por este sector puede caracterizarse como perteneciente a los sectores de mayor nivel socioeconómico. Sin embargo, el mercado se encuentra muy segmentado y existe una gran variedad de servicios y niveles de cobertura que se reflejan en los precios de los aranceles. Las entidades de medicina prepaga se nuclean en tres entidades. Por un lado, las empresas líderes del sector en términos de facturación y cobertura integran la Cámara de Instituciones de Medicina Asistencial de la República Argentina -CIMARA-. A su vez, la mayoría de las prepagas, y por lo tanto la mayoría de los afiliados, se nuclean en la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga -ADEMP. Por otro lado, es importante señalar que dentro de ese segmento han adquirido un peso significativo las instituciones de cobertura prepaga de origen médico gremial, que en todo el país dan cobertura a aproximadamente medio millón de personas.

La captación de afiliados a sistemas de aseguramiento privado (medicina prepaga) ha experimentado un fuerte crecimiento en los últimos años. En gran parte esta población se superpone a la cubierta por alguna obra social, generando situaciones de "doble cobertura" que en determinadas situaciones funciona para el usuario como complemento a efectos de obtener un paquete prestacional más extenso.

Se estima que la cobertura poblacional de las empresas de medicina prepaga rondaría los 1.5 millones de habitantes, de los cuales aproximadamente el 40% realiza aporte al sistema de la seguridad social (Ver Anexo I-Cuadro I).

- **Utilización del Sistema de Salud Argentino**

Según el MSAS (*), en 1995 el subsector público fue responsable por la producción de 57.288.743 consultas y 1.832.463 internaciones. En 1996 las consultas ascendieron a 69.030.444 y los egresos a 2.014.804, lo cual representa 5,8 internaciones cada 100 habitantes.

¿Los usuarios del hospital público son sólo los pobres? Según Información obtenida con la aplicación de un módulo específico de la Encuesta Permanente de Hogares en mayo de 1992, de cada 100 personas que realizaron consultas en hospitales públicos entre algo más de un tercio y la mitad, según el lugar, pertenecían al sector más pobre de la población (1er quintil de Ingresos). De la misma manera, se ha registrado que entre el 24% y el 39% de las consultas realizadas en establecimientos públicos correspondientes a personas con algún tipo de cobertura.

Los hospitales públicos brindan atención a la gran mayoría de los accidentados, sean estos ricos o pobres y tengan o no cobertura médica. Al mismo tiempo, las personas que suscriben a un seguro privado o prepago deben cumplir con un período de carencia que varía según el tipo de prestación. En algunas oportunidades, cuando requieren de asistencia médica, estas personas también recurren a los servicios públicos. Por último, en las zonas urbanas hay hospitales de alta complejidad que realizan prácticas caras y no cubiertas por gran parte de los prepagos tales como cirugías plásticas.

En conclusión, se estima que en promedio un 30% del total de las prestaciones de los establecimientos públicos son brindadas a personas que cuentan con cobertura de obras sociales, mutuales, prepagas o seguros privados de salud. Este será, por lo tanto, el horizonte de las facturaciones que podrán alcanzar los hospitales de autogestión. Cabe destacar que en 1995 la facturación de los 828 hospitales de autogestión no alcanzó el 4% del gasto hospitalario total del país y fue menor al 1% del gasto total del sistema.

- **Recursos Humanos y Capacidad Instalada del Sistema de Salud Argentino**

* Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación

En el país hay 1204 hospitales públicos (9 nacionales, 957 provinciales y 238 municipales) con un total de alrededor de 75.000 camas disponibles.

Además, la red pública cuenta con 5.741 establecimientos sin internación.

La capacidad instalada del sistema argentino se completa con otras 1.500 Instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67.000 camas.

En total ejercen más de 100.000 médicos. Según el catastro de recursos de salud de 1980 en ese año trabajaban en sector público 35.452 médicos.

En conclusión, nuestro País cuenta en la actualidad con un fuerte oferta de recursos humanos profesionales y una alta capacidad instalada. La relación de médicos por cada mil habitantes es, en promedio, de 2,5 en los países ricos y de 0,1 en los pobres. En nuestro país este indicador se aproxima a 3, es decir, es superior a la media de los países ricos. La relación de camas por cada mil habitantes es de 8,9 en los países ricos contra 2,3 en los pobres. En nuestro país ronda los 4,5. Con respecto a los profesionales médicos disponemos de un profesional cada 330 habitantes(**). La expectativa de vida esta en 71 años.

Sistema Nacional de Salud. Prospectiva

El sistema de salud argentino está siendo modificado en dos frentes: los hospitales públicos y las obras sociales nacionales. Los primeros son objeto de una política de descentralización que procura conferirles mayor autonomía de gestión y de recaudación de recursos. Las segundas están atravesando un proceso de reordenamiento financiero que consiste en la desregulación que promueve la libertad de afiliación de los beneficiarios y tiene como meta final la implantación de un mercado competitivo en el que participen también las prepagas.

- **Descentralización de los Servicios de Salud**

(**) Revista Sosiego – Año 1 – Nº 4 – Diciembre de 1998.

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación promulgó el Decreto N° 578/1993 que establece el Hospital de Autogestión. A través de esta figura se autoriza a los hospitales a facturar a las Obras Sociales los servicios prestados a la población que cuenta con cobertura del seguro social.

Asimismo se le concede mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los recursos que le permite obtener una mayor eficiencia en la microgestión. El proceso de "autogestión" no modifica por sí mismo los costos operativos de los hospitales.

- **Desregulación de las Obras Sociales**

La reforma parte del supuesto que la crisis de las Obras Sociales responde a la falta de competitividad derivada de la condición de cautividad de sus beneficiarios.

Entre las últimas disposiciones en este sentido se pueden mencionar el Decreto 247/96 que aprueba un Programa Médico Obligatorio (PMO) para las Obras Sociales y el Decreto 1131/96 que completa la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las Obras Sociales Sindicales.

El eje de la reforma consiste en introducir la libertad de elección entre Obras Sociales, en una primera instancia, y en el futuro permitir la competencia con otros organismos, y la fijación de una "canasta básica" de prestaciones obligatorias. Previo a disponer la libertad de elección se inició un proceso de reconversión de Obras Sociales, con apoyo del Banco Mundial.

La definición de un grupo de prestaciones obligatorias es considerada un factor clave para establecer mínimas condiciones de equidad, hacer más transparentes las condiciones de competencia entre Obras Sociales (hacer operativa la "libre elección") y respetar la restricción presupuestaria (imposibilidad de aumentar los costos laborales o los subsidios estatales).

El Decreto 1.615 del 31/12/96 creó la Superintendencia de Servicios de Salud. La misma reemplaza a la ANSSAL, el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) y la DINOS (Dirección Nacional de Obras Sociales). Entre sus funciones figuran: fiscalizar el

cumplimiento del Programa Medico Obligatorio (PMO), supervisar el pago a los Hospitales de Autogestión y controlar el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

El Decreto 84 del 3/02/97 establece que las personas podrán cambiar de obra social una vez al año.

Tanto la discusión de la reforma de las Obras Sociales como la medidas implementadas se limitan al universo de las Obras Sociales Nacionales. Estas representan casi el 50% de la población beneficiaria y del gasto de la seguridad social y el 15% del gasto total en salud(*).

- **Integralidad de la Atención Médica**

“Salud para Todos” significa que la salud ha de considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no solo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo. Requiere tanto de la Medicina y la Salud Pública como de la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones y los sectores privados que también proveen servicios de salud.

El compromiso del sector público es entonces fomentar el progreso de la población en un amplio frente de desarrollo, estimulado a cada individuo a mejorar la calidad de vida.

La Atención Primaria (APS) es un nivel de asistencia sanitaria, científicamente fundado y socialmente aceptable, de mayor alcance hacia la comunidad y a un costo soportable, asegurando a partir de esta estrategia la Integralidad en la atención médica.

La Atención Primaria (APS) se basa en criterios de participación comunitaria, incorporación de tecnología adecuada para la salud, desarrollo y capacitación de

(*) GONZÁLEZ GARCÍA, Gines, TOBAR, Federico. Mas salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano-Isalud 1997.

recursos humanos como base de los programas de salud y de infraestructura sanitaria.

La organización de los servicios sanitarios deben estar diseñados y coordinados adecuadamente para atender a toda la población y no solo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance, Asimismo debe mantener una relación adecuada de costos beneficios en su implementación y resultados y posibilitar la colaboración intersectorial.

Potenciar la estrategia de la APS, significa redistribuir adecuadamente los recursos humanos, materiales y financieros empleados en el sistema sanitario.

- **Descentralización en el Sistema de Salud**

La descentralización en el ámbito de salud supone la transferencia de responsabilidades desde el nivel central a los niveles locales, sean estos gubernamentales u ONG. La estrategia implica la transferencia de facultades y recursos de órganos superiores a otros de distinta jerarquía, Implica de una mayor autonomía en funciones técnicas y operativas hacia las instituciones hospitalarias, municipios o regiones sanitarias respecto del nivel central.

Los objetivos están dados por:

- Mejoramiento en la productividad de los servicios,
- Modificación de la cultura de la organización
- Redistribución de los recursos estatales atendiendo a consideraciones de eficiencia y eficacia.

- **Hospital Público de Autogestión**

La estrategia del Hospital Público de Autogestión se desarrolla sobre la base de cuatro componentes sustantivos:

1. Componente de Financiamiento, que implica el aumento de recursos para el Hospital Público sin aumentar el gasto en salud, la solidaridad y el estímulo a la eficiencia del Subsistema de Obras Sociales.

2. Componente de Atención Médica que comprende la Garantía de Calidad de la Atención Médica y el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud.
3. Componente de Gestión Estratégica, que implica mejorar la eficiencia y eficacia para garantizar equidad.
4. Componente de Sistema Local a través de la Redes de Servicios y de la estrategia de Áreas Programáticas.

CAPITULO III

SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

Cobertura según Subsector

La estructura del sector salud de la provincia de Corrientes, es similar a la del resto del país. Los subsectores público, obras sociales y privado realizan el financiamiento y provisión de servicios sin existir un ámbito de Integración o concertación de las acciones. La población, en general, recibe atención de salud en el sistema de cobertura que le corresponde, de acuerdo a su situación laboral, a excepción de aquellos casos en que por no poder pagar el coseguro, concurren a los Establecimientos Públicos o los que recurren al sector público por el prestigio de algún profesional o de la institución (Hospital Escuela, Niños, Cardiológico).

Se estima que un poco menos de la mitad de la población de Corrientes posee cobertura de salud 49.8% (*). De ellos el 74,3 % declara tener solamente Obra Social y el 18,3 %, Obra Social y Plan Médico o Mutual.

Entre los que no registran cobertura de salud, casi la mitad son jóvenes de ambos sexos, de los cuales alrededor del 66,0 % son menores de 30 años.

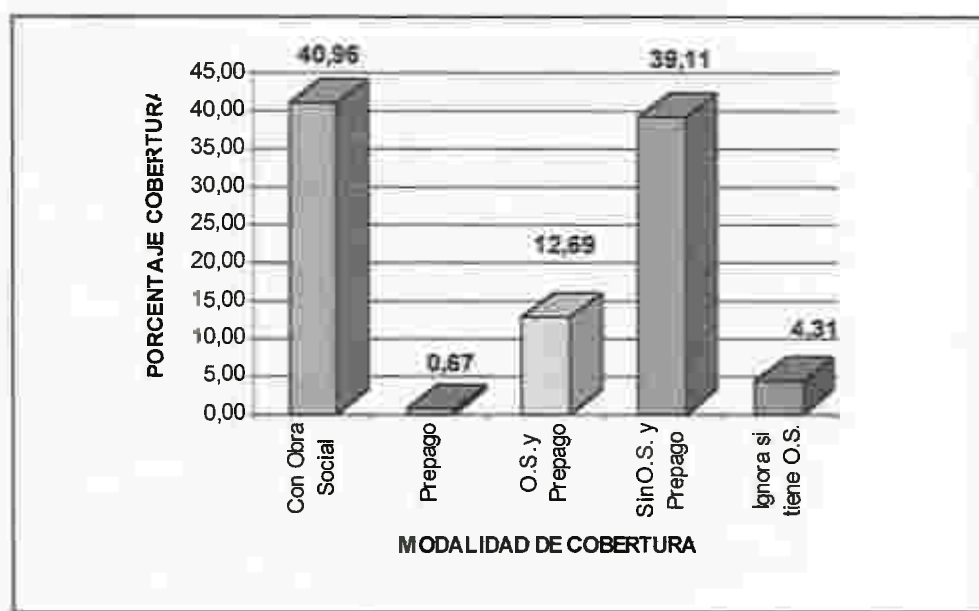
Los ocupados sin cobertura configuran una significativa proporción (47,8 %). Los desocupados aparecen más desprotegidos, con el 73,8 %. Si se tiene en cuenta que los datos de cobertura consignados se refieren al año 1991, es probable que la población que no tiene cobertura haya aumentado sensiblemente ante el incremento de la tasa de desocupación.

Los ocupados en relación de dependencia que se hallan en peor situación son los empleados del servicio doméstico, desprovistos de cobertura social (79,5 %), y los que revistan en establecimientos pequeños (56,0 %).

La situación más favorable corresponde a los empleados u obreros del sector público y entre los inactivos, a los jubilados y pensionados.

(*) Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.INDEC.

Grafico I - Cobertura en Capital Año 1991



Fuente: Censo Nacional de Población. 1991

En la Ciudad Capital el 40,96 % de la población posee obra social el 0,67% posee un plan de prepago, el 12,69 % obra social y prepago, el 39,11 % no tiene obra social ni prepago y el 4,31 % Ignora su cobertura social

Las principales obras sociales son el Instituto de Obra Social de Corrientes (IOSCOR) que ofrece cobertura a 110.000 beneficiarios y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) que cubre a 69.958 personas.

En 1997, el subsector público poseía 2.357 camas hospitalarias distribuidas en 41 hospitales en toda la provincia. En 1995 se produjeron 69.318 egresos, que representaron el 76 % de los egresos estimados para la población de Corrientes. Si el subsector público atendiera sólo a los "pobres estructurales", cabría esperar alrededor de 25.000 egresos anuales.

La diferencia entre la demanda teórica y la real se explica porque el hospital público satisface la demanda de beneficiarios del subsector de obras sociales y del privado. La ocupación del conjunto de hospitales es de 57.2 % con un promedio de 5.9 días.

Los hospitales públicos realizaron 16.498 partos en 1995, lo que representó el 70.8 % de los partos totales.

La atención ambulatoria del subsector se ofrece en los consultorios externos de los hospitales, puestos sanitarios provinciales y municipales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En conjunto, los establecimientos citados produjeron 1.355.245 consultas en 1994, que representa el 34% de la demanda potencial, con un promedio de 5 consultas por habitante / año.-

Del total de consultas, el 48 por ciento (651152 se produjo en los servicios asistenciales del departamento Capital dependientes del Ministerio de Salud Pública, con una particularidad: el 53 por ciento se realizaron en servicios periféricos (puestos sanitarios y centros de atención primaria).

En 1991, los efectores periféricos fueron responsables del 62,3 por ciento del total de consultas producidas en los servicios del Ministerio del departamento Capital. Esto puede significar o un deterioro del primer nivel o un cambio en la estructura socioeconómica de la demanda.

En el departamento Capital, el subsector público dispone de 962 camas (61 % del total), distribuidas en 6 hospitales y un Instituto de Cardiología de alta complejidad. En conjunto produjeron 19.602 egresos (32.2 % del total) en 1997. El promedio de días de estada de estos hospitales fue de 9.73, explicable por la presencia del Hospital Psiquiátrico. La ocupación media del conjunto provincial fue de 57,2 %, siendo en Capital el 80.5 % y en el Interior de la provincia el 44,1%. El Hospital de Niños "Eloísa T. de Vidal" de Capital tuvo una ocupación media de 90.6 %, evidenciando una excesiva concentración de oferta de servicios.

INFRAESTRUCTURA SANITARIA PROVINCIA DE CORRIENTES**Cuadro I**

Establecimientos Asistenciales según dependencia.
Total Provincia, por Departamento Geográfico. Año 1997.

	Dependencia								
	Privada	Pública, según nivel de complejidad							
		Total	I	II	III	IV	V	VI y VII	Especial(1)
			(1)	(2)	(2)	(2)	(1)		
Total Provincia	55	220	146	8	28	11	11	8	4
Bella Vista	2	6	5			1			
Berón de Astrada		3	2		1				
Capital	20	69	47				11	3	4
Concepción	1	4	1		3				
Curuzú Cuatiá	3	5	3		1			1	
Empedrado		10	9		1				
Esquina	3	6	4		2				
General Alvear		2	1			1			
General Paz		8	6		1	1			
Goya	7	12	11					1	
Itatí	1	4	3		1				
Ituzaingó	1	13	9	1	2	1			
Lavalle		10	8	2	1				
Mburucuyá		4	3		1				
Mercedes	3	5	2	1	1			1	
Monte Caseros	4	5	3		1			1	
Paso de los Libres	2	7	5	1		1			
Saladas	3	6	4		1	1			
San Cosme	1	5	2		3				
San Luis del Palmar	1	9	7			1			
San Martín		6	3		3				
San Miguel	1	6	1		1	4			
San Roque	1	6	2	2	2				
Santo Tomé		7	4	1	1			1	
Sauce	1	2	1		1				

Fuente: Subdirección de Estadísticas de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes

Cuadro II
Cantidad de camas, según de dependencias del establecimiento.
Relación camas/población y habitantes por médico.
Total provincia, por departamento
AÑO 1997

	Cantidad de Camas						Camas	Hab.
	Total			Dependencia			/1000	por
				Privada	Pública		hab.	médico
Total Provincia	3.515			1.158		2.357	4,0	272
Bella Vista	123			72		51	3,7	1.247
Berón de Astrada	13					13	6,0	1.091
Capital	1.570			608		962	4,8	128
Concepción	39			6		33	2,6	3.810
Curuzú Cuatiá	167			62		105	4,1	521
Empedrado	28			8		20	2,2	1.177
Esquina	77			36		41	2,8	694
General Alvear	42					42	5,6	1.256
General Paz	50			4		46	3,7	1.358
Goya	259			124		135	3,2	497
Itatí	20					20	2,6	1.526
Ituzaingó	76			6		70	2,2	681
Lavalle	59					59	3,0	729
Mburucuyá	32					32	3,8	2.838
Mercedes	133			40		93	3,8	861
Monte Caseros	141			75		66	4,6	712
Paso de los Libres	127			44		83	2,7	587
Saladas	87			45		42	4,2	949
San Cosme	26					26	2,6	2.530
San Luis del Palmar	81			6		75	5,7	1.590
San Martín	53					53	4,8	2.736
San Miguel	37			8		29	3,9	1.913
San Roque	54			6		48	3,4	801
Santo Tomé	179					179	3,6	878
Sauce	42			8		34	4,8	971

Fuente: Subdirección de Estadísticas de Salud, Departamento de Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes

PROVINCIA DE CORRIENTES. EROGACIONES EN SALUD

El presupuesto en salud constituyó en 1997 el 7,31% del presupuesto provincial, participación que ha disminuido desde 1991 cuando representaba el 10,99%.

El presupuesto ejecutado durante el año 1997 ascendió 63 millones de pesos, destinando más del 80% a gastos de personal.

Cuadro III
Ministerio de Salud Pública
Presupuesto ejecutado
Expresado en miles de pesos

Conceptos\Periodos	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Personal	35.324	56.178	49.807	47.263	44.639	42.815	51.081
Bienes y serv. no per	9.259	10.333	12.768	14.327	10.018	14.351	12.019
Intereses	416	39	208	20	0	0	0
Transferencias	33	562	193	402	374	561	372
Bienes de capital	197	291	340	2817	665	628	167
Bienes preexistentes	91		317				
Trabajos públicos	23		23				
Total	45.323	67.408	62.599	64.831	55.698	58.357	63.640

Fuente: Ministerio de Hacienda y Finanzas – Provincia de Corrientes -

Nota: los datos de 1992 incluyen a la Subsecretaría de Acción Social. En 1993 pasa a la órbita del Ministerio de Gobierno.



En el período 91/97 el presupuesto en salud se incrementó un 40,41% en términos absolutos, en tanto el gasto en personal aumentó un 44,60%.

El gobierno provincial destinó en el año 1997, 71,11 pesos anuales por habitante para atender gastos en salud (el cálculo se efectuó con población proyectada). En el año 1991 representaba 56,94 pesos.

Si se considera que el 60% de la población utiliza los servicios públicos provinciales el gasto por habitante se eleva a 118,33 pesos.

Si bien el presupuesto provincial se realiza a través de nuevas metodologías (por programas), la distribución presupuestaria se efectuaba de acuerdo al ejecutado del año anterior, no existiendo parámetros establecidos que incentiven una mejor asignación de recursos. La lógica del sistema hace que los establecimientos hospitalarios gasten en función de los requerimientos, utilizando un fondo permanente, que cuando disminuye en un 50% es repuesto por el Ministerio de Hacienda en función a las disponibilidades financieras.

Cuadro IV
Ministerio de Salud Pública
Presupuesto ejecutado año 1995

Nombre del Programa	\$1= 1U\$D
1. Salud	53.073.309,80
1.1. Actividades comunes	178.997,25
1.2. Atención de la madre y el niño	2.094.004,78
1.3. Prevención y protección de la salud	50.800.307,77
2. Servicios sociales sin discriminar	2.241.665,20
2.1. Actividades centrales	2.241.665,20
3. Ecología y medio ambiente	382.983,06
3.1. Saneamiento ambiental	382.983,06
Total	55.697.958,06

Fuente: Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Provincia de Corrientes.

SERVICIOS PEDIÁTRICOS PÚBLICOS

La Oferta de servicios de salud pediátrica en la Provincia de Corrientes

En la Provincia de Corrientes hasta la Inauguración del Hospital "Juan Pablo II", existía un Hospital de pediatría con un total de 80 camas. La voluntad de médicos y enfermeros hizo posible sobrellevar la prestación del servicio médico en un establecimiento que no tenía la más mínima comodidad para los enfermos, sus familiares y el personal.

Era normal observar una concentración permanente de madres con sus niños en los angostos pasillos, las camillas de consultorios como camas de internación a lo que debía agregarse la constante derivación de pacientes a centros de Capital Federal.

En la Provincia de Corrientes, la tasa de mortalidad Infantil total - neonatal y posneonatal - alcanza en el promedio provincial al 26,1 por mil, ubicándose entre una de las más elevadas del país. Alrededor del 75 % de esas defunciones son informadas como evitables, es decir aquellas que podrían evitarse con acciones sencillas y de bajo costo.

Según fuentes estadísticas hospitalarias provinciales, existen al año 1996 hospitales y centros que brindan servicios de medicina pediátrica en toda la Provincia. A continuación se mencionan los principales indicadores de producción pediátrica al año 96 de cada uno de ellos:

Cuadro V**Establecimientos Hospitalarios. Provincia de Corrientes**

Establecimientos	Consultas	Egresos	Promedio Días estada	% de Ocupación
Hosp. Eloisa T. De Vidal -Corrientes-;	79.566	2.957	7.07	99.7
Hospital J. R. Vidal -Berón de Astrada-;	1.685	45	2.02	12.3
Hosp. Provincial "J. Dávila"-Empedrado-;	15.278	173	2.06	17.9
Hosp. San Antonio -Murucuyá-;	16.290	213	2.54	15.1
Hosp. María Auxiliadora -Saladas-;	7.757	283	3.18	31.9
Hosp. Julio Rivero -San Cosme-;	3.570	116	2.21	21.7
Hosp. San Luis del Palmar -San Luis del Palmar-	8.459	102	2.81	12.4
Hosp. J. R. Vidal -San Miguel-;	7.949	145	2.07	21.8
Hosp. Cabecera Bella Vista -Bella Vista-;	5.380	559	3.54	29.6
Hosp. San Roque -Esquina-;	2.873	295	2.24	25.2
Hosp. Munlagurria -Goya-;	33.390	1.191	6.54	58.5
Centro Materno Infantil Regional -Goya-;	-	459	2.67	20.8
Hosp. Santa Rosa -Sauce-;	2.778	84	3.46	73.6
Hosp. Dr. M. Sussini -Gral. Alvear-;	6.480	139	2.35	37.7
Hosp. San Antonio de Padua -San Martín-;	13.617	222	2.79	15.2
Hosp. San Juan Bautista -Santo Tomé-;	17.761	620	3.88	36.9
Hosp. Dr. M. Sussini -Gdor Virasoro-;	8.513	328	2.72	43.8
Hosp. S. M. Robinson -Monte Caseros-	8.205	473	3.28	67.9
Hosp. San José -Paso de los Libres-;	18.128	737	2.15	29.5

Fuente: Estadísticas Hospitalarias Año 96. Subdirección de estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública. Gobierno de la Provincia de Corrientes.

Del análisis la información que surge del cuadro anterior se puede extraer dos conclusiones:

- El Hospital de niños " Eloisa Vidal" de la ciudad de Corrientes, al año 1996, estuvo funcionando a pleno, en niveles desaconsejable según indica su índice de ocupación de 99.7 (Ver Cuadro V)

- El promedio días de estada de los hospitales públicos provinciales demuestra la carencia de atención altamente especializada en los mismos, caso contrario, dichos ratios deberían ubicarse por arriba de los 7 puntos.

La calidad y eficiencia de estos establecimientos no alcanza a satisfacer los requerimientos de atención de tercer nivel de la salud de los menores, especialmente aquellos que pertenecen a los sectores más postergados. Consecuentemente, este nuevo centro de Alta Complejidad cubriría una necesidad imperiosa de toda la región, y que trasciende las fronteras de la provincia, interesando también a las provincias vecinas.

HOSPITAL “ELOISA T. DE VIDAL”

DEMANDA REGISTRADA

Cuadro VI - Indicadores de Producción 1990 – 1995

Concepto	90	91	92	93	94	95
Porcentaje Ocupacional	79.30%	84.00%	77.80%	89.30%	90.60%	92.00%
Pacientes días	20,498	20,944	18,943	21,959	23,339	25,581
Promedio de Camas	70.80%	68.30%	66.70%	67.30%	71.50%	76.10%
Nro. De Consultas externas	97,494	96,957	68,430	96,433	103,550	108,986
Nro. De Egresos.	2,320	2,577	2,193	2,731	2,918	3,404

Fuente: Estadísticas hospitalarias. Subdirección de estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Corrientes

Cuadro VII - Indicadores de Producción Año 1995

Rendimiento de establecimiento con	Nº de	Pacient.		Consult.	Total	1era Vez
Internación por servicios	Egresos	Días		Externos		
Servicio CIRUGÍA	665	3,465		Menos 1 año	16,136	7,870
Servicio PEDIATRÍA	2,957	21,069		1 año	14,093	6,474
Servicio NEUROLOGÍA	24	343		2-4 años	17,460	8,653
Servicio TERAPIA INTENSIVA	96	1,522		5-6 años	14,814	7,122
Servicio TRAUMATOLOGÍA	242	1,338		7-14 años	17,063	8,287
Servicio QUEMADOS	236	2,341		Total	79,566	38,406
Servicio HEMATO-ONCOLOGÍA	161	1,000		Emergencias	37,282	
Totales	4,381	31,078		Total	116,848	

Fuente: Estadísticas hospitalarias. Subdirección de estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Corrientes

Cuadro VIII - Indicadores de Producción Año 1996

Rendimiento de establecimiento con Internación por servicios	Número de Egresos	Pacien tes Días	Consulta rios Externos	Total	1era Vez
Servicio CIRUGÍA	598	3,275	Menos 1 año	15,647	7,760
Servicio PEDIATRÍA	2,172	15,929	1 año	13,792	6,377
Servicio NEUROLOGÍA	128	944	2-4 años	16,436	8,043
Servicio TERAPIA INTENSIVA	87	1,360	5-6 años	13,953	6,418
Servicio TRAUMATOLOGÍA	219	1,754	7-14 años	15,618	6,696
Servicio QUEMADOS	200	2,319	total	75,446	35,294
Servicio HEMATO-ONCOLOGÍA			Emergencias	33,540	
Totales	3,404	25,581	total	108,986	

Fuente: Estadísticas hospitalarias. Subdirección de estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Corrientes

CAPITULO IV

DEMANDA ESTIMADA: PROYECCIÓN

Población Objetivo

Cada Hospital tiene un área de Influencia, es la zona que le provee de pacientes. Al delimitar el área para los tres próximos periodos, nos encontramos con: La ciudad de Corrientes, el Interior de la Provincia de Corrientes, y Regiones vecinas (Chaco, Formosa y Misiones). Partiendo de esa base, y con información estadística confiable aplicamos el siguiente procedimiento hasta llegar a la población objetivo del nuevo Hospital.

Según Información proveniente del Censo Nacional de Población del año 1991, en la provincia de Corrientes había un total de 295.380 niños menores a 14 años, con la desagregación por edades que se observa en el Cuadro I - POBLACIÓN MENOR A 14 AÑOS.

Cuadro I – Población Menor de 14 Años – Provincia de Corrientes 1991

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14
Capital	92,961	33,634	30,334	28,993
Interior	202,419	69,412	67,390	65,617
Total	295,380	103,046	97,724	94,610

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda año 1991. INDEC

Proyectados al año 1997 con las tasas históricas de crecimiento vegetativo del [3,386%] anual para la capital provincial y [1,012%] para el interior de la provincia; esto arroja una población actual estimada del orden de los 328.000 niños entre 0 y 14 años.

Cuadro II – Proyección de Población Menor a 14 Años al Año 1997

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14	Tasa Crec. Anual
Capital	113,520	41,072	37,042	35,405	3.386%
Interior	215,025	73,735	71,587	69,703	1.012%
Total	328,545	114,807	108,629	105,108	

Fuente: Estimaciones de la Población total por departamento y localidad. Período 1991-2000. Dirección de Estadísticas y Censos.- Subsecretaría de Planeamiento- Secretaría general de la Gobernación. Provincia de Corrientes.

Bajo el supuesto que ésta población total, demanda algún tipo de servicios de salud en distintas proporciones según rango de edad, durante un año calendario, como se observa en el Cuadro III , se concluye que en toda la Provincia de Corrientes, requieren atención medica alrededor de 199.000 niños en el año, lo que representa el 61 % del total de la población infantil.

Cuadro III – Proyección Población Demandantes de Servicios de Salud

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14
Promedio	Proporción	90%	50%	40%
Capital	69,648	36,965	18,521	14,162
Interior	130,036	66,361	35,793	27,881
Total	199,684	103,326	54,315	42,043

Fuente: Elaboración Propia

Respetando la desagregación realizada en los cuadros anteriores, determinamos que la población objetivo potencial que va a ser captada por el nuevo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" representa aproximadamente 52.000 niños provenientes de la Capital, Interior y regiones vecinas, si persiste el modelo de salud vigente que concentra la atención primaria en los establecimientos hospitalarios. Tal como indica el Cuadro IV.

Cuadro IV- determinación de población objetivo del Hospital Pedlátrico "Juan Pablo II" inserto en régimen de salud vigente en 1997

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14
Capital	Proporción	70%	70%	70%
Interior	Proporción	3%	2%	1%
Regiones Vecinas	Proporción	0,50%	0,20%	0,20%
Capital	48,754	25,876	12,965	9,913
Interior	2,986	1,991	716	279
Regiones Vecinas	709	517	109	84
Total	52,449	28,383	13,789	10,276

Fuente: Elaboración propia

El Gobierno de la Provincia de Corrientes, decidió en concordancia con la política nacional, fortalecer la APS (Atención Primaria de la Salud) que permitirá descomprimir la atención medica de los hospitales con mayor nivel de complejidad.

El cambio provocara una disminución importante de la población objetivo del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II", estimada en aproximadamente un 20% tal cual lo describe el Cuadro V.

Algunos autores llaman a esto cuota de mercado, o índice de penetración. Es decir la porción de torta que le va a pertenecer al Hospital, siendo la torta el conjunto de pacientes del área.

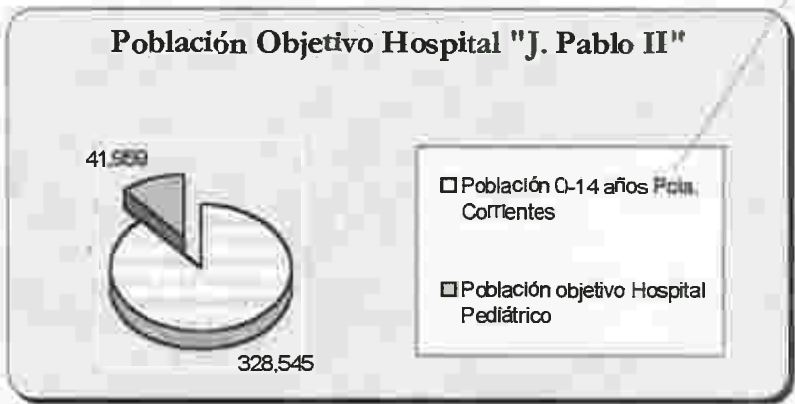
Cuadro V - Reducción de la población objetivo año 1998 Hospital Pedlátrico "Juan Pablo II" por Integración al nuevo modelo de salud

Descentralización Atención Primaria	80%
Población Objetivo Año 1998.	41.959

Fuente: Elaboración propia

Gráficamente en valores absolutos, comprobamos la participación de la población objetivo del Hospital Pediátrico sobre el total de la población de 0-14 años de toda la Provincia de Corrientes:

Gráfico1. Población objetivo y Población de la Provincia de Corrientes (0-14 años).



sería más de del
a no. de del
los 41958
forman parte
10 =
de 228545

Es necesario tener presente que, por ser una nueva institución, atravesará un periodo de puesta en funcionamiento que influirá en su capacidad prestacional.

Suponiendo que el hospital durante el primer año opere al 80% de su capacidad, la demanda se volvería a reducir en alrededor de 33.000 niños para el año 1998, incrementándose esta demanda para los años sucesivos a la tasa promedio de crecimiento vegetativa para la provincia y en función el grado de optimización de la capacidad instalada del Hospital.

POBLACIÓN OBJETIVO

CATEGORÍAS:

1. Pacientes carenciados "Plan Chamigo": Comprende al segmento de población que no posee ningún tipo de cobertura social para atención de la salud familiar y no cuenta con medios económicos para ello. Según estudios, se estima que aproximadamente el 70% de pacientes que ingresan al Hospital Público pertenecen a este sector.
2. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991, el 49,34 % de la población de la provincia menor a 14 años pertenece a esta categoría. Es importante destacar que la Obra Social "Chamigo", de reciente creación, está destinada a otorgar cobertura social a este sector de la población.
3. Pacientes que no declaran cobertura social: Pertenecen al grupo del punto 3) pero por una cuestión de ineficiencia organizacional y ante la obligatoriedad de los hospitales públicos de ofrecer atención igualitaria e indiferenciada a toda la población debe prestar servicios gratuitos convirtiéndose en subsidiador de las Obras sociales y del sector privado. Se estima en un porcentaje de aproximadamente el 10% del total de los pacientes.
4. Pacientes que declaran tener cobertura social: grupo integrado por trabajadores o empresarios que cuentan con una obra social sindical o una organización de medicina prepaga. Este grupo demanda servicios del Hospital por libre opción, por considerar de mejor calidad lo que se le ofrece, por ser el único en resolver su problema, por ser el prestador convenido o ser el único efector disponible. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991, el 48,14 % de la población de la provincia menor a 14 años pertenece a esta categoría.

5. Pacientes Autoarancelados: corresponde a el segmento de población con recursos económicos suficientes como para afrontar, por propia cuenta, todos los costos necesarios para la atención de la salud familiar.
6. Pacientes cubiertos por Seguros: Comprende a los demandantes de asistencia medica por accidentes de transito o cualquier otro siniestro y estén cubiertos por una compañía de seguros.

Se infiere naturalmente que el porcentaje remanente según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991, de los dos primeros grupos mayoritarios, que alcanza al 2,52%, involucra a las dos últimas categorías.

Buscamos solamente datos cuantitativos de la demanda. Consideramos fundamental, que en pleno funcionamiento, se desarrollen estudios cualitativos para adaptarse continuamente a los cambios del entorno, a las influencias de la demanda de servicios y el desarrollo de mecanismos adecuados de planificación y de gestión que permitan la mejora continua de resultados.

CAPITULO V

PROYECCIÓN ECONÓMICA-FINANCIERA

Introducción

La planificación es un proceso que pretende acortar la distancia existente entre el futuro previsible y el futuro deseado, se desprende de esto que las características naturales de esta son el futuro y la acción.

Es importante destacar, que para mantener un proceso planificador, se debe contar con la participación de los involucrados lo que es posible si existe un alto nivel de adhesión al proyecto que se pretende ejecutar.

Este trabajo posee dos restricciones fundamentales:

- El objeto del presente, es proyectar/estudiar el accionar de un "Nuevo Hospital", con características innovadoras y sin precedentes en la región. Pretendemos para el mismo una proyección económica financiera, conocimiento necesario para prever su futuro.
- La escasa e inconsistente información que adolece el sistema de salud de la Provincia y la región en cuanto a costos y precios de la diversidad de servicios hospitalarios.

Con o primera fase, aplicamos un estilo de **"planificación normativa"** que consiste en el análisis de variables cuantitativas (datos históricos y valores de la zona y de Instituciones de similares características prestacionales de otras regiones).

Como segunda fase se definen propuestas a partir de la definición de variables de producción, ingresos y costos, que permitan inferir finalmente los ingresos y egresos proyectados.

Se considera que en el futuro, las variables del pasado, lógicamente con ciertos atenuantes, se respetarían.

Tomamos el año calendario como unidad de periodo de proyección debido a que no se cuentan con estadísticas confiables como para realizar una segmentación mensual con las variaciones estacionales que esto requiere, para cada tipo de prestaciones..

Determinamos un horizonte de planeamiento de tres años (1988, 1999 y 2000)

Sabemos, que en el ámbito sanitario, existen una gran cantidad de factores externos que son muy sensibles, como por ejemplo, avances tecnológicos, nivel socioeconómico, epidemiología, envejecimiento poblacional, etc. que nos obliga a pensar en el planeamiento como un proceso continuo y no como una etapa única de una serie de ejecuciones.

La planificación estratégica es dinámica, está alerta al entorno, a la competencia, orientada hacia el paciente-cliente, con constante redefinición de objetivos, de manera de servir como instrumento a la gestión estratégica. Significa en otras palabras, introducir los conceptos empresariales en el ámbito hospitalario. La realidad indica que muchas instituciones de salud, principalmente los hospitales públicos, están muy alejados de la gestión estratégica.

Inversiones realizadas

Las inversiones totales previstas hasta la fecha (diciembre 1997) se estiman en aproximadamente 20 millones de pesos.(*)

La infraestructura física demandó 9.4 millones, según información suministrada por el INVICO, donde incluye el total de lo presupuestado y los trabajos adicionales hasta el número. 9 (Tabla I – Plan de Inversiones).

El resto se invirtió en equipamiento médico por 5.6 millones, equipamiento informático por 1.9 millones y otras inversiones según información disponible en la Unidad de Proyecto.

(*) Ley de Convertibilidad \$1 = 1 USD

Se ha previsto incorporar 1.8 millones como inversiones adicionales necesarias, en el rubro Contingencias. También se consideró los gastos de montaje de equipos, preoperativos y puesta en marcha del Hospital a través de montos estimativos.

El detalle de los rubros que la componen se encuentran descritos seguidamente en la Tabla I Plan de Inversiones realizadas hasta la fecha (en miles de pesos).

Como comentario adicional, es importante mencionar, que un elemento ligado al análisis económico-financiero –objetivo del presente- (importante para la evaluación de las **“oportunidades de futuro”** del hospital), es *el “análisis del activo”*, en el cual analizamos lo referente a la calidad del inmueble, del mobiliario y la estructura tecnológica de la Institución.

El activo es difícil de valorar y además es acumulativo, de manera que una Institución que haya sufrido fuertes recortes en sus presupuestos de inversiones a lo largo de varios ejercicios, tendrá un activo obsoleto y tecnológicamente desfasado, lo que le posiciona muy mal de cara al futuro y para poder relanzarlo se necesitarán una inversiones mucho mayores que en todo establecimiento que haya invertido regularmente cada año.

Tabla I - Plan de Inversiones hasta 31-12-1997 (en miles de pesos) *

CONCEPTOS\PERIODOS	Inversiones			Cálculo de Depreciaciones		
	AÑOS	1997	TOTAL	V.U.	\$	V.R.
Terrenos		0	0	-	0	0
Obras civiles y consta.		7,055	7,055	50	141	6,632
Instalaciones s/ presupuesto		2,403	2,403	20	120	2,043
Equipamiento informático		1,990	1,990	10	199	1,393
Equipamiento médico		5,659	5,659	10	566	3,961
Instrumental hospitalario		101	101	10	10	71
Fletes - seguros	1%	78	78	10	8	54
Recargos de Importación		0	0	10	0	0
Montaje de equipos	3%	229	229	10	23	161
Muebles y Utiles		699	699	10	70	489
Rodados		0	0	5	0	0
Infraestructura		0	0	10	0	0
Otras inversiones		0	0	10	0	0
COSTO BASICO ACTIVO FIJO		18,214	18,214			
Contingencias	10%	1,821	1,821	10	182	1,275
COSTO ACTIVO FIJO		20,035	20,035			
Impuesto Valor Agreg.	0%	0	0			
COSTO ACTIVO FIJO +IVA		20,035	20,035			
Gastos preoperativos	0.50%	100	100	10	10	70
Gtos.puesta en marcha	0.50%	100	100	10	10	70
Intereses de construc	0.00%	0	0			
COSTO TOTAL ACTIVO FIJO		20,236	20,236			
Capital de trabajo		0	0			
COSTO INVERSION TOTAL		20,236	20,236	TOTAL	1,339	16,219

Fuente: Elaboración propia

(*) \$1= 1USD

PRODUCCIÓN (Cantidad de servicios): Proyección

A los efectos, de poder estimar la producción hospitalaria (cantidad de casos) anual, consideramos cuatro grandes rubros, sobre los cuales existe información de estadística hospitalaria y que se las llama Indicadores de Producción. Ellos son:

1. Consultas externas
2. Emergencias.
3. Internación.
4. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

El sector Internación desagregamos en tres subsectores:

1. Internación clínica.
2. Quirúrgica.
3. Unidad de terapia intensiva.

La determinación de estos volúmenes se verá afectada por dos variables:

a) Porcentajes de optimización de la capacidad instalada del Hospital a lo largo del horizonte de planeamiento, que influye sobre la población objetivo y por consiguiente en todas las demás variables.

b) La tasa de crecimiento de la población de la Provincia de Corrientes proyectada durante ese período.

Partimos de una población potencial al año 1998, a la que aplicando índices nos ayudan a determinar la cantidad de atenciones por cada sector y subsector.

Seleccionamos un número de consultas promedio (Índice de rotación de niños) cuatro (4), representa un valor tomado del Hospital "Garrahan" que posee un sistema de información estadística confiable a partir de la ratificación de Informantes calificados y especialistas en estadística hospitalaria. En las estadísticas disponibles de la Provincia

de Corrientes, este dato está distorsionado la información debido a que para hallar ese indicador, debería tomarse Pacientes primera vez, y las cifras que de allí surgen están fuera de toda lógica y sentido común (Ver Anexo III Cuadros I, II, III).

Aplicamos porcentajes sobre la población resultando cantidad de casos por sector y subsector. Dichos cálculos surgen de un minucioso análisis detallado en el "Cuadro de consistencia de Producción" (Ver Anexo III, Cuadro IV), donde se considera los mismos parámetros tanto en términos relativos como absolutos con datos comparativos del Hospital de niños "Eloisa Vidal" (Corrientes), el Hospital "J. Garrahan" (Capital Federal) y el Hospital "H. Notti" (Mendoza).

De la manera señalada determinamos los volúmenes físicos (cantidad de casos), a ser atendidos por el hospital en el transcurso de un año calendario.

Es necesario aclarar que el rubro Emergencias comprende entradas a consultas por guardia y verdaderas urgencias que en términos generales representan aproximadamente un 80% y 20% respectivamente. Tanto el Hospital "Eloisa Torrent de Vidal", como el "Hospital Notti" de Mendoza poseen registros sobredimensionados debido a cuestiones de Infraestructura y cultura de la población. Consideramos que los registros del "H. Garrahan" son razonables en tanto ellos categorizan de manera rigurosa atenciones de segundo y tercer nivel y derivando la atención de primer nivel hacia otros prestadores de salud dedicados a la atención primaria.

En el año 1998 al 80% de su capacidad instalada, consideramos que el Hospital deberá captar una población de 33.000 personas, realizar aproximadamente 134.000 consultas externas incluidas emergencias y 5.300 internaciones al año. Se estima que en el año 2000 el Hospital funcionará a pleno, es decir al 100% de su potencial.

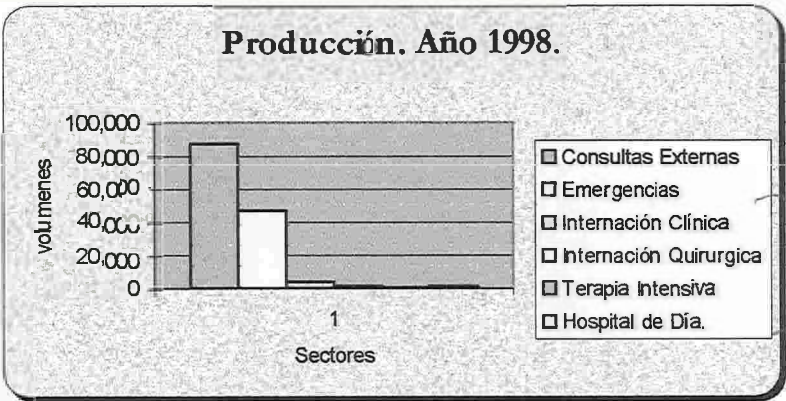
Las proyecciones están descriptas seguidamente en la Tabla II (Producción-Proyección de servicios en volumen).

Tabla II- Producción. Proyección de servicios (en volumen)

CONCEPTOS\PERIODOS	Crec.Veg.	1998	1999	2000
Población potencial	2.0101%	41,959	42,802	43,663
Porcentaje de atención	%	80%	90%	100%
Detalle de servicios	Pacientes:	33,567	38,522	43,663
CONSULTAS TOTALES		134,269	154,088	174,651
CONSULTAS EXTERNAS	4.00	87,275	100,157	113,523
EMERGENCIAS (atenciones)	1.40	46,994	53,931	61,128
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)		5,304	6,086	6,899
A_INTERNACIÓN CLINICA	12.00%	4,028	4,623	5,240
B_INTERNACIÓN QUIRURGICA.	3.00%	1,007	1,156	1,310
C_TERAPIA INTENSIVA	0.80%	269	308	349
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	3.00%	1,007	1,156	1,310
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)		224,079	257,156	291,472
- Laboratorio	4.353	146,111	167,679	190,054
- Imágenes	1.012	33,966	38,980	44,181
- Hemoterapia	0.001	46	53	60
- Kinesiología	1.310	43,957	50,445	57,177

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Producción. Año 1998



El detalle de los servicios que prestará el Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" es el siguiente:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| * Alergia e inmunología | * Anatomía patológica y citología |
| * Oftalmología | * Cardiología |
| * Anestesiología | * Neurología |
| * Radiodiagnóstico | * Consultorios externos |
| * Cirugía experimental | * Dermatología |
| * Traumatología | * Emergencias |
| * Citogenética Humana | * Endoscopia |
| * Plástica y Quemados | * Hematología |
| * Crecimiento y desarrollo | * Infectología |
| * Ter.Física y Rehab. | * Kinesiología |
| * Diabetes | * Laboratorio |
| * U:T:I | * Neumonología y fisiología |
| * Endocrinología | * Neurocirugía |
| * Otros Servicios | * Nutrición |
| * Hepatología (adolescencia) | * Odontología |
| * Hospital de Día | |
| * Internación indiferenciada | |
| * O.R.L. y fonoaudiología | |

El producto hospitalario nace del trabajo que efectúan los diferentes servicios del hospital. Si se varía la configuración de los servicios, se potencian unos y/o disminuyen otros, el producto final global del hospital variará.

La configuración y estructura de los servicios tiene un alto contenido estratégico para el hospital.

PRODUCCIÓN

VALORACIÓN. PROYECCIONES

Existen algunas formas básicas de agrupar las modalidades de arancelamiento de las prestaciones médico asistenciales. Las mas usuales son :

Acto médico

El arancel es establecido teniendo como base las unidades de servicios brindadas a cada paciente por el prestador, que deben estar perfectamente definidas y cuantificadas ; por ejemplo, un medicamento, una consulta, una radiografía, un día cama, etc. El monto a pagar por el prestatario al prestador depende de la complejidad de la patología atendida, la cantidad de consultas, el número de prácticas de diagnóstico y tratamiento y los días de internación, los medicamentos y material descartable que se utilizan por cada paciente.

Para uniformar la descripción de las prestaciones se utilizan como referencia los nomencladores médicos asistenciales.

Capitación

El prestatario abona una cuota fija mensual al prestador por la atención médica de un número determinado de personas, una cápita, sin tener en cuenta los servicios de salud que hagan las personas comprendidas en la cápita, el monto a pagar se puede establecer por beneficiario, definiéndose el alcance de la cobertura médica a prestar.

Monto fijo ó módulo

El prestatario abona una suma fija por una cantidad de unidades de servicios, brindadas a un paciente, que es pactada de antemano, por la atención médica a recibir y que incluye los honorarios profesionales, gastos de internación, medicamentos y materiales médicos quirúrgicos.

Puede ser calculada por patología, por procedimientos, por paciente día, por consulta, por cama, por hora de quirófano, etc. según convengan las partes.

El cálculo del monto a facturar se realiza en base a estándares de utilización y requiere que se identifiquen, describan y tipifiquen las unidades de servicio que componen las

diferentes prácticas incluidas. Ésta modalidad, cada vez más usada, traslada al prestador la responsabilidad de optimizar sus costos para poder subsistir, sin afectar el nivel de la calidad de atención en el proceso asistencial.

Modalidad Mixta

Es una variante que permite la contratación del primer nivel de atención (ambulatorio) por la modalidad de capitación y del segundo nivel (internación) por montos fijos o módulos.

Todas las modalidades descritas se utilizan en nuestro medio y generalmente una Institución de alta complejidad utiliza para facturar sus servicios todas ellas simultáneamente.

El Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión sugiere la aplicación de Contratos de riesgo con los Agentes del Sistema de Salud en base a la modalidad de capitación cuando no exista convenio previo. Caso contrario podrán adoptar la modalidad de Aranceles Modulares.

A pesar de lo antedicho, seleccionamos, para este trabajo precios que provienen de los nuevos Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Autogestión vigentes a partir del 1 de julio de 1997.

En la Tabla III (Valorización de la Producción en miles de pesos), realizamos una estimación del valor monetario de la totalidad de la producción de servicios del Hospital. Esto representaría el monto de la hipotética facturación del nosocomio en un mercado totalmente desregulado con cobertura del 100% de la población.

Para realizar estas proyecciones, fue necesario, obtener precios promedios para que multiplicados por el volumen de servicios se reflejara una valorización razonable y esperada en función a las variables consideradas en nuestro medio.

Definir precios es muy complejo debido a que los Hospitales son calificados como empresas productoras de servicios del tipo multiproducto, es decir los requerimientos clínicos de un paciente nunca son iguales a otro, por ende el hospital genera tantos productos como pacientes trata. Si buscamos por el lado de la información estadística, nos encontramos que los precios provienen de múltiples convenios que se hacen con

distintas obras sociales con ivalores atados a nomencladores muy diversos. Además debido a la complejidad del producto, los Hospitales adolecen la falta de sistemas de costos, información necesaria para la toma de decisiones relativa a aranceles, capitas o en definitiva para una correcta gestión económica-financiera.

Para el cálculo de la producción ivalorizada por internaciones, tomamos además de los aranceles modulares, los promedios de días de estada razonables, considerando similares establecimientos hospitalarios de alta complejidad en los cuales los mismos tienden a elevarse.

Así llegamos a la Producción total ivalorizada en miles de pesos, la que además se desagrega en función del estrato de población que accede a estos servicios. Esta Población que accede al hospital público, esta formada por pacientes carenciados ("Plan Chamigo"), pacientes que no declaran cobertura social, pacientes que declaran cobertura social, pacientes con capacidad de pago y pacientes cubiertos ante siniestros por compañías de Seguros.

Se estima que los Hospitales Públicos receptionan el 30% promedio del total de la demanda a población con cobertura social (*), representando en definitiva el horizonte de recaudación de los Hospitales de Autogestión. A pesar de ello, la excelencia del servicio a prestar, puede permitir superar este guarismo.

De esta manera el Hospital obtendrá recursos para ayudar a garantizar la equidad y gratuidad en la atención médica, a la población sin cobertura que en nuestra Provincia representa al año 1991 (***) en un 49.35% del total de la población.

Naturalmente la facturación iva a estar limitada a los servicios prestados a la población con cobertura en primer lugar y posteriormente a la población carenciada que se estima se irá incorporando gradualmente al recientemente creado sistema de cobertura en salud direccionada a la población indigente denominado "Plan Chamigo".

(*) GONZÁLEZ GARCÍA, Gines, TOBAR, Federico. Mas salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano-Isalud 1997

(**) Censo Nacional de Población y Vivienda Año 1991. INDEC

En consecuencia existe un alto porcentaje de servicios del Hospital que por estar destinados a una prestación gratuita, no pueden obviamente ser facturados.

Considerando lo mencionado en el párrafo anterior la facturación para el año 98 del Hospital "J. Pablo II", con un 80% de su capacidad instalada, se estima en los 1.8 millones.

Estas proyecciones están descritas seguidamente en la Tabla III- Valorización de la Producción (en miles de pesos).

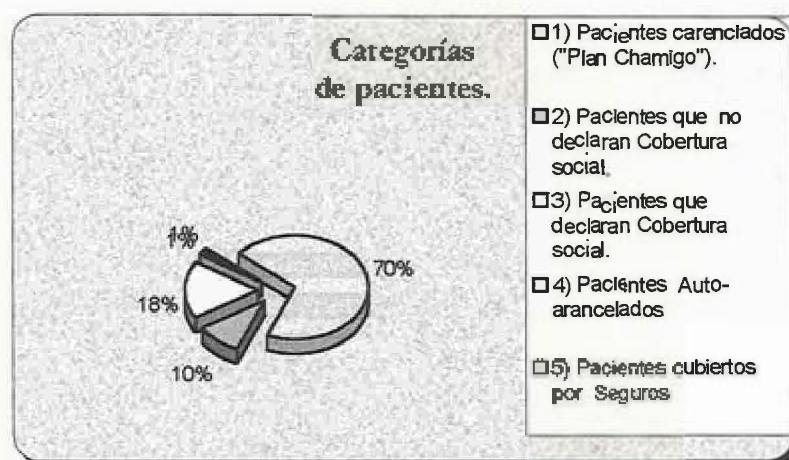
Tabla III - Valorización de la Producción (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	Aranceles	Promedio	1998	1999	2000
Detalle de servicios	Modulares	días estada			
CONSULTAS TOTALES			1,907	2,188	2,480
CONSULTAS EXTERNAS	10		873	1,002	1,135
EMERGENCIAS (atenciones)	22		1,034	1,186	1,345
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)			5,166	5,929	6,720
A_ INTERNACIÓN CLINICA	120	7	3,384	3,883	4,401
B_ INTERNACIÓN QUIRURGICA	150	7	1,057	1,213	1,375
C_ TERAPIA INTENSIVA	300	9	725	832	943
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	100		101	116	131
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)			577	662	750
- Laboratorio	9.73	20%	284	326	370
- Imágenes	30.00	20%	204	234	265
- Hemoterapia	76.00	20%	1	1	1
- Kinesiología	10.00	20%	88	101	114
VALORIZACIÓN TOTAL DE LA PN.	100%		7,750	8,894	10,081
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	70%		5,425	6,226	7,057
2) Pacientes que no declaran Cob. social.	10%		775	889	1,008
3) Pacientes que dec. Cobertura social.	18%		1,395	1,601	1,815
4) Pacientes Autoarancelados	1%		78	89	101
5) Pacientes cubiertos por Seguros	1%		78	89	101
TOTAL SERV. NO FACTURADOS	76.5%		5,929	6,804	7,712
TOTAL SERV. FACTURADOS (*)	23.5%		1,821	2,090	2,369

Fuente: Elaboración propia.

Aclaraciones: (*) Total de servicios facturados comprende la suma de los ítem 1) Pacientes que declaran cobertura social, 2) pacientes Autoarancelados y 3) pacientes cubiertos por seguros. Además se incluye la facturación gradual que se irá realizando al ítem 1) pacientes carenciados ("Plan Chamigo"), que significa la potencial cobertura en salud a la población Indigente.

Gráfico 2: Participación de las distintas categorías de pacientes sobre el total de la población objetivo para el año 1998.



Fuente: elaboración propia

PLAN ECONÓMICO

Si partimos de la base que los hospitales públicos y en especial, aquellos que se adhieren al régimen de Autogestión, deben tener igual tratamiento que una "empresa de servicios" con autonomía para su gestión operativa y administrativa, se hace imprescindible definir criterios que permitan un eficiente desempeño económico y financiero.

Cuando hacemos mención a la gestión económica se pueden distinguir dos grandes grupos:

- a. Los ingresos
- b. Los Costos

Los hospitales públicos, si bien en su mayor parte se encuentran financiados por recursos de la Administración Central, también cuentan con recursos genuinos directos provenientes de la facturación a los pacientes que declaran pertenecer a alguna Obra Social, e indirectos como donaciones, subsidios de otros organismos, aportes de cooperadoras, etc.

A los fines de determinar el volumen de ingresos del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II", consideramos solo los recursos directos, es decir la facturación total devengada (ver Tabla III), por la prestación de los distintos servicios – consultas externas, emergencias, internación, hospital de día y servicios de apoyo – teniendo en cuenta las siguientes situaciones:

- Pacientes que declaran su cobertura social y en consecuencia son objeto de facturación
- Pacientes que no declaran su cobertura por lo que la facturación es omitida
- Pacientes que no poseen Obra Social pero se encuentran en condiciones económicas para hacer frente al costo de los servicios brindados (Autoarancelados)

- Pacientes cubiertos por Seguros
- Pacientes carenciados incorporados a la "Obra Social Chamigo"
- Pacientes sin cobertura que deberán ser financiados por recursos de la Administración Central

Se estima que en el año 1998 con un 80% de la capacidad instalada, el Hospital facturará 1.8 millones significando un 23.5% de la Producción Total Valorizada (ver Tabla III).

En relación a los costos es necesario destacar que el sistema sanitario existe fuertes deficiencias en lo referente a sus efectores, entre otras podemos citar:

Indefinición de centros de servicios intermedios ó generales para la asignación de costos.

Inexistencia de contabilidad analítica de costos

Ausencia de criterios de valuación de bienes y costeo de gastos

Inexistencia de imputación de costos a productos o líneas de servicios

Falta de identificación y tratamiento entre costos directos e indirectos, fijos y variables

En consecuencia, los sistemas presupuestarios vigentes sólo permiten efectuar un seguimiento del gasto, y no una correcta asignación de éste a la producción o centros de consumo. De esta manera sólo se puede obtener información sobre montos de gastos y la correspondiente participación relativa de conceptos como Remuneración al Personal, Gastos Sanatoriales, Servicios de Terceros, etc., sobre el total del Gasto.

A los efectos de determinar los costos de los servicios del Hospital "Juan Pablo II", adoptamos la siguiente clasificación (Ver Cuadro Anexo V Cuadro I)

a. De acuerdo a su naturaleza en:

- a.1. Remuneraciones al personal
- a.2. Insumos Hospitalarios –Materiales
- a.3. Gastos Hospitalarios
- a.4. Servicios de Terceros

b. En función a su variabilidad en :

b.1. Costos Variables, es decir aquellos que fluctúan directamente en relación al volumen de producción. Ejemplos: honorarios médicos e Insumos hospitalarios.

b.2. Costos Fijos, aquellos que se mantienen constantes independientemente del volumen de producción. Por ejemplo las remuneraciones al personal y los servicios de terceros como limpieza y vigilancia.

b.3. Costos Semifijos, varían según el grado de actividad pero no en proporción directa. Se incluyen entre otros los servicios de lavandería, alimentación a pacientes, luz, teléfono, agua y gas.

Estimamos a los efectos de determinar el total de costos variables, que los honorarios médicos representan un 30% del total de las prestaciones facturadas y cobradas (ver Tabla IV) y Medicamentos e Insumos hospitalarios consumen un 19% del total de la producción valorizada (ver Tabla VI). Esto implica que el primer año los costos variables ascienden a 1.8 millones.

Los costos fijos y Semifijos alcanzan la cifra de -8.1 millones en forma estimada para el año 1998. Aclaramos que a los efectos del cálculo, se tuvo en cuenta los Servicios de Alimentación, Lavandería, Limpieza, Luz, Agua y otros como Uniformes y ropa de cama (Tabla IV).

Los Gastos Operativos Incluyen los gastos de mantenimiento tanto de la infraestructura como del equipamiento, los gastos de administración, amortizaciones y otros gastos, resultando un total estimado para el año 1998 de -1.7 millones.

Los Incobrables representan el monto de las facturaciones que por diversas razones no se logra efectivizar el cobro, estimándose en un 35% del total de facturación, es decir un monto de --0.6 millones.

El Hospital estimativamente generaría una facturación total para el año 1998, al 80% de su capacidad instalada, de 1.8 millones, con costos totales de servicios de -9.9 millones, obteniéndose un resultado bruto de -8.1 millones, al que se le deduce los

gastos operativos y los Incobrables, arrojando un resultado neto negativo de -10.5 millones.(Tabla IX)

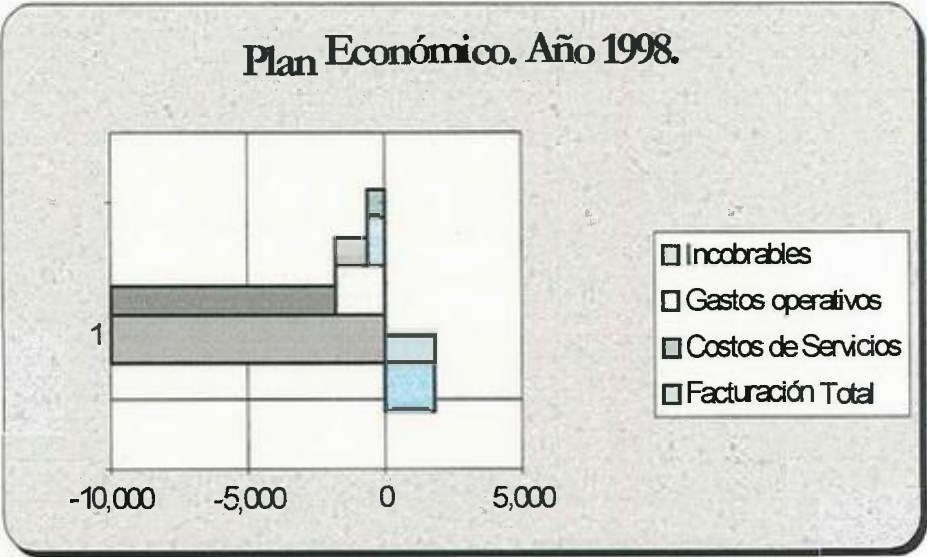
Del análisis se desprende que el Estado Provincial deberá financiar la diferencia entre ingresos menos costos y gastos hospitalarios que no fueran cubiertos con recursos genuinos del Hospital. (Tabla IV – Plan Económico).

Tabla IV - Plan Económico (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
Ventas de servicios				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	1,821	2,090	2,369
B- COSTOS DE SERVICIOS		(9,993)	(10,407)	(10,832)
B.1. - COSTOS VARIABLES		(1,828)	(2,098)	(2,378)
Honorarios médicos	30%	(356)	(408)	(463)
Medicamentos	13%	(1,008)	(1,156)	(1,311)
Insumos Hospitalarios	6%	(465)	(534)	(605)
B. 2- COSTOS FIJOS Y SEMIFIJOS	8,454	(8,164)	(8,309)	(8,454)
COSTOS SEMIFIJOS				
Servicio de alimentación	894	(715)	(804)	(894)
Servicio de Lavandería	350	(280)	(315)	(350)
Luz, TE, Agua y Gas	206	(165)	(185)	(206)
COSTOS FIJOS				
Remuneraciones al personal	5,902	(5,902)	(5,902)	(5,902)
Residentes y Becarios - Investigación	174	(174)	(174)	(174)
Refrigerio al personal de guardia	210	(210)	(210)	(210)
Servicios de Vigilancia	206	(206)	(206)	(206)
Servicios de Limpieza (incluye insumos)	513	(513)	(513)	(513)
C- RESULTADO BRUTO	(C=A-B)	(8,171)	(8,317)	(8,463)
D- GASTOS OPERATIVOS		(1,729)	(1,729)	(1,729)
Gastos de mantenimiento	0.50%	(101)	(101)	(101)
Gastos de administración	60	(60)	(60)	(60)
Depreciaciones	1,339	(1,339)	(1,339)	(1,339)
Otros gastos	230	(230)	(230)	(230)
E- INCOBRABLES	35%	(636)	(729)	(827)
F-RESULTADO NETO	(F=C-D-E)	(10,536)	(10,776)	(11,019)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3 . Partidas principales que componen el Plan económico. Año 1998



Fuente: Elaboración Propia

PLAN FINANCIERO

Las proyecciones financieras sirven para determinar lo efectivamente cobrado, pagado y por consiguiente las posibles situaciones de déficit o superávit de fondos que se pueden generar.

Una de las falencias de los actuales Hospitales Públicos es el desconocimiento de la capacidad de facturación potencial y el bajo nivel de cobranza real existente. Esto demuestra que se debe profesionalizar las áreas de facturación y cobranzas para lograr eficacia en esta gestión permitiendo así poder obtener recursos para fines como:

Garantizar la equidad en el acceso a la atención médica a la población sin cobertura, y por ende eliminar el subsidio encubierto del Estado hacia las Obras Sociales.

Gastos de Inversión, funcionamiento y mantenimiento del hospital.

Redistribución entre todo el personal en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

La alternativa del Régimen de Hospital Público de Autogestión impulsada por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se dirige en este sentido, al permitir que luego de una mora de 30 días corridos, se pudiera cobrar de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Obras sociales nacionales), a través del sistema de débito automático, todo lo facturado y no cobrado de la cuenta que el agente posea en el ANSSAL.

El Plan Financiero (Tabla V) esta esquematizado de la siguiente forma:

A: Facturación Total: Proyecciones que representan montos de la los servicios prestados a los distintos sectores de la población. En el año 1998 será de 1,8 millones.

B: Incobrables: Son valores que surgen de la diferencia entre la Facturación total y la Facturación cobrada. En el año 1998 ascienden a aproximadamente -600 mil representando un 35% de la facturación total.

C: Cobranzas: Comprende el porcentaje de lo cobrado en relación a lo facturado (Obras Sociales, Prepagas, Seguros, etc.). En el año 1998 se estima cobrar 1.1 millones. Esa cifra surge de aplicar distintos criterios de estimación de la cobranza a los distintos sectores de población: carenciados ("Plan Chamigo"), con cobertura, con capacidad de pago, etc. Por ejemplo, el Hospital "Hospital Notti" de Mendoza recauda 3 millones de pesos al año, lo que representa un 20 % del Presupuesto del mismo para una población objetivo de 60.000 personas aproximadamente.

D: Ingresos Operativos: Se estima que exista un periodo medio de cobranza de 90 días, lo que dicho de otra forma, en promedio los cobros serían financiados a 3 meses (atrasos de Obras sociales) con ello parte de lo realmente cobrado sería diferido e ingresado en el año siguiente. En el año 1998 de 1.1 millones ingresaría efectivamente 889 m\$ quedando 296 m\$ a cobrar en el año 1999. (Tabla V)

E: Egresos Operativos: Esta compuesto por pagos a Proveedores que se financian en promedio a 30 días como la compras de Medicamentos y de Insumos hospitalarios y de pagos que se realizan en el momento de su devengamiento como los honorarios médicos que se cobran de Obras Sociales, la totalidad de los Costos fijos y semifijos entre los cuales está incluido las Remuneraciones al Personal y los gastos operativos. Al año 1998 los egresos ascienden a -10.2 millones. (Tabla V)

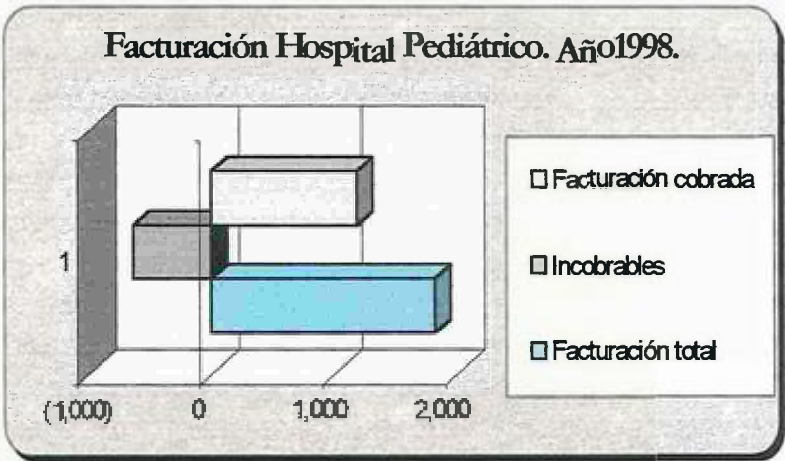
F: Flujo de Caja Operativo: Los valores que de allí surgen se calculan por diferencia entre los ingresos operativos (D) menos los egresos operativos (E). En el año 1998 se estima Incurrir en un déficit operativo de -9.4 millones que naturalmente requieren ser cubiertos a través del financiamiento estatal. (Tabla V)

TABLA V - Plan Financiero. Flujos de caja (en miles de pesos)

CONCEPTOS \ PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
INGRESOS OPERATIVOS				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	1,821	2,090	2,369
B - INCOBRABLES	35%	(636)	(729)	(827)
C- FACTURACIÓN COBRADA	65%	1,186	1,361	1,542
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	5%	271	311	353
2) Pacientes que no declaran Cobertura social,	0%	0	0	0
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	60%	837	961	1,089
4) Pacientes Autoarancelados	90%	70	80	91
5) Pacientes cubiertos por Seguros	10%	8	9	10
<u>Facturaciones cobradas</u>	PMC	889	1,021	1,157
<u>Cobranzas diferidas</u>	90		296	340
D-TOTAL INGRESOS OPERATIVOS	(D)	889	1,317	1,497
E- EGRESOS OPERATIVOS	(E)	(10,260)	(10,780)	(11,204)
Compras Medicamentos	PMF	(924)	(1,060)	(1,201)
Pagos a Ps. Medicamentos	30		(84)	(96)
Compras Insumos Hospitalarios		(426)	(489)	(554)
Pagos a Ps. Insumos Hospitalarios	30		(39)	(44)
Honorarios médicos		(356)	(408)	(463)
Costos fijos y semifijos		(8,164)	(8,309)	(8,454)
Gastos de mantenimiento		(101)	(101)	(101)
Gastos de administración		(60)	(60)	(60)
Otros gastos		(230)	(230)	(230)
F- FLUJO DE CAJA OPERATIVO	(F=D-E)	(9,371)	(9,463)	(9,707)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Facturación Hospital Pediátrico. Año 1998



Fuente: Elaboración Propia

CAPITULO VI

ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

La posibilidad teórica de inventar futuro de un determinado tema es infinita, con lo que se debe acotar de alguna forma cuáles son los futuros más creíbles a través del método de análisis de sensibilidad.

Con esta metodología pretendemos observar el impacto positivo o negativo que tiene sobre el rendimiento del plan las posibles alteraciones de determinadas variables que afectan sensiblemente el comportamiento de los flujos de ingresos y costos del Hospital.

El análisis de sensibilidad realizamos esbozando tres escenarios económicos distintos, donde combinamos variaciones favorables y desfavorables al proyecto.

Los tres escenarios a tener en cuenta son: el **IDEAL, OPTIMISTA y PESIMISTA**.

Las variables a ser modificadas son cinco:

1. Demandantes de Salud Hospital "J. Pablo II": porcentaje de la población total que demanda servicios de salud en la ciudad de Corrientes que accede al Hospital de Niños.
2. Porcentaje de capacidad instalada: porcentajes de optimización de la capacidad instalada para recibir una mayor afluencia de pacientes y una mayor integralidad en la atención médica durante un horizonte de planeamiento de tres años (98, 99 y 2000).
3. Precios-Aranceles: aumentos o disminución de la Producción valorizada en determinados porcentajes según escenarios, por cambios en los precios y/o aranceles.

4. **Estratificación Población:** Cambios en la participación relativa de la demanda del Hospital por cambios en la condición de la población que requiere servicios de salud en el Hospital Pediátrico.
5. **Cobranzas:** cambios en los porcentajes de cobranzas de los distintos estratos de población que accede al Hospital Pediátrico.

A continuación en la Tabla I se describe el estado de las variables seleccionadas para ser sometidas a modificaciones en función a diferentes escenarios.

Tabla I - Análisis de Sensibilidad. Proyección base.

VARIABLES	SENSIBILIDAD	PROYECCIÓN	ESCENARIOS DE SENSIBILIDAD		
		BASE	IDEAL	OPTIMISTA	PESIMISTA
1) Demandantes de Salud Hospital "J. Pablo II"	70%	70%	50%	60%	80%
2) Porcentaje de capacidad instalada					
Año 1998	80%	80%	90%	85%	60%
Año 1999	90%	90%	95%	90%	80%
Año 2000	100%	100%	100%	100%	90%
3) Precios-Aranceles		Igual	Mas	Mas	Menos
Facturación por grandes rubros.	0%	0%	20%	10%	-10%
4) Estratificación Población					
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	70%	70%	10%	40%	80%
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	10%	10%	0%	5%	12%
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	18%	18%	88%	53%	6%
4) Pacientes Autoarancelados	1%	1%	1%	1%	1%
5) Pacientes cubiertos por Seguros	1%	1%	1%	1%	1%
5) Cobranzas					
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	5%	5%	90%	50%	0%
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	0%	0%	0%	0%	0%
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	60%	60%	98%	80%	50%
4) Pacientes Autoarancelados	90%	90%	100%	95%	80%
5) Pacientes cubiertos por Seguros	10%	10%	60%	40%	5%

FUENTE: Elaboración Propia

Consideramos al **ESCENARIO IDEAL** a aquel donde se supone un mercado totalmente desregulado y transparente con una cobertura casi total de la población y una total libertad de negociación de demandantes, efectores y oferentes sobre los precios y las condiciones de prestación de los servicios de salud. En consecuencia la facturación y el cobro de estos servicios por parte de los oferentes alcanzaría un nivel óptimo.

En segundo lugar consideramos un **ESCENARIO OPTIMISTA** al que no resulta tan favorable como el anterior pero igualmente altera el comportamiento de los flujos económicos y financieros mejorando el déficit que resulta en las proyecciones de base.

Finalmente en el **ESCENARIO PESIMISTA** consideramos cuando ocurren alteraciones adversas en las variables más relevantes que naturalmente afectan negativamente a los mencionados flujos de fondos.

En la Tabla I explicitamos para cada una de estas variables, los valores que asumen tanto en sus valores de base como en los tres escenarios de sensibilidad.

Las variables que hemos considerado como más relevantes y en consecuencia a ser sensibilizadas son las siguientes:

1) Demandantes de salud del Hospital "Juan Pablo II": En la proyección de base se ha estimado que el 70% de la población que demanda salud de la ciudad de Corrientes es atendida por este nosocomio con porcentajes menores para el interior de la provincia y de regiones vecinas. La reducción de este porcentaje se considera favorable al proyecto debido a que permitiría optimizar los servicios prestados a una menor población infantil.

2) Porcentaje de capacidad instalada: En la proyección de base se estima aquí un porcentaje del 80 % para el año 1998. Tener una mayor capacidad de uso de las instalaciones se consideran naturalmente favorables al proyecto.

3) Valor de los aranceles: En este caso lógicamente un incremento de los aranceles favorecen al proyecto lo que se estima razonable en un escenario ideal.

donde el mercado de la salud se desregularía totalmente y en consecuencia estos aranceles quedarían determinados por el juego de la oferta y la demanda.

4) Estratificación de la población: En el escenario de base se supone que el 70% de la población se encuentra sin cobertura y un 10% tiene cobertura social pero no la declara al ingresar al hospital público. En los escenarios favorables estos porcentajes se reducen significativamente, y por lo tanto aumenta en igual proporción la población con cobertura social.

5) Cobranzas: La realidad indica que en este país la prestación de servicios a la población sin cobertura es de alguna manera gratuita y con porcentajes ínfimos de cobranza, y la prestación de servicios a la población con cobertura acusa un alto porcentaje de incobrabilidad estimado en alrededor del 40%. En los escenarios favorables se consideran reducciones significativas en estos porcentajes lo que es factible ante la creación de obras sociales destinadas a la población carenciada, y a la instrumentación de la política de subsidio por la demanda, donde el Estado se hace cargo de la cuota requerida por una obra social y/o una organización de medicina prepaga para la atención de la salud de todo el grupo familiar carenciado.

No se sensibilizan los costos de las Inversiones Iniciales, por estar a la fecha prácticamente realizados, y los costos operativos, debido a que se considera poco probable su modificación significativa en presencia de los diferentes escenarios comentados.

La prospectiva, que impone esta técnica no debe ser un ejercicio aislado, sino que debe tratarse de un trabajo periódico de paulatina aproximaciones y revisiones. Así se irá tomando cuerpo la idea de que el futuro es un recurso que también necesita ser gestionado, considerando el contexto de cambio y la necesidad de establecer diagnósticos estratégicos para una correcta gestión estratégica.

Escenario ideal

En este caso suponemos que se avanza hacia un mercado totalmente desregulado de la salud, donde el segmento de población actualmente sin cobertura alcanza, en virtud del subsidio público orientado a la demanda, a los servicios de una obra social o a una organización de medicina prepaga, y con un total ordenamiento, transparencia y eficiencia competitiva del actual espectro de obras sociales en particular y del mercado de la salud en general.

Bajo estos supuestos los costos de incobrabilidad se reducen a su mínima expresión, y en consecuencia el hospital, operando en igualdad de condiciones con los nosocomios privados, cobraría prácticamente la totalidad de los servicios que presta, bajo condiciones ideales de libertad y competencia.

En consecuencia, este es el único escenario donde se puede efectuar un análisis de rendimiento, debido a que los demás escenarios tienen la particularidad de no proveer económicamente los recursos necesarios para cubrir siquiera los costos operativos. Naturalmente esto significa que el proyecto no soportaría ningún análisis financiero de rendimiento, aunque lógicamente el proyecto se justifica plenamente desde el punto de vista social.

Como se puede observar en la Tabla III, bajo este escenario, la facturación total llega al 99% de la producción valorizada, alcanzando para el año 2000 prácticamente a los 7.6 millones de pesos, previsto en la valorización total de la producción. Esto implicaría un volumen de ingresos por cobranzas del 98% del total facturado como indica la Tabla IV, algo que hoy, en las actuales condiciones, es de muy difícil realización.

En este caso el déficit financiero, según Tabla V, de este nosocomio en el año 1998, con un 90% de su capacidad optimizada, se ubicaría en alrededor de los 6.6 millones anuales. Para lograr el equilibrio económico financiero, es necesario reducir estructuralmente los costos operativos de todo el sistema de salud del país.

La descripción de los efectos que genera la sensibilización de variables (escenario ideal), sobre la población objetivo, la producción, la facturación, los costos variables y las cobranzas se exponen en los cuadros que se detallan a continuación:

Cuadro III

Población Objetivo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II"

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14
Capital	Proporción	50%	50%	50%
Interior	Proporción	3%	2%	1%
Reglones Vecinas	Proporción	0,50%	0,20%	0,20%
Capital	34,824	18,483	9,261	7,081
Interior	2,986	1,991	716	279
Reglones Vecinas	709	517	109	84
Total	38,519	20,990	10,085	7,444

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro IV

Reducción Población objetivo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" por integración al Nuevo "Modelo de Salud" provincial.

Descentralización Atención Primaria	80%
Población objetivo Hospital "J.P. II".	30,815

Fuente: Elaboración propia.

Tabla II - Producción. Proyecciones de servicios (en volumen)

CONCEPTOS\PERIODOS	Crec.Veg.	1998	1999	2000
Población potencial	2.0101%	30,815	31,435	32,066
Porcentaje de atención	%	90%	95%	100%
Detalle de servicios	Pacientes:	27,734	29,863	32,066
CONSULTAS TOTALES		110,935	119,452	128,266
CONSULTAS EXTERNAS	4.00	72,108	77,644	83,373
EMERGENCIAS (atenciones)	1.40	38,827	41,808	44,893
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)		4,382	4,718	5,067
A_ INTERNACIÓN CLINICA	12.00%	3,328	3,584	3,848
B_ INTERNACIÓN QUIRURGICA.	3.00%	832	896	962
C_ TERAPIA INTENSIVA	0.80%	222	239	257
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	3.00%	832	896	962
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)		185,137	199,351	214,061
- Laboratorio	4.353	120,719	129,987	139,579
- Imágenes	1.012	28,063	30,218	32,447
- Hemoterapia	0.001	38	41	44
- Kinesiología	1.310	36,318	39,106	41,992

Fuente: Elaboración propia.

Tabla III - Valorización de la Producción (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	Aranceles	Promedio	1998	1999	2000
Detalle de servicios	Modulares	días estada			
CONSULTAS TOTALES			1,890	2,035	2,186
CONSULTAS EXTERNAS	10		865	932	1,000
EMERGENCIAS (atenciones)	22		1,025	1,104	1,185
TOTAL INTERENCIONES (pacientes)			5,122	5,515	5,922
A_ INTERNACIÓN CLINICA	120	7	3,355	3,612	3,879
B_ INTERNACIÓN QUIRURGICA	150	7	1,048	1,129	1,212
C_ TERAPIA INTENSIVA	300	9	719	774	831
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	100		100	108	115
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)			572	616	661
- Laboratorio	9.73	20%	235	253	272
- Imágenes	30.00	20%	168	181	195
- Hemoterapia	76.00	20%	1	1	1
- Kinesiología	10.00	20%	73	78	84
VALORIZACIÓN TOTAL DE LA PN.	100%		7,684	8,274	8,884
1) Pacientes car. ("Plan Chamigo").	10%		768	827	888
2) Pacientes que no dec. Cob. social.	0%		-	-	-
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	88%		6,762	7,281	7,818
4) Pacientes Autoarancelados	1%		77	83	89
5) Pacientes cubiertos por Seguros	1%		77	83	89
TOTAL SERVICIOS NO FACTURADOS	1.0%		77	83	89
TOTAL SERVICIOS FACTURADOS (*)	99.0%		7,607	8,191	8,795

Fuente: Elaboración propia

Aclaraciones: (*) Total de servicios facturados comprende la suma de los ítems 1) Pacientes que declaran cobertura social, 2) pacientes Autoarancelados y 3) pacientes cubiertos por seguros. Además se incluye la facturación gradual que se irá realizando al ítem 1) pacientes carenciados ("Plan Chamigo"), que significa la potencial cobertura en salud a la población indigente.

Tabla IV - Plan Económico (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
Ventas de servicios				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	7,607	8,191	8,795
B- COSTOS DE SERVICIOS		(12,001)	(12,357)	(12,723)
B.1. - COSTOS VARIABLES		(3,692)	(3,976)	(4,269)
Honorarios médicos	30%	(2,232)	(2,404)	(2,581)
Medicamentos	13%	(999)	(1,076)	(1,155)
Insumos Hospitalarios	6%	(461)	(496)	(533)
B.2-COSTOS FIJOS Y SEMIFIJOS	8,454	(8,309)	(8,382)	(8,454)
COSTOS SEMIFIJOS				
Servicio de alimentación	894	(804)	(849)	(894)
Servicio de Lavandería	350	(315)	(332)	(350)
Luz, TE, Agua y Gas	206	(185)	(196)	(206)
COSTOS FIJOS				
Remuneraciones al personal	5,902	(5,902)	(5,902)	(5,902)
Residentes y Becarios - Investigación	174	(174)	(174)	(174)
Refrigerio al personal de guardia	210	(210)	(210)	(210)
Servicios de Vigilancia	206	(206)	(206)	(206)
Servicios de Limpieza (incluye Insumos)	513	(513)	(513)	(513)
C- RESULTADO BRUTO	(C=A-B)	(4,394)	(4,166)	(3,928)
D- GASTOS OPERATIVOS		(1,729)	(1,729)	(1,729)
Gastos de mantenimiento	0.50%	(101)	(101)	(101)
Gastos de administración	60	(60)	(60)	(60)
Depreciaciones	1,339	(1,339)	(1,339)	(1,339)
Otros gastos	230	(230)	(230)	(230)
E- INCOBRABLES	2%	(166)	(179)	(192)
F-RESULTADO NETO	(F=C-D-E)	(6,290)	(6,074)	(5,849)

Fuente: Elaboración propia.

6) Tabal V - Plan Financiero (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
INGRESOS OPERATIVOS				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	7,607	8,191	8,795
B - INCOBRABLES	2%	(169)	(172)	(192)
C- FACTURACIÓN COBRADA	98%	7,441	8,012	8,604
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigó").	90%	692	745	800
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	0%	0	0	0
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	98%	6,627	7,135	7,662
4) Pacientes Autoarancelados	100%	77	83	89
5) Pacientes cubiertos por Seguros	60%	46	50	53
Facturaciones cobradas	PMC	5,581	6,009	6,453
Cobranzas diferidas	90		1,860	2,003
D-TOTAL INGRESOS OPERATIVOS	(D)	5,581	7,869	8,456
E- EGRESOS OPERATIVOS	(E)	(12,270)	(12,734)	(13,104)
Compras Medicamentos	PMF	(916)	(986)	(1,059)
Pagos a Ps. Medicamentos	30		(83)	(90)
Compras Insumos Hospitalarios		(423)	(455)	(489)
Pagos a Ps. Insumos Hospitalarios	30		(38)	(41)
Honorarios médicos		(2,232)	(2,404)	(2,581)
Costos fijos y semifijos		(8,309)	(8,382)	(8,454)
Gastos de mantenimiento		(101)	(101)	(101)
Gastos de administración		(60)	(60)	(60)
Otros gastos		(230)	(230)	(230)
F- FLUJO DE CAJA OPERATIVO	(F=D-E)	(6,689)	(4,869)	(4,648)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VI

Análisis de sensibilidad. Variables seleccionadas para este escenario

VARIABLES	SENSIBILIDAD	PROYECCION	ESCENARIOS DE SENSIBILIDAD		
		BASE	IDEAL	OPTIMISTA	PESIMISTA
1) Demandantes de Salud Hospital "J. Pablo II"	50%	70%	50%	60%	80%
2) Porcentaje de capacidad Instalada					
Año 1998	90%	80%	90%	85%	60%
Año 1999	95%	90%	95%	90%	80%
Año 2000	100%	100%	100%	100%	90%
3) Precios-Aranceles		Igual	Mas	Mas	Menos
Facturación por grandes rubros.	20%	0%	20%	10%	-10%
4) Estratificación Población					
1) Pac. carenciados ("Plan Chamigo").	10%	70%	10%	40%	80%
2) Pac. que no declaran Cobertura social.	0%	10%	0%	5%	12%
3) Pac. que declaran Cobertura social.	88%	18%	88%	53%	6%
4) Pac. Autoarancelados	1%	1%	1%	1%	1%
5) Pac. cubiertos por Seguros	1%	1%	1%	1%	1%
5) Cobranzas					
1) Pac. carenciados ("Plan Chamigo").	90%	5%	90%	50%	0%
2) Pac. que no declaran Cobertura social.	0%	0%	0%	0%	0%
3) Pac.que declaran Cobertura social.	98%	60%	98%	80%	50%
4) Pacientes Autoarancelados	100%	90%	100%	95%	80%
5) Pac. cubiertos por Seguros	60%	10%	60%	40%	5%

Fuente: Elaboración Propia

Escenario optimista

En este escenario suponemos que no se logra una total desregulación del sistema de salud pero se logra avanzar hacia ella mejorándose las condiciones actuales de este mercado lo que favorece significativamente la situación económica-financiera de los prestadores, donde un buen porcentaje del segmento de población actualmente sin cobertura alcanza a los servicios de una obra social o a una organización de medicina prepaga, lo que redundará en un marcado incremento de los aranceles y fundamentalmente de los porcentajes de Incobrabilidad.

Consecuentemente los costos de Incobrabilidad se reducen, mejorando sus ingresos y reduciéndose el nivel del déficit determinado en las proyecciones de base.

Como se puede observar en la Tabla VIII, bajo este escenario, la facturación total se ubica en el 75% de la producción valorizada, alcanzando para el año 1998 a alrededor de 5.8 millones de pesos. Esto implicaría un volumen de Ingresos por cobranzas de 5.0 millones, cifra que quintuplica los niveles alcanzados en la proyección de base (1.1 millones).

En este caso el déficit financiero de este nosocomio para el año 1998, con un 85% de su capacidad optimizada, se ubicaría en alrededor de los 7.7 millones (Tabla X) anuales lo que indica que el funcionamiento del Hospital depende siempre de aportes extraoperativos.

La descripción de los efectos que genera la sensibilización de variables (escenario optimista), sobre la población objetivo, la producción, la facturación, los costos variables y las cobranzas se exponen en los cuadros que se detallan a continuación:

Cuadro III

Población Objetivo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II"

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14
Capital	Proporción	60%	60%	60%
Interior	Proporción	3%	2%	1%
Regiones Vecinas	Proporción	0.50%	0.20%	0.20%
Capital	41,789	22,179	11,113	8,497
Interior	2,986	1,991	716	279
Reglones Vecinas	709	517	109	84
Total	45,484	24,687	11,937	8,860

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro IV

Reducción Población objetivo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" por Integración al Nuevo "Modelo de Salud" provincial.

Descentralización Atención Primaria	80%
Población objetivo Hospital "J.P. II".	36,387

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VII - Producción. Proyecciones de servicios (en volumen)

CONCEPTOS\PERIODOS	Crec.Veg.	1998	1999	2000
Población potencial	2.0101%	36,387	37,118	37,865
Porcentaje de atención	%	85%	90%	100%
Detalle de servicios	Pacientes:	30,929	33,407	37,865
CONSULTAS TOTALES		123,716	133,627	151,458
CONSULTAS EXTERNAS	4.00	80,415	86,857	98,448
EMERGENCIAS (atenciones)	1.40	43,301	46,769	53,010
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)		4,887	5,278	5,983
A_INTERNACIÓN CLÍNICA	12.00%	3,711	4,009	4,544
B_INTERNACIÓN QUIRÚRGICA.	3.00%	928	1,002	1,136
C_TERAPIA INTENSIVA	0.80%	247	267	303
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	3.00%	928	1,002	1,136
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)		206,468	223,007	252,767
- Laboratorio	4.353	134,627	145,412	164,817
- Imágenes	1.012	31,296	33,803	38,314
- Hemoterapia	0.001	42	46	52
- Kinesiología	1.310	40,502	43,747	49,584

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VIII - Valorización de la Producción (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	Aranceles	Promedio	1998	1999	2000
Detalle de servicios	Modulares	días estada			
CONSULTAS TOTALES			1,932	2,087	2,366
CONSULTAS EXTERNAS	10		885	955	1,083
EMERGENCIAS (atenciones)	22		1,048	1,132	1,283
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)			5,236	5,655	6,410
A_ INTERNACIÓN CLÍNICA	120	7	3,429	3,704	4,198
B_ INTERNACIÓN QUIRÚRGICA	150	7	1,072	1,158	1,312
C_ TERAPIA INTENSIVA	300	9	735	794	900
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	100		102	110	125
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)			585	631	716
- Laboratorio	9.73	20%	262	283	321
- Imágenes	30.00	20%	188	203	230
- Hemoterapia	76.00	20%	1	1	1
- Kinesiología	10.00	20%	81	87	99
VALORIZACIÓN TOTAL DE LA PN.	100%		7,855	8,484	9,616
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	40%		3,142	3,394	3,847
2) Pacientes que no dec. Cobertura social.	5%		393	424	481
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	53%		4,163	4,497	5,097
4) Pacientes Autoarancelados	1%		79	85	96
5) Pacientes cubiertos por Seguros	1%		79	85	96
TOTAL SERVICIOS NO FACTURADOS	25.0%		1,964	2,121	2,404
TOTAL SERVICIOS FACTURADOS (*)	75.0%		5,891	6,363	7,212

Fuente: Elaboración propia

Adaraciones: (*) Total de servicios facturados comprende la suma de los ítems 1) Pacientes que declaran cobertura social, 2) pacientes Autoarancelados y 3) pacientes cubiertos por seguros. Además se incluye la facturación gradual que se irá realizando al ítem 1) pacientes carenciados ("Plan Chamigo"), que significa la potencial cobertura en salud a la población indigente.

Tabla IX - Plan Económico (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
Ventas de servicios				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	5,891	6,363	7,212
B- COSTOS DE SERVICIOS		(11,232)	(11,544)	(12,120)
B.1. - COSTOS VARIABLES		(2,956)	(3,230)	(3,666)
Honorarios médicos	30%	(1,502)	(1,623)	(1,839)
Medicamentos	13%	(1,021)	(1,103)	(1,250)
Insumos Hospitalarios	6%	(471)	(509)	(577)
B. 2- COSTOS FIJOS Y SEMIFIJOS	8,454	(8,237)	(8,320)	(8,456)
COSTOS SEMIFIJOS				
Servicio de alimentación	894	(759)	(804)	(894)
Servicio de Lavandería	350	(297)	(315)	(350)
Luz, TE, Agua y Gas	206	(175)	(185)	(206)
COSTOS FIJOS				
Remuneraciones al personal	5,902	(5,902)	(5,902)	(5,902)
Residentes y Becarios - Investigación	174	(174)	(174)	(174)
Refrigerio al personal de guardia	210	(210)	(210)	(210)
Servicios de Vigilancia	206	(206)	(206)	(206)
Servicios de Limpieza (incluye insumos)	513	(513)	(513)	(513)
C- RESULTADO BRUTO	(C=A-B)	(5,342)	(5,182)	(4,920)
D- GASTOS OPERATIVOS		(1,729)	(1,722)	(1,729)
Gastos de mantenimiento	0.50%	(101)	(101)	(101)
Gastos de administración	60	(60)	(60)	(60)
Depreciaciones	1,339	(1,339)	(1,339)	(1,339)
Otros gastos	230	(230)	(230)	(230)
E- INCOBRABLES	15%	(884)	(954)	(1,082)
F-RESULTADO NETO	(F=C-D-E)	(7,953)	(7,829)	(7,719)

Fuente: Elaboración propia



Tabla X - Plan Financiero (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	ANOS	1998	1999	2000
INGRESOS OPERATIVOS				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	5,891	6,363	7,212
B - INCOBRABLES	15%	(882)	(954)	(1,082)
C- FACTURACIÓN COBRADA	85%	5,008	5,409	6,130
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	50%	1,571	1,697	1,923
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	0%	0	0	0
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	80%	3,331	3,597	4,077
4) Pacientes Autoarancelados	95%	75	81	91
5) Pacientes cubiertos por Seguros	40%	31	34	38
Facturaciones cobradas	PMC	3,756	4,057	4,598
Cobranzas diferidas	90		1,252	1,352
D-TOTALINGRESOS OPERATIVOS	(D)	3,756	5,308	5,950
E- EGRESOS OPERATIVOS	(E)	(11,497)	(11,924)	(12,493)
Compras Medicamentos	PMF	(936)	(1,011)	(1,146)
Pagos a Ps. Medicamentos	30		(85)	(92)
Compras Insumos Hospitalarios		(432)	(467)	(529)
Pagos a Ps. Insumos Hospitalarios	30		(39)	(42)
Honorarios médicos		(1,502)	(1,623)	(1,839)
Costos fijos y semifijos		(8,237)	(8,309)	(8,454)
Gastos de mantenimiento		(101)	(101)	(101)
Gastos de administración		(60)	(60)	(60)
Otros gastos		(230)	(230)	(230)
F- FLUJO DE CAJA OPERATIVO	(F=D-E)	(7,742)	(6,616)	(6,543)

Fuente: Elaboración propia

Tabla XI - Análisis de sensibilidad. Variables seleccionadas para este escenario.

VARIABLES	SENSIBILIDAD	PROYECCIÓN	ESCENARIOS DE SENSIBILIDAD		
		BASE	IDEAL	OPTIMISTA	PESIMISTA
1) Demandantes de Salud Hospital "J. Pablo II"	60%	70%	50%	60%	80%
2) Porcentaje de capacidad instalada					
Año 1998	85%	80%	90%	85%	60%
Año 1999	90%	90%	95%	90%	80%
Año 2000	100%	100%	100%	100%	90%
3) Precios-Aranceles		Igual	Mas	Mas	Menos
Facturación por grandes rubros.	10%	0%	20%	10%	-10%
4) Estratificación Población					
1) Pac. carenciados ("Plan Chamigo").	40%	70%	10%	40%	80%
2) Pac. que no declaran Cobertura social.	5%	10%	0%	5%	12%
3) Pac. que declaran Cobertura social.	53%	18%	88%	53%	6%
4) Pac. Autoarancelados	1%	1%	1%	1%	1%
5) Pac. cubiertos por Seguros	1%	1%	1%	1%	1%
5) Cobranzas					
1) Pac. carenciados ("Plan Chamigo").	50%	5%	90%	50%	0%
2) Pac. que no declaran Cobertura social.	0%	0%	0%	0%	0%
3) Pac. que declaran Cobertura social.	80%	60%	98%	80%	50%
4) Pac. Autoarancelados	95%	90%	100%	95%	80%
5) Pac. cubiertos por Seguros	40%	10%	60%	40%	5%

Fuente: Elaboración Propia

Escenario pesimista

En este caso suponemos condiciones totalmente adversas desde el punto de vista económico financiero para el hospital, no solo en el comportamiento esperado en los ingresos, sino también el agravamiento de los índices de población sin cobertura, y de los porcentajes de incobrabilidad por desmadejo de las obras sociales.

Esto hace que los costos de incobrabilidad aumenten, desmejorando los ingresos y incrementándose el nivel del déficit determinado en las proyecciones de base.

Como se puede observar en la Tabla XIII, bajo este escenario, la facturación total se ubica en el 8% de la producción valorizada, alcanzando para el año 1998 a alrededor de 0.47 millones de pesos. Esto implicaría un volumen de ingresos por cobranzas como figura en la Tabla XV de 0.22 millones de pesos por año (48% del total facturado), alcanzando a cubrir solamente el 2% de los costos totales (10.5 millones según Tabla XIV) del hospital, agravando lógicamente el volumen anual del déficit (9.1 millones según Tabla XV).

La descripción de los efectos que genera la sensibilización de variables (escenario pesimista), sobre la población objetivo, la producción, la facturación, los costos variables y las cobranzas se exponen en los cuadros que se detallan a continuación:

Cuadro V
Población Objetivo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II".

DEPARTAMENTO	TOTAL	0-4	5-9	10-14
Capital	Proporción	80%	80%	80%
Interior	Proporción	3%	2%	1%
Regiones Vecinas	Proporción	0.50%	0.20%	0.20%
Capital	55,719	29,572	14,817	11,330
Interior	2,986	1,991	716	279
Regiones Vecinas	709	517	109	84
Total	59,413	32,080	15,641	11,692

Fuente: Elaboración propia

Cuadro VI

Reduccón Población objetivo Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" por integración al Nuevo "Modelo de Salud" provincial.

Descentralización Atención Primaria	80%
Población objetivo Hospital "J.P. II".	47,531

Fuente: Elaboración propia

TABLA XII - Producción. Proyecciones de servicios (en volumen).

CONCEPTOS\PERIODOS	Crec.Veg.	1998	1999	2000
Población potencial	2.0101%	47,531	48,486	49,461
Porcentaje de atención	%	60%	80%	90%
Detalle de servicios	Pacientes:	28,518	38,789	44,515
CONSULTAS TOTALES		114,074	155,156	178,059
CONSULTAS EXTERNAS	4.00	74,148	100,851	115,738
EMERGENCIAS (atenciones)	1.40	39,926	54,305	62,321
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)		4,506	6,129	7,033
A_INTERNACIÓN CLINICA	12.00%	3,422	4,655	5,342
B_INTERNACIÓN QUIRURGICA.	3.00%	856	1,164	1,335
C_TERAPIA INTENSIVA	0.80%	228	310	356
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	3.00%	856	1,164	1,335
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)		190,376	258,937	297,160
- Laboratorio	4.353	124,135	168,840	193,763
- Imágenes	1.012	28,857	39,250	45,043
- Hemoterapia	0.001	39	53	61
- Kinesiología	1.310	37,345	50,795	58,293

Fuente: Elaboración propia

Tabla XIII - Valorización de la Producción (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	Aranceles	Promedio	1998	1999	2000
Detalle de servicios	Modulares	días estada			
CONSULTAS TOTALES			1,458	1,983	2,276
CONSULTAS EXTERNAS	10		667	908	1,042
EMERGENCIAS (atenciones)	22		791	1,075	1,234
TOTAL INTERNACIONES (pacientes)			3,950	5,373	6,166
A_ INTERNACIÓN CLÍNICA	120	7	2,587	3,519	4,038
B_ INTERNACIÓN QUIRÚRGICA	150	7	808	1,100	1,262
C_ TERAPIA INTENSIVA	300	9	554	754	865
HOSPITAL DE DÍA (pacientes)	100		77	105	120
SERVICIOS DE APOYO (prácticas)			441	600	688
- Laboratorio	9.73	20%	242	329	377
- Imágenes	30.00	20%	173	235	270
- Hemoterapia	76.00	20%	1	1	1
- Kinesiología	10.00	20%	75	102	117
VALORIZACIÓN TOTAL DE LA PN.	100%		5,926	8,060	9,250
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	80%		4,741	6,448	7,400
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	12%		711	967	1,110
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	6%		356	484	555
4) Pacientes Autoarancelados	1%		59	81	92
5) Pacientes cubiertos por Seguros	1%		59	81	92
TOTAL SERVICIOS NO FACTURADOS	92.0%		5,452	7,415	8,510
TOTAL SERVICIOS FACTURADOS *	8.0%		474	645	740

Fuente: Elaboración propia.

Aclaraciones: * Total de servicios facturados comprende la suma de los ítems 1) Pacientes que declaran cobertura social, 2) pacientes Autoarancelados y 3) pacientes cubiertos por seguros. Además se incluye la facturación gradual que se irá realizando al ítem 1) pacientes carenciados ("Plan Chamigo"), que significa la potencial cobertura en salud a la población indigente.

Tabla XIV - Plan Económico (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
Ventas de servicios				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	474	645	740
B- COSTOS DE SERVICIOS		(9,067)	(9,787)	(10,174)
B.1. - COSTOS VARIABLES		(1,194)	(1,625)	(1,864)
Honorarios médicos	30%	(68)	(93)	(107)
Medicamentos	13%	(770)	(1,048)	(1,202)
Insumos Hospitalarios	6%	(356)	(484)	(555)
B. 2- COSTOS FIJOS Y SEMIFIJOS	8,454	(7,874)	(8,164)	(8,309)
COSTOS SEMIFIJOS				
Servicio de alimentación	894	(536)	(715)	(804)
Servicio de Lavandería	350	(210)	(280)	(315)
Luz, TE, Agua y Gas	206	(124)	(165)	(185)
COSTOS FIJOS				
Remuneraciones al personal	5,902	(5,902)	(5,902)	(5,902)
Residentes y Becarios - Investigación	174	(174)	(174)	(174)
Refrigerio al personal de guardia	210	(210)	(210)	(210)
Servicios de Vigilancia	206	(206)	(206)	(206)
Servicios de Limpieza (incluye insumos)	513	(513)	(513)	(513)
C- RESULTADO BRUTO	(C=A-B)	(8,595)	(9,147)	(9,474)
D- GASTOS OPERATIVOS		(1,728)	(1,729)	(1,729)
Gastos de mantenimiento	0.50%	(101)	(101)	(101)
Gastos de administración	60	(60)	(60)	(60)
Depreciaciones	1,339	(1,339)	(1,339)	(1,339)
Otros gastos	230	(230)	(230)	(230)
E- INCOBRABLES	52%	(248)	(334)	(384)
F-RESULTADO NETO	(F=C-D-E)	(10,574)	(11,208)	(11,547)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla XV - Plan Financiero (en miles de pesos)

CONCEPTOS\PERIODOS	AÑOS	1998	1999	2000
INGRESOS OPERATIVOS				
A - FACTURACIÓN TOTAL	100%	474	645	740
B - INCOBRABLES	52%	(246)	(334)	(384)
C- FACTURACIÓN COBRADA	48%	228	310	356
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	0%	0	0	0
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	0%	0	0	0
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	50%	178	242	277
4) Pacientes Autoarancelados	80%	47	64	74
5) Pacientes cubiertos por Seguros	5%	3	4	5
Facturaciones cobradas	PMC	171	233	267
Cobranzas diferidas	90		57	78
D-TOTAL INGRESOS OPERATIVOS	(D)	171	290	345
E- EGRESOS OPERATIVOS	(E)	(9,365)	(10,140)	(10,545)
Compras Medicamentos	PMF	(706)	(960)	(1,102)
Pagos a Ps. Medicamentos	30		(64)	(87)
Compras Insumos Hospitalarios		(326)	(443)	(509)
Pagos a Ps. Insumos Hospitalarios	30		(30)	(40)
Honorarios médicos		(68)	(93)	(107)
Costos fijos y semifijos		(7,874)	(8,164)	(8,309)
Gastos de mantenimiento		(101)	(101)	(101)
Gastos de administración		(60)	(60)	(60)
Otros gastos		(230)	(230)	(230)
F- FLUJO DE CAJA OPERATIVO	(F=D-E)	(9,190)	(9,845)	(10,200)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla XVI - Análisis de sensibilidad. Variables seleccionadas para este escenario

VARIABLES	SENS.	PROY. BASE	ESCENARIOS DE SENSIBILIDAD		
			IDEAL	OPTIMISTA	PESIMISTA
1) Demandantes de Salud Hospital "J. Pablo II"	80%	70%	50%	60%	80%
2) Porcentaje de capacidad Instalada					
Año 1998	60%	80%	90%	85%	60%
Año 1999	80%	90%	95%	90%	80%
Año 2000	90%	100%	100%	100%	90%
3) Precios-Aranceles		Igual	Mas	Mas	Menos
Facturación por grandes rubros.	-10%	0%	20%	10%	-10%
4) Estratificación Población					
1) Pac.carenciados ("Plan Chamigo").	80%	70%	10%	40%	80%
2) Pac. que no declaran Cobertura social.	12%	10%	0%	5%	12%
3) Pac. que declaran Cobertura social.	6%	18%	88%	53%	6%
4) Pac. Autoarancelados	1%	1%	1%	1%	1%
5) Pac. cubiertos por Seguros	1%	1%	1%	1%	1%
5) Cobranzas					
1) Pacientes carenciados ("Plan Chamigo").	0%	5%	90%	50%	0%
2) Pacientes que no declaran Cobertura social.	0%	0%	0%	0%	0%
3) Pacientes que declaran Cobertura social.	50%	60%	98%	80%	50%
4) Pacientes Autoarancelados	80%	90%	100%	95%	80%
5) Pacientes cubiertos por Seguros	5%	10%	60%	40%	5%

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Conocer las posibilidades de autofinanciamiento de un Hospital Público antes de iniciar actividades resulta novedoso e importante, constituyendo un desafío para quienes pensamos que esto es posible hacerlo y su utilidad alcanza el límite de la creatividad de quienes utilicen sus resultados.

Esta nueva "oferta sanitaria" plantea desde lo sanitario hasta lo administrativo características innovadoras para Corrientes, la región e inclusive el País.

Creímos oportuno realizar el presente, en tanto sus objetivos son para una institución nueva, próxima a iniciar actividades que irrumpe en un mercado sanitario regional -de características particulares- con una oferta sanitaria pediátrica de alta complejidad que atenderá una importante población del NEA argentino. En la actualidad la mayoría de las patologías que requieren servicios de alta complejidad deben ser derivados a la Capital Federal, situación que paulatinamente y en la medida de la entrada en operación de los distintos servicios serán atendidas en la Ciudad de Corrientes.

Los costos de un servicio de alta complejidad pediátrica de 170 camas es de una magnitud importante, donde el Estado por si solo no esta en condiciones de financiarlo para un funcionamiento pleno, por lo que es necesario un conocimiento de las variables vinculadas al proceso de su financiamiento y perfeccionar el mismo para conseguir recursos extraordinarios. Debemos coincidir que la falta de financiamiento en cualquier institución sanitaria provoca de manera automática un proceso regresivo en cuanto a calidad de servicios, consecuentemente, resignando objetivos.

Recuperar gastos en un hospital público facturando y cobrado a todos aquellos usuarios que disponen alguna forma de cobertura es imprescindible. El hospital público debe brindar atención gratuita para quienes no tengan cobertura, razón por la cual para atenderlos es necesario optimizar un modelo de gestión administrativa, que facilite el recupero del costo de prestaciones cuando hay algún tipo de cobertura

(obra social, prepaga o capacidad de pago en quien utilizó los servicios), la salud nunca tiene costo cero y alguien termina pagando.

Los resultados obtenidos ratificaron nuestro pensamiento sobre la importancia que significa identificar la demanda potencial de un efector público, es una información relevante conocer quienes son los que podrían demandar/requerir servicios, qué características tienen los mismos, qué cobertura tienen, son elementos básicos para definir las características de los servicios que estamos dispuestos a ofrecer, es saber la cantidad de recursos humanos técnicos y materiales que debemos disponer, es proyectar producción, es definir costos para esa producción, es el camino para saber las necesidades de financiamiento que tendrá la institución, es proyectar ingresos, es saber si puede llegar a su autofinanciamiento.

Estamos convencidos que esbozar un Plan Económico y un Plan Financiero para una Institución Hospitalaria Pública es importante, no solo por lo novedoso sino porque ratifica la importancia de introducir y operar conceptos y herramientas vinculadas a las ciencias de la administración

La formulación de un plan económico y financiero para una institución sanitaria asume las características de una importante información de planificación. Es una herramienta que posibilitará el fortalecimiento y el desarrollo especialmente si consideramos la escasez de recursos de toda naturaleza que afecta al sector.

La necesidad y la asignación de recursos constituye el problema central a la hora de fijar el financiamiento del sistema sanitario, donde el subsector público asume características particulares ya que sus efectores soportan con mas impacto el desfinanciamiento del sistema sanitario por una parte y la creciente demanda que deben soportar en razón las circunstancias por todos conocidos pero que no analizamos por cuanto no son motivo del presente. Igualmente debemos agregar la amplia brecha hoy planteada entre recursos disponibles del sistema sanitario público y la demanda creciente e insatisfecha

El Hospital Pediátrico de Alta Complejidad "JUAN PABLO II" único en el nordeste del País, podrá alcanzar sus objetivos y cumplir con sus expectativas siempre y cuando sea capaz de consolidar y perfeccionar el modelo de gestión adoptado y que está orientado fundamentalmente a alcanzar los mejores niveles de calidad en un marco de productividad de los recursos disponibles. La "gestión clínica" en general, la gestión administrativa mas el uso de normas y procedimientos en particular son principios que nunca se podrá olvidar si continúan presente los objetivos pensados.

El presente sienta las bases de un proceso que puede y debe aplicar criterios de "planificación estratégica" en el sector sanitario, la cual al ser dinámica, estará permanentemente alerta al entorno, a la competencia orientada al cliente / paciente, con una constante redefinición de objetivos además de constituirse en un instrumento para la gestión asegurando de manera permanente una oferta competitiva en el mercado sanitario local.

Ratificamos una vez mas el contexto multidisciplinario donde se desarrolla la administración y gestión de los sistemas sanitarios, recordando que las ciencias de la administración y en particular la economía aplicada a la salud es sin dudas una de las que con mas fuerza participó y se integró a ese conjunto de disciplinas que conforman el conocimiento que hoy propone y genera soluciones al sistema sanitario.

Creemos haber cumplido con lo que nos hemos propuesto que fue el describir y establecer las posibilidades económicas financieras de un emprendimiento hospitalario nuevo, el Hospital Pediátrico Juan Pablo II de la Ciudad de Corrientes, no estuvimos equivocados, el tiempo nos dio la razón, pudimos formular una propuesta que alcanzó los objetivos pensados al momento de decidir su construcción y tiempos de puesta en funcionamiento.

El transcurrir de los primeros meses nos muestra día a día la importancia de haber contado con información, la cual permanentemente nos facilita las acciones de gestión.

Construyamos ofertas sanitarias "necesarias", son las que seguramente estaremos en condiciones de financiar, no hagamos Inversiones que no la podamos sostener y aprovechemos recursos del sector privado porque estos también son y deben ser considerados parte de la oferta sanitaria provincial.

Finalmente nos atrevemos a decir que los hospitales que desean mejorar sus oportunidades, precisan aumentar su actividad en términos cuantitativos y cualitativos lo podrán hacer a través de cuatro caminos : el primero es aumentando su área de influencia, el segundo es aumentando su población objetivo, el tercero ofertando nuevos productos y el cuarto utilizando modelos de gestión que aseguren eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- GONZÁLEZ GARCÍA, Gines, TOBAR, Federico. Mas salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Grupo Editor Latinoamericano-Isalud Buenos Aires. Argentina.1997.
- MALAGON,Gustavo, LONDONO, Gustavo, Administración Hospitalaria-1ª.Ed.- Bogota,D.C.;Editorial Medica Internacional Ltda.,1996
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e Instrumentos operativos.Buenos Aires.Argentina.1996.
- ATTKISSON, Clifford. Administración de Hospitales. Fundamentos y Evaluación del Servicio Hospitalario. Mexico. Trillas 1996.
- LAMATA,F.,CONDE,J,MARTINEZ,B., HORNO,M. Marketing Sanitario. Ediciones Diaz de Santos.Madrid. Espana.1994.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Síntesis nº1.Situación y Evolución social Provincial. Corrientes.1991.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Serie C. Corrientes. Buenos Aires. Argentina.1991.
- Dirección de estadísticas y censos. Gobierno de la Provincia de Corrientes. Estimaciones de la población total por Departamento y Localidad. Corrientes. Argentina.1991.
- Ministerio de Salud Pública. Gobierno de la Provincia de Corrientes. Estadísticas Hospitalarias. Años 1995 y 1996. Subdirección de estadísticas de salud. Corrientes Argentina.1996.

- Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan Garrahan. "Presupuestos económicos año 1997 y 1998". Buenos Aires. Argentina.1998.
- Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan Garrahan. Información estadística año 1996. Buenos Aires.1997
- Ministerio de Salud Pública Provincia de Mendoza. "Reforma del Sector Salud". Documento de Trabajo. Mendoza. Argentina.1996
- Organización Panamericana de Salud - "Situación Nacional de la Salud". Disponible en Internet. Representación Argentina.1997.
- "Hospital de niños Eloisa T. De Vidal". Información estadística años 1994,1995 ,1996 y 1997 . Corrientes .Argentina. 1997.
- Hospital "Hospital Notti". Información Departamento de Cobranzas periodo 96-97 Provincia de Mendoza. Argentina.1997.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Aranceles Modulares para Hospitales Públicos de Autogestión. Vigentes a partir de Julio del 1997.Buenos Aires1997.

ANEXO I

COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ARGENTINA

Existen múltiples formas de estimar la cobertura poblacional de cada subsector del sistema de salud en Argentina. En este estudio se han analizado diversas alternativas. Los datos que se presentan resultan coherentes con dos estrategias de cálculos diferentes. La primera consiste en recopilar directamente la información de la institución de la seguridad social y de las prepagas. La segunda en proyectar las informaciones obtenidas por el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 incluyendo un conjunto de correcciones. En relación a los datos obtenidos y a los procedimientos empleados realizamos las siguientes observaciones:

Subsector público: A pesar de que, por definición, este subsector tiene cobertura universal, se consideraron beneficiarios naturales de la atención médica provista por el subsector estatal las 15,5 millones de personas que quedarían sin cobertura de seguro obligatorio ni voluntario. Esta cifra es muy superior a la registrada por el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. También excederían los valores que se obtienen si se proyectan linealmente las proporciones de los valores obtenidos por la encuesta del MSAS (1996). No obstante, la hipótesis con que se trabajó para proyectarla no resulta desproporcionada si se contempla la expansión del desempleo y los cambios en las condiciones laborales. Si los incrementos en el total de jefes de familia que pasaron a condiciones precarias se multiplicaran por el tamaño promedio de los hogares, la cifra final se incrementaría en más de un 50%. Sin embargo, debe considerarse que los nuevos excluidos del sistema de seguros de salud no provienen de sectores pauperizados y tampoco de los segmentos poblacionales en condiciones de pobreza estructural. En estos estratos la composición del núcleo familiar es notablemente menor. Por otro lado, parte del desempleo es ocasionado por una expansión de la Población Económicamente Activa, es decir, un conjunto de personas que ingresaron o intentan ingresar al mercado laboral. Como ha sido advertido, en algunos casos esto no involucra una pérdida de la condición de cobertura asistencial. Diferentes estudios han considerado que entre el 30%/40% de las prestaciones del subsector público son brindadas a personas que poseen cobertura de seguros médicos.

Subsector de la seguridad social: Incluye a la población cubierta por las obras sociales nacionales (reguladas por la Administración Nacional del Seguro de Salud -ANSSAL), las obras sociales provinciales, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados -INSSJP (PAMI) y las obras sociales que no están bajo la regulación de la ANSSAL.

Obras sociales nacionales: Existen muchas dificultades para conocer con exactitud el total de población cubierta por las Obras Sociales nacionales. En 1997 la ANSSAL y la DGI terminaron de perfeccionar el padrón de afiliados que permitía estimar el total de beneficiarios según el cual en 1995 ascendía a 7,9 millones. Se considera que las obras sociales del Personal de Dirección incluyen a 1.154.407 beneficiarios.

INSSJP: Los beneficiarios suman 4.272 millones de personas. Se utilizaron datos de la propia entidad.

Obras sociales provinciales: Según un informe de la entidad que las nuclea -COSSPRA-, en 1995 los beneficiarios ascendían a 5.179.262.

Otras obras sociales: A partir de un relevamiento de cada una de las obras sociales que no están nucleadas por la ANSSAL se consiguió estimar la población cubierta por estas instituciones, que rondaría 1,33 millones de habitantes. Esto incluye las instituciones del personal del poder legislativo y judicial, las fuerzas armadas, las universidades, el Instituto de la Ciudad de Buenos Aires y el de la Policía Federal.

Subsector privado: Dentro del subsector privado se distinguen aquellos que cuentan con seguros privados y planes prepagos, y aquellos que se proveen de servicios directamente a través del desembolso directo.

Prepagas: Personas que se proveen de servicios directamente: toda la población realiza desembolsos directos para proveerse de bienes y servicios de salud. Existe una pequeña porción que sin recurrir a los servicios públicos no cuenta tampoco con cobertura de sistemas de prepagos. La fuente utilizada fue la proyección de población urbana y rural realizada por el INDEC.

Las personas que aportan a la seguridad social y pagan primas de prepagas esta estimada en unas 500 mil personas (1). Proyectando linealmente los datos obtenidos por estudio que desarrollaron el MSAS y el Instituto Gino Germani (MSAS, 1996) para el área metropolitana sobre el total del país se estimó que más del 40% de las personas afiliadas a prepagas aportan a obras sociales, lo cual representa aproximadamente 1 millón de personas. Con la desregulación esta cifra tenderá a disminuir.

1 Consultora Towers Perrin, Marcú y asociados (Ahuad, Paganelli y Palmeyro), 1996

Cuadro I

Matriz para el cálculo de la población beneficiaria del sistema de salud. 1995 (2).

1991. (Censo Nacional de Población y Vivienda).	Cantidad (mill. de hab.)
a) Población total Argentina	32.6
b) Población con obra social y/o prepaga	18.8
c) Población que sólo accedía al subsector público.	13.8
1995. (Proyecciones)	
d) Población total Argentina estimada para 1995	34.6
e) Población con obra social y/o prepaga (proyección lineal= $b*d/a$)	19.9
f) Pob. que solo accedía al subsector público (proyección lineal $c*d/a$)	14.7
g) Incremento de población que solo accedía al subsector público (proyección lineal = $f-c$)	0.9
h) Estimación de hogares que perdieron cobertura de obra social y/o prepagas.	1.2
i) Incremento de la población que solo accedía al subsector público (proyección corregida= $g+h$)	2.1
j) Población que solo accedía al subsector público (proyección corregida = $c+i$)	15.9
k) Población con obra social y/o prepaga (proyección corregida= $d-j$)	18.7
1995. (Estimaciones)	
l) Población que solo cuenta con cobertura de prepagas	1.5
m) Población que cuenta con cobertura de prepagas y obra social.	1.0
n) Población que solo cuenta con cobertura de obra social ($k-m$)	17.7
o) Población que cuenta con cobertura de dos o más obras sociales [$n-(d-j-l-m)$]	1.5
p) Población con cobertura de una sola obra social ($n-o$)	16.2

2 GONZÁLEZ GARCÍA, Gines, TOBAR, Federico. Mas salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano-Isalud 1997

REFERENCIAS METODOLÓGICAS DEL CUADRO I

a, b y c) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

d) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -Proyecciones de Población-.

e y f) Es una proyección lineal que supone que la proporción de personas con cobertura de cada subsector registrada en 1991 se mantendría en 1995.

g) Es una proyección lineal del crecimiento vegetativo de la población que en 1991 solo tenía acceso al subsector público. Supone que no hay cobertura de cada subsector registrada en 1991.

h) Es una estimación compleja basada en la hipótesis de que existan variables exógenas responsables por alterar las proporciones de poblaciones correspondientes a cada subsector. Se consideraron dos variables centrales, el incremento absoluto de los hogares con jefes desempleados y incremento absoluto de hogares con jefes subocupados. Se consideró que existe determinada elasticidad del nuevo desempleo en relación a la pérdida de cobertura médica y, de acuerdo con estudios previos, se dividió el incremento poblacional total por un coeficiente 1,4.

i) La estimación supone que el crecimiento de la población que sólo accede al subsector público es función del crecimiento vegetativo de la población que ya en 1991 se encontraba en esta condición, y de los nuevos excluidos o población que debido al incremento en las tasas de desempleo y la precarización de la condición de actividad perdió cobertura de obras sociales o prepagas.

j) La estimación supone que el total de personas que en 1995 sólo accedían al subsector público equivale a la población que el Censo de 1991 había registrado en dicha condición más el incremento considerado en i).

k) Por deducción, se estima que la población que en 1995 contaba con cobertura de obras sociales y/o prepagas equivale a la diferencia entre la población proyectada por el INDEC para ese año y la estimada en j).

l) La estimación parte de proyectar linealmente al total de país la proporción de población en esta condición registrada por la encuesta del MSAS (1996) en el área metropolitana.

m) Idem punto l).

n, o y p) Cuando se procede a sumar las cifras del total de población cubierta por las diferentes categorías de obras sociales de la Argentina, así como de las instituciones prepagas, se arriba a una cifra superior a la previsible si se considera el tamaño de la población y la proyección realizada en los puntos anteriores de la población que solo tiene acceso al subsector público. Por este motivo, los cálculos propuestos estiman los niveles de doble cobertura.

Cuadro II: Porcentaje de la población cubierta por obra social según jurisdicción. 1991

Jurisdicción	Total	O.S. %	O.S. + plan %	Total
Capital Federal	2,965,403	47.8	16.4	67.6
Gran Buenos Aires	7,969,324	42.7	10.2	55.7
Resto de Buenos Aires	4,625,650	41.4	15.8	61.5
Catamarca	264,234	46.9	12.4	61.5
Cordoba	2,766,683	39	15.1	56.5
Corrientes	795,594	38.3	9.5	49.8
Chaco	839,677	33.7	10.4	45.8
Chubut	357,189	55.1	7.8	65.2
Entre Ríos	1,020,257	43.3	12.2	58.1
Formosa	398,413	29.2	11.2	41.8
Jujuy	512,329	38.8	13.9	53.8
La Pampa	259,996	44.8	12.3	59.4
La Rioja	220,729	44.9	16.7	64.3
Mendoza	1,412,481	40.8	11.7	53.3
Misiones	788,915	39.4	7.5	48.8
Neuquen	388,833	38.1	17.6	57.4
Río Negro	506,772	39.2	17.2	58.2
Salta	866,153	31	16.7	49.2
San Juan	528,715	32.5	24.4	58
San Luis	286,458	39.9	16	58.1
Santa Cruz	159,839	62.8	11.7	76
Santa Fe	2,798,422	43.6	16.5	63.3
Santiago del Estero	671,988	23.5	16.4	41.8
Tucumán	1,142,105	28.5	26.8	57.8
Tierra del Fuego	69,369	58.5	7.5	67.4

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. INDEC

ANEXO II

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA DE LA DEMANDA POTENCIAL HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II".

Análisis de Consistencia de población definida a través de la proyección de demanda potencial según datos de población pediátrica que asiste a los establecimientos de salud.

Este método consiste en obtener la población pediátrica a través de Información estadística que poseen los Hospitales públicos.

Los Indicadores considerados son: cantidad de consultas externas, cantidad de pacientes primera vez, y consultas promedio por paciente (Índice de rotación de pacientes al año).

La población surge de: cantidad de pacientes primera vez, (información no consistente / confiable en Corrientes), por lo que para hallar la población fue necesario aplicar la relación entre cantidad de consultas sobre consultas promedio por paciente. Este último Indicador promedio se tomo del Hospital "J. Garrahan" por ser el más acorde con la realidad según bibliografía y experiencia de los profesionales médicos.

De esta manera se logró obtener la población que asiste a los siguientes establecimientos:

Hospital de Niños "E. Vidal" (Corrientes): 29.000 pacientes aproximadamente (Cuadro III)

Capital de Corrientes excepto Hospital de Niños y Clínicas privadas: 44.000 pacientes aproximadamente (Cuadro III)

Interior de la Provincia de Corrientes excepto Clínicas privadas del interior: 93.000 pacientes aproximadamente (Cuadro III)

Hospital "J Garrahan" (Capital Federal): 133.000 pacientes aproximadamente.

Hospital "Hospital Notti" (Mendoza): 59.000 pacientes aproximadamente.

Una vez hallada la Población que concurre a los actuales establecimientos de Salud (Hospitales, Centros de Salud, Puestos sanitarios) para realizar consultas pediátricas, determinamos que porcentaje de esas poblaciones absorbería el Hospital Pediátrico "Juan Pablo II", teniendo en cuenta que la demanda de salud actual se manifiesta tanto en el Hospital "Eloisa T. De Vidal", en el resto de los establecimientos de la Capital y en el Interior de la Provincia.

La Población Objetivo determinada por este método resulta ser de 52.500 pacientes aproximadamente.

Desarrollo de las etapas: para poder obtener la población objetivo a través de este método.

CUADROS

Cuadro I

Cantidad de Consultas (emergencias incluidas) hospital de niños "Eloisa T de Vidal"

AÑOS:	96	97
Consultas externas (incluidas emergencias)	116,848	120,585

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro II

Determinación del índice de rotación (promedio de consultas) de la población pediátrica.

Zonas geográficas y establecimientos	Consultas	Primera vez	Índice Rotación
Hospital de Niños "Eloisa Vidal" 96	116,848	64,443	1.81
Total Cons. pediátricas Pcia de Ctes.96	670,519	281,183	2.38
Hospital H. Notti (Mendoza) 96	238,113		
Hospital Garrahan (Capital Federal) 96	234,248	58,506	4.00

Fuente: Elaboracion Propia

Cuadro III

Determinación de la población que demanda servicios de salud en la Provincia de Corrientes y hospitales tomados como referencia.

Zonas geográficas y establecimientos	Consultas	Ind. Rotación	Población
Hospital de Niños "Eloisa Vidal" (3)	116,848	4	29,212
Capital - Hosp. De Niños "E. Vidal - Clínicas Priv (4)	178,376	4	44,594
Total Capital			73,806
Interior- Clin. Priv. Interior	375,295	4	93,824
Total Provincia de Corrientes	670,519		167,630

Fuente: Elaboración Propia

Zonas geográficas y establecimientos	Consultas	Ind. Rotación	Población
Hospital Garrahan (Cap. Federal) (5)	234,248	4	133,664
Hospital Notti (Mendoza) (6)	238,113	4	59,528

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro IV

Determinación de la población objetivo del hospital pediátrico "JUAN PABLO II".

Zonas geográficas y establecimientos	% captación	Población
Hospital de Niños "Eloisa Vidal"	100%	29,212
Capital - Hosp. De Niños "E. Vidal - Clínicas Priv.	50%	22,297
Total Capital	70%	51,509
Interior- Clin. Priv. Interior	3%	2,815
Total Provincia de Corrientes	32%	54,324

Fuente: Elaboración Propia

3 Estadísticas Hospital Eloisa Vidal (Corrientes) año 96 y 97.

4 Estadísticas hospitalarias año 1996. Subdirección de Estadísticas de Salud Gobierno de la Provincia de Corrientes.

5 Estadísticas Hospital Garrahan (capital Federal) año 96

6 Estadísticas Hospital Notti (Mendoza) año 96

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA DE POBLACIÓN DEFINIDA A TRAVÉS DE LA PROYECCIÓN DE DEMANDA POTENCIAL SEGÚN GRADO DE COBERTURA EN SALUD

Esta metodología, basada en etapas, sirvió para hallar la consistencia de la población objetivo determinada para el Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" en función a datos de cobertura en salud de dicha población.

Partimos de la población de 0 a 14 años censada en 1991, y desagregada por grado de cobertura en salud arrojando el siguiente detalle:

Población con cobertura (48 %): 142 mil

Población sin cobertura (49 %): 145 mil

Proyectada al año 97 esa población aplicando la tasa media anual intercensal tanto del interior como de capital y respetando las proporciones de la población de capital e interior, así como también de los que poseen cobertura y los sin cobertura.

Relevamos información del PAMI, y del IOSCOR para conocer la cantidad de afiliados de 0 a 14 años, tanto del interior como de capital, considerando que son las mas masivas en la Provincia. Se buscó obtener información de la Obra Social CHAMIGO, pero no fue posible debido a la escasa cantidad de afiliados, su poca antigüedad y sus dificultades operativas (padrones próximos a ser depurados). Creemos importante a los fines de este trabajo, recabar información durante el año 98 y perfeccionar el proceso de planeamiento.

Algunos datos importantes obtenidos fueron:

o IOSCOR: 26 mil en capital y 24 mil en interior.

PAMI: 2.4 mil en capital y 4.4 mil en interior.

Otras Obras Sociales: 29 mil en capital y 70 mil en el interior.

Sin cobertura: 59 mil en capital y 102 en el interior.

Determinada la población con y sin cobertura se determina el porcentaje de población que va a demandar en promedio servicios de salud. Se presupone que el niño sin cobertura (indigente) demanda servicios de salud en una proporción mayor que el niño sin cobertura. Es decir:

Con cobertura: 50%

Sin cobertura: 70%

Así se obtiene una población total de 199 mil niños (73 mil en Capital y 125 mil en interior)

Por último esta cantidad de niños en Capital e Interior identificados por grado de cobertura se multiplica por porcentajes que determine el tamaño de la demanda del Hospital, respetando dos criterios básicos:

Los niños sin cobertura acudirán en mayor proporción siempre al Hospital Público.

Los niños del interior demandarían atención médica en el Hospital, lógicamente en mucha menor proporción que los de capital, y a su vez en mayor medida los que no poseen cobertura social.

El desarrollo de las etapas se describe a continuación:

Cuadro V

Población de 0-14 años Provincia de Corrientes según cobertura en salud (7)

Conceptos	Población Total	Tiene solo Obra social	Tiene solo Plan Médico o mutual	Tiene obra social y plan médico	No tiene obra Social ni plan médico	Tiene obra social e ignora plan médico	Ignorado
Población	295,465	106,100	1,715	24,945	145,798	9,489	7,418
Participación %	100.00%	35.91%	0.58%	8.44%	49.35%	3.21%	2.51%

Fuente: Elaboración Propia

Conceptos	Total Población	Con Cobertura	Sin Cobertura	Otros
Población	295,465	142,249	145,798	7,418
Participación %	100.00%	48.14%	49.35%	2.51%

Fuente: Elaboración Propia

7 Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 – INDEC.

Cuadro VI

Proyección de la población de 0-14 años desagregada en capital e interior al año 97.

Sector Geográfico	% de participac.	Población 1991	Tasa Crec. Pcial.	Población 1997	Con Cobertura	Sin Cobertura	Ignorados
Total Provincia	100.00%	295,465		329,681	158,722	162,682	8,277
Capital	33.69%	99,542	3.386%	121,556	58,522	59,982	3,052
Interior	66.31%	195,923	1.012%	208,124	100,200	102,700	5,225

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro VII

Población de 0-14 años con cobertura identificada por obras sociales más requeridas (IOSCOR y PAMI y demás (8)

Grado de Cobertura en salud	Capital	Interior	Total
IOSCOR	26,733	24,775	51,508
PAMI	2,404	4,426	6,830
OTRAS	29,385	70,999	100,384
SIN COBERTURA	59,982	102,700	162,682
Ignorados	3,052	5,225	8,277
Total	121,556	208,124	329,681

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro VIII

Población de 0-14 años que demanda servicios de salud en la provincia de Corrientes.

Porcentaje de población que demanda Servicios de Salud

Con Cobertura	50.00%
Sin Cobertura	70.00%

Fuente: Elaboración Propia

8 Datos de cantidad de afiliados 0-14 años suministrada por IOSCOR y PAMI

Cuadro VI

Proyección de la población de 0-14 años desagregada en capital e interior al año 97.

Sector Geográfico	% de participac.	Población 1991	Tasa Crec. Pcial.	Población 1997	Con Cobertura	Sin Cobertura	Ignorados
Total Provincia	100.00%	295,465		329,681	158,722	162,682	8,277
Capital	33.69%	99,542	3.386%	121,556	58,522	59,982	3,052
Interior	66.31%	195,923	1.012%	208,124	100,200	102,700	5,225

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro VII

Población de 0-14 años con cobertura identificada por obras sociales más requeridas (IOSCOR y PAMI y demás (8)

Grado de Cobertura en salud	Capital	Interior	Total
IOSCOR	26,733	24,775	51,508
PAMI	2,404	4,426	6,830
OTRAS	29,385	70,999	100,384
SIN COBERTURA	59,982	102,700	162,682
Ignorados	3,052	5,225	8,277
Total	121,556	208,124	329,681

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro VIII

Población de 0-14 años que demanda servicios de salud en la provincia de Corrientes.

Porcentaje de población que demanda Servicios de Salud

Con Cobertura	50.00%
Sin Cobertura	70.00%

Fuente: Elaboración Propia

8 Datos de cantidad de afiliados 0-14 años suministrada por IOSCOR y PAMI

Grado de Cobertura en salud	Capital	Interior	Total
IOSCOR	13,367	12,388	25,754
PAMI	1,202	2,213	3,415
OTRAS	14,693	35,499	50,192
SIN COBERTURA	41,988	71,890	113,877
Ignorados	2,136	3,658	5,794
Total	73,385	125,647	199,032

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro IX
Población de 0-14 años que va a captar el hospital pediátrico "Juan Pablo II".

Grado de Cobertura en salud	Capital	% de Captación	Total
IOSCOR	13,367	80.00%	10,693
PAMI	1,202	80.00%	962
OTRAS	14,693	30.00%	4,408
SIN COBERTURA	41,988	80.00%	33,590
Total	71,249		49,653

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro X
Población Objetivo del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II"

Fuente: Elaboración Propia

Capital	49,653
Interior	3,646
Total	53,299

ANEXO III

ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS "ELOISA VIDAL" CORRIENTES**Cuadro I**

Indicadores de Producción. Desde el año 90 hasta el 95

Concepto	90	91	92	93	94	95
Porcentaje Ocupacional	79.30%	84.00%	77.80%	89.30%	90.60%	92.00%
Pacientes días	20,498	20,944	18,943	21,959	23,339	25,581
Promedio de Camas	70.80%	68.30%	66.70%	67.30%	71.50%	76.10%
Nro. De Consultas externas	97,494	96,957	68,430	96,433	103,550	108,986
Nro. De Egresos.	2,320	2,577	2,193	2,731	2,918	3,404

Cuadro II

Indicadores de Producción. Año 1995

Rendimiento de establecimiento con internación por servicios	Número de Pacientes		Consultorios	Total	1era Vez
	Egresos	Días			
Servicio CIRUGÍA	665	3,465	Menos 1 año	16,136	7,870
Servicio PEDIATRÍA	2,957	21,069	1 año	14,093	6,474
Servicio NEUROLOGÍA	24	343	2-4 años	17,460	8,653
Servicio TERAPIA INTENSIVA	96	1,522	5-6 años	14,814	7,122
Servicio TRAUMATOLOGÍA	242	1,338	7-14 años	17,063	8,287
Servicio QUEMADOS	236	2,341	Total	79,566	38,406
Servicio HEMATO-ONCOLOGÍA	161	1,000	Emergencias	37,282	
Totales	4,381	31,078	Total	116,848	

Cuadro III

Indicadores de Producción. Año 1996

Rendimiento de establecimiento con internación por servicios	Número de Pacientes		Consultorios	Total	1era Vez
	Egresos	Días			
Servicio CIRUGÍA	598	3,275	Menos 1 año	15,647	7,760
Servicio PEDIATRÍA	2,172	15,929	1 año	13,792	6,377
Servicio NEUROLOGÍA	128	944	2-4 años	16,436	8,043
Servicio TERAPIA INTENSIVA	87	1,360	5-6 años	13,953	6,418
Servicio TRAUMATOLOGÍA	219	1,754	7-14 años	15,618	6,696
Servicio QUEMADOS	200	2,319	total	75,446	35,294
Servicio HEMATO-ONCOLOGÍA			Emergencias	33,540	
Totales	3,404	25,581	total	108,986	

Fuente: Cuadros I,II,III - Estadísticas hospitalarias. Subdirección de estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública. Gobierno de la Provincia de Corrientes.

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA DE LAS VARIABLES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

Cuadro IV - Variables comparativas de Producción hospitalaria en términos absolutos (9)

	Caso Teórico	Hosp. "E. Vidal" Corrientes 96	Hosp "H. Notti" Mendoza	Hosp. "Garrahan" Cap. Fed	Hosp "J. Pablo II" Corrientes 2000
Accesos a los Hospitales					
Consultas Externas		68%	56%	76%	65%
Emergencias*		32%	44%	24%	35%
Modelo Teórico de Población que demanda servicios de salud en ciudades de más de 100.000 habitantes					
Consultas Externas	80%	59%	45%	69%	56%
Emergencias	10%	26%	35%	19%	28%
Internación	10%	15%	20%	11%	16%
	100%	100%	100%	100%	100%
* Se considera 70% consultas ext. y 10% consultas ext. Especializada					
Población p/Cons. Externas		17,375	27,028	92,578	24,538
Población por Emergencia		7,456	20,837	25,960	12,226
Internación por cons. Externas		2,517	6,454	8,636	3,842
Internación por Emergencias		1,864	5,209	6,490	3,056
Total Población		29,212	59,528	133,664	43,663
* Se supone que el 20% de las Emergencias son casos de Internación.					
DATOS ESTAD. (AÑO 96)					
Total Población Objetivo		29,212	59,528	133,664	43,663
Entradas por Consulta externas		19,892	33,482	101,214	28,381
Entradas por Emergencias		9,321	26,046	32,450	15,282
Índice de Rotación (cant. de atenciones por Pna.)		4.00	4.00	4.00	4.00
Consultas externas (incluidas emerg.)		116,848	238,113	309,350	174,651
Consultas externas simples		79,566	133,929	234,248	113,523
Emergencias (Garrahan se considera todo primera vez).		37,282	104,184	75,102	61,128
Internaciones		4,381	11,663	15,126	6,899
-UTI		96	637	641	349
Hospital de día		-	1,821	21,479	1,310
Intervenciones quirúrgicas		665		7,753	1,310
Días Hábiles		221	221	221	221
Total de prac. de S.S. de apoyo		278,580		1,487,975	291,472
Laboratorio		181,648	-	1,253,531	190,054
Imágenes		42,227		123,038	44,181
Hemoterapia		57		23,576	60
Kinesioterapia (H. E. Vidal/97)		54,648		87,830	57,177
INDICADORES DE RENDIMIENTO					
Porcentaje de Ocupación		97%	84%	92%	90%
Promedio Días-estada		6.96	4.25	8.90	7.00

Fuente: Elaboración propia.

9 Información estadísticas del Hospital "Notti" (Mendoza), Hospital "Garrahan", y Hospital "Eloisa Vidal" (Corrientes)

Cuadro V - Variables comparativas de Producción hospitalaria en términos relativos

Consistencia Consulta Externas		H. E. Vidal 96 (Corrientes)	H. Notti 96 (Mendoza)	H.Garrahan 96 (Capital)	H.Juan Pablo II
Consultas diarias	$\frac{\text{Población objetivo} \times \text{IR} \times \% \text{ atención clínica}}{\text{Días Hábiles}}$	314	489	1,676	444
Hs.med.diarias	$\frac{\text{Consultas diarias}}{4 \text{ consultas (prod. Hs.med)}}$	79	122	419	111
Nº de médicos c/ 6 Hs.	$\frac{\text{Hs.med.diarias}}{6 \text{ Hs. (Jornada médico)}}$	13	20	70	19

Consistencia sector Emergencias		H. E. Vidal 96 (Corrientes)	H. Notti 96 (Mendoza)	H.Garrahan 96 (Capital)	H.Juan Pablo II
% ingresos por emergencias S/Consultas	$\frac{\text{Consultas por Emergencia}}{\text{Total de emerg. + Total de consultas ext.}}$	32%	44%	24%	35%
% de Ingresos por emergencia s/ total de población	$\frac{\text{Consultas por Emergencia}}{\text{Total población infantil}}$	128%	175%	56%	140%

Consistencia sector Internación		H. E. Vidal 96 (Ctes)	H. Notti 96 (Mza)	H.Garrahan 96 (Capital)	H.Juan Pablo II
% de población Infantil Hospitalizada	$\frac{\text{Total de Internación}}{\text{Total población infantil}}$	15%	20%	11%	16%
% de Internación s/Consultas	$\frac{\text{Total de Internación}}{\text{Total de Consultas externas (emerg.)}}$	4%	5%	4%	4%

Nro de Camas para atender a una población dada.

Nº días pacientes	$\frac{\text{Población} \times \text{Frec. Hospi.por unidad} \times \text{Promedio de estancia}}{\text{porcentaje de ocupación}}$	31,532	58,988	146,328	53,657
-------------------	---	--------	--------	---------	--------

Días-cama lapso	mismo	Días paciente * 100 porcentaje de ocupación	32,608	70,199	159,052	59,618
--------------------	-------	--	--------	--------	---------	--------

N° de censables	Camas	Días-Cama Día de lapso (365)	89	192	436	163
--------------------	-------	---------------------------------	----	-----	-----	-----

Consistencia sector UTI.		H. E. Vidal 96 (Ctes)	H. Notti 96 (Mendoza)	H. Garrahan 96 (Capital)	H. Juan Pablo II
-----------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------

% de UTI población	s/	Total egresos UTI Total población infantil	0.33%	1.07%	0.48%	0.80%
-----------------------	----	---	-------	-------	-------	-------

% de UTI Internación	s/	Total UTI Total Internación	2%	5%	4%	5%
-------------------------	----	--------------------------------	----	----	----	----

Consistencia Internación Clínica		H. E. Vidal 96 (Ctes.)	H. Notti 96 (Mza)	H. Garrahan 96 (Cap. Fed)	H. Juan Pablo II
-------------------------------------	--	---------------------------	----------------------	---------------------------------	---------------------

% s/población	Clínica	Total cirugía-UTI Total población infantil	12%	19%	5%	12%
------------------	---------	--	-----	-----	----	-----

% Clínica Internación	s/Internación	Total cirugía-UTI Total Internación	83%	95%	45%	76%
-----------------------------	---------------	---	-----	-----	-----	-----

Consistencia Cirugía		H. E. Vidal 96 (Ctes)	H. Notti 96 (Mza)	H. Garrahan 96 (Capital)	H. Juan Pablo II
----------------------	--	--------------------------	----------------------	--------------------------------	---------------------

% de Cirugía Población	s/	Total Cirugía Total población infantil	2%	0%	6%	3%
---------------------------	----	---	----	----	----	----

% de Cirugías Internación	s/	Total Cirugía Total Internación	15%	0%	51%	19%
------------------------------	----	------------------------------------	-----	----	-----	-----

Consistencia servicios de apoyo.		H. E. Vidal 96 (Ctes)	H. Notti 96 (Mza)	H.Garrahan 96 (Capital)	H.Juan Pablo II
Promedio de prácticas por niños	Total de prácticas	9.536		11.132	6.676
	Total población infantil				
	Total de prácticas Laboratorio	6.218		9.378	4.353
	Total población infantil				
	Total de prácticas Imágenes	1.446		0.921	1.012
	Total población infantil				
	Total de prácticas Hemoterapia	0.002		0.176	0.001
	Total población infantil				
	Total de prácticas Kinesiología	1.871		0.657	1.310
	Total población infantil				
Consistencia Hospital de día		H. E. Vidal 96 (Ctes)	H. Notti 96 (Mza)	H.Garrahan 96 (Cap.Fed)	H.Juan Pablo II
%Hospital de día/población	Total Hospital de Día		3%	16%	3%
	Población				
% Hospital de día/Consultas	Total Hospital de Día		1%	7%	1%
	Total Consultas externas (emerg..)				

Fuente: Elaboración propia. Información estadísticas del Hospital "Notti" (Mendoza), Hospital "Garrahan", y Hospital "Eloisa Vidal" (Corrientes).

Cuadro VI

Estadísticas de Servicios de Apoyo. Hospital Garrahan -1996

SERVICIOS DE APOYO DEL HOSPITAL GARRAHAN (Cap. Federal)	
Laboratorio	1,253,531
* Citogenética	2,267
* Central	777,360
* microbiología	89,914
* Inmunología	31,297
* Endocrinología	30,102
* Nutrición	1,424
* Hematología	299,304
* Otros (Biología molecular - enferm cong. inaparentes)	21,863
Imágenes	123,038
* RX Standard	94,799
* Radiológicos	5,184
* Ecografías	15,744
*Tomografía computada	7,311
Hemoterapia	23,576
Kinesiología	87,830
Total de prácticas	1,487,975

Fuente: Estadísticas Año 1996 Hospital " Garrahan" (Capital Federal)

A N E X O I V

MEMORIAS DE CALCULO

DEMANDA DE SALUD PEDIÁTRICA HOSPITAL "JUAN PABLO II"

Para estimar el tamaño de la población objetivo del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" se ha implementado la siguiente metodología, compuesta por cinco pasos, para llegar a un resultado razonable y aproximado.

I) POBLACIÓN MENOR A 14 AÑOS. (datos censales 1991)

Esta técnica parte de la determinación de la población menor a 14 años según información oficial suministrada por el INDEC del Censo Nacional de población y vivienda año 1991, arrojando los siguientes resultados:

- Capital: 92.961
- Interior: 202.419
- Total Provincia. Corrientes: 295.380

II) PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MENOR A 14 AÑOS AL AÑO 1997

Luego se proyecta la población aplicando la tasa anual media intercensal considerando los nacimientos y defunciones al año 1997, para hallar la población de 0 a 14 años al año 1997.

La tasa de crecimiento anual media intercensal, surge de tomar la población proyectada a partir del censo, según la Dirección de estadísticas y censos de la Provincia de Corrientes, desde el año 92 hasta el año 2000, tanto en capital como en el interior. La misma se determinó según la fórmula siguiente:

$$\begin{aligned} & \frac{1}{8} \\ \text{T. DE CRECIM. ANUAL CAPITAL : } & \frac{\text{Población estimada año 2000} = 362.871}{\text{Población estimada año 1997} = 278.008} = (1.31) - 1 = 3.386 \% \\ & \frac{1}{8} \\ \text{T. DE CRECIM. ANUAL INTERIOR : } & \frac{\text{Población estimada año 2000} = 587.099}{\text{Población estimada año 1997} = 534.903} = (1.097) - 1 = 1.012 \% \end{aligned}$$

Se obtiene una población de 0 a 14 años de 328.545 niños para el año 1997.

-III) DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN DEMANDANTES DE SERVICIOS DE SALUD.

En una tercer etapa, se calculan sobre la población total proyectada al año 97, la proporción de niños que estimativamente por año, deberían demandar servicios de salud, clasificados en rangos por edad.

Se aplican como hipótesis, basada en opiniones de los profesionales médicos los siguientes porcentajes de demanda de servicios de salud al año sobre los distintos segmentos de población:

- Población de 0-4 años: 90%
- Población de 5-9 años: 50%
- Población de 10-14 años: 40

Es importante aquí considerar que los grupos de menor edad, demandan mayores servicios de salud que los de mayor edad. Esto está demostrado en información estadística de los Hospitales y corroborado en consultas con profesionales de la medicina pediátrica.

De esta manera queda conformado una población pediátrica para la Provincia de Corrientes de:

- Capital: 69.648 niños.
- Interior: 130.036 niños.
- Total: 199.684 niños que representan un 61% de la población pediátrica total.

IV) DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II". RÉCIMEN DE SALUD /IGENTE AL AÑO 1997.

Una vez hallada la población de 0 a 14 de la Provincia, de Corrientes que en forma estimativa demande servicios de salud, estamos en condiciones de hallar el "tamaño de la población objetivo" que va a demandar atención médica en el nuevo Hospital Pediátrico.

Para calcular en esta última etapa debemos considerar el porcentaje del total de la población tanto de capital como del interior que en forma aproximada asistirá al Hospital. Los porcentajes definidos surgen de análisis de consistencia cruzando con otras informaciones, métodos, consultas con médicos y mucho sentido común.

Sobre el total de los distintos segmentos por edad (0-4, 5-9 y 10-14) de la población que demanda servicios de salud, en la Provincia de Corrientes, se aplican los hipotéticos porcentajes de captación:

- Capital: 70%
- Interior: 3% para 0-4, 2% para 5-9 y 1% para 10-14.
- Regiones vecinas: 0.50% para 0-4, 0.20% para 5-9 y 0.20% para 10-14. Es decir, en promedio, un 0.35% del total de la población que demanda servicios de salud.

Así se obtiene la población objetivo del Hospital Pediátrico, de las siguientes áreas:

- Capital: 48.754 niños
- Interior: 2.986 niños
- Regiones vecinas: 709 niños
- Total: 52.449 niños

V) POBLACIÓN OBJETIVO PARA EL PERIODO 1998. CON NUEVO MODELO DE SALUD.

Ahora bien, existen dos razones, que impiden que el nuevo Hospital, capte en su totalidad la población objetivo previamente determinada durante el periodo 98. Ellas son

Está inserto en un contexto de Reforma estratégica del sector salud de la provincia, donde pasará a integrar como Centro de alta complejidad una red pública, que tiene como finalidad hacer prevalecer los centros de Atención primaria de la salud descentralizados geográficamente. Por ello la población objetivo para el periodo 98 será de un 80% del total definido en el paso anterior, quedando finalmente una población de **41.959** niños. El 20% restante quedaría a cargo de los "CAPS".

Debe iniciar un periodo de "puesta en funcionamiento", donde se implementa lógicamente el adiestramiento del personal, la puesta a punto y capacitación para el manejo de la tecnología, y cambio cultural de la población al nuevo Centro asistencial. Por consiguiente, se estima que durante el periodo 1998 el Hospital funcionará en un 80% de su capacidad de optimización de recursos, quedando finalmente reducida su población a **33.567** pacientes, dato que se refleja en la Tabla II-A de Producción.

TABLA I (CAPITULO V) - INVERSIONES REALIZADAS A 12/1997 (EN MILES DE PESOS)

Esta Tabla contiene el monto de las inversiones, desagregadas por rubro, según información suministrada hasta la fecha, por los distintos organismos involucrados en el Proyecto;

Obras civiles y construcciones: Surge de aplicar la suma de la Obra civil presupuestada (excepto las instalaciones) y ejecutada más los trabajos adicionales ejecutados hasta el nro. 9 (Ver Tabla I – Capítulo V). El monto asciende a 7.055 (miles de pesos).

Instalaciones: Según presupuesto de obra, Información proporcionada por el INVICO, el monto de instalaciones asciende a 2.403 miles de pesos 9 (Ver Tabla I – Capítulo V). Contiene los siguientes conceptos:

- Instalaciones sanitarias: 468
- Instalaciones eléctricas: 664
- Instalaciones para gas: 20
- Instalaciones especiales: 1.251

Equipamiento informático: Según informe suministrado por la "Unidad de Proyecto", la cifra asciende a 1.990 (miles de pesos).

Equipamiento médico: Según informe suministrado por la Unidad de Proyecto, la cifra asciende a 5.659 (miles de pesos).

Instrumental hospitalario: Se consideró la suma de 101 mil, la que comprende Ropa descartable, telas, herramientas, instrumentos y accesorios en general.

Fletes y Seguros: Se estimó un hipotético 1 % de la sumatoria correspondiente al Equipamiento informático, médico e instrumental hospitalario, resultando un monto de 78 mil

Montaje de equipos: Se estima el 3 % del monto total del equipamiento informático y médico, cifra que asciende a 229 mil

Muebles y Útiles: Se imputaron en éste ítem los muebles y útiles de oficina necesarios para la administración del Hospital, s/ información suministrada por la "Unidad de Proyecto" cifra que asciende a 699 mil.

Costo Básico Activo Fijo: Es la sumatoria de todos los ítems anteriores y asciende a 18.214 (miles de pesos)

Contingencias: Se tuvo en cuenta incrementos en el Costo básico de activos Fijos motivados por factores aleatorios ó contingentes, en un 10 % del mismo, alcanzando a 1.821 (miles de pesos).

Costo Activo Fijo: Representa la suma de los ítems i) y j) ascendiendo a 20.035 (miles de pesos).

Gastos preoperativos: Se evaluó en un 0.50 % del Costo del Activo Fijo resultando 100 mil. Incluye gastos de capacitación, controles operativos y administrativos necesarios para dar inicio al proyecto.

Gastos de puesta en marcha: Comprenden los gastos para la puesta en funcionamiento y se estimó en un 0.50 % del Costo del Activo Fijo, 100 mil.

Costo Total del Activo Fijo: Es la sumatoria de los ítems. k), l) y m) ; arrojando un monto total de 20.236 (miles de pesos).

Costo de Inversión Total: Al no considerarse capital de trabajo el monto del Costo de la Inversión es Igual al del Activo Fijo, es decir 20.236 (miles de pesos).

TABLA II- (Capítulo V) PRODUCCIÓN. PROYECCIÓN DE SERVICIOS (EN VOLUMEN)

Cálculo del crecimiento de la Población Potencial

Se parte de la Población Potencial a ser atendida por el Hospital "Juan Pablo II" (Demanda Potencial del hospital –Anexo IV), y se estima su proyección en función a la tasa de crecimiento vegetativa de la Provincia de Corrientes, de 2.0101 %. La misma fue calculada en función de los datos suministrados por la "Dirección de Estadísticas y Censo de la Provincia de Corrientes", según se detalla:

1/3

$$\text{TASA CREC. ANUAL PCIA.: } \frac{\text{Población est. año 2000} = 949.970}{\text{Población est. año 1997} = 894.911} = (1.0615) - 1 = 0.020101$$

Se obtienen los resultados de población para los siguientes períodos anuales:

- Año 1998: 41.959 niños
- Año 1999: 42.802 niños
- Año 2000: 43.663 niños.

Porcentaje de atenciones:

Se estimó un 80 % para el año 1998, 90 % para 1999 y un 100 % para el año 2000, considerando la complejidad de la puesta en funcionamiento de cada una de las áreas que comprende el Hospital, y de las experiencias recogidas en otros Hospitales pediátricos de Alta Complejidad como el " Hospital Notti" de Mendoza y "Garrahan" de Bs. As. Naturalmente éstas cifras son hipótesis que pueden ser sensibilizadas. De éstos porcentajes, resulta entonces que para el año 1998 serían atendidos en el hospital "Juan Pablo II": 33.567 pacientes, en el año 1999, 38.522 y para el año 2000 trabajando a plena capacidad 43.663 niños.

Sector Consultas Externas (especialidades):

En virtud, del desarrollo en la Provincia de Corrientes del Modelo de Atención Primaria de la Salud, se descentralizará las atenciones de 1er y 2do nivel en los Centros de Atención Primaria quedando las atenciones de 3er nivel para los Centros de alta complejidad. Por consiguiente, el Hospital Pediátrico, como parte de este proceso, atenderá consultas por especialidad, quedando un mínimo porcentaje para consultas simples.

Se consideró para el año 1998 una población de 33.567 niños que multiplicado por un promedio de consultas de niños anuales (4), se obtiene un total de 134.269 consultas al año. A su vez se estimó un 65% de ese total de consultas para atenciones por especialidades, y el 35% restante a entradas por Emergencias.

Análisis de Consistencia.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Notti</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 80%</u>
Consultas Externas	79.566	133.929	234.248	87.725
Emergencias:	37.282	104.184	75.102	46.994
Total Consultas y Emerge.	116.848	238.113	309.350	134.269
% Cons. s/Total	68.09 %	56.24 %	75.72 %	65.00 %
% Emergencias s/Total	31.91 %	43.76 %	24.28 %	35.00%

Se estableció un porcentual del 65% s/ el total de consultas, considerando que el H. "Eloísa Vidal" con el anterior esquema que concentraba consultas simples y por especialidad mantenía un 68% sobre el total de consultas. Consideramos que el nuevo Hospital, con mayor capacidad, mantendría similar volumen de atenciones, pero a diferencia de este, un mayor porcentaje de consultas por especialidades.

El Hospital "Notti", dentro de un esquema de Salud Provincial descentralizado, mantiene un porcentaje 56.24% sobre el total de consultas. Según información de funcionarlos del mismo, las entradas por emergencia en ese hospital están sobredimensionadas.

Respetando este criterio se proyectan para los siguientes años:

- Año 1999: 154.088 consultas totales y 100.157 consultas externas.
- Año 2000: 174.651 consultas totales y 113.523 consultas externas.

Sector Emergencias.

De acuerdo a lo observado y manifestado por profesionales médicos, tanto en Corrientes como en Mendoza, el ingreso por emergencia no refleja las atenciones de real urgencia. Por ende, el porcentaje s/ el total de consultas se mantiene en niveles

elevados, entre un 32% y un 44%. Este fenómeno obedece a un problema cultural y de organización que no posee por ejemplo, el Hospital "Garrahan", ya que en este caso, siendo las emergencias registradas un 75% atenciones de guardia y en un 25% verdaderas urgencias, representan un 24.28% sobre el total de consultas.

Análisis de Consistencia:

	H. Eloisa Vidal	H. Notti	H Garrahan	H.J. Pablo II al 80%
Población:	29.212	59.528	133.664	33.567
Consultas Externas:	79.566	133.929	234.248	87.275
Emergencias:	37.282	104.184	75.102	46.994
% Emergencias s/Total	31.91 %	43.76 %	24.28 %	35.00 %
% Emergencias s/ Población	128%	175%	56%	40%

El nuevo hospital captará emergencias no solo del sector carenciado sino que de toda la población infantil de la ciudad que sufra accidentes en la ciudad. Se consideró razonable tomar una media, que asciende a 140 % sobre el total de población infantil, teniendo en cuenta el análisis comparativo realizado con el Hospital de niños "Eloisa Vidal" (128 %) y el Hospital H. "Notti" de Mendoza (175 %).

De esta forma las entradas por emergencias para los períodos sucesivos serían:

- Año 1998: 46.994
- Año 1999: 53.931
- Año 2000: 61.128

Sector Internaciones

El Hospital "Eloisa T. De Vidal", con capacidad para 80 camas, no daba abasto para atender la creciente demanda de niños tanto de Capital como de distintos puntos del Interior de la Provincia. Las estadísticas de Internación al año 96 arrojaban 4.300 niños aproximadamente.

A los efectos del proyecto, se dividió el sector Internación en tres grandes secciones:

- Internación clínica.
- Internación quirúrgica
- Terapia Intensiva.

Se tomo en cuenta que el Hospital tendrá habilitadas durante el transcurso del año 1998 un total de 170 camas distribuidas de la siguiente manera:

108 para Internación indiferenciada.

14 para Hemato-oncología.

16 para Terapia Intensiva.

16 para Quemados.

13 para Emergencias.

3 para Nefrología.

- Se agrupan por un lado 154 camas que se destinan a Internación clínica y quirúrgica y por el otro las 16 camas pertenecientes a Terapia Intensiva.

- Según bibliografía consultada el índice de ocupación normal es de un 85%, de manera de mantener un pequeño número de camas desocupadas para permitir la cómoda rotación de pacientes y casos de emergencias.

- En cuanto al promedio de días de estada la experiencia en organización hospitalaria establece que el promedio de días de permanencia inferior a 7 días son demasiados bajos para un hospital de alta complejidad y promedios superiores a 15 son elevados en exceso. Teniendo en cuenta esto y el análisis comparativo realizado se consideró 7 días para internación clínica y quirúrgica, mientras que para UTI se estima en 9 días..

Análisis de Consistencia.

Límite máximo de internaciones según camas disponibles. Año 1998.

Clínica y cirugía.

$$\text{Pacientes años cama} = \frac{\text{Total días al año}}{\text{Promedio días estada}} = \frac{365}{7} = 52 \text{ niños}$$

Cantidad de internaciones = Total de camas x % de ocupación x Pacientes años cama
= 154 x 0.85 x 52 = 6.807

Terapia intensiva

Pacientes años cama = $\frac{\text{Total días al año}}{\text{Promedio días estada}}$ $\frac{365}{9} = 41 \text{ niños}$

Cantidad de internaciones = Total de camas x % de ocupación x Pacientes años cama
= 16 x 0.85 x 41 = 558

Datos comparativos en valores absolutos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Notti</u>	<u>Garrahan</u>	<u>H.I. Pablo II al 80%.</u>
Consultas totales	116.848	238.113	309.350	134.269
Internación:	4.381	11.663	15.126	5.304
-Clínica (defecto)	3.620	-	6.732	4.028
-Cirugía	665	-	7.753	1.007
-UTI	96	637	641	269
Población:	29.212	59.528	133.664	33.567

Datos comparativos en términos relativos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Notti</u>	<u>Garrahan</u>	<u>H.I. Pablo II al 80%.</u>
% Internación/ Población	15%	20%	11%	16%
% Internación s/consultas	4 %	5 %	4 %	4 %
% Clínica s/ Población	12%	-	5%	12%
% Clínica s/ Internación	83%	-	45%	76%
% Cirugía s/ Población	2%	-	6%	3%
% Cirugía s/ Internación	15%	-	51%	19%
% UTI s/ Población	0.33%	1.07%	0.48%	0.80%
% UTI s/ Internación	2%	5%	4%	5%

De esta forma la proyección de internaciones en volumen quedó conformada de la siguiente manera:

	<u>Año 1998</u>	<u>Año 1999</u>	<u>Año 2000</u>
Total Internaciones	<u>5.304</u>	<u>6.086</u>	<u>6.899</u>
- Clínica	4.028	4.623	5.240
- Cirugía	1.007	1.156	1.310
- Terapia Intensiva	269	308	349

Sector Hospital de Día.

El Hospital "Eloisa Vidal", no contaba con esta unidad de servicios, o al menos, no existía en los registros estadísticos. Se consideró razonable establecer un nivel de actividad, similar en términos relativos al Hospital H. "Notti" de Mendoza, considerando las características semejantes tanto en su capacidad, como en las aspiraciones de gestión del nuevo Hospital.

Datos comparativos en valores absolutos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Notti</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 80%.</u>
Hospital de día	-	1.821	21.479	1.007

Datos comparativos en términos relativos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Notti</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 80%.</u>
% Hosp. de día/ Población-	-	3%	16%	3%
% Hosp. de día s/consultas	-	1 %	7 %	1 %

De esta manera la Producción de la unidad de Servicios de Hospital de Día quedó proyectada de la siguiente forma:

- Año 1998: 1.007 atenciones.
- Año 1999: 1.156 atenciones.
- Año 2000: 1310 atenciones.

Servicios de apoyo.

Se tomaron en consideración cuatro grandes grupos de prestaciones que son:

- Laboratorio.
- Imágenes.
- Hemoterapia.
- Kinesiología.

Posteriormente, establecimos la comparación de cantidad de practicas al año, del Hospital "Eloisa Vidal" y el Hospital "Garrahan", obteniendo los siguientes resultados:

Datos comparativos de cantidad de practicas anuales.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>
Laboratorio	181.648	1.253.531
Imágenes	42.227	123.038
Hemoterapia	57	23.576
Kinesiología	54.648	87.830

Luego, se establece la relación entre cantidad de prácticas y población objetivo de cada institución al año:

Datos relativos de practicas por persona.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan.</u>
Laboratorio	6,218	9,378
Imágenes	1,446	0,921
Hemoterapia	0,002	0,176
Kinesiología	1,871	0,657

Se determina, respetar los indicadores relativos del anterior Hospital de niños "Eloisa Vidal", pero aplicando un factor de corrección por eficiencia del 70%, de manera tal de disminuir en un 30% la cantidad de prácticas por persona, en función a un hipotético control del costo sin perjuicio de la calidad, por parte del personal sanitario.

De esta manera se obtienen los siguientes resultados para el nuevo Hospital "J. Pablo II" al 70% de su capacidad para el año 98:

	<u>Cantidad de practicas</u>	<u>Prácticas por pacientes.</u>
Laboratorio	146.111	4.353
Imágenes	33.966	1.012
Hemoterapia	46	0.001
Kinesiología	43.957	1.310

Proyectándose un total de prácticas anuales de:

- Año 1998: 224.079 prácticas
- Año 1999: 257.156 prácticas.
- Año 2000: 291.472 prácticas.

TABLA III (Capítulo V) - VALORIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN (EN MILES DE PESOS)

Este cuadro refleja la producción del nuevo Hospital (Tabla II-Capítulo V) valorizada en miles de pesos.

Para ello, se multiplicaron cantidad de servicios provenientes de Tabla II-Capítulo V por aranceles que fueron extraídos del "Régimen de Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Autogestión" vigentes a partir del 1/07/97.

Consultas totales: corresponde a la suma de el monto valorizado del sector consultas externas más el monto valorizado del sector emergencias. Obteniendo la siguiente proyección (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998 : 1.907
- Año 1999 : 2.188
- Año 2000 : 2.480

Sector Consultas externas: surge de la multiplicación de cantidad de consultas externas de la TABLA II- Capítulo V, por el precio de la Consulta (con una práctica incluida) equivalente a \$10. Se obtiene la siguiente proyección (en miles de pesos):

- Año 1998: 873
- Año 1999: 1.002
- Año 2000: 1.135

Sector Emergencias: se obtiene a partir de la multiplicación de cantidad de entradas por Emergencias extraídas de Tabla II Capítulo V, por el arancel \$22. Este ultimo surge de aplicar la siguiente ponderación:

<u>Concepto</u>	<u>Arancel</u>	<u>Participación</u>	<u>Ponderación</u>
-Atención en guardia o consultorio externo	15	80%	\$12
-Atención de urgencia en guardia.	50	20%	\$10
Total		100%	\$22

Sector Internaciones: esta dada por la sumatoria de de los montos de la valorización de los sectores Internación clínica, internación quirúrgica y terapia Intensiva, obteniendo de esta manera la siguiente proyección (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998: 5.166
- Año 1999: 5.929
- Año 2000: 6.720

Internación clínica: se obtiene multiplicando cantidad de Internación clínica de Tabla II A por el arancel \$120 (módulo día clínico) por el promedio días de estada 7. De esta forma surge la siguiente proyección (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998: 3.384
- Año 1999: 3.883
- Año 2000: 4.401

Internación Quirúrgica: se obtiene multiplicando cantidad de internaciones quirúrgicas de Tabla II-Capítulo V por el arancel \$150 (módulo día quirúrgico) por el promedio días

de estada 7. De esta forma surge la siguiente proyección (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998: 1.057
- Año 1999: 1.213
- Año 2000: 1.375

Terapia Intensiva: surge de la multiplicación de cantidad de internaciones en terapia intensiva extraídas de Tabla II – Capítulo V por el arancel \$300 (módulo día UTI-UCO) por el promedio días de estada 9. De esta forma surge la siguiente proyección (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998: 725
- Año 1999: 832
- Año 2000: 943

Hospital de Día: Los valores allí determinados se obtienen multiplicando la cantidad de atenciones en dicho sector, extraídos de la Tabla II –Capítulo V, por un arancel promedio de \$100. Dicho promedio se obtiene de la siguiente forma:

- Modulo Hospital de día oncohematológico niños	\$80
- Módulo Hospital de día infectológico-inmunodeficiente	\$120
Total	\$200
Promedio:	\$100

Así resulta para este sector, la siguiente proyección (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998: 101
- Año 1999: 116
- Año 2000: 131

Servicios de Apoyo: Surge de aplicar la sumatoria los cuatro prestaciones básicas seleccionadas como servicios intermedios más importantes. Ellas son:

- Laboratorio
- Imágenes
- Hemoterapia
- Kinesiología

Los montos anuales establecidos para cada una de estas prestaciones, surgen de la multiplicación de la cantidad de prácticas extraídas de la Tabla II – Capítulo V, por valores promedios como precios hipotéticos correspondientes a las distintas prácticas y por un hipotético 20% que representa a prácticas atribuidas a los servicios de consultas especializadas y emergencias, excluyendo las atribuibles a internaciones, ya que estas últimas están incluidas en los módulos días de internación.

Los precios hipotéticos de las prácticas surgieron a través del siguiente cálculo:

Laboratorio: Se efectuó una ponderación de aranceles de prácticas de laboratorio según régimen de autogestión llegando a obtener un arancel ponderado de \$9.73

El Cálculo es:

$$(2*0.3+5*0.25+0*0.2+15*0.15+25*0.05+40*0.02+60*0.01+70*0.005+100*0.003+150*0.0002+200*0.001+300*0.001+350*0.0005)$$

Imágenes: Se tomó de Hospital "Garrahan" año 95 el costo que surge de la relación total gastado sobre el total de prestaciones: $\$3.511.872/113.601 = \$ 30$

Hemoterapia: Se tomó del Hospital "Garrahan" año 95 el costo que surge de la relación total gastado sobre el total de prestaciones: $\$1.646.466/21.573 = \76

Kinesiología: Se tomó un precio hipotético promedio por cesión de \$10.

De esta forma se obtiene la siguiente proyección correspondiente a servicios de apoyo (en miles de pesos):

- Año 1998: 577
- Año 1999: 662
- Año 2000: 750

Valorización total de la Producción: Así se obtiene el total de la valorización de la Producción para los sucesivos períodos anuales (en miles de pesos):

- Año 1998: 7.750
- Año 1999: 8.894
- Año 2000: 10.081

Servicios facturados y no facturados: Reconociendo que los hospitales públicos captan una demanda global constituida en parte por pacientes que declaran tener cobertura social, se tomó como aplicable el criterio de establecer que el 30% del total de las prestaciones son brindadas a personas que cuentan con cobertura de obras sociales, mutuales, prepagas o seguros privados de salud. Dicho valor surge como conclusión de un estudio sobre el total de personas que recurren a los servicios públicos de salud de la "Fundación Isalud" y publicado en su libro "Más Salud por el mismo Dinero". De esta manera, queda aclarado el horizonte de recaudación que poseen los hospitales públicos.

Ahora bien, entre ese 30% de pacientes con cobertura y 70% de pacientes se producen situaciones que hacen necesario seguir desagregando los pacientes en distintas categorías:

- a- Pacientes carenciados ("Plan Chamigo"): 70%
- b- Pacientes que no declaran cobertura social: 10%
- c- Pacientes que declaran cobertura social: 18%
- d- Pacientes Autoarancelados: 1%
- e- Pacientes cubiertos por compañías de Seguros: 1%

Prestaciones facturadas: Está dado por el 20% de los tres últimos ítems (c, d y e), adicionando además un 3,5% por el potencial grado de cobertura a "pacientes carenciados" que se irán gradualmente incorporando al recientemente creado "Plan Chamigo", cuyo objetivo principal consiste en brindar cobertura asistencial y médica a el sector indigente de la población.

Prestaciones no facturadas: Esta formada por un 66.5% de pacientes carenciados ("Plan Chamigo") y por un 10% correspondiente a pacientes que ingresan al Hospital y no declaran tener Obra social por razones culturales y de ineficiencia organizativa.

De esta manera, surge que un 76.5% de los servicios no se facturan y un 23.5% se facturan, quedando las proyecciones anuales (en miles de pesos) para los siguientes años en:

<u>Conceptos</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>
Servicios no facturados (63%)	5.929	6.804	7.712
Servicios facturados (37%)	1.821	2.090	2.369

(Todos lo valores anuales de la proyección están expresado en miles de pesos).

TABLA IV – (CAPITULO V) PLAN ECONÓMICO (EN MILES DE PESOS).

La facturación total es la que se puede visualizar en el último renglón de la Tabla III – Capítulo V) de Valorización de la producción y que surge según el cálculo mencionado en el párrafo anterior.

Modelo de incidencia de las partidas presupuestarias en el total de Gastos Hospitalarios

La experiencia en instituciones que trabajan proporcionando todos los servicios hospitalarios arrojan los siguientes porcentajes en términos generales (ver Cuadro I Anexo V):

	<u>% Incidencia</u>	<u>Juan Pablo II</u>
Remuneraciones al personal	55 % - 60 %	54.63%
Medicamentos e Insumos hospitalarios	20 %	17.59%
Servicios de alimentación (personal y pacientes)	12 %	8.27%
Gastos de limpieza, papelería, generales	11 %	14.20%
Servicio de Lavandería	2 %	3.24%

Los costo de los servicios (B) fueron abiertos en dos grandes grupos :

Costos variables (B.1.), que a su vez, fueron subdivididos en tres grandes rubros:

Honorarios médicos : Se tomó como base el criterio de asignación de honorarios

impuesto por la Ley de Arancelamiento nº 3593, como consecuencia el 30 % de la facturación cobrada en cada uno de los años del horizonte de planeamiento, (Ver TABLA V – Capítulo V) sería percibida por los profesionales médicos, resultando así 356 mil para el año 1998, 408 mil para 1999 y 463 mil para el año 2000.

Cabe destacar que el objetivo es que el hospital ingrese en el Sistema de Autogestión, lo que implica que quedará a criterio del mismo el desarrollo de programas de incentivos salariales y premios por productividad, capacitación, ó el método de

asignación que consideren más apropiado para la distribución en concepto de Honorarios médicos.

Medicamentos : Se consideró que el 13 % de la valorización total de la Pn. correspondían a medicamentos, representando de ésta manera un 12% del total de gastos presupuestados al año 2000 cuando este trabajando a plena capacidad.

Insumos Hospitalarios: Esta partida incluye materiales descartables, reactivos, materiales varios para laboratorio y placas radiográficas. El cálculo de los mismos se realizó teniendo en cuenta que el 6 % de la valorización total de la Pn. correspondían a insumos, representando un 5.5 % del presupuesto estimado.

Datos comparativos en valores absolutos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 100%.</u>
Medicamentos e Ins. Hospitalarios	793	14.697	1.916

Datos comparativos en términos relativos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 100%.</u>
% s/Total Gastos	17.5%	14.71%	17.5%

De esta manera surge el total de costos variables (en miles de pesos) proyectados para los siguientes años:

- Año 1998: -1.828
- Año 1999: -2.098
- Año 2000: -2.378

2) Costos Semifijos y Fijos (B.2.)

asignación que consideren más apropiado para la distribución en concepto de Honorarios médicos.

Medicamentos : Se consideró que el 13 % de la valorización total de la Pn. correspondían a medicamentos, representando de ésta manera un 12% del total de gastos presupuestados al año 2000 cuando este trabajando a plena capacidad.

Insumos Hospitalarios: Esta partida incluye materiales descartables, reactivos, materiales varios para laboratorio y placas radiográficas. El cálculo de los mismos se realizó teniendo en cuenta que el 6 % de la valorización total de la Pn. correspondían a insumos, representando un 5.5 % del presupuesto estimado.

Datos comparativos en valores absolutos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.L. Pablo II al 100%.</u>
Medicamentos e Ins. Hospitalarios	793	14.697	1.916

Datos comparativos en términos relativos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.L. Pablo II al 100%.</u>
% s/Total Gastos	17.5%	14.71%	17.5%

De esta manera surge el total de costos variables (en miles de pesos) proyectados para los siguientes años:

- Año 1998: -1.828
- Año 1999: -2.098
- Año 2000: -2.378

2) Costos Semifijos y Fijos (B.2.)

- Servicios de alimentación : Según Información proporcionada por la empresa prestadora del servicio, el contrato incluye 340 raciones diarias, la que se calculó en base a 170 camas por 2, ya que incluye paciente y un acompañante resultando 10.200 raciones mensuales y un total de 122.400 raciones anuales a un costo \$ 7.30 c/ración.

Surge así la proyección de estos costos (en miles de pesos) para los siguientes años:

- Año 1998: 715
- Año 1999: 804
- Año 2000: 894

- Servicios de Lavandería : Se estimó según Informaciones proporcionadas por la empresa contratada un total de 11.000 kilos de ropa mensuales (al 100% de actividad) a un costo de \$ 2.65 por kilo, lo que totalizan costos anuales (en miles de pesos) de:

- Año 1998: -280
- Año 1999: -315
- Año 2000: -350

- Servicios de Luz, Teléfono, Agua y Gas: Se consideró una media en relación al % de afectación que estos servicios tienen en el presupuesto total de los Hospitales Garrahan y Eloisa Vidal, a excepción de los gastos de teléfono que fueron proporcionados por el Sector Presupuesto del Hospital y que rondarían los 96 mil anuales.

Datos comparativos en valores absolutos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 100%.</u>
Luz, te., Agua y gas	90	80	206

Datos comparativos en términos relativos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 100%.</u>
% s/Total Gastos	1.98%	1.05%	1.89%

De esta manera surge el total de costos semifijos (en miles de pesos) proyectados para los siguientes años:

- Año 1998: -1.160
- Año 1999: -1.304
- Año 2000: -1.40

- Remuneración al Personal: Esta cifra fue proporcionada por el Sector Presupuesto del Hospital Juan Pablo II, el que incluye al personal permanente, temporario, servicios de guardia y asignaciones familiares. El monto asciende a 5.9 millones de pesos, es decir un 54 % del total de costos. Sin lugar a dudas la nómina salarial representa en todos los Hospitales de referencia, la cifra más significativa dentro del total de costos, representado entre un 55% y 70% de los mismos.

Datos comparativos en valores absolutos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 100%.</u>
Remuneración al personal	3.118	69.368	5.902

Datos comparativos en términos relativos.

	<u>H. Eloisa Vidal</u>	<u>H. Garrahan</u>	<u>H.J. Pablo II al 100%.</u>
% s/Total Gastos	68.85%	70.75%	54.13%

- Residentes y Becarios: Se obtuvo Información del Sector Presupuesto del Hospital Juan Pablo II, que la cantidad de residentes ascendería a 15 y el sueldo promedio rondaría los \$ 1.100. En consecuencia el monto por este concepto alcanzaría los 174 mil anuales.

- Refrigério al personal de guardia: Esta cifra está calculada en función a la cantidad de raciones 28.800 anuales, que surge de multiplicar la cantidad de agentes 80 por los días del año. Para valorizar, a la cantidad de raciones (28800) se multiplica por el costo de la ración, \$7.30 obteniéndose un total de 210 mil anuales. (Información proporcionada por Sector de Presupuesto del hospital Juan Pablo II)

- Servicios de Vigilancia: Según nos informaran esta previsto 12 agentes a un costo de \$ 1.417 por agente, lo que totaliza la suma de 206 mil anuales.

- Servicios de limpieza: Se calculó 84 agentes a un costo de \$ 424 más un 20% de insumos. La cifra anual asciende a 513 mil. [Información proporcionada por Sector de Presupuesto del hospital Juan Pablo (I)]

De esta forma surge el total de costos fijos y semifijos (en miles de pesos) proyectados para los siguientes años:

- Año 1998: -8.164
- Año 1999: -8.309
- Año 2000: -8.454

Que sumados a los costos variables se obtiene el costo total de los servicios (B) y proyectados (en miles de pesos) para los sucesivos años suman:

- Año 1998: -9.992
- Año 1999: -10.407
- Año 2000: -10.832

Resultado Bruto (C): Surge de la diferencia entre la facturación total y los costos de los servicios. La proyección del resultado bruto (en miles de pesos) para los años siguientes es de:

- Año 1998: -8.171
- Año 1999: -8.317
- Año 2000: -8.463

Gastos Operativos (D). Esta compuesto por los siguientes rubros:

- Gastos de Mantenimiento : Se consideró el 0.5 % del costo total del activo fijo (Tabla I – Capitulo V) Plan de Inversiones) resultando 101 mil anuales. Esta cifra representa el 0.92 % en relación al costo total, % que es similar al Hospital Garrahan.
- Gastos de Administración : Se estimó gastos por 60 mil anuales el que incluye papelería, útiles, insumos, comisiones y gastos bancarios. El mismo representa un 0.55 % del total de costos. En lo que se refiere a gastos de papelería, el dato fue proporcionado por el sector de Presupuesto del Hospital Juan Pablo II y asciende a 55 mil anuales.
- Depreciaciones : El monto surge de la Tabla I. Plan de Inversiones.
- Otros Gastos: Se incluyen :
 - Uniformes y Ropas de cama por 127 mil anuales, cifra que surge del presupuesto presentado en su oportunidad por la empresa proveedora \$ 63 mil multiplicada por 2, cantidad que representa las veces que en el año se estima la renovación de uniformes y ropa de cama. (1.17 % del total de costos)
 - Seguros generales : Según informaciones proporcionadas por el Hospital Juan Pablo II el monto asciende a 55 mil pesos representando el 0.51 % del total de costos.
 - Movilidad, fletes y otros : Se consideró un 0.41 % del total de costos representando 44 mil pesos anuales (monto proporcionado por el Sector Presupuesto del Hospital) .
 - Alquiler de fotocopiadora : Se estimó en 2 mil pesos anuales, cifra que surge del contrato realizado con la empresa proveedora. (0.02 % del total de costo)

El monto total proveniente de la sumatoria de los conceptos mencionados, asciende a 230 mil anuales.

Incobrables (E): Se consideró un 35 % del total de las facturaciones, porcentaje que representa el monto facturado y que por algún motivo no es posible hacer efectivo su cobro.

Resultado Neto (F): El monto surge de considerar el Resultado Bruto menos los Gastos Operativos, menos los Incobrables. El resultado neto anual (en miles de pesos) se proyecta en:

- Año 1998: -10.536
- Año 1999: -10.776
- Año 2000: -11.019

Tabla V – (CAPITULO V) PLAN FINANCIERO (EN MILES DE PESOS)

- **Facturación Total (A):** El monto surge de la TABLA II Valorización de la producción .
- **Incobrables (B):** Son valores que surgen de la diferencia entre la Facturación total y la Facturación cobrada. Representa un 35% de la facturación total.
- **Cobranzas (C):** El cálculo se desprende de lo cobrado en relación a lo facturado (Obras Sociales, Prepagas, Seguros, etc.). Surge de aplicar distintos % de estimación de la cobranza a la facturación total, teniendo en cuenta para ello los sectores de población (Carenciados (Plan Chamigo), con cobertura, con capacidad de pago, etc.). Así las proyecciones de las cobranzas (en miles de pesos) para los siguientes años son:
 - Año 1998: 1.186
 - Año 1999: 1.361
 - Año 2000: 1.542
- **Ingresos Operativos (D):** Se estima en promedio que los cobros serían financiados a 3 meses con el o parte de lo realmente cobrado sería diferido e ingresado en el año siguiente. En el año 1998 de 1.1 millones ingresaría efectivamente 889 mil quedando 296 mil a cobrar en el año 99. Así las proyecciones de ingresos operativos (en miles de pesos) para los siguientes años son:
 - Año 1998: 889
 - Año 1999: 1.317
 - Año 2000: 1.497
- **Egresos Operativos (E):** Esta compuesto por pagos a Proveedores que se financian en promedio a 30 días como la compras de Medicamentos y de Insumos hospitalarios y de pagos que se realizan en el momento de su devengamiento como los honorarios médicos que se cobran de Obras Sociales, la totalidad de los Costos fijos y semifijos

entre los cuales está Incluido las Remuneraciones al Personal y los gastos operativos.(
Tabla IV – Capítulo V. Plan económico)

Así las proyecciones de egresos operativos (en miles de pesos) para los siguientes años son:

- Año 1998: -10.260
- Año 1999: -10.780
- Año 2000: -11.204

• Flujo de Caja Operativo (F): Los valores surgen de tomar el total de los ingresos operativos (D) menos los egresos operativos (E).

Así las proyecciones déficit financiero para los siguientes años son:

- Año 1998: -9.371
- Año 1999: -9.463
- Año 2000: -9.707

ANEXO V

Cuadro I**CUADRO COMPARATIVO DE COSTOS**

Cuadro de Modelo de Incidencias de las partidas presupuestarias en el total del gasto hospitalario.

CONCEPTOS	JUAN PABLO II		HOSP. E. VIDAL		HOSP. GARRAHAN	
A) REMUNERACIONES AL PERSONAL	5,902,281	54.63%	3,118,699	68.85%	69,368,520	70.75%
H) INSUMOS HOSPITALARIOS	1,900,000	17.59%	931,066	20.55%	14,697,291	15.81%
Materiales descartables	350,000	3.24%	106,553	2.35%	5,452,408	5.86%
Medicamentos	1,300,000	12.03%	612,548	13.52%	6,041,084	6.50%
Reac. y mat. vs. para laboratorio		2.31%	15,752	0.35%	1,966,458	2.11%
Placas Radiográficas			58,000	1.28%	213,562	0.23%
Materiales varios						0.00%
Exigido			138,212	3.05%	1,023,779	1.10%
C) GASTOS HOSPITALARIOS	860,749	7.97%	57,873	1.28%	2,618,724	7.96%
Residentes	173,513	1.61%		0.00%		0.00%
Refrigerio al personal de guardia	210,240	1.95%		0.00%		0.00%
Artículos de limpieza y otros	85,478	0.79%	3,796	0.08%		0.00%
Papelaría y útiles y otros	55,533	0.51%	7,144	0.16%	258,434	0.28%
Comisiones y Gtos Bancarios	4,000	0.04%		0.00%		0.00%
Otros gastos (movilidad - fletes - correos)	44,224	0.41%	17,932	0.40%		0.00%
Uniformes y ropa de cama.	127,761	1.18%		0.00%	180,000	0.19%
Materiales				0.00%		
Materiales eléctricos-Repuestos y Accesorios				0.00%	475,670	0.51%
Mant. de edificio y equipos	100,000	0.93%	29,001	0.64%	871,000	0.94%
Depreciaciones		0.00%		0.00%		0.00%
Otros gastos varios				0.00%	833,620	0.90%
D) SERVICIOS DE TERCEROS	2,140,298	19.81%	422,236	9.32%	6,295,914	5.48%
Servicio de alimentación	893,520	8.27%	265,344	5.86%		0.00%
Servicio de Lavandería	349,800	3.24%	66,907	1.48%		0.00%
Servicio de Vigilancia	205,968	1.91%		0.00%		0.00%
Servicio de Limpieza	427,392	3.96%		0.00%	90,736	0.10%
Luz y fuerza motriz	90,000	0.83%	64,697	1.43%	617,904	0.66%
TE	96,000	0.89%	14,269	0.31%	225,041	0.24%
Agua Gas	20,000	0.19%	11,019	0.24%	137,294	0.15%
Seguros generales	55,146	0.51%		0.00%	137,775	0.15%
Alquiler fotocopidora	2,472	0.02%		0.00%		
Honorarios de terceros						
TOTAL	10,803,328	100.00%	4,529,873	100.00%	92,980,450	100.00%

Fuente: Elaboración propia. Presupuesto Año 1996 Hospital "Garrahan", Capital Federal.
Hospital "Eloisa T. Vidal" - Presupuesto - Año 1997

ANEXO VI

PROVINCIA DE CORRIENTES

ESTADÍSTICAS VITALES

Tabla I

Diez primeras causas de defunciones generales registradas

Total Provincia

Año 1997

Causas	Casos	%
1 - Accidente vascular encefálico agudo.	379	6,9
2 - Insuficiencia cardíaca	365	6,6
3 - Otras septicemias	251	4,6
4 - Infarto agudo de miocardio	215	3,9
5 - Hemorragia intracefálica	128	2,3
6 - Diabetes mellitus	127	2,3
7 - Tumor maligno de los bronquios y del pulmón		2,3
8 - Neumonía, organismo no especificado	121	2,2
9 - Exposición a factores no especificados	96	1,7
10 - Hipertensión esencial (primaria)	94	1,7
TOTAL	1901	44,4
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	758	13,8
Resto de las causas	2845	51,7
TOTAL GENERAL	5.504	100,00

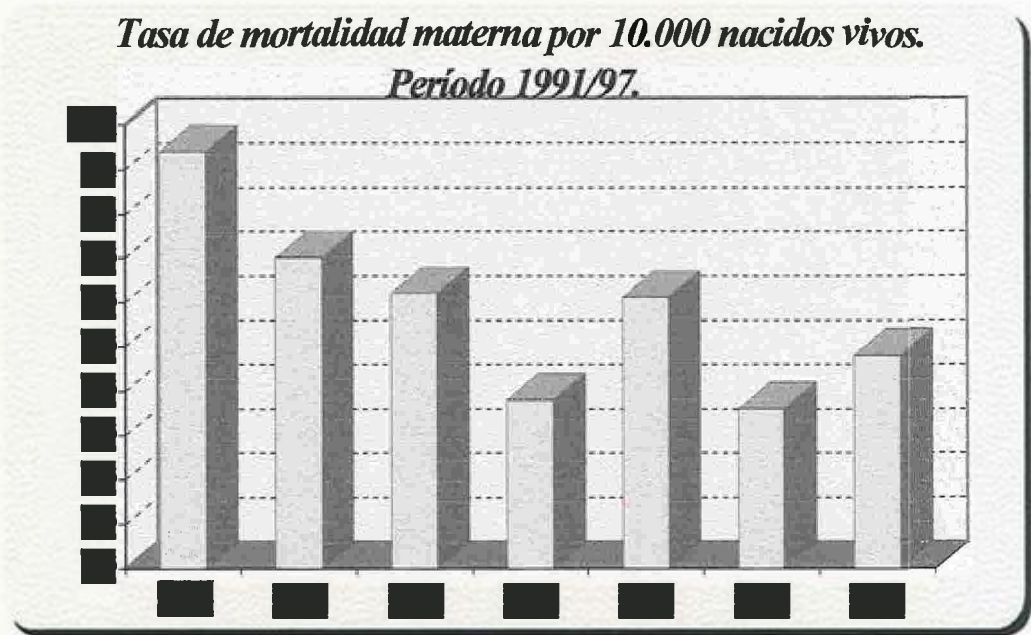
Fuente : Subdirección de Estadísticas de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Tasa de Mortalidad Materna por 10000 nacidos vivos
Total Provincia - 1991 - 1997

Años	Nacidos Vivos	Nº muertes maternas	Tasa
1991	23.426	22	9,4
1992	21.314	15	7,0
1993	20.968	13	6,2
1994	20.806	8	3,8
1995	21.313	13	6,1
1996	22.507	8	3,6
1997	22.742	11	4,8

Fuente: Elaboración Propia

Grafico I



Fuente: elaboración Propia

DEFUNCIONES GENERALES, SEGÚN CAUSA**TOTAL PROVINCIA****AÑO 1997**

Causas	Casos	%
Total	5.504	100,00
Mal definidas	758	13,77
Bien definidas	4.746	86,23
• Infecciosas y parasitarias	509	9,25
-T. B. C	50	0,91
Meningitis T. B. C.	--	
Otras T. B. C.	50	0,91
-Infecciones meningocócicas	3	0,05
-Tétanos	4	0,07
-Difteria	--	
-Poliomielitis	--	
-Enf. Por HIV	14	0,25
-Hepatitis viral	3	0,05
-Bronconeumopatías agudas	132	2,40
-Otras infecciosas y parasitarias	303	5,51
• Tumores	833	15,13
-Benignos	1	0,02
-Malignos	832	15,12
• Cardiovasculares	1.596	29,00
-Hipertensión	124	2,25
-Isquémicas	261	4,74
Otrascardiovasculares	1.211	22,00
• Bronconeumopatías no agudas	51	0,93
• Diabetes	127	2,31
• Accidentes, enven. y violencias	455	8,27
Accidentes de tránsito vial	78	1,42
Otros acci. Env. y violencias	377	6,85
• Pat. Asoc. al embarazo,		
parto y puerperio	11	0,20
• Otras causas bien definidas	1.133	20,59

Fuente : Subdirección de Estadísticas de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Tasa de mortalidad infantil, neonatal, precoz, tardía y posneonatal según**Departamento de residencia de la madre.****Total Provincia. Año 1997.**

Departamento	Nacidos Vivos	Mortalidad Infantil									
		Total		Neonatal						Posneonatal	
		Def.		Total		Precoz		Tardía		Def. de	
		0 / 11	Tasa	0 a 27 días		-- de 7 días		7 a 27 días		28 días/	Tasa
		Meses		Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	11 meses	
Total Provincia	22.742	513	22,6	324	11,7	57	2,5	167	7,3	22	1,0
Bella Vista	1.047	23	22,0	16	14,3	1	1,0	5	4,8	2	1,9
Berón de Astrada	66	4	60,6	—	—	—	—	2	30,3	2	30,3
Capital	7.271	161	22,1	118	12,9	24	3,3	37	5,1	6	0,8
Concepción	510	16	31,4	8	13,7	1	2,0	8	15,7	—	—
Curuzú Cuatía	1.073	21	19,6	10	8,4	1	0,9	9	8,4	2	1,9
Empedrado	348	5	14,4	4	8,6	1	2,9	1	2,9	—	—
Esquina	722	18	24,9	14	16,6	2	2,8	4	5,5	—	—
General Alvear	159	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
General Paz	369	13	35,2	8	16,3	2	5,4	4	10,8	1	2,7
Goya	2.199	67	30,5	40	16,8	3	1,4	25	11,4	2	0,9
Itatí	146	6	41,1	3	20,5	—	—	3	20,5	—	—
Ituzaingó	744	16	21,5	10	9,4	3	4,0	6	8,1	—	—
Lavalle	698	15	21,5	7	8,6	1	1,4	6	8,6	2	2,9
Mburucuyá	238	3	12,6	—	—	—	—	3	12,6	—	—
Mercedes	1.133	10	8,8	6	5,3	—	—	4	3,5	—	—
Monte Caseros	723	14	19,4	10	9,7	3	4,1	4	5,5	—	—
Paso de los Libres	1.219	36	29,5	22	15,6	3	2,5	13	10,7	1	0,8
Saladas	677	14	20,7	6	5,9	2	3,0	6	8,9	2	3,0
San Cosme	193	2	10,4	2	10,4	—	—	—	—	—	—
San Luis del Palmar	398	7	17,6	4	7,5	1	2,5	3	7,5	—	—
San Martín	211	1	4,7	1	4,7	—	—	—	—	—	—
San Miguel	363	8	22,0	2	2,8	1	2,8	6	16,5	—	—
San Roque	489	6	12,3	4	6,1	1	2,0	1	2,0	1	2,0
Santo Tomé	1.507	39	25,9	25	13,9	4	2,7	13	8,6	1	0,7
Sauce	239	8	33,5	4	4,2	3	12,6	4	16,7	—	—

Fuente: Subdirección de Estadísticas de Salud, Departamento de Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Nacidos vivos según edad y lugar de residencia de la madre

Total Provincia. Año 1997

Departamento	Total	Edad de la Madre								
		- de 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 y+ (*)
Total Provincia	22.645	143	4.451	6.298	5.129	3.785	2.037	684	45	73
Bella Vista	1.046	6	211	282	237	169	104	31	1	5
Berón de Astrada	66	—	13	26	10	11	3	3	--	—
Capital	7.258	25	1.260	1.990	1.752	1.313	674	198	9	37
Concepción	509	5	107	146	96	85	50	15	1	4
Curuzú Cuatiá	1.073	8	199	276	267	194	96	30	2	1
Empedrado	348	1	67	102	77	47	36	17	1	—
Esquina	722	4	175	226	152	102	46	15	2	--
General Alvear	159	1	32	42	34	30	15	4	1	--
General Paz	367	4	70	95	88	56	34	17	2	1
Goya	2.199	17	458	598	502	382	180	59	3	—
Itatí	145	2	32	32	35	16	20	8	--	--
Ituzaingó	702	4	157	201	131	113	65	28	--	3
Lavalle	698	8	168	205	146	88	60	16	5	2
Mburucuyá	238	2	47	67	56	31	22	13	--	--
Mercedes	1.132	4	218	330	245	159	133	42	1	—
Monte Caseros	721	9	152	217	164	110	58	10	--	1
Paso de los Libres	1.216	12	257	335	266	217	94	30	2	3
Saladas	677	6	135	180	134	113	74	31	2	2
San Cosme	193	3	40	61	34	33	14	7	--	1
San Luis d. Palmar	398	1	72	113	78	76	40	12	2	4
San Martín	211	3	48	49	52	35	14	7	2	1
San Miguel	363	4	88	95	76	50	32	18	--	—
San Roque	487	5	103	128	101	80	44	21	2	3
Santo Tomé	1.479	6	294	439	341	237	110	41	6	5
Sauce	238	3	48	63	55	38	19	11	1	--

(*) : Incluye Edad Ignorada.

Fuente : Subdirección de Estadísticas de Salud, Departamento de Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud Pública.
Provincia de Corrientes.

Defunciones de menores de 1 año según causa
Total Provincia.Año 1997.

Causas	Total	%
Total	513	100,0
Mal definidas	26	5,1
Bien definidas	487	94,9
Infecciosas y parasitarias	70	13,6
-Enteritis y otras infecciones diarréicas	19	3,7
-T. B. C.	1	0,2
-Meningitis T. B. C.	--	--
-Otras T. C	--	--
B.	--	--
-Difteria	--	--
-Tos ferina	--	--
-Infecciones meningocócicas	1	0,2
-Tétanos	2	0,4
-	--	--
Poliomielitis	--	--
-Bronconeumopatías agudas	33	6,4
-	--	--
Sarampión	--	--
-Hepatitis infecciosa	1	--
-Sífilis	1	0,2
congénita	1	0,2
-Otras infecciosas y parasitarias	12	2,3
Desnutrición	18	3,5
•Bronconeumopatías no agudas	--	--
Mal formaciones congénitas	56	10,9
•Afecciones perinatales	306	59,6
• Otras causas bien definidas	37	7,2

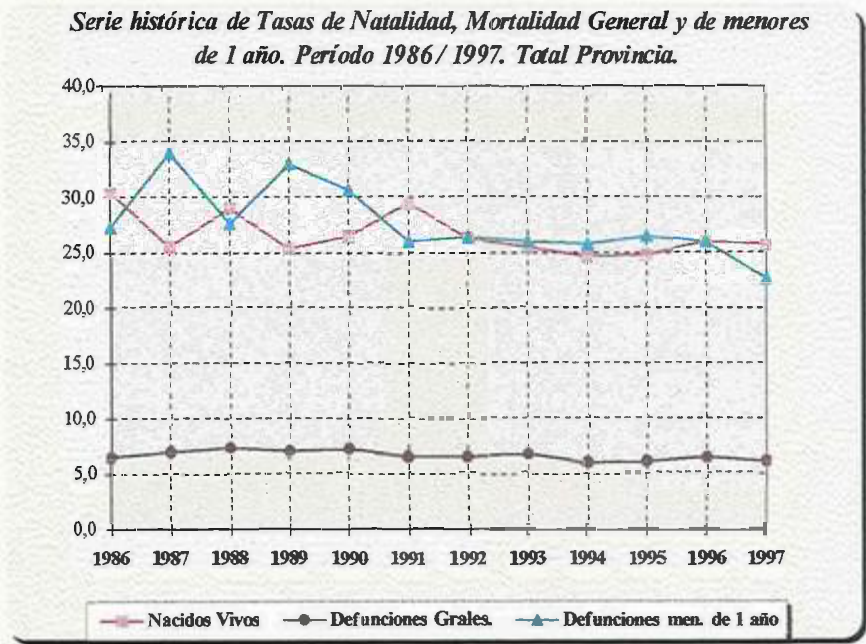
Fuente: Subdirección de Estadísticas de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.
Ministerio de Salud Pública Provincia de Corrientes.

Cinco primeras causas de defunciones de menores de 1 año
Total Provincia. Año 1997

Causas		Total	%
Total cinco primeras causas		161	31,4
1- Sepsis bacterianas del recién nacido		68	13,3
2- Trastornos relac. Con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer		26	5,1
3- Neumonía, organismo no esp.		24	4,7
4- Dificultad resp. del recién nacido		24	4,7
5- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen Infeccioso		19	3,7
Otras causas mal definidas y desconocidas de morbilidad y mortalidad		26	5,1
Resto de las Causas		326	63,5
Total		513	100,0

Fuente : Subdirección de Estadísticas de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Grafico I



Fuente: Elaboración Propia

A N E X O V I I

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Informatización

Cuando definimos requerimientos de Información pensamos en el nuevo contexto donde las Instituciones de salud del sector público enfrentan el desafío de asegurar una mayor cobertura de prestaciones en sus diversos niveles y complejidades, observando un riguroso control de costos en un marco calidad y de equidad en el acceso, ejerciendo un rol regulador de costos en el mercado, para lo cual resulta indispensable la capacidad de administrar su infraestructura, sus recursos y poder determinar el precio de los servicios hospitalarios.

Pusimos énfasis en la búsqueda de soluciones Informáticas Integrales que garantizaran el pleno cumplimiento de la misión institucional que le cabe al Hospital público a saber:

- Brindar Atención Médica Continuada, Integrada, e Integral.
- Ofertar cobertura con equidad y calidad.
- Asegurar calidad del servicio hospitalario a la población.
- Contención de costos que aseguren eficiencia.

En este contexto resulto definimos no solo la herramienta Informática sino la solución integral de información y tecnologías que garantizara la gestión del cambio y el nuevo modelo de gestión, teniendo como paradigmas:

- Énfasis en la calidad de la prestación: los procesos centrados en el paciente.
- Énfasis en la contención de costos: asignación de recursos en función de productividad y estandarización de procesos.
- Cambio del concepto organizacional del Hospital: De una Institución proveedora de servicios de Salud a una empresa multifuncional y de complejidad diversa.

La solución adoptada posibilita al Hospital estar en condiciones responder a los distintos requerimientos de información desde los distintos niveles de análisis e Integrar la Información Gerencial, Estratégica y tener control sobre:

- el proceso de atención medica que se brinda
- los recursos involucrados en el proceso de atención medica
- La capacidad de generar cambios en el proceso de atención medica cuando los resultados así lo imponen.

El Hospital implementa un Sistema de Información Hospitalario Integrado, basado en el concepto de Sistemas de Información Clínicos, cuyas características principales son las siguientes:

- Organización de los datos centrados en el Paciente
- Base de datos unificada de pacientes
- Integración de datos Clínicos y Financieros
- Ingreso de Información en tiempo real
- Coordinación de Recursos
- Administración de Usos Concurrentes, Simultaneas, etc.
- Acceso a los datos a través de múltiples ejes
- Uso y Aprovechamiento de datos originados en otros sitios
- Independencia de los datos clínicos (Base) de las políticas administrativas y del uso de los departamentos auxiliares.

La solución implementada concibe al Hospital como organización con una estructura compleja que debe coordinar todos sus recursos haciendo confluir objetivos en torno a los recursos con que cuenta, la evaluación y el planeamiento de los mismos, la administración de la información, para la administración hospitalaria en su conjunto con la necesidad de administración de los pacientes y de los cuidados de salud brindados.

Administración Hospitalaria	Administración de Pacientes
Administración de Recursos	Manejo Administrativo
• Finanzas • Personal • Materiales • Camas • Citas/Turnos • Insumos	• Identificación • Admisión, Transferencia, Egresos • Pedidos • Facturación
Evaluación y Planeamiento	Procedimientos
• Actividades • Atención Medica • Epidemiología Intramuros • Investigación Clínica	• Diagnósticos • Tratamientos • Prognosis • Vigilancia
Administración de Información	Administración del registro medico
• Archivos • Acceso a Bases de Datos • Arquitectura del SIH	• Registro Medico

El sistema permite al hospital la gestión y manejo de Información para cada uno de los niveles, en los que se requiere de la misma,

Nivel	Necesidades
Pacientes	• Administración de Registros Médicos • Administración de Procedimientos • Soporte a las Decisiones
Unidades Técnicas de Prestación de Servicios Médicos	• Evaluación de Actividades • Investigación Clínica
Hospital	• Administración de Recursos • Costos por Procesos
Redes de Atención de Salud	• Planeamiento Financiero • Administración de recursos humanos
Provincial y Nacional	• Planificación de Gastos • Epidemiología
Internacional	• Comparación

Cabe destacar que el sistema contempla la construcción de episodios morbidos y su seguimiento clínico lo que pone al hospital en una posición de vanguardia en lo referente a su capacidad de gestión y gerenciamiento de Información clínica y administrativa, ya que el mismo estará en condiciones de no solo de definir costos operativos sino de definir costes por procesos.

EL HARDWARE

Cableado:

- Cableado estructurado categoría 5, de acuerdo a las normas EIA/TIA 568, para 120 puestos con tendido redundante y alternativo.

Servidores:

SERVIDOR TIPO I:

- 1 equipo HP 9000 Modelo K250/2, compuesto por dos procesadores PA-RISC 8000, escalable a 6, de 160 Mhz cada uno. I/O Slots (3 HP-HSC o EISA, 1 HP-HSC y 1 EISA).
- 512 Mb de memoria RAM, ampliable a 1.5 GB.
- 8 GB en discos internos, distribuidos en 2 (dos) discos F/W/D SCSI-2 Hot plug de 4 GB cada uno (expandibles hasta 3.8 TB con gabinetes externos).

SERVIDOR TIPO II:

- 1 equipo HP 9000 Modelo D230/1, compuesto por 1 (un) Procesador PA-RISC 7300LC de 160 Mhz. I/O Slots (3 HP-HSC o EISA, 1 HP-HSC y 1 EISA). TPM: 2200. (Upgradeable a D270/2 de 5822.3 tpmC.)
- 512 Mb de memoria RAM, ampliable a 1.0 GB
- 8 GB en discos internos, distribuidos en 2 (dos) discos F/W/D SCSI-2 Hot plug de 4 GB cada uno (expandibles hasta 3.8 TB con gabinetes externos).

Ambos servidores traen incorporados una U.P.S. y están interconectados, lo que hace una instalación de alta disponibilidad.

MIRRORING: detalle de Configuración ofrecida

- Hardware: 17.2 GB en 4 discos de 4.3 GB FWD hot plug
- Software: MirrorDisk/UX. Licencia y documentación.
- Servicios Profesionales de Implementación

CLUSTERING

- Software: MC/ServiceGuard. Licencia, media y documentación para cada servidor.
- 90 Computadoras personales marca: Hewlett Packard Vectra VE con procesador Pentium 200 Megahertz MMX, 16 megabytes de memoria RAM, 1.6 Gigabyte de capacidad en Disco, monitor Super VGA color, tarjeta de comunicación de 10/100 MB por segundo.

IMPRESORAS

- Impresora Hewlett-Packard 890c total 30 equipos.
- Impresora Okidata Microlíne 320 Total 5 equipos.
- Impresora Okidata Microlíne 395 Total 2 equipos.
- Impresora Hewlett Packard Láser Jet 400 4 equipos.

EL SOFTWARE DE BASE

- Sistema operativo UNIX HP-UX 10.20.
- Motor de Base de Datos: Informix Online Dynamic Server.

Herramienta de Desarrollo multiplataforma, cliente-servidor y entorno windows: Power Builder Version 5.0

ANEXO VIII

CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS

La idea de este proyecto se origina en la necesidad de dotar a la provincia de Corrientes y a toda la región del nordeste de un hospital público de pediatría de alta complejidad y calidad a fin de satisfacer las exigencias de la actual demanda de salud de la población. Complejidad en cuanto a la disponibilidad de tecnología, diagnósticos y terapéuticas sofisticadas y calidad en cuanto prestaciones en función a los requerimientos de la población sin importar que nivel de atención sea necesario utilizar.

La decisión política fue un factor decisivo a la hora de su concreción en razón del fuerte compromiso que pusiera el entonces Sr. Gobernador de la Provincia ante la comunidad.

La realización del Proyecto fue factible, merced al extraordinario esfuerzo de profesionales y personal del INVICO (Instituto de Vivienda de Corrientes) quienes en muy poco tiempo proyectaron y licitaron tamaño emprendimiento.

El día viernes 5 de diciembre de 1997 se inaugurara la totalidad de las obras civiles e instalaciones que fueron provistas con la misma, luego de haber puesto la piedra fundamental el día 1 de julio de 1996. Es importante mencionar, también, que a esa fecha, la totalidad del equipamiento médico e informático requerido ya había sido adquirido.

La Obra resalta tres aspectos básicos, que son magnitud, plazos de ejecución y costo. La magnitud de la obra está dada por las características arquitectónicas y la complejidad de las instalaciones incluidas.

El nuevo hospital se desarrolla en una superficie cubierta de 16.500 metros cuadrados, con 7.000 metros cuadrados de pavimentos y 9.500 de parquización. Por citar sólo algunas cifras, un total de 1.800 aberturas permiten tener idea cabal de la magnitud de la obra. De su complejidad dan testimonio la planta productora de oxígeno, el sistema de aire acondicionado, la central de esterilización o el horno de incineración patológica.

El plazo de ejecución fue breve. Una obra de estas características requiere como mínimo, dos años de labor. En este caso se logró concretarse en poco más de un año.

Fue un período de tiempo de trabajo permanente, con alrededor de 500 personas en obra, entre los cuales se estima contaba con cien obreros especializados.

El tercer elemento definitorio es el monto, habida cuenta que la provincia reconoce su bajo costo, para lo cual influyeron diferentes factores, entre los cuales se pueden citar la realización del proyecto y parte de la inspección con personal de organismos oficiales y la eficiente organización empresarial de que dispone la adjudicataria.

Arquitectura

A la hora de generar la idea y su posterior partido arquitectónico, se arrancó desde un doble punto de vista: funcional y tecnológico.

En lo funcional se tomó en consideración una circulación pública y otra técnica, y que en ningún momento estas se entrecruzasen, una máxima iluminación y ventilación natural, con posibilidades de expansión hacia el exterior de todas las áreas; una proximidad y relación directa entre los distintos sectores, y una propuesta de flexibilidad al cambio de funciones, considerando un futuro crecimiento hospitalario.

Los materiales determinados para la ejecución –en lo tecnológico– fueron los tradicionales, de fácil consecución en la zona y que permitieran la utilización de mano de obra local. El resultado se puede observar con el edificio terminado: materiales nobles –ladrillos y hormigón a la vista– capaces de soportar el paso del tiempo sin deteriorarse, con un digno envejecimiento, lo que facilitará su mantenimiento. Para el caso de los distintos conductos, se proyectó un fácil acceso que asegurará la posibilidad de su atención sin entorpecer el desarrollo normal de las actividades.

Distribución funcional

Accesos:

En el caso específico del "Hospital Pediátrico Juan Pablo II" de Corrientes –cuyo planeamiento y proyecto estuvo a cargo de profesionales del INVICO– se partió de una diferenciación de la estructura circulatoria, tanto pública como técnica, que no deben entrecruzarse en ningún momento y por ninguna circunstancia. Con el agregado de una clara diferenciación, en ambos casos, de lo que es circulación ímpla y circulación sucia.

El hospital cuenta con cuatro accesos bien diferenciados que se conectan en forma clara y directa a las circulaciones específicas que llevan a cada usuario a los distintos sectores. A saber:

- 1.- Acceso público en general y pacientes.
- 2.- Acceso de emergencias o urgencias.
- 3- Acceso de médicos, paramédicos y enfermeras.
- 4- Acceso de abastecimiento y personal de edificio.

Planta Baja 1er y 2do piso:

Trazada la trama circulatoria con dos ejes –uno público y otro técnico- se estructura un doble pelne que enlaza los distintos grupos funcionales.

A partir de allí estos se disponen de acuerdo con el siguiente detalle:

- 1 Accesos.
- 2 Administración.
- 3 Farmacia.
- 4 Consultorios Externos:
- 5 consultorios clínica general
- 1 traumatología /1 neurología
- 1 cardiología/oftalmología
- 1 otorrinolaringología
- 4 neuropsiquiatría
- 3 odontológicos
- 5 Laboratorios.
- 6 Radiodiagnóstico
- 7 Emergencias/6 camas
- 8 Anatomía patológica.
- 9 Cocina Comedor.
- 10 Vestuarías/Sanitarios Personal Técnico y Oficina Personal
- 11 Lavadero y Central de Abastecimiento/Sanitarios Públicos / Depósitos / Sala de Máquinas.
- 12 Estacionamientos Públicos, del Personal y de Abastecimiento.
- 13 Horno Crematorio.
- 14 Helipuerto.

Las puertas de acceso del hall central, permiten una buena iluminación de esa zona. En ella, se encuentra un plano general del edificio, con la ubicación de las distintas zonas hospitalarias, que orienta a quienes ingresan en el lugar.

También se encuentran las siguientes áreas:

- 1 Internación: 108 camas, un tercio acondicionadas para habilitarlas como terapia intermedia
- 2 Terapia Intensiva: 16 camas
- 3 Quirófanos: 5 camas
- 4 Central Esterilización
- 5 Oncología: 14 camas
- 6 Neurología
- 7 Rehabilitación.

Sobre el área de los quirófanos ubicados en el primer piso, se encuentra el sector de quemados, único sector ubicado en el segundo piso.

La zona de cirugía cuenta con tres quirófanos, uno de los cuales, por sus dimensiones y equipamiento, podrá ser utilizado para transplantes. Los otros dos quirófanos se instalaron en el área de quemados. A ellos se le suman agregan los quirófanos de emergencias.

Aberturas:

Un emprendimiento de esta naturaleza, donde lo funcional y tecnológicos fueron las premisas que lo sustentaron desde su proyecto mismo, lógicamente debía –por la magnitud de la obra - estar directamente complementado con su belleza arquitectónica.

Pero uno de los principales fundamentos de la idea ganadora del nuevo Hospital es el logro de máxima iluminación y ventilación natural, y la expansión hacia el exterior de todas las áreas.

Ello se hizo posible mediante el empleo de 1.800 aberturas de aluminio de diferentes características y medidas, realizadas con la más alta tecnología y calidad que ofrece una fábrica única de su tipo en la zona.

Cielorrasos:

La instalación de los cielorrasos del establecimiento se ejecutó con dos tipos diferentes de materiales.

En sectores donde se alojaron las instalaciones se recurrió a cielorrasos desmontables, desarrollado y fabricados especialmente para esta obra. Las bandejas, ejecutadas en chapa pre pintada galvanizada N° 24 son simplemente apoyadas en estructura de aluminio facilitando el acceso para reparaciones sin ningún deterioro en los cielorrasos.

En lo que respecta a los locales sanitarios, se instalaron cielorrasos de placas Durlock junta tomada, que por su hermeticidad y absorción de la humedad aseguran una adecuada aepsia.

Cuando por especificaciones de Proyecto fue necesario, se combinaron ambos cielorrasos.

Sistema de Climatización:

Se trata de un sistema que funciona con circulación de agua fría o caliente por todo el edificio, alimentando manejadoras de aire y terminales fancoil que climatizan grandes zonas, distribuyendo el aire por medio de una red de conductos.

Para el ciclo verano, el agua es enfriada por medio de tres máquinas enfriadoras YORK (origen USA) de 165 TR (toneladas de refrigeración) de capacidad efectiva cada una, equivalente a 495.000 frig/h.; lo que hace un total de 495 TR, es decir 1.485.000 frig/h.

El agua enfriada circula en todo el edificio por medio de tres bombas centrífugas marca tromba de 105 metros cúbicos c/u que alimentan 50 manejadoras de aire y 39 terminales fancoil. Las manejadoras climatizan y distribuyen el aire por medio de una red de conductos de chapa galvanizada y los terminales climatizan zonas pequeñas.

Todos los quirófanos están climatizados por medio de manejadoras que renuevan el 100% del aire, el que es filtrado al entrar a cada sala por medio de filtros absolutos FARR (origen USA) de CASIBA.

Para el ciclo invierno, el agua es calentada por medio de dos calderas de 650.000 cal/h cada una. Estas calderas también alimentan dos tanques de 3.000 litros/h cada uno, para uso sanitario; duchas, lavatorios, etc.

Su enorme capacidad hace que este sistema de aire acondicionado central sea el más grande en funcionamiento, de la zona norte de nuestro país.

Sistema Eléctrico:

El servicio de energía eléctrica para atender las necesidades hospitalarias está asegurado mediante dos entradas alternativas correspondientes a distintos anillos energéticos independientes: si se corta uno, entra en funcionamiento el otro.

Dentro de lo que genéricamente se denomina corrientes débiles, se cuentan diferentes servicios:

- Sistema sonoro y lumínico de llamada a enfermeras desde internación, con un sistema de anulación de señal desde la cabecera del enfermo para una efectiva atención del paciente
- Música funcional y búsqueda de personas
- Sistema Informático con red de datos.
- Telefonía con doce líneas externas y ciento setenta y seis internos (números factible de duplicarse).
- Televisión en determinados lugares.

Sistema de Luz de Emergencia:

En el caso de un corte general, un grupo electrógeno de 800 Kva. se pone en marcha automáticamente en sólo siete segundos, atendiendo los servicios esenciales como quirófanos, terapia, banco de sangre, ascensores montacamillas, fábrica de oxígeno, laboratorios, aire comprimido, centro de cómputos, y un 30 % de la iluminación general.

Para asegurar el funcionamiento de los equipos médicos de áreas críticas durante esos siete segundos la continuidad del funcionamiento esta asegurada con un sistema de baterías (UPS).

Sistema Contra Incendios:

Prevención y extinción configuran las dos formas concurrentes del servicio contra incendios del nuevo hospital. La prevención, mediante sensores térmicos y de humo que cubren todo el edificio con una central inteligente capaz de transmitir la alarma y realizar llamados a lugares preprogramados.

Para extinguir presuntos focos de fuego, el edificio hospitalario cuenta con un sistema tradicional de mangueras para la utilización de agua, además de una adecuada distribución de matafuegos en todos los sectores.

Sistema de Provisión de Agua:

Los servicios de agua fría y caliente están asegurados en todo el edificio mediante una cisterna de 300.00 litros ubicada debajo de la superficie parquizada, dos tanques elevados de 150.000 litros y dos calderas de 650.000 kilocalorías cada una

Ascensores:

El nuevo hospital cuenta con dos amplios ascensores montacamillas de acero inoxidable y un ascensor para personal técnico, también de acero inoxidable. Está prevista la instalación de un montaescaleras y un ascensor para discapacitados.

Rampas:

El edificio cuenta con una rampa conectada al helipuerto para ingreso o egreso de enfermos en camillas. Para el futuro está prevista una segunda rampa. En todos los casos se trata de un elemento que puede servir, incluso, para una eventual evaluación.

Helipuerto:

La construcción del helipuerto con su correspondiente rampa de acceso, permitirá la recepción de enfermos con necesidad de atención médica urgente.

Oratorio:

En determinadas circunstancias, además del valioso aporte de la ciencia médica, necesitamos del estímulo espiritual. Este aspecto no pasó por alto en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II, donde se construyó en uno de sus patios interiores un Oratorio.

Un lugar para el recogimiento y la oración donde cada uno podrá sentirse confortado.

INSTALACIONES ESPECIALES ENTREGADAS CON LA OBRA

Sistema de esterilización:

La Central de Esterilización, equipada con lo mas avanzado en la materia, esta instalada en un recinto amplio y ha sido proyectada con un sentido único de circulación para que los elementos entren sucios y salgan limpios sin posibilidad de una nueva contaminación. Dos áreas bien definidas evitan todo posible contacto entre elementos contaminados y elementos esterilizados.

Cuenta con:

- dos estufas de calor seco.
- dos autoclaves de calor húmedo.
- un esterilizador por oxido de etileno.
- tres módulos de lavado por ultrasonido

Sistema de Gases Médicos:

Los gases médicos –oxígeno óxido nitroso (anestésico), aspiración y aire comprimido- están manejados por un sistema central y llegan a través de poliductos que tienen, para cada caso en particular, mayor o menor complejidad de acuerdo a las características de cada sector.

Planta Productora de Oxígeno:

El oxígeno se genera en una planta que toma aire puro común y entra oxígeno con 99% de pureza. Su capacidad de producción es de hasta 12.800 metros cúbicos mensuales mediante dos motores de 50 HP, lo que la ubica entre las principales de todo el país y una de las primeras que se instala en el interior. Aún así, el hospital cuenta con una batería de diez tubos de oxígeno que eventualmente entran en funcionamiento ante una diferencia de presión, permitiéndose una autonomía de doce horas y otro número igual de reserva.

Sistema de Tratamiento de Residuos Patológicos:

El horno de incineración patológica, destinado a la total eliminación de residuos orgánicos y material descartable, cuenta con una doble cámara de combustión, con el propósito de evitar cualquier tipo de contaminación del aire.

Su capacidad de trabajo es de hasta 240 kilogramos cada ocho horas.

Otras Instalaciones

Sistema de Vigilancia Electrónica:

Ha sido instalada en la institución un moderno sistema de vigilancia electrónica que a través de sus 42 cámaras CCDSONY, modelo 555 estratégicamente ubicadas, que controlan el movimiento interno y externo del hospital. El personal de vigilancia desde la central de monitoreo no solo esta en condiciones de observar, sino también de registrar la totalidad de los acontecimientos que ocurren en la institución las 24hs.

El sistema de vigilancia servirá para dar tranquilidad a quienes concurren en cualquier carácter a la institución, sean padres, pacientes, personal, visitantes etc.

Integrando el sistema de vigilancia, la puerta de acceso al personal dispone de un arco (tipo aeropuerto) que servirá para evitar el ingreso o egreso de material de acceso restrictivo. Un sistema de detección de metales igualmente esta instalada en el acceso principal.

El sistema de acceso publico igualmente dispone de un sistema similar al descrito.

La protección de vidas y bienes es un aspecto al que la Institución lo considera de suma importancia.

OBRA CIVIL E INSTALACIONES. PRESUPUESTO Y TRABAJOS ADICIONALES

CUADRO I - Presupuesto de Obra

Nº	Designación de la Obra	Precio	Inc. % total
Items			
1	Trabajos Preliminares	6,974.86	0.09%
2	Movimientos de suelos y excavaciones	138,412.57	1.87%
3	Estructura resistente	1,652,775.54	22.31%
4	Mampostería en elevación	483,256.17	6.52%
5	Capas Aisladoras y aislaciones	56,625.19	0.76%
6	Cubiertas	227,451.61	3.07%
7	Contrapisos	244,572.60	3.30%
8	Pisos	385,474.46	5.20%
9	Zócalos	42,645.46	0.58%
10	Juntas de Trabajo y de dilatación	3,214.05	0.04%
11	Revoques	148,110.61	2.00%
12	Revestimientos	86,234.71	1.16%
13	Cielorrasos	236,678.30	3.19%
14	Pinturas	144,868.30	1.96%
15	Instalaciones sanitarias	468,239.76	6.32%
16	Instalaciones eléctricas	663,840.51	8.96%
17	Instalación para gas	20,001.61	0.27%
18	Carpinterías	682,063.65	9.21%
19	Varios	108,513.23	1.46%
20	Vidrios y policarbonatos	85,086.34	1.15%
21	Instalaciones especiales	1,250,727.34	16.88%
22	Señalización urbana	3,949.44	0.05%
23	Obras externas	232,462.89	3.14%
24	Conforme a Obra	37,046.12	0.50%
	Presupuesto total	7,409,225.32	1.00

Fuente: Elaboración Propia

Información proporcionada por el INVICO (Instituto de Vivienda de Corrientes)

CUADRO II - Trabajos Adicionales

Nº	Causal	Expediente	Resolución	Monto	Incidencia	
1	Autoclave p/ esterilización	900-10,219/9	3113/96	132,725.03	1.79	1.79
2	Revoque Interior-Mampostería	900-1594/97	0342/97	79,383.26	1.07	2.86
3	Torre de Iluminación	900-2012/97	0419/97	11,155.48	0.15	3.01
4	Oxígeno-Aspiración	900-2025/97	0430/97	53,080.31	0.72	3.73
5	Climatización	900-1900/97	0420/97	927,586.39	12.52	16.25
6	Carpintería-mod. Aluminio	900-2096/97	0527/97	85,888.97	1.15	17.40
7	Carpintería-mod. Superficie	900-2649/97	0636/97	72,192.35	0.97	18.37
8	Cambio de Cielorrasos	900-2931/97	0673/97	117,586.54	1.59	19.96
9	Modificación de planimetría	853.3814433	1237/97	569,186.44	7.68	27.64
10	Trabajo nro 10		1948/97	716,510.00		
	Total Trab. Adicionales			2,765,294.77		

Fuente: Elaboración Propia

Información proporcionada por el Instituto de Vivienda de Corrientes (INVICO)

Cuadro III

Presupuesto de Obra
Obra civil e instalaciones. Presupuesto y trabajos adicionales

Nº Ítems	Designación de la Obra	Precio	Inc. % total
1	Trabajos Preliminares	5,974.86	0.09%
2	Movimientos de suelos y excavaciones	138,412.57	1.87%
3	Estructura resistente	1,652,775.54	22.31%
4	Mampostería en elevación	483,256.17	6.52%
5	Capas Aisladoras y aislaciones	56,625.19	0.76%
6	Cubiertas	227,451.61	3.07%
7	Contrapisos	244,572.60	3.30%
8	Pisos	385,474.46	5.20%
9	Zócalos	42,645.46	0.58%
10	Juntas de Trabajo y de dilatación	3,214.05	0.04%
11	Revoques	148,110.61	2.00%
12	Revestimientos	86,234.71	1.16%
13	Cielorrasos	236,678.30	3.19%
14	Pinturas	144,868.30	1.96%
15	Instalaciones sanitarias	468,239.76	6.32%
16	Instalaciones eléctricas	663,840.51	8.96%
17	Instalación para gas	20,001.61	0.27%
18	Carpinterías	682,063.65	9.21%
19	Varios	108,513.23	1.46%
20	Vidrios y policarbonatos	85,086.34	1.15%
21	Instalaciones especiales	1,250,727.34	16.88%
22	Señalización urbana	3,949.44	0.05%
23	Obras externas	232,462.89	3.14%
24	Conforme a Obra	37,046.12	0.50%
	Presupuesto total	7,409,225.32	1.00

Fuente: Elaboración Propia
Información proporcionada por el Instituto de Vivienda de Corrientes (INVICO)

CUADRO IV - Trabajos Adicionales

Nº	Causal	Expediente	Resolución	Monto	Incidencia	
1	Autoclave p/ esterilización	900-10,219/9	3113/96	132,725.03	1.79	1.79
2	Revoque Interior-Mampostería	900-1594/97	0342/97	79,383.26	1.07	2.86
3	Torre de Iluminación	900-2012/97	0419/97	11,155.48	0.15	3.01
4	Oxígeno-Aspiración	900-2025/97	0430/97	53,080.31	0.72	3.73
5	Climatización	900-1900/97	0420/97	927,586.39	12.52	16.25
6	Carpintería-mod. Aluminio	900-2096/97	0527/97	85,888.97	1.15	17.40
7	Carpintería-mod. Superficie	900-2649/97	0636/97	72,192.35	0.97	18.37
8	Cambio de Cielorrasos	900-2931/97	0673/97	117,586.54	1.59	19.96
9	Modificación de planimetría	853.3814433	1237/97	569,186.44	7.68	27.64
10	Trabajo nro 10		1948/97	716,510.00		
	Total Trab. Adcionales			2,765,294.77		

Fuente: Información proporcionada por el INVICO

ANEXO IX

PROVINCIA DE CORRIENTES
INDICADORES ESTRUCTURALES

Evolución del Producto Bruto

El producto bruto interno nacional (PBI) alcanzó en 1997 un valor de \$ 16.891.000 (precios constantes de 1986) lo que significó un incremento del 73,74% con respecto al año 1990.

El PBG (producto bruto geográfico) de la provincia de Corrientes, en el año 1995, ascendió a 130.956 pesos (valuado a precios constantes de 1986) lo que supuso un incremento del 18% con respecto a 1986 y solo un 1,59% comparado a 1994.

La participación del PBG de la provincia en el total del PBI oscila entre el 1% y el 1,3%, según los años considerados.

La provincia de Corrientes se inserta en la economía nacional como productora de bienes de origen primario, con escaso grado de industrialización y destinados fundamentalmente al mercado interno. La evolución reciente de la economía provincial, medida a través de las cifras del Producto Bruto Geográfico (PBG) se expone a continuación.

Cuadro I
PBG por Grandes Sectores
(Expresado en miles de pesos) ¹⁰

SECTOR	AÑOS					
	1986	1990	1991	1992	1993	1994
Total Sector Primario	225.960,8	299.339,1	318.257,9	340.708,1	378.457,3	354.808,1
Total Sector Secundario	584.802,4	633.807,4	686.759,7	634.083,2	634.255,6	643.598,1
Total Sector Terciario	1.094.140,9	1.162.020,5	1.166.709,0	1.165.829,8	1.177.861,4	1.223.281,1
Total Provincial	1.904.904,3	2.095.167,2	2.201.726,8	2.140.621,4	2.190.574,4	2.221.687,3

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas y Censos de la Provincia de Corrientes.

¹⁰ Actualizado por el Índice de Precios Mayoristas Nivel General (IPMNG).

CUADRO II

PBG GRANDES SECTORES (Expresado en precios constantes de 1986)

Sectores	Años									
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995(*)
Total										
Provincial	110.512	114.069	121.184	115.496	121.550	127.732	124.187	127.085	128.890	130.946
Primario	13.109	12.465	15.363	15.217	17.366	20.204	19.766	21.956	20.584	22.610
Secund.	33.927	36.164	40.128	35.461	36.770	39.842	36.786	36.796	37.338	36.757
Terciario	63.476	65.440	65.693	64.818	67.414	67.686	67.635	68.333	70.968	71.579

FUENTE: Dirección de Estadísticas y Censos de la Provincia de Corrientes.

Si bien en términos absolutos todos los Grandes Sectores que componen el PBG Provincial registraron una tendencia incremental en el periodo 1990-95, es el Sector Primario el que presenta un mayor crecimiento relativo, aumentando su participación porcentual en la composición del PBG, tal como se observa en el Cuadro II.2.

Cuadro III

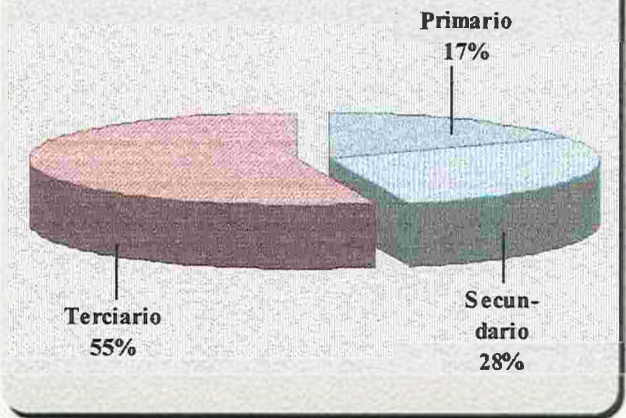
**PBG POR GRANDES SECTORES.
Estructura porcentual**

SECTOR	AÑOS					
	1990	1991	1992	1993	1994	
Total Sector Primario	14,29	15,82	15,92	17,28	16,20	17,26
Total Sector Secundario	30,25	31,19	29,62	28,95	29,38	28,07
Total Sector Terciario	55,46	52,99	54,46	53,77	55,84	54,80

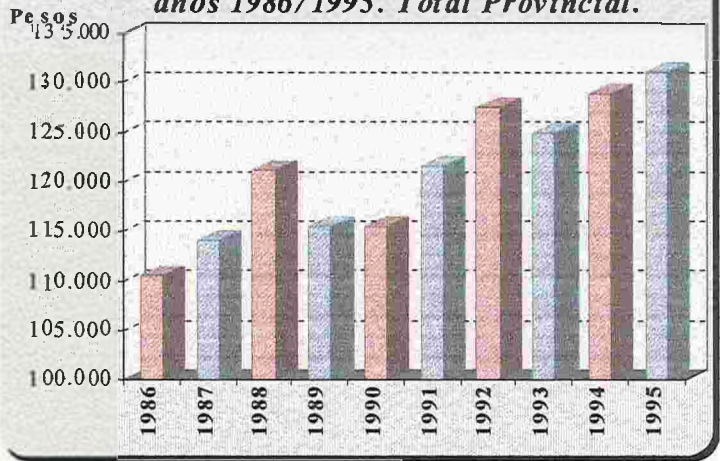
FUENTE: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas y Censos de la Provincia de Corrientes.

FIGURA 1

B) - Producto Bruto Geográfico por Grandes Sectores. Año 1995. Total Provincial.



A) -Producto Bruto Geográfico. Serie histórica, años 1986/1995. Total Provincial.



El perfil de la economía correntina se ha caracterizado, por la importancia del sector agropecuario y dentro de este la ganadería, figurando entre las primeras regiones en que se desarrollo la ganadería vacuna y ovina en el país.

La apropiación privada en grandes extensiones de tierra pública hace que la estructura agraria de la provincia difiera sustancialmente de otras de la región nordeste.

Caracteriza a la economía agrícola la producción de cultivos industriales, tales como el tabaco y el algodón en pequeñas explotaciones, en las que prevalecen el régimen de arrendamiento y aparcería. Otros cultivos como la yerba mate, el té y los cultivos cítricos se realizan en explotaciones medianas y empresas agropecuarias de mayor envergadura.

El cultivo de algodón se extiende en las zonas nordeste y oeste de la provincia: San Cosme, Capital, Empedrado, San Luis del Palmar, Saladas y Mburucuyá, mientras que la actividad tabacalera se desarrolla en Goya, San Roque y Lavalle, ambos cultivos coexisten con la actividad ganadera en pequeña escala.

Por otro lado los cultivos industriales de yerba mate y té se desarrollan en costa este de la provincia en especial Santo Tome; Virasoro y parte de Ituzalngó, los cultivos cítricos que se realizan en explotaciones familiares medianas y empresas agropecuarias se localizan con mayor preponderancia en Bella Vista y Monte Caseros.

La tenencia de la tierra y el desarrollo de actividad agropecuaria influyeron en la configuración espacial de la población así se observa una concentración de habitantes en las márgenes de los Ríos Paraná y Uruguay, al ser estas las tierras más aptas para el desarrollo agrícola, en cambio en el centro de la provincia con grandes explotaciones dedicadas fundamentalmente a la ganadería vacuna de cría, se registra una densidad poblacional muy baja.

En los últimos años la actividad agrícola se vio impulsada por productos que requieren importantes inversiones de capital, tales como: arroz, hortalizas, forestación, flores y dentro de los productos hortícolas: frutillas.

La difusión reciente del cultivo de especies hortícolas bajo cobertura plástica se llevan a cabo en la mayoría de los departamentos de la provincia, obteniéndose importantes producciones en pequeñas superficies, que demandan grandes inversiones y alta tecnología.

En ganadería, aún cuando prevalecen establecimientos dedicados a la cría extensiva, se observa proceso de progresiva incorporación de tecnología en especial en la zona sudeste de la provincia como Mercedes y Curuzú Cuatiá.

La producción forestal ha adquirido marcada relevancia en la evolución del sector primario, la misma se localiza en toda la provincia, concentrándose en Santo Tomé e Ituzainzú por un lado, y en Monte Caseros y Bella Vista por otro. El objetivo de la producción es proveer materia prima para la fabricación de papel y otros productos derivados de la madera.

La evolución del sector industrial ha sido influida decisivamente por el sector agrícola. Los emprendimientos industriales de mayor importancia, abastecedores de mercados extra provinciales han estado vinculado a la producción primaria.

La contribución de la producción tabacalera y algodonera a la producción industrial de la provincia es y ha sido importante, medido en términos de agregación al producto bruto y ocupación de mano de obra.

Ligadas al sector secundario se encuentran, las actividades manufactureras de yerba mate y preparación de hojas de té, elaboración de arroz, preparación y envasado de frutas y hortalizas, frigoríficos e industrialización de la madera, marcan la importancia y contribución del sector primario al sector industrial.

El sector industrial ha mostrado una tendencia creciente en el sector secundario con un aporte del 70% en 1994, cuando en 1986 lo hacía con solo el 66,1%. El mayor crecimiento se produjo en la industria de la madera y de los textiles, confecciones y cueros.

La electricidad, gas y agua otro componente del sector secundario también mostró un comportamiento levemente creciente (de 7,3% en 1986 a 8,3% en 1994). Mientras que el rubro construcciones mostró un comportamiento decreciente del 26,6% al 21,8% para el mismo período.

El sector terciario productor de servicios genera la mayor contribución al PBG con un 55,84% para 1994. Los servicios comunales, sociales y personales participan con mas del 34% en el sector, establecimientos financieros con el 9%, transporte y comunicaciones 4,5% y comercio, restaurantes y hoteles con el 7,6%.

CUADRO IV

Producto Bruto Geográfico per cápita.

	1991	1992	1993	1994
PBG per cápita	2767,39	2633,28	2644,33	2631,28

Fuente: elaboración propia.

POBLACION

La población total de la provincia de Corrientes, según el Censo Nacional de 1.991, alcanzó a 795.594 personas, con 393.252 varones y 402.342 mujeres, con un índice de masculinidad de 97,7 %.

La población de la provincia muestra un aumento acelerado a partir de 1.970, alcanzando al 20,3 % en el período 80-91, superando a la media nacional (16,7 %).-

El 74,1 % de los habitantes reside en zonas urbanas, mientras que el 25,9 % lo hace en zonas rurales, población que disminuyó mas de un 14% desde 1980.

CUADRO V

Población urbana y rural

Distribución de la Población	Censo/80	Censo/91
Residentes en zonas urbanas ¹¹	64,2 %	74,1 %
Residentes en zonas rurales ¹²	35,8 %	25,9 %
Total	661.454	795.590

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC

¹¹ Localidades con más de 2000 habitantes

¹² Incluye localidades de menos de 2000 habitantes y población dispersa.

CUADRO VI

Tasas medias anuales de crecimiento poblacional

Población Total	1,7%
Población urbana	3,0%
Población rural	-1,2%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.INDEC

La tasa de crecimiento rural negativa (-1,2%) junto al incremento vegetativo del 1,7% indican una emigración rural neta del orden del 3% anual para la década del ochenta. La incapacidad de generar empleo adicional en el sector rural se traduce en emigración hacia las zonas urbanas. El 74% de la población es urbana, e incluye a todas las localidades con población superior a 2000 habitantes.

El proceso de urbanización se ha acentuado en el último censo, así: el departamento capital supera los 250.000 habitantes y Goya los 50.000.

En tanto los conglomerados urbanos de 20.000 a 50.000 habitantes son cuatro: Paso de los Libres, Curuzú Cuatiá, Mercedes y Bella Vista. Otras seis localidades presentan poblaciones entre 5.000 y 10.000 habitantes San Luis del Palmar, Santa Lucía, Empedrado, Sauce, San Roque, La Cruz y Alvear, diez localidades con poblaciones entre 2.000 y 5.000 habitantes, quince localidades entre 1.000 y 2.000 habitantes y por debajo de los 1.000 habitantes veinte localidades.

La densidad de población en 1.991 fue de 9 hab./km². Los departamentos sobre las costas del Paraná y Uruguay son los más poblados, de los cuales el de Capital concentra el 33,7 % de la población total de la provincia. El mismo, registra 268.080 habitantes en 1.991 (varones: 128.314, mujeres: 139.766), con un índice de masculinidad de 91,8 % y con una densidad de 536,2 hab/km².

Para el año 1.999 la población para el Departamento Capital, se estima en 350.986 personas con una densidad de 701,97 hab/km², lo que supone un aumento de 82.906 habitantes (30,93 %) en el período 91-99¹³.

¹³ Dirección de Estadísticas y Censos de la Provincia de Corrientes

En la década 80-91 el departamento Capital aumentó un 42,8% su población, duplicando el crecimiento intercensal de la provincia y constituyéndose en el departamento de mayor incremento poblacional. Significativamente, de los cuatro departamentos que mostraron pérdidas netas en el mismo período, tres de ellos (Gral. Paz, Empedrado y Berón de Astrada) están cerca de Capital y es probable que estas pérdidas se deban a migración hacia la ciudad de Corrientes.

La población urbana del departamento Capital, fue en 1.991 de 97,1 % y la rural 2,8 %, concentrándose el 96,2 % del total, en la ciudad de Corrientes.

La evolución de la estructura de población de la provincia por edades, muestra entre 1.960 y 1.991 una disminución del grupo de 0 a 14 años de 42,8 % a 37,1 %, un aumento del grupo de 15 a 64 años de 52,8 % a 56,5 % y un aumento del grupo de 65 y más años de 4,4 % a 6,4 %. En términos generales, la pirámide de edades estaría mostrando un descenso progresivo de la natalidad y una incipiente tendencia al envejecimiento de la población, según se aprecia en el cuadro N°: V

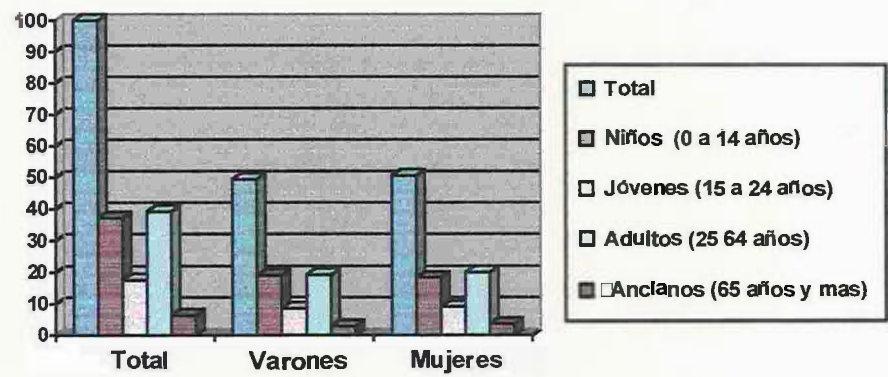
Cuadro N° VII

Composición de la población según sexo y grupos de edad

Grupo de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	100,00	49,40	50,60
Niños (0 a 14 años)	37,10	18,90	18,20
Jóvenes (15 a 24 años)	17,50	8,50	9,00
Adultos (25 a 64 años)	39,10	19,20	19,90
Ancianos (65 años y mas)	6,30	2,80	3,50

Fuente: Censo 1991, Serie B N°5.

Figura 2



ANEXO X

Índice de Cuadro, Tablas y Gráficos por Capítulos

Capítulo III

Cuadro I	26
Establecimientos Asistenciales por Dto. Geográfico	
Cuadro II	27
Total Camas por Dto. Geográfico	
Cuadro III	28
Presupuesto Provincial 1991/1997	
Cuadro IV	29
Presupuesto Ejecutado Año 1995	
Cuadro V	31
Tasas Uso Hospitales por Dto. Geográfico	
Cuadro VI	33
Indicadores Producción H.Niños "Eloisa T.de Vidal" 1990/1995	
Cuadro VII	33
Indicadores Producción p/Servicios "H.Eloisa T.de Vidal" 1995	
Cuadro VIII	34
Indicadores Producción p/Servicios "H.Eloisa T.de Vidal" 1996	

Capítulo IV

Cuadro I	35
Población menor 14 años 1991	
Cuadro II	36
Población menor 14 años 1997	
Cuadro III	36
Proyección Pobl. Menor 14 años demandante Serv.Salud	
Cuadro IV	37
Pob.Objetivo H.Juan Pablo II en contexto Plan Salud Pcial/1997	
Grafico I	38
Representación Población Objetivo/Población total menor 14 años	

Capítulo V

Tabla I	44
Plan de Inversiones	
Tabla II	47
Producción. Proyección de Servicios (en atenciones)	
Grafico I	47
Representación Proyección Servicios	

Tabl III	53
Valoración de Producción (miles de pesos)	
Grafico II	54
Participación Categoría Pacientes s/total Población	
Tabla IV	59
Plan Económico en Pesos	
Grafico III	60
Partidas Principales que componen Plan Económico	
Tabla V	63
Plan Financiero. Flujos de Caja	
Grafico V	64
Facturación H. Juan Pablo II. 1998	

Capítulo VI

Tabla I	67
Análisis de Sensibilidad. Proyección Base	
Escenario Ideal	
Cuadro	71
Población Objetivo "H. Juan Pablo II"	
Cuadro II	71
Reducción Pob. Objetivo p/ Vigencia Sistema Salud Provincial	
Tabla II	72
Producción. Proyecciones de Servicios	
Tabla II	73
Valoración Producción (miles de pesos)	
Tabla IV	74
Plan Económico	
Tabla V	75
Plan Financiero	
Tabla VI	76
Análisis Sensibilidad	
Escenario Optimista	
Cuadro II	78
Población Objetivo "H. Juan Pablo II"	
Cuadro V	78
Reducción Pob. Objetivo p/ Vigencia Sistema Salud Provincial	
Tabla II	79
Producción. Proyecciones de Servicios	
Tabla III	80

Valoración Producción (miles de pesos)	
Tabla IX	81
Plan Económico	
Tabla X	82
Plan Financiero	
Tabla XI	83
Análisis Sensibilidad	
Escenario Pesimista	
Cuadro V	84
Población Objetivo "H. Juan Pablo II"	
Cuadro VI	85
Reducción Pob. Objetivo p/ Vigencia Sistema Salud Provincial	
Tabla XII	85
Producción, Proyecciones de Servicios	
Tabla XIII	86
Valoración Producción (miles de pesos)	
Tabla XIV	87
Plan Económico	
Tabla XV	88
Plan Financiero	
Tabla XVI	89
Análisis Sensibilidad	

