

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

---

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN  
GESTIÓN PÚBLICA**

---

**TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN**

---

*Recupero de Costos en el Subsistema Público de Salud. Mejora en la gestión de recupero a través de Superintendencia de Servicios de Salud.*

---

**AUTOR: LIC. GASTON L. SALERNO**

**DOCENTE DEL TALLER: DR. RICARDO SCHMUKLER**

10-2017

---

## RESUMEN

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

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

Para la facturación realizada a los Agentes del Seguro de Salud existe un reaseguro para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada que permite el cobro de estas prestaciones realizadas en caso de incumplimiento de pago a través del Sistema de Débito Automático de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En principio la facturación a aplicar a cada financiador del sistema, requiere un acabado de rutinas administrativas involucradas que verifiquen el cumplimiento de procedimientos normativos legales vigentes y comunes para la venta de servicios que le son propias del hospital.

Ahora bien, la naturaleza de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada es garantizar salud a la población, por lo tanto las tareas administrativas rutinarias y de facturación, que no son propias del Hospital, impactan considerablemente en el recupero de costos del sistema de Salud. En efecto, a lo largo de este trabajo demostraremos la ineficiencia en la presentación de los reclamos a través del Sistema de Débito Automático, mediante un análisis descriptivo y cuantitativo.

Analizaremos el cambio organizacional de la Superintendencia de Servicios de Salud desde su creación a la actualidad, asemejándolos con los valores de las distintas corrientes teóricas de administración Públicas tendientes al paradigma de gestión Pos Burocrático.

El objetivo es este trabajo realizar una mejora a todo el proceso administrativo de recupero de costos dentro de la Superintendencia de Servicios de Salud, estableciendo una

herramienta que permita mitigar todos los errores administrativos en la presentación de la documentación como así también permita con el uso de la tecnología de la información una eficiencia en la gestión del recupero y eficacia en la toma de decisiones.

Palabras clave: Administración Pública, Sistema de recupero de costos ,  
Agentes del Seguro de Salud, Hospitales Públicos de Gestión  
Descentralizada

Clasificación JEL: H83. I13

## INDICE

1. INTRODUCCION	1
Fundamentación y planteamiento del problema	1
Objetivo	2
Aspectos metodológicos	2
2, MARCO TEORICO	3
Breve Historia del Sistema de Salud	3
El sistema de Salud y Subsistemas	4
Subsistema Público	5
Del financiamiento	5
Hospital Público.Marco Conceptual	6
Régimen de HPGD	6
Sistema de Débito Automático. Marco regulatorio	7
Organismo de control. La Superintendencia de Servicios de Salud	8
Estructura organizacional.	9
Mirada burócrata estructuralista	9
Perspectiva Neoestructuralista	10
Paradigma de la Nueva Gestión Pública	12
Una estructura organizativa flexible pero burocrática	13
Modernización burocrática. Tecnología de la Información	17
Información al alcance de todos	18
Participación de los ciudadanos	19
Acceso a la información	19
Colaboración de los ciudadanos	19
Gobierno Electrónico	19
Las TICs y la Política Publica	20
3, DIAGNOSTICO	21
El financiamiento de los HPGD	21
Métodos de financiamiento	21
La estrategia de la descentralización	22
El cambio organizacional	25
El Sistema de Debito Automático a la practica	27
Sistema de Debito Automático. Cuantificado	30
De los Hospitales Públicos	33
De Los Agente del Seguro de Salud	34
Causales de débitos realizados a los HPGD	36
4, PROPUESTA DE MEJORA	39
Descripción	39
Fundamentación. Marco Institucional.	40
Objetivos de Propuesta de intervencion	41
Breve descripción del nuevo Procedimiento	43
Finalidad del Proyecto	43

Metas específicos a ser alcanzados	44
Actores intervinientes	46
Productos Esperados	47
Actividades relacionadas con la intervención organizacional	48
Estrategia de Monitoreo	48
Cronograma	51
5, CONCLUSION	54
6,BIBLIOGRAFIA	56

## **1. INTRODUCCION**

### **1) Fundamentación y planteamiento del problema**

El decreto 939/2000 PEN, crea la figura del “Hospital Público de Gestión Descentralizada” dentro del Sistema Sanitario Argentino, se establecen diversas obligaciones para la mejora en la atención sanitaria y de gestión, y le asegura ciertos derechos, como ser la posibilidad de realizar convenios y cobrar por las prestaciones brindadas a terceros aseguradores.

Este derecho hace que las prestaciones que se den a beneficiarios de seguros de salud, ya sea Agentes del Seguro de Salud, Entidades de Medicina Prepaga u otras aseguradoras, utilizando los recursos propios del Hospital, puedan ser recuperados a través de la facturación de las mismas.

Con respecto a los Agentes de Seguro de Salud, establece que la Superintendencia de Servicios de Salud garantizara, a través de un sistema de débito automático, el recupero de costos de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada en caso de incumplimiento de las Obras Sociales Sindicales.

En la República Argentina los datos y registros se encuentran dispersos en cada uno de los subsectores y programas: público, obras sociales y seguros privados. Cada uno administra procedimientos propios para obtener datos para el desarrollo de sus funciones.

La información que no se encuentra integrada a nivel federal limita fuertemente la disponibilidad de información en tiempo y forma. Por otra parte, atenta contra la calidad adecuada para la evaluación, planificación, gestión de los servicios y programas, para la elaboración de planes de intervención y la toma decisiones en política sanitaria para la mejora de la atención de la población.

La incompatibilidad entre los distintos sistemas de información genera retardos en el procesamiento y auditoria de las prestaciones realizadas y la imposibilidad de pagar las prestaciones en el tiempo que establece la normativa para las Obras Sociales, propiciando el financiamiento cruzado, utilizando los presupuestos hospitalarios para dar servicios prestacionales a sus beneficiarios sin costo alguno.

Ante esta situación los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada se ven obligados a recurrir al Sistema de Débito Automático de la Superintendencia de Servicios de Salud, para recuperar las prestaciones adeudadas por las Obras Sociales y respetar el procedimiento establecido por la resolución 635/2015 MS.

La ineficiencia en la gestión de Recupero de Costos en la presentación de los reclamos de la facturación para el cobro en la Superintendencia de Servicios de Salud finalizan en una deducción en los montos reclamados, por errores básicamente administrativos.

Para la Superintendencia de Servicios de Salud es necesario contar con un sistema que asegure calidad, oportunidad e integridad de la información sobre las condiciones de salud de los beneficiarios cubiertos, la utilización de los recursos destinados a su atención, así como el gasto que esto implica y su efectividad.

## **2) Objetivo**

El presente trabajo intenta realizar una disposición y breve descripción de las actividades que se llevaran a cabo para diseñar una mejora en el sistema de gestión de recupero de costos que realizan los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) ante el incumplimiento de pago de la atención recibida por los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud, permitiendo a través de la implementación de tecnología de la información, disminuir la ineficiencia de los Hospitales con respecto a la gestión de recupero de Costos a través de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Estas herramientas tienen como objetivo general contribuir a la mejora en la toma de decisiones de los actores del sistema de salud en beneficio de la atención de los ciudadanos a través de la optimización de la gestión de facturación para el recupero de costos, reduciendo los tiempos de pago y evitando el financiamiento cruzado.

El Estado puede brindar a las autoridades y los profesionales de la salud una herramienta que permite auditar los registros y efectuar una fiscalización permanente. Esto posibilita realizar evaluaciones y diferentes análisis de la actividad, con información certera, y esto contribuye a la toma de decisiones sanitarias o de investigación científica.

## **3) Aspectos metodológicos**

Este trabajo de investigación será desarrollado en base a la experiencia profesional y laboral, referencia bibliográfica, la normativa vigente que permite mediante la observación de campo realizar un análisis descriptivo cuali-cuantitativo. Para la comprensión y con el fin de profundizar sobre ciertas cuestiones a las que haremos referencia se realizaron varias entrevistas no estructuradas con actores claves, el Gerente de Control Prestacional de la Superintendencia de Servicios de Salud, Directores de Hospitales, encargados de Facturación, Auditores Médicos de Obras Sociales y responsables de empresas gerenciadoras de facturación.

Para ello se desarrollara una descripción situacional del sistema de recupero desde el punto de vista de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, los Agentes del Seguro de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud.

El análisis organizacional descriptivo cualitativo de la Superintendencia de Servicios de Salud se realizara verificando en distintas corrientes teóricas, la correlación en la maduración de su estructura organizacional en cada una de sus etapas de crecimiento con distintas corrientes tendiendo al paradigma de la Nueva Gestión Publica. Demostrara el desarrollo de la estructura organizacional para acomodarse al contexto que lo rodea, de

manera de ir afrontando las distintas necesidades que el sistema de salud exige, y la actual capacidad de llevar adelante un proyecto de interrelación entre los distintos actores con referencia al sistema de recupero de costo, por medio de una plataforma digital.

El análisis situacional será desarrollado en base a referencias bibliográficas, entrevistas con actores claves, y la propia experiencia laboral que permiten a raíz de este análisis fundamentar la necesidad de la implementación de la mejora.

Una vez descriptos y analizados los actores, nos adentraremos en el estudio del sistema de recupero de costos a través de Superintendencia de Servicios de Salud, denominado también de Sistema de “débito automático” y la ineficiencia en la gestión de los Hospitales Públicos, mediante un análisis comparativo de datos suministrados por la Gerencia de Control Prestacional entre los periodos 2008 y 2016, datos que consideramos relevantes por la integridad de la información en los sistemas de la organización.



## **2. MARCO TEORICO**

### **Breve Historia del Sistema de Salud de la República Argentina**

La aparición de las Obras Sociales instaló la idea de que el Servicio Social fuera un bien adquirido por todos los argentinos. En 1945, con el apoyo del Estado, los sindicatos empiezan a ocuparse activamente de la seguridad y la salud social y se desarrolla el concepto de “sanitarismo”.

En el año 1970 se crea por Ley N° 18.610 el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) destinado a ser un órgano de contralor del incipiente sistema de Obras Sociales Sindicales. Su fin era promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables. La Ley N° 18.610 le dio al sistema de Obras Sociales su primer encuadramiento y marco legal.

En enero de 1989, se dicta la Ley N° 23.660 que crea el Sistema de Obras Sociales Nacionales y su organismo de control, la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Posteriormente la Ley N° 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud. La Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) como autoridad de aplicación determina quiénes son sus beneficiarios, establece la forma de financiación del sistema a través de aportes de empleadores y trabajadores y crea el Fondo Solidario de Redistribución (que será administrado por la Administración de Programas Especiales - APE) estableciéndose así los fundamentos del sistema actual.

En el año 1996 y mediante el Decreto N° 1615/96 se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) creada por la Ley N° 23.661, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) creado por la Ley N° 18.610 y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) creada por la Ley N° 23.660, constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

### **El sistema de Salud y sus Subsistemas**

El Sistema de Salud argentino está integrado por tres subsistemas: el Público, el Privado y el de la Seguridad Social.

El Subsistema Público, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud en forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de atención primaria de la salud (aproximadamente 15 millones de personas se atienden exclusivamente en este Subsistema).

El Subsistema Privado, que se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios, agrupa bajo la denominación global de Empresas de Medicina Prepaga a un amplio conjunto de entidades privadas (5 millones de afiliados).

Y el Subsistema de la Seguridad Social, que agrupa a:

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o PAMI, que brinda cobertura a aproximadamente 3.200.000 beneficiarios, y que fue creado para atender a las personas mayores de 65 años.

Las Obras Sociales Provinciales (5,1 millones de afiliados).

Las Obras Sociales de Seguridad, Fuerzas Armadas, Universitarias y del Poder Legislativo y Judicial.

Los Agentes del Seguro de Salud que comprenden, entre otras, las Obras Sociales de Dirección y las Obras Sociales Sindicales (aproximadamente 11 millones de beneficiarios). Estas Obras Sociales tienen un organismo de control y fiscalización: la Superintendencia de Servicios de Salud.

## **Subsistema Público**

### **Del financiamiento**

El gasto público y los ingresos fiscales son las herramientas más importantes que puede utilizar un gobierno para lograr un financiamiento y acceso más equitativos a los servicios de atención médica. Se requieren niveles más elevados de impuestos para financiar las actividades gubernamentales, similares a los sistemas que utilizan los gobiernos de los ahora países desarrollados.

La elección de políticas públicas afecta a los niveles de gasto público en salud y a los programas sociales. Las grandes variaciones en el impacto distributivo del gasto público en servicios de salud y en programas de salud pública sugieren que hay posibilidades suficientes para mejorar la utilización de las herramientas de financiamiento y gasto público con objeto de lograr un financiamiento y un acceso más equitativos a los servicios médicos. (OPS)

La legislación confiere a las políticas de salud el sustento necesario para transitar del ámbito de lo político al marco de lo jurídico. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación instrumenta una plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos, privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial.

## **Hospital Público.Marco Conceptual**

Históricamente en nuestro país, el Hospital Público ha sido la institución encargada de satisfacer en forma absolutamente gratuita, la demanda de asistencia sanitaria de todos aquellos que requirieran sus servicios, obteniendo los recursos necesarios para su financiamiento directamente del presupuesto de la jurisdicción a la que pertenece cada establecimiento (nacional, provincial o municipal).

Actualmente y como parte integrante del sistema estatal de salud, el Hospital Público es la única institución que ofrece cobertura universal, brinda asistencia sanitaria a los sectores menos favorecidos económicamente; presta sus servicios a beneficiarios de obras sociales y demás instituciones privadas de medicina prepaga; atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica atraídos por el prestigio del personal médico perteneciente a la institución; cubre necesidades relacionadas con la emergencia y la atención de pacientes accidentados y ejerce funciones de escuela médica e investigación científica.

El incremento en la demanda de los servicios que brinda el hospital público, originado entre otros aspectos en el aumento de la población sin cobertura médica, en el mayor número de obras sociales deficitarias que no se encuentran en condiciones de dar respuesta adecuada a la demanda de sus asociados y a tasas crecientes de utilización del servicio derivado de una mejor información de la población, pone de relieve la creciente importancia del rol que desempeña el Hospital Público en la prestación de los servicios de salud.

### **Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD)**

En el marco del Proceso de Reforma del Estado, el gobierno nacional sancionó a partir de 1992 un conjunto de disposiciones que establecieron el marco normativo para la implementación de un régimen de hospitales públicos con capacidad de autogestión.

Por el mencionado régimen, se propició una reformulación del modelo tradicional de financiamiento de los hospitales públicos, habilitando a dichos establecimientos a incrementar los recursos provenientes del presupuesto asignado por su respectiva autoridad jurisdiccional, mediante la obtención de ingresos adicionales originados en el recupero de los fondos correspondientes a prestaciones efectuadas a favor de los beneficiarios de la Seguridad Social y del sistema privado de salud, manteniéndose el carácter gratuito del servicio, es decir, no por cobro directo a los beneficiarios, sino por facturación de los servicios a las entidades representantes de ambos subsistemas.

Asimismo, dicho régimen prevé un mecanismo de resguardo del cobro de las prestaciones facturadas por los HPGD a las Obras Sociales, para el caso que los mencionados agentes no cancelen sus deudas en los plazos previstos por las normas vigentes, a través de un sistema de débito automático por vía de la ex-Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y de la ex-Dirección General Impositiva (DGI),

hoy Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) y Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), respectivamente.

El citado régimen plantea además una redefinición del Hospital Público en cuanto a su incorporación a una red de prestadores, concertando y armonizando sus recursos con los otros subsectores del sistema, en pos de un objetivo común.

### **Sistema de Débito Automático. Marco regulatorio**

A partir del dictado del Decreto N° 578/93, que habilitó a los hospitales públicos a facturar las prestaciones brindadas a los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, ya sea por cobro directo o a través de convenios, se dictaron un serie de normas que reglamentaron los procedimientos para la presentación y cobro de la facturación emitida por los mencionados establecimientos, mediante el sistema de débito automático.

En ese orden, el artículo 15 de la Resolución N° 320-MS- del 18 de julio de 1993, dispuso que los HPA cuyas facturas no fueran canceladas por las Obras Sociales dentro de los plazos previstos, podían efectuar el reclamo de los importes adeudados ante la ex-ANSSAL quien debía comunicar a la ex-DGI las sumas a debitar en forma automática a fin de que dicho organismo adoptara las medidas necesarias para concretar el débito, con carácter previo a transferir los fondos recaudados a las cuentas de las Obras Sociales que acreditaran saldos pendientes de pago.

En el marco de la normativa descripta, por Resolución N° 325/94-ANSSAL- se implementó el mecanismo administrativo de “débito automático a las obras sociales” para garantizar el pago a los HPA, individualizando el código y denominación de la Obra Social y el importe adeudado por las mismas.

Durante el año 1999 se dictaron las Resoluciones N° 897/99-MS- y N° 515/99-SSSalud- que tendieron a optimizar los circuitos administrativos para la tramitación de los expedientes de pago.

El 29 de marzo de 2000, la Superintendencia de Servicios de Salud sancionó la Resolución N° 74/00, que introdujo modificaciones a las normas antes mencionadas, incluyendo requisitos adicionales a los exigidos hasta ese momento para la facturación de las prestaciones brindadas por los HPA, con el fin de permitir un mayor grado de control sobre la legitimidad de los importes reclamados. Esta resolución dejó sin efecto las Resoluciones N° 325/94-ANSSAL- y N° 515/99-SSSalud-.

Posteriormente, por Decreto N° 939/00 el Poder Ejecutivo Nacional dispuso adecuar las disposiciones contenidas en el Decreto N° 578/93 al Marco Estratégico-Político explicitado por Decreto N° 455/00, eliminando el requisito de descentralización de los establecimientos sanitarios mediante acto formal de la autoridad jurisdiccional y ampliando de 30 a 60 días el plazo de pago de los servicios facturados por los HPGD.

Finalmente, y conforme a lo expresado en los considerandos de la Resolución N° 487/02-MS- en cuanto a la existencia de una multiplicidad de normas que regulan los

procedimientos para la presentación y cobro de facturas por parte de los HPGD, el mencionado acto dispuso la reformulación y compatibilización de la normativa existente “...estableciendo nuevos mecanismos que permitan agilizar los circuitos administrativos y eviten la superposición de reglamentaciones y preceptivas sobreabundantes que coexisten en desmedro de una operatoria más eficiente y eficaz”.

En la actualidad se encuentra vigente la RESOLUCION 635/2015, como normativa para el reclamo a través del Sistema de Débito Automático. La decisión en la actualización de la normativa fue en virtud de la experiencia acumulada desde la vigencia de la Resolución Ministerial N° 487/02, y dado el grado de desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, se verificó la necesidad de actualizar los procedimientos y requisitos de información para la gestión de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada por las prestaciones brindadas a beneficiarios de las Obras Sociales, comprendidos en el Régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y con el propósito de lograr mejoras sustanciales en términos de agilidad en el funcionamiento de los circuitos administrativos resulta fundamental adecuar el marco normativo actual.

Ya transcurrido un tiempo desde la implementación de esta normativa, no produjo grandes cambios con respecto al mecanismo, ya que no se diseñó o implementó el uso de la tecnología de la información mencionado, en dicha resolución, pero lo que produjo fue una disminución en los costos de instrumentación y presentación, permitiendo una comunicación más fluida y con menores costos a través del correo electrónico y se evitó el aviso fehaciente por incumplimiento del Agente del Seguro de Salud.

El sistema de pago por débito automático constituye un procedimiento de carácter excepcional y de acogimiento voluntario por parte de los HPGD, en los supuestos de existir discrepancias en los montos de facturación o que, vencido el plazo previsto para el pago y a falta de acuerdo entre las partes, los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud no cancelen en término los importes correspondientes a las prestaciones facturadas por los mencionados establecimientos.

### **Organismo de control. La Superintendencia de Servicios de Salud**

La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, y es el ente que regula y controla a los Agentes del Sistema del Seguro de Salud.

Es el ente de regulación y control de los actores del sector, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación vigente.

Según Ramio, la Teoría de las Organizaciones se refiere a la organización como un dato de hecho, propio de la realidad social como si su existencia estuviera asegurada y fuese constante en el tiempo, a través de este trabajo podemos dar cuenta que esta definición no se encuentra alejada de su aplicabilidad práctica. (Ramio, 1999).

Para Ramio otra forma de definir a las organizaciones es partir de la consideración que éstas son unas unidades sociales con unos objetivos particulares. La Superintendencia de Servicios de Salud se origina a partir de estas necesidades sociales, así como los siguientes aspectos que Ramio define como los aspectos fundamentales que delimitan a las organizaciones, asimilados a la Superintendencia.

- 1) un grupo de personas asociadas, en este caso concreto, en Salud por la fusión de varios organismos
- 2) para el logro de un fin común; establecido por ley
- 3) que establecen entre ellas, a tal fin, relaciones formalizadas; delimitadas burocráticamente
- 4) con pretensión de continuidad en el tiempo; establecido en un plan estratégico
- 5) legitimadas por el sistema social externo, y
- 6) con la posibilidad de sustituir a sus propios miembros sin que peligre la supervivencia de la propia organización, la burocracia delimita las acciones que las personas respectan, en una organización burocrática este peligro está minimizado. (Ramíó, 1999).

### **Estructura organizacional.**

#### **Mirada burócrata estructuralista**

La definición de organización descrita anteriormente se encuentra en relación directa de acuerdo a los aspectos detallados con lo que denominaríamos una organización burocrática, un sistema organizativo basado en un conjunto de funciones formales establecidas mediante reglas legales, racionales, escritas y exhaustivas. El poder de cada individuo es impersonal y procede de la norma que crea el cargo. Los cargos están ordenados jerárquicamente, cada puesto inferior está bajo el control y la supervisión de un puesto superior. El desempeño de cada cargo se basa en la preparación especializada de su ocupante, para ello los miembros se seleccionan bajo el principio objetivo del mérito. Los integrantes de la organización no poseen la propiedad de los medios de producción; son profesionales, especialistas y asalariados, el desempeño de las ocupaciones de su puesto representan su actividad principal, y son nombrados por un superior jerárquico perfilándose una carrera profesional dentro de la organización.

Mediante el Decreto 405/98 se establece una Estructura orgánico-funcional de transición de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y su correspondiente Plan Estratégico.

En sus considerandos el decreto establece que la implementación del plan estratégico requiere de la designación de funcionarios a cargo de las unidades gerenciales para ello se estable una estructura (cuadro1) muy lejana a la que debería haber implementado de acuerdo al plan estratégico planteado, esta estructura fue de transición realmente, al poco de funcionamiento se estableció otra estructura-funcional.



Cuadro 1. Estructura de transición SSSalud

### Perspectiva Neoestructuralista

Otra perspectiva básica del pensamiento organizativo neoclásico es la Escuela Neoestructuralista o institucional que nace de los planteamientos teóricos weberianos para buscar una síntesis de la Teoría de la Organización con el propósito de delimitar un cuadro conceptual que tomase en consideración tanto los aspectos formales e informales de la estructura organizativa como los problemas de la colaboración y del consenso, los de poder y conflicto, los de la importancia de las recompensas materiales y sociales, así como las relaciones entre organización e individuo y entre organización y ambiente.

En contraposición a la teoría estructuralista planteada por Weber los neoestructuralistas plantean cuatro elementos consubstanciales a las burocracias generan un círculo vicioso que perfila unos sistemas organizativos incapaces de flexibilizar sus estructuras y adaptar sus comportamientos a las demandas de su entorno. (Ramíó, 1999).

Los cuatro elementos responsables de esta inflexibilidad típica de los sistemas burocráticos son:

el desarrollo de normas impersonales las cuales generan en los empleados unas actitudes y comportamientos determinados;

la centralización de las decisiones que tiende a concentrar la capacidad decisoria en el vértice;

el aislamiento entre los distintos niveles jerárquicos, que implica una pérdida de la continuidad y de la visión general de la organización por parte de sus actores;

el desarrollo de relaciones de poder paralelas.

Los cuatro factores detallados, combinados dentro la relación jerárquica de una organización, con la centralización de decisiones, el aislamiento y el exceso de formalismo, genera un círculo entrópico con el resultado de un alejamiento paulatino de la efectividad y de la eficiencia, y anula la capacidad de repuesta y de innovación del sistema organizativo.

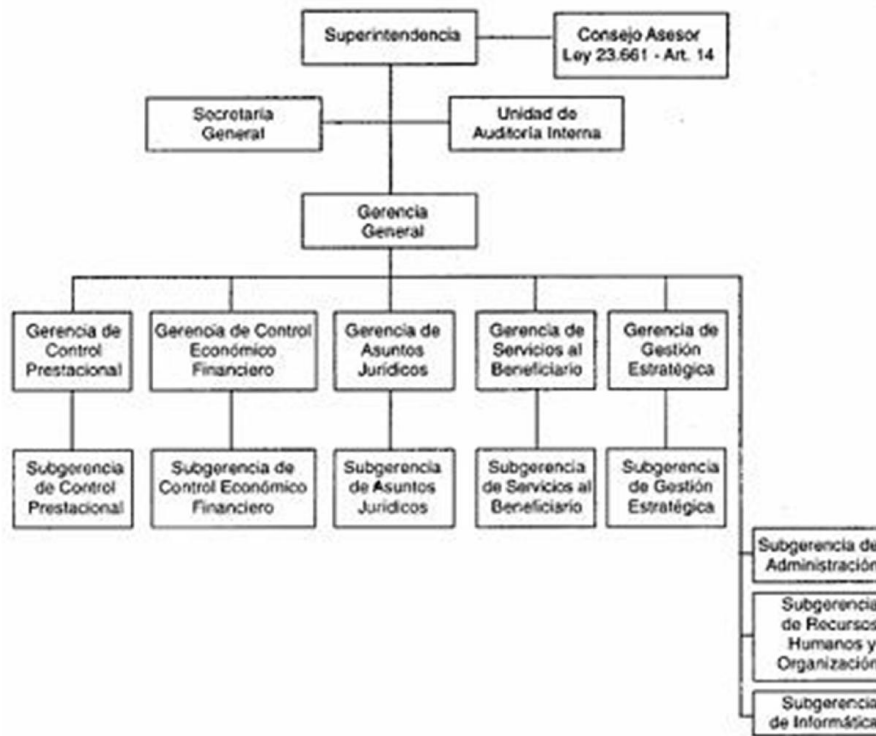
Con matices neoestructuralista nace una estructura organizativa funcional, dejando de lado la de transición, mediante el Decreto N° 1576/98, en el cual se detalla la misión de la Superintendencia de Servicios de Salud

La Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de los actores del sector, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación, recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación.

Estas ideas de inflexibilidad se ven plasmadas dentro de una estructura con más Unidades Organizativas, posiblemente más moderna por ser un organismo descentralizado del ámbito nacional, pero que de todas maneras, que concentra en el vértice la capacidad decisoria.

Acorde a los objetivos estratégicos que se plantea esta nueva estructura no deja de plantear lineamientos de acuerdo a las acciones desarrolladas para cada unidad organizativas minimizando la visión de la organización y el complemento (cuadro2).





Cuadro 2. Estructura post-transición SSSalud

Con una estructura organizacional definida, se establecen dentro de la Gerencia de Control Prestacional y su Subgerentes acciones inherentes a la facturación de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y el incumplimiento de los Agentes del Seguro de Salud.

La responsabilidad primaria de la Gerencia de Control Prestacional es efectuar el control de las relaciones prestacionales entre los Agentes del Seguro y los prestadores de servicios de salud y fiscalizar el cumplimiento de las normas prestacionales, considerando al Programa Médico Obligatorio como condición básica, por parte de los agentes del Sistema así como de los prestadores de servicios de salud. Y como complemento a sus responsabilidades debe Fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de las obras sociales respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Autogestión, procediendo de igual forma respecto a las asociaciones de obras sociales y otros agentes que posean efectores propios.

### **Paradigma de la Nueva Gestión Pública**

La Nueva Gestión Pública se constituye en una perspectiva modernizadora de mejora de la eficiencia y la eficacia de la administración pública surgida en los años noventa; se caracteriza por aportar una visión “managerialista” al estudio de la administración pública, tradicionalmente dominada

Sus bases intelectuales proceden de la teoría de la elección pública, que concibe el gobierno desde el punto de vista del mercado y la productividad y el gerencialismo, que se centra en un enfoque de gestión para lograr ganancias de productividad. En esencia, representa una serie de ideas, valores y prácticas dirigidos a imitar las prácticas del sector privado en el sector público.

Bajo la etiqueta Nueva Gestión Pública se da cobijo a una serie de corrientes, que tienen como eje vertebral la preferencia por la sustitución del principio de jerarquía por el de mercado, o lo que es lo mismo, la importación de técnicas propias de la gestión privada a la gestión pública. Sin embargo, la escasa coherencia interna de las corrientes que aún a dicha etiqueta permite que éstas puedan dividirse entre dos grandes subgrupos o enfoques: por un lado, los enfoques neoempresariales, que valorizan solamente la economía, la eficacia y la eficiencia, y proponen clientelizar a los ciudadanos; y por el otro, los enfoques neopúblicos, que enfatizan la repolitización, la racionalización y el control de la externalización de los servicios públicos, la participación ciudadana y la ética en la gestión pública (Ramíó, 1999)..

El principal problema del enfoque neoempresarial de la NUEVA GESTIÓN PÚBLICA es su énfasis casi exclusivo en los conceptos de eficiencia y eficacia, sin atender a las características distintivas del sector público. Es por ello que el enfoque neopúblico pretende dar una mayor consistencia a la nueva gestión pública y a las prácticas que propugna, mediante la adaptación de los instrumentos de cambio organizativo a la realidad específica de lo público, de forma que se alcancen los objetivos de mejora sin menoscabo de los objetivos sociales, que son prioritarios.

La Nueva Gestión Pública ha centrado su atención en varios temas importantes que antes hablan sido descuidados basada en los valores del sector público. Como ejemplo al propósito de nuestro trabajo:

Servicios centrados en los ciudadanos. La principal característica del servicio público deberla ser su compromiso de servicio a los ciudadanos para mejorar el bien común. Los ciudadanos no son clientes ni meros usuarios de los servicios del gobierno.

Un servicio público fiel a su misión fundamental deberá reconocerse por su compromiso en la mejora constante de los servicios debido al respeto por los ciudadanos a los que sirve.

Dar valor al dinero de los contribuyentes. El enfoque de la nueva gestión pública basado en los resultados y en la evaluación de la gestión y su impacta es importante y debe mantenerse. Cada organización del sector publico deberla adquirir un compromiso para mejorar la productividad.

Una función pública flexible. Para servir mejor al interés público, el gobierno debe ser capaz de modernizarse para responder a las necesidades cambiantes de los ciudadanos en unas nuevas economía y sociedad globales.

### **Una estructura organizativa flexible pero burocrática**

Surgida en el mundo de la práctica, la más importante de las recientes objeciones conceptuales al paradigma burocrático es la idea de que las dependencias gubernamentales deben guiarse por el usuario y orientarse hacia el servicio. Una de las aspiraciones

recurrentes de los administradores públicos y los supervisores que ponen en práctica estos conceptos consiste en resolver los problemas operativos haciendo a sus organizaciones sensibles, dinámicas y prestadoras competitivas y amistosas de valiosos servicios a los clientes.

Para servir mejor al interés público, el gobierno debe ser capaz de modernizarse para responder a las necesidades cambiantes de los ciudadanos en una nueva economía y sociedad globales. Debe ser capaz de crear nuevos servicios y de retirarse de actividades que antes realizaba el gobierno. (Barzelay)

Las medidas de adecuación de la estructura organizativa propuestas no implican que deba existir una generalización en la aplicación de un tipo concreto, sino que cada organismo necesitará de una en particular, de varias combinadas o de todas, de acuerdo a la dolencia diagnosticada y el tratamiento que se considere más eficaz.

Ante aquellas áreas de actuación pública donde el gobierno se enfrenta a la imposibilidad de introducir mecanismos reales de mercado, ha tenido que favorecer su creación mediante nuevos caminos de competición interna, o planteándose la necesidad de estimular la responsabilidad de los gestores y la productividad de los trabajadores mediante una descentralización de funciones, o simplificaciones de la estructura jerárquica. Procedimientos que no suponen una pérdida de poder por parte de la administración. (Sánchez)

Por otra parte, y en la misma línea que el sector privado, la estructura de la organización pública se decanta a favor de la reducción del número de niveles jerárquicos, es decir, hacia estructuras más planas con asignación de mayores niveles de autoridad y autocontrol. (cuadro 3)

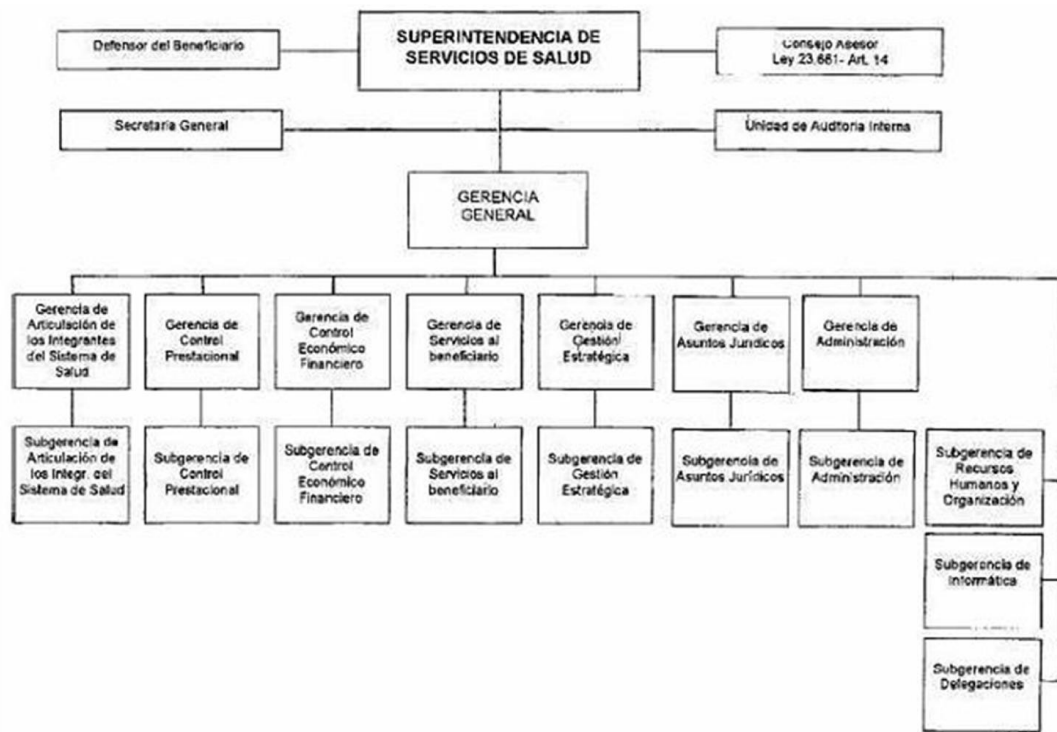
Pero la verdadera renovación estructural, viene de la mano de la descentralización, figura bajo la cual se produce una transferencia de poder o competencias de un ente a otros; y sobre la que puede indicarse que existen dos tipos: descentralización territorial y funcional o del área de gestión. (Sánchez)

La descentralización territorial persigue la asignación de funciones al ente más próximo al ciudadano, facilitando la cobertura de sus necesidades con mayor precisión (Sánchez), como sucede en la Superintendencia de Servicios de salud, a raíz del cambio de Estructura por el Decreto 1547/2007, con la apertura de las Delegaciones y la creación de la Subgerencia de Delegaciones en la nueva estructura, cuya responsabilidad primaria es supervisar el funcionamiento de las Delegaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud en el interior.

Respecto a la descentralización funcional o del área de gestión, por un lado, recoge el traslado de atribuciones a entes dotados de personalidad jurídica propia, tratando de escapar a la rigidez del sistema y del derecho administrativo común. La descentralización supone una clara delimitación entre política y gestión: lo que nos lleva a diferenciar la responsabilidad política y la responsabilidad de gestión. Este tipo de descentralización se

aplicó en la creación de la figura del Defensor del Beneficiario, cuya responsabilidad primaria es asistir a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud en aquellas cuestiones atinentes a sus reclamos, en el marco del procedimiento previsto por la normativa vigente.

De acuerdo a la incorporación de las nuevas unidades organizativas y los preceptos del nuevo paradigma de Gestión Pública que detallamos anteriormente, la nueva estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud del Decreto 1547/2007 es la siguiente:



Cuadro 3. Estructura actual de la SSSalud

Aun siendo establecida una estructura organizativa que permitiera dar cumplimiento a la misión de la Superintendencia, su entorno fue generando nuevas problemáticas que afrontar

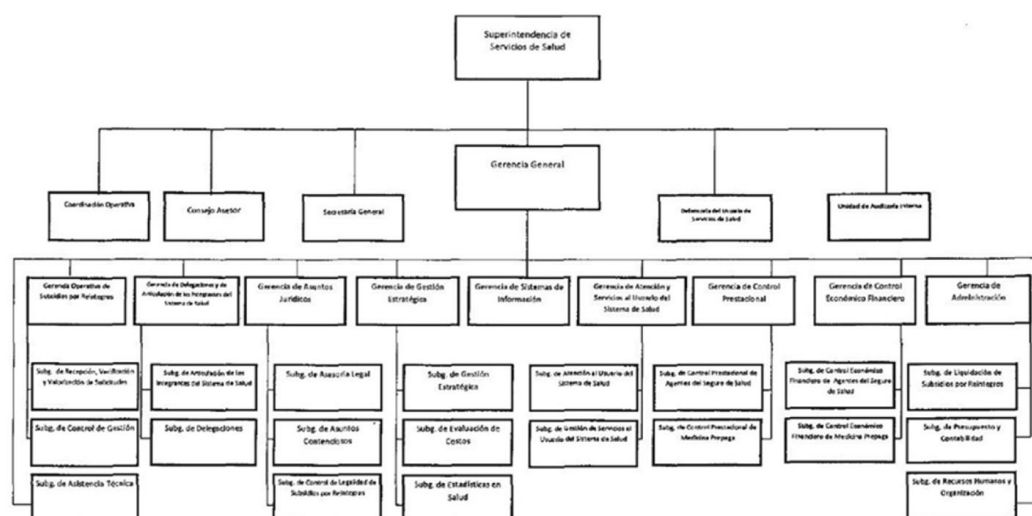
El Decreto N° 1198 del 17 de julio de 2012 dispuso la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro la estructura organizativa de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a efectos de asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado.

Que, en consecuencia, corresponde incorporar a las competencias de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD las acciones específicas del organismo absorbido, así como crear las unidades organizativas que las llevarán a cabo.

Asimismo se le da más énfasis al desarrollo de la tecnología de la información y su importancia como columna vertebral dentro de la gestión de las organizaciones, actualizando el desarrollo de sus funciones, y tomando relevancia como unidad organizativa dentro de la estructura, dejando de ser una unidad de apoyo, como subgerencia dependiente del Superintendente de Servicios de Salud a ser una Gerencia con funciones bien definidas.

La gerencia de Sistemas de Información es la encargada de diseñar y administrar las bases de datos, el equipamiento y la prestación de los servicios informáticos y de comunicaciones de voz y datos en todo el ámbito de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Como se puede apreciar las funciones cambiaron rotundamente, de un simple área que debía administrar la prestación de los servicios informáticos a un compromiso mayor de gestión de la información.

Así se seguían dando modificaciones y en el año 2012 por el Decreto 2710 se establece una nueva estructura organizativa de primer nivel operativo, esta estructura se mantiene vigente hasta la actualidad.



Bajo esta nueva estructura y los lineamientos organizacionales establecidos se procede, mediante la sanción de la resolución 841/2015 MS, a la apertura de los niveles inferiores, ajustándose a criterios de racionalidad y eficiencia para llevar a cabo los objetivos planteados. Dentro de la Gerencia de Control Prestacional existe la necesidad de velar por el Sistema de Débito Automático, por lo tanto se decide incluir una Coordinación dentro de la estructura con los siguientes objetivos:

1. Verificar y determinar los montos reclamados por los efectores inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada en virtud de facturaciones impagas, originadas por prestaciones brindadas a beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud.

2. Efectuar la fiscalización técnico/administrativa y verificar los montos de las prestaciones efectuadas por los Agentes del Seguro de Salud, por facturaciones originadas en la atención de enfermedades preexistentes de beneficiarios que realizan la opción de cambio entre dichos Agentes.

3. Efectuar la fiscalización técnico/administrativa y verificar los montos de las prestaciones realizadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada sobre facturaciones impagas de los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga.

4. Actualizar y articular la información recabada para obtener estadísticas que sirvan como antecedentes para la mejora de la gestión operativa.

5. Asegurar la adecuada intervención técnica en los ámbitos médico legal de acuerdo a la índole particular de los trámites iniciados, por tratarse de procedimientos especiales.

6. Brindar asistencia técnica a los distintos actores involucrados, en lo referente a la gestión de recupero de costos.

7. Proponer las normas para la estandarización, simplificación e informatización de los procesos relacionados con la gestión y pagos por prestaciones.

8. Analizar y proponer la actualización normativa, facilitando las modificaciones del nomenclador de prestaciones específico, mediante la evaluación empírica de la interacción de los subsistemas de salud.

9. Articular programas y acciones con el MINISTERIO DE SALUD, relacionados con temas de interés común, para el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

10. Realizar los requerimientos de fondos autorizados al organismo competente.

### **Modernización burocrática. Tecnología de la Información**

Las TIC han cambiado radicalmente las vías de acceso a la información en general y a la información del sector público en particular, facilitando considerablemente el acopio de información, su difusión, puesta a disposición y transformación.

El Gobierno Abierto es una política de Estado que apunta a alentar la participación ciudadana en la Administración Pública a través de los canales de comunicación por medio de los cuales se pueda tener contacto directo, promueve la transparencia de los actos de gobierno mediante la difusión y acceso a la información.

A través de los canales de comunicación se pone a disposición de los ciudadanos las herramientas digitales adecuadas (incluyendo las redes sociales) para que éstos puedan hacer llegar consultas, sugerencias y opiniones a las diferentes organismos involucrados en la Administración Pública.

Esta nueva forma de gestión representa cambio en el modo de gobernar para los gobiernos Nacionales, Provinciales y Municipales. basado en la transparencia en la información, la colaboración de la sociedad y el servicio que se brinda a la comunidad por medio de la participación.

Así como la estructura de la Superintendencia fue modificándose en base a el desarrollo de su entorno, absorbiendo funciones, determinando acciones, generando nuevos ámbitos de aplicación, el desarrollo de las TICs y su inclusión dentro del ámbito organizacional, hizo que en sea necesario incluir coordinaciones para descentralizar las funciones respecto a este tema dentro de la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACION.

. A través de las resolución 841/2015 y 952/2015 crean unidades operativas para dar solución a las inquietudes y plasmar los proyectos en herramientas informáticas de gestión.

#### COORDINACIÓN OPERACIONAL

##### ACCIONES:

1. Coordinar la Mesa de ayuda dirigida a usuarios externos, con el fin de evacuar las consultas realizadas sobre las distintas aplicaciones informáticas del organismo.
2. Proporcionar distintas vías de contacto con los usuarios de la organización, a fin de recibir y brindar una rápida respuesta a los requerimientos.
3. Identificar problemas recurrentes y gestionar la solución de los mismos a través de las distintas coordinaciones de la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

#### COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD INFORMÁTICA

##### ACCIONES:

1. Asegurar la adecuación permanente en los procesos Gestión de la Calidad basada en las normas ISO 9001, con el fin de normalizar los procesos y procedimientos de la GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN en materia de calidad informática.
2. Desarrollar, implementar e integrar tecnologías que tiendan a una mejora sustancial en relación a las herramientas informáticas utilizadas por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, logrando la optimización en los procesos informáticos basados en una mejora en la calidad.

#### **Información al alcance de todos**

Bajo el concepto de Gobierno Abierto se entiende que “la información es un bien de dominio público” y es de toda la sociedad. En esa línea, Gobierno Abierto es un salto de calidad institucional al profundizar el trabajo que viene realizando, al difundir toda aquella información que se genera y es relevante para la comunidad. Esta información tiene unas

características que la hacen particularmente atractiva para el sector de los contenidos digitales, ya que es de calidad, completa y fiable.

### **Participación de los ciudadanos**

Con la publicidad de los actos que hacen a la gestión administrativa en el marco del principio de transparencia, la administración pública permite a los ciudadanos conocer sobre los planes de gestión y las políticas públicas que se están implementando. Les permite conocer del mismo modo de qué manera se asignan los recursos para acometer los distintos objetivos. De esta manera, los ciudadanos pueden realizar un control de los actos de gestión e impulsar propuestas para ser discutidas y analizadas en comunidad.

### **Acceso a la información**

En este contexto la apertura de datos u open data fomenta que las administraciones públicas pongan a disposición de la sociedad la información pública que tienen en su poder, para que cualquier persona u organización pueda a partir de la misma crear nuevas informaciones y servicios, constituyéndose en una piedra angular sobre la que se sustenta el open government. El gobierno de Estados Unidos reconoció a finales de 2009 la importancia de la información del sector público en el Memorando sobre transparencia y gobierno abierto del presidente Obama. Esta iniciativa parte de la idea de que la transparencia es la base de la confianza de los ciudadanos en sus gobernantes y, entre sus objetivos destaca el de poner a disposición del público, con medios electrónicos, la información generada por la Administración.

### **Colaboración de los ciudadanos**

“Gobierno abierto” ofrece a todos los ciudadanos la posibilidad de dar su opinión, gracias a los últimos dispositivos tecnológicos que permiten construir los instrumentos para que las instituciones sean más democráticas y así, aprovechar la inteligencia colectiva.

Los ciudadanos podrán hacer llegar sus opiniones, consultas y quejas sobre la prestación del servicio de la Administración Pública. Para ello, tienen a su disposición las herramientas digitales o canales de comunicación socialmente utilizados. Lo que se podría denominar redes sociales o WEB 2.0, espacios que permiten compartir información, e interactuar y colaborar entre los usuarios. Ejemplos de la Web 2.0 son las comunidades web, los servicios web, las aplicaciones Web, los servicios de red social, los servicios de alojamiento de videos, las wikis, etc.

### **Gobierno Electrónico**

El gobierno electrónico o e-gobierno consiste en el uso de las tecnologías de la información y el conocimiento para acercar al ciudadano los procesos y servicios del gobierno.

Se basa principalmente en la implantación de herramientas para Portales Gubernamentales, con información actualizada para los ciudadanos e integración con otras



tecnologías que dan soporte a los procesos del gobierno así como con las redes sociales y otras aplicaciones disponibles en Internet.

En este nuevo escenario, el eGovernment surge como un elemento fundamental en la relación gobierno-sociedad. La modernización del Estado produce cambios en la interacción entre el gobierno y el resto de los agentes (ciudadanos, empresas, otras entidades) y en la manera de organizar el trabajo. El ciudadano es reconocido como un “cliente” y la relación que esto genera requiere que la estructura jerárquica del estado se asemeje a la organización de una empresa.

La aplicación de nuevas tecnologías en las actividades de la Administración Pública, ha permitido a los gobiernos tener un mayor conocimiento de las necesidades de la sociedad y brindarle un mejor servicio. Las TIC le permiten al Estado tener una mayor accesibilidad y rapidez a la información a un menor costo, con mayor seguridad y rigor informativo, y brindándole la posibilidad de una mejor y más democrática atención a los ciudadanos.

El gobierno argentino ha decidido incorporar las TIC a la gestión pública con el objetivo de fortalecer sus procesos internos de información, capacitar a sus funcionarios, interactuar con sus proveedor es de bienes y servicios y, por sobre todas las cosas, brindar y entregar más y mejores servicios públicos a la ciudadanía. Este compromiso ha quedado plasmado a partir de la sanción del decreto 378/2005, el cual estableció el Plan Nacional de Gobierno Electrónico para la República Argentina.

Dentro del Plan se establecía que para la elaboración e implementación, se debían desarrollar las siguientes acciones:

Desarrollar , mantener y promover sistemas integrados basados en Internet

Implementación de los estándares de interoperabilidad

Comunicaciones mediante tecnologías informáticas,

Disponer las medidas para la simplificación de los trámites

### **Las TICs y la Política Publica**

La tecnología al alcance de todos se transformaron en herramientas que permiten llegar a todos, tanto disminuyendo la distancia como la dificultad del acceso a la información.

Del mismo modo, las TICS resultan una excelente herramienta de gestión para los Estados que deciden dar participación a la ciudadanía y transparencia en su gestión. Las TICS son muy poderosas para democratizar el acceso a la información, que hace algunos años se tornaba inaccesible. Las TICS generan mejores ambientes de control, porque hacen

más fluido el cruce de información y aseguran un seguimiento riguroso del cumplimiento de las normas.

Por otro lado, con respecto a la mejora de la calidad del servicio público de un modo eficiente, es comprensible entender que el uso de estas herramientas hacia el gobierno electrónico es indefectiblemente el sendero que debe tomar la Administración Pública Nacional.

### 3. DIAGNOSTICO

#### **El financiamiento de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.**

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

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

#### **Metodos de financiamiento**

Los métodos de financiamiento hospitalario utilizados son retrospectivos o prospectivos en general por lo consumido, muy poco desarrollado el pago por resultado.

Método retrospectivo: Se reembolsa la prestación hospitalaria una vez que ésta se ha realizado. Se definen dos tipos de reembolso retrospectivos; uno sobre la base de los costos ocurridos a costo real, muy poco difundido por falta de desarrollo de una estrategia de análisis de costos, la ventaja sería que incentiva la entrega de un producto de máxima calidad ya que el hospital no sacrifica calidad por costo, la desventaja es que no contribuye a la contención de costos. El segundo sobre la base de tarifas prefijadas por el hospital con acuerdo con la institución financiadora, o de

acuerdo a tarifas fijadas por otros organismos estatales ya sea nacionales (ej. Nomenclador del Hospital Publico de Gestión Descentralizada, Resolución Ministerio de Salud y Ambiente RM 635/15) o provinciales (ej. Nomenclador SAMO Servicio de Atención Medica Organizada, Provincia de Buenos Aires; o Nomenclador del Instituto Organizado Medico Asistencial de la Prov. de Bs.As, IOMA), etc. Estos segundos métodos sí se encaminan a la contención de los costos hospitalarios.

Método prospectivo: El hospital recibe un pago anticipado a la provisión de servicios. Este pago puede ser asignado por presupuesto o por tarifa por población asignada (capitación). A través de los métodos prospectivos el hospital tendría que tender a identificar y monitorear los costos de los servicios provistos, contribuyendo al control de costos y el fomento de la eficiencia. Dado la escasa estrategia sobre análisis de costos, esta contribución es poco factible observarla. El método más difundido prospectivo de los hospitales públicos es la asignación por presupuesto jurisdiccional, que por lo ya manifestado la escasa estrategia de análisis de costos y de producción hospitalaria, los presupuestos son en general históricos con algún incremento que varía de acuerdo a la disposición presupuestaria general del gobierno de la jurisdicción.

Método por resultado: El pago por resultado implica la medición y suma de todas las atenciones realizadas a los pacientes. El pago por resultado comprende los diagnósticos tratados como productos finales o resultado. Este muy poco desarrollado en los hospitales públicos de gestión descentralizada, incentiva la eficiencia y la contención de costos. (Fernandez Diaz, 2002).

#### Histórico de los montos a través del Sistema de Débito Automático

	<b>Solicitado</b>	<b>Autorizado</b>	<b>No autorizado</b>
2008	\$ 42.546.000,00	\$ 34.307.000,00	19,36%
2009	\$ 43.276.000,00	\$ 33.296.000,00	23,06%
2010	\$ 55.441.000,00	\$ 43.030.000,00	22,39%
2011	\$ 72.813.000,00	\$ 63.633.000,00	12,61%
2012	\$ 135.808.000,00	\$ 102.251.000,00	24,71%
2013	\$ 218.024.080,00	\$ 174.370.324,00	20,02%
2014	\$ 233.711.381,00	\$ 202.378.904,00	15,60%
2015	\$ 277.312.208,00	\$ 235.367.615,00	16%
2016	\$ 1,580,527,211,00	\$1,276,227,157,00	20%

Fuente: Elaboración propia en base a Sistema HPGD-GCP

En el cuadro que se presenta establecer que el reclamo va en paulatino aumento a lo largo de los años, aunque esta circunstancia depende de varias variables, cantidad de Hospitales que presentan, cumplimiento en el pago directo de los distintos Agentes de Salud, y variaciones en el Nomenclador de Prestaciones, debemos prestar especial atención al porcentaje que no se autorizó por sobre lo reclamado. El importe autorizado corresponde a los montos aprobados por la Gerencia de Control Prestacional de la Superintendencia de Servicios de Salud, luego de fiscalizar la documentación presentada por el Hospital y la notificación de las observaciones realizadas para la resolución, lo que no aprueba o autoriza la Superintendencia es una pérdida para el hospital por falencias administrativas..

### **La estrategia de la descentralización**

La descentralización hospitalaria en la Argentina ha sido considerada y adaptada por la Políticas Sustantivas del Estado Nacional, pero este concepto involucra la transferencia de la responsabilidad desde el nivel central a los niveles locales y abarca desconcentración y delegación, suponiendo planificación y administración de recursos.

En general la existencia de un sistema de descentralización en el área de la salud estima la acción de una trama institucional articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de la política de salud acordadas en el área central con relación de dependencia mutua.

Los grados de desarrollo e implementación de los sistemas normativos de cada jurisdicción, territorio y actor varían según su ubicación jerárquica, legitimidad y capacidad de movilización de recursos, y de allí que el resultado de grados de comparabilidad en acciones y objetivos institucionales es difícil.

El reflejo de esta descentralización puede observarse en el análisis realizado sobre la base de 2370 Hospitales inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), de los cuales 1910 corresponden a Centros de Atención Primaria de la Salud, de los que 959 corresponde a la órbita municipal.

### **Hospitales que Adhieren al Régimen HPGD por Provincia**

Provincia	Total	Dependencia	Total
-----------	-------	-------------	-------

Buenos Aires	761	Mixta	1
		Nacional	5
		Provincial	77
		Municipal	678
CABA	42	Universitario público	4
		Nacional	5
		Municipal	33
Catamarca	48	Municipal	2
Chaco	45	Provincial	91
Chubut	105	Municipal	12
		Provincial	93
Córdoba	367	Nacional	1
		Provincial	39
		Municipal	327
Corrientes	49	Universitario público	1
		Municipal	5
		Provincial	43
Entre Ríos	176	Nacional	1
		Municipal	50
		Provincial	125
Formosa	39	Provincial	39
Jujuy	26	Provincial	26
La Pampa	66	Provincial	66
La Rioja	53	Provincial	53
Mendoza	48	Universitario público	1
		Municipal	6
		Provincial	41
Misiones	49	Provincial	49
Rio Negro	36	Provincial	36
Salta	20	Provincial	20
San Juan	16	Provincial	16
Santa Cruz	3	Provincial	1
		Nacional	2
San Luis	51	Provincial	51
Santa Fe	175	Municipal	11
		Provincial	164
Santiago del Estero	95	Municipal	3
		Provincial	92
Tucumán	100	Municipal	16
		Provincial	84

Fuente: Elaboración Propia en Base a REFES SISA

Bajo este contexto Nacional podemos observar que los cuidados preventivos se encuentran a la orden del cuidados sanitario municipal. Los cuales son de vital importancia

pero requieren menor carga presupuestaria. Estando las prestaciones de alta de Alta Complejidad en su mayor parte bajo tutela del Gobierno Provincial.

### **El cambio organizacional**

El escenario en el cual se comienza a implementar la estrategia del Hospital Público de Gestión Descentralizada, encontramos que se hacía evidente la problemática que durante años había caracterizado a grandes áreas de la administración pública y que en sector salud se presentaba con perfiles negativos.

Estos escenarios podemos sintetizarlos de la siguiente manera

La utilización ineficiente de los recursos presupuestarios.

Consumo en servicios no siempre apropiados para el nivel de necesidades reales en el área.

Incorrecta relación entre el gasto en salarios y gasto operativos totales.

Inversión dirigida con preferencia a los niveles de alta complejidad en detrimento de los componentes de atención primaria de la salud Subvención indirecta a los sistemas no públicos de cobertura. (subsídios cruzados).

Falta de gerenciamiento adecuado.

Asignación de recursos aplicados sin un criterio de priorización de necesidades.

Falta o incumplimiento de los mecanismos de monitoreo de gastos.

Manejo ineficiente de los sistemas de compras y contrataciones.

Estas particularidades negativas del sistema, así mismo como la falta de inversión en infraestructura e interés del Estado en mejorar esta situación, ponían de manifiesto el impacto negativo logrado en la percepción de la calidad de la salud de la población y de la alta insatisfacción de los ciudadanos y usuarios de los servicios hospitalarios públicos de la salud.

Al respecto cabe mencionar un informe 664 de la Consultora IDESA, donde se establece que 8 de cada 10 pesos del presupuesto de los Hospitales Públicos de Gestión

Descentralizada, corresponde a el salario de los empleados. El informe aclara que no disponen datos de todo el universo.

### Estructura de gasto de los hospitales públicos



En estos contextos, la reforma exigió la modificación del rol de las provincias y municipios en la gestión de las políticas sociales, completándose el traspaso de servicios públicos a sus respectivas esferas de competencias administrativas y financieras.

Así como parte integrante del sistema estatal de salud, el hospital público brinda asistencia gratuita a la clase no protegida por algún otro subsistema, observándose un subsidio a estos subsistemas por prestaciones de servicios sanitarios a sus beneficiarios sin retorno financiero; atendiendo además de esta manera, a sectores sociales con mayor capacidad económica atraídos por el prestigio del personal médico y mejor accesibilidad que los ciudadanos no protegidos, cubriendo así mismo en general, lo relativo a emergencias y accidentología sin cargo para el sistema asegurador.

Dada estas actividades desarrolladas por el hospital y los distintos tipos de usuarios que concurren al mismo, se puede afirmar que, en términos económicos, existe transferencia real de recursos del sector público destinado al sector carenciado sin cobertura social, al sector privado que está protegido por otro subsistema. Situación que se relata en el artículo del diario EL DIA, de Junio de 2016 “A los hospitales se les escapan millones de pesos que quedan en las prepagas”, donde se describe la situación de desfinanciamiento de los Hospitales bonaerenses y su relación con el SAMO (Sistema de Atención Médica Organizada), que surge como sistema de apoyo técnico – administrativo.

Los presupuestos jurisdiccionales históricos asegurados son objeto de mejoras, al incorporar la recuperación indirecta del gasto producido por las prestaciones brindadas a ciudadanos con cobertura financiera de otros subsistemas de salud, a través del cobro directo, o convenio previo, o exclusivamente para el subsistema de Obras Sociales Nacionales ante la falta de pago en tiempo y forma mediante la utilización del Sistema de Débito Automático.

### **El Sistema de Débito Automático a la practica**

La incorporación como Hospital Público de Gestión Descentralizada, plantea al establecimiento sanitario la necesidad de adecuar los procesos administrativos a los fines de responder a los requerimientos impuestos ante este importante cambio institucional, lo que implica una reingeniería del sistema hospitalario de facturación y cobranza, es decir el desarrollo e implementación de un subproceso en el esquema administrativo-financiero del Hospital que capte y refleje el cobro de las prestaciones brindadas a los pacientes con otro sistema de financiamiento de salud.

Al esquema presupuestario prospectivo que el hospital recibe en pago anticipado a la provisión de servicios, se agrega una fuente de financiamiento adicional generados en concepto de ingresos por los servicios prestados al universo de beneficiarios con capacidad de pago por terceros pagadores (O. Sociales Nacionales y/o Provinciales, Mutuales, Empresas de Medicina Prepaga, Seguros de Accidentes, Aseguradores de Riesgos de Trabajo, u otros similares que estén obligadas a la cobertura médica contratada oportunamente por el usuario), aspecto este que deberá contemplar al definir el hospital sus objetivos aplicables al proceso de reformulación del proyecto anual de presupuesto de la institución.

En principio la definición de la naturaleza, alcance y oportunidad de la facturación a aplicar a cada financiador del sistema, requiere un acabado de rutinas administrativas involucradas que verifiquen el cumplimiento de procedimientos normativos legales vigentes y comunes para la venta de servicios que le son propias del hospital.



## Hospitales Que reclaman a través del Sistema de Débito Automático

Año	Hospitales	80% del total Reclamado
2008	470	99
2009	342	71
2010	312	68
2011	342	77
2012	348	68
2013	351	67
2014	384	63
2015	339	63
2016	636	75

Fuente: Elaboración propia en base a Sistema HPGD-GCP

Como se verá en el cuadro anterior de los 2370 hospitales que podrían recuperar costos a través del sistema de Débito Automático, solo 636, lo realiza y con cierto grado de deficiencia. El incremento en la cantidad de Hospitales que reclaman se debe a que hay un auge de empresas, que, en conocimiento de las deficiencias de los hospitales en la cuestión administrativa, prestan sus servicios de facturación.

### El procedimiento para los Agentes del Seguro de Salud

Finalizado el proceso administrativo de facturación que debe contemplar necesariamente las situaciones expuestas en el actual Decreto 939/00 PEN, para el caso de las Obras Sociales Nacionales incluidas dentro de la Ley 23660; solo para ellas, se las obliga a saldar los costos de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios, en el término de 60 días corridos a partir de la recepción de la respectiva facturación en la Obra Social.

Como ya se manifestó previamente, vencido dicho plazo legal de los 60 días, y no mediando acuerdo de pago, el hospital podrá reclamar la gestión de cobro de dicha facturación a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD), quien procederá para las O. Sociales bajo su dependencia, al requerimiento de débito automático de lo previamente auditado y autorizado, de la cuenta de ingresos de aportes y contribuciones de los beneficiarios de esa O. Social Nacional, en la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

Sobre el particular, es pertinente aclarar que solo es resorte de la Superintendencia de Servicios de Salud tramitar los reclamos que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) que realizan a través del Sistema de Débito Automático previsto en el Decreto 939/00 PEN.

Una vez presentado el reclamo en la Superintendencia de Servicios de Salud, y habiéndose corroborado previamente el cumplimiento de los procedimientos administrativos y de la confección de la documentación requerida por la Resolución 635/15 MS, así como la intimación y el incumplimiento por parte de los Agentes del Seguro; la Gerencia de Control Prestacional autoriza los montos que habrán de requerirse a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) para que la misma proceda a debitar de la cuenta recaudadora de cada uno de los Agentes del Seguro dichos importes y los gire a la Superintendencia de Servicios de Salud, la cual procederá a acreditar dichos fondos en las cuentas de los HPGD.

La profundización del proceso de descentralización y autonomía de los hospitales públicos ha tenido en el sistema de obras sociales nacionales a un asociado, a través de este mecanismo automático de cobro de prestaciones.

Sin embargo en la mayoría de los hospitales, solo en el sistema nacional de obras sociales avanzó eficazmente el recupero del gasto producido por prestaciones realizadas por el hospital, quizás inducido por la seguridad de pago y por no contar el hospital de una estructura administrativa técnica y legal que llevara adelante el procedimiento de efectivizar el pago por parte de los otros subsistemas.

El sistema de obras sociales provinciales, fuerte usuario del hospital público como prestador de servicios, los sistemas de obras sociales universitarias, de las fuerzas armadas; los sistemas de medicina prepaga, las administradoras de riesgos laborales y las compañías seguros, son las que más aprovechan estas debilidades del sistema público, constituyendo el más importante núcleo deudor del subsidio cruzado entre subsectores. El establecimiento de mecanismos similares, que garanticen al hospital público el recupero del costo de la prestación brindada, debería ser un objetivo político de las autoridades sanitarias, con el fin de evitar tales subsidios, poniendo en igualdad de condiciones a los otros subsistemas financiadores mejorando el presupuesto para los que no tienen otro financiamiento.

Por lo tanto se puede notar que los HPGD, tienen varias vías de ingresos de recursos provenientes del Subsistema de la Seguridad Nacional, provenientes del pago directo de las prestaciones por los distintos financiadores. Este trabajo tampoco pretende focalizarse en el monto de ingreso de dinero a los hospitales vía contrato previo de este subsistema, ya sea por contratos per capita o por prestación, modalidades que es explotada por el INSSJyP, que sería otra manera de ingreso dinerario al sistema hospitalario. Tampoco ahondar en los otros posibles ingresos de recursos económicos de los otros subsistemas de salud.

### **Sistema de Debito Automático cuantificado**

Lo solicitado por los hospitales a la Superintendencia de Servicios de Salud, fue paulatinamente en aumento con una fuerte acentuación a partir del año 2015, esto se debió a un incremento de la petición de débito por parte de los establecimientos hospitalarios ante una falta de pago por parte del INSSJyP; posterior a la presentación de la documentación en la sede central, acentuado por un incremento de la internación de beneficiarios del instituto en los nosocomios públicos, pese a tener dicha institución contratos capitados con efectores privados, sin tener en cuenta a varios nosocomios que por tener un contrato de facturación por prestación con el mencionado Instituto no pudieron presentar su reclamo en la Superintendencia de Servicios de Salud..

#### Expedientes tramitados por Débito Automático

<b>Año</b>	<b>Expedientes</b>
2008	5.591
2009	4.616
2010	4.531
2011	5.847
2012	6.702
2013	10.117
2014	12.080
2015	11.586
2016	41.146

Fuente: Elaboracion propia en base a sistema HPGD –GCP

El crecimiento sostenido de las solicitudes de pedido de recupero de costos, en cuanto a cantidad de expediente se debe a que la resolución 635/2015 MS, estableció que se debe

realizar un solo expediente por cada Obra Social que se reclame. Lo que aumento el trabajo administrativo de la Gerencia de Control Prestacional para dar diligencia al triple de labor del que estaba realizando hasta ese momento.

Este inconveniente incremento los plazos de pago de los reclamos a los Hospitales luego de haber realizado el requerimiento a la AFIP, en 7 meses a partir del ingreso de la documentación a la Superintendencia, contemplando que desde la fecha de confección de la factura el Hospital tiene 120 días corridos para presentar el reclamo, el retraso en el pago llega a ser de un año aproximadamente,.

Hospitales que utilizan el sistema por Sobre el Total de Hospitales por Provincia Año 2016

Provincia	Inscriptos	% Utilización
Rio Negro	36	91,67%
Mendoza	48	85,42%
San Luis	51	43,14%
Santa Fe	175	33,71%
Santiago del Estero	95	31,58%
Córdoba	367	26,43%
Salta	20	25,00%
San Juan	16	18,75%
Buenos Aires	761	16,43%
Jujuy	26	15,38%
Entre Ríos	176	14,77%
Chubut	105	9,52%
Misiones	49	8,16%
Tucumán	100	7,00%
Formosa	39	5,13%
Chaco	45	4,44%
Catamarca	48	4,17%
La Rioja	53	1,89%
CABA	42	0,00%
Corrientes	49	0,00%
La Pampa	66	0,00%
Santa Cruz	3	0,00%

La via administrativa de reclamo ante Superintendencia como la intención de facturar las prestaciones depende de cada jurisdicción debito a la estructura descentralizada de las cual ya hablamos, en el cuadro anterior podemos analizar la importancia que se da al Sistema de recupero de Costos. Y el particular podemos realizar

algunas consideraciones sobre cada Jurisdicción, como por Ejemplo Rio Negro. En esta provincia la potestad de la facturación y administración del recupero de costos, fue dejada en manos de los propios trabajadores, a través del gremio que los representa y crearon lo que se denomina unidad de Gestión FOS.

En el caso de Mendoza la fiscalización previa a la presentación de la documentación en Superintendencia de Servicios de Salud la realiza el propio Ministerio de Salud de la Provincia a través de la Dirección de Recupero de Costos, lo que le permitio a lo largo de los años que están implementando el sistema un alto grado de efectividad en la gestión de recupero.

Por otro lado, la Provincia de Córdoba delego la gestión de Recupero de Costos de los Hospitales Provinciales a una empresa privada, tercerizando así su proceso de facturación y gestión de recupero.

Ahora bien, estas decisiones de centralización del control, tercerización de procesos de gestión, podrían garantizar efectividad en el proceso o tal vez, obstruir un procedimiento inherente a la cuestión administrativa del Hospital.

#### Importes reclamado vs lo No autorizado por SSSalud – Año 2016

Codigo	Reclamado	% Ineficiencia
Córdoba	\$ 458.905.046,00	10,41%
Buenos Aires	\$ 380.217.516,00	23,89%
Mendoza	\$ 215.703.545,00	9,76%
Salta	\$ 120.444.945,00	24,28%
Rio Negro	\$ 109.334.269,00	22,05%
Santa Fe	\$ 105.214.367,00	25,14%
Entre Rios	\$ 67.886.705,00	46,32%
Tucuman	\$ 52.161.253,00	23,59%
Chubut	\$ 22.451.014,00	28,25%
San Luis	\$ 14.949.840,00	29,25%
Santiago del Estero	\$ 11.661.103,00	34,38%
Capital Federal	\$ 6.719.020,00	11,18%
Misiones	\$ 6.716.132,00	36,88%
San Juan	\$ 4.333.077,00	30,72%
Jujuy	\$ 973.788,00	54,32%
Catamarca	\$ 879.307,00	23,89%
La Pampa	\$ 645.308,00	91,01%
Chaco	\$ 636.570,00	26,89%
Formosa	\$ 154.798,00	79,08%
La Rioja	\$ 94.311,00	84,32%

Evidentemente las jurisdicciones que centralizan la fiscalización, el control o todo el proceso de facturación y no solo se involucra al personal del hospital en estas tareas, son menos ineficientes que el resto.

**El 80% del Monto corresponde a 5 Provincias (año 2016)**

Provincia	% S/Total Reclamado	% Acumulado
Córdoba	29,06%	29,06%
Buenos Aires	24,06%	53,12%
Mendoza	13,65%	66,77%
Salta	7,62%	74,39%
Rio Negro	6,92%	81,30%

Fuente: Elaboracion propia

El resultado en general a través de los sucesivos años y dentro de las expectativas de la implementación de este sistema, podemos inferir de la base de datos de la Gerencia de Control Prestacional que la cantidad total de hospitales inscriptos en todos estos años llegan a una sumatoria de más 2370; pero solo han enviado documentación (aún sea una sola factura) para ser procesada por el Sistema de Débito Automático unos 390 hospitales, correspondiendo por lo tanto un porcentaje como indicador de utilización cercano al 16,50 %.

**De los Hospitales Públicos**

De esa misma base de datos resulta en general, que la sumatoria de 390 hospitales que envían documentación para la gestión de cobro en prestaciones médicas realizadas a beneficiarios de la seguridad social respectiva, un promedio de 20 %, alrededor 75 de esas instituciones hospitalarias, reciben el 80 % del dinero aprobado. El resultado da una idea de indicador de la concentración de establecimientos involucrados en el sistema de débito automático.

Por lo tanto la concentración absoluta del sistema de débito automático que concentra el 80 % del monto autorizado sobre los 75 establecimientos de los 2370, resulta un indicador de concentración absoluta del orden del 3,16 %.

La descripción de los resultados obtenidos de lo abonado por las distintas Obras Sociales, requiere tener en cuenta aspectos que se vinculan con la población y otras

circunstancias que pueden sesgar la presentación de los datos, por el especial relieve que tiene en INSSJyP.

Es obvio, que sin mencionar estas características se producirían variaciones significativas respecto a la concentración que se registraría en la sumatoria de los porcentajes de participación que tiene cada Obra Social sobre el total.

### **De Los Agente del Seguro de Salud**

Sobre un total de 302 Obras Sociales Inscriptas y habilitadas por el Registros de de Obras Sociales de la Superintendencia de Servicios de Salud, 278 de ellas incumplieron el pago a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada durante 2015 y 2016, teniendo en cuenta que el Hospital debe presentar el reclamo al débito automático transcurridos 120 días corridos de la confección de la factura.

Ahora bien, en el cuadro que se presenta y de acuerdo a los años evaluados es evidente que hay una reincidencia de 18 Obras Sociales o que su estilo de gestión con respecto a los Hospitales Públicos es evadir la responsabilidad, teniendo en cuenta que el sistema no contempla sanciones y que especulan con el retraso de la Superintendencia de Servicios de Salud para el pago.

Agentes del Seguro de Salud reclamados a través del Débito Automático

	<b>Agentes Reclamados</b>	<b>80% del reclamo</b>
2008	268	18
2009	208	18
2010	215	21
2011	225	22
2012	224	22
2013	240	27
2014	251	31
2015	244	28
2016	278	18

Fuente: Elaboración propia en base a sistema HPGD-SSSalud

Para abundar en detalles, los \$ 1,580,527,211,00 reclamados a las Obras Sociales en el Año 2016, el 80 % del total de ese monto reclamado se distribuye entre las siguientes Obras Sociales.

Reclamo a los Agentes del Seguro de Salud (Año 2016)

	RNOS	% Total	% Acumulado
1	500807 INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS	46,06%	46,06%
2	105408 OSPECON	8,41%	54,48%
3	119302 OSPRERA	4,69%	59,16%
4	126205 OSECAC	3,30%	62,46%
5	112103 OSUOMRA	2,86%	65,32%
6	108803 OSUTHGRA	2,78%	68,10%
7	122609 OSPAV	2,17%	70,28%
8	121705 OSPAT	2,06%	72,34%
9	103600 OSPACP	2,01%	74,35%
10	103204 OS DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS	1,09%	75,44%
11	119708 OSPSIP	0,95%	76,39%
12	111209 OSPM	0,92%	77,31%
13	1102 OSPLAD	0,73%	78,04%
14	111902 OSMATA	0,71%	78,75%
15	112707 OSPM	0,61%	79,36%
16	2303 OS PARA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE LIMPIEZA, SERVICIOS Y MAESTRANZA DE MENDOZA	0,61%	79,97%
17	106005 OSPEDYC	0,61%	80,57%
18	125509 OSFATUN	0,56%	81,13%

Fuente: Elaboracion propia en base a sistema HPGD-SSSalud

Si realizamos esta consulta históricamente, el peso del INSSJyP dentro del cuadro es similar año tras año, aunque tuvo una mayor preponderancia durante el 2015 y 2016, debido a que hubo un incumplimiento de este organismo con todos sus proveedores de servicios debido a problemas financieros.

Esta estructura de Obras Sociales deudoras se mantiene de acuerdo a los años que contemplamos en análisis y son las Obras Sociales que más escollos y triquiñuelas administrativas ponen a los Hospitales a la hora de efectivizar el pago de las prestaciones brindadas.

Se puede evidenciar el alto consumo de prestaciones según la naturaleza y ámbito del gremio que representa a estas Obras Sociales. Como ejemplo, Obra Social de Empleados de Comercio, es la Obra Social que más beneficiarios tiene a nivel Nacional,



por lo tanto, por más que tenga prestadores propios es imposible que sus beneficiarios no terminen atendiéndose en un Hospital Públicos.

### **Causales de débitos realizados a los HPGD**

Volveremos al cuadro histórico de los montos que se reclamaron a través del sistema de Debito Automático, pero esta vez cuantificaremos la variable que nos interesa para el análisis de este trabajo, cuanto perdieron los Hospitales de Gestión Descentralizada por falencias detectadas en el análisis de la gerencia Superintendencia de Servicios de Salud. Cuantificamos los porcentajes en el siguiente cuadro:

Importes del Sistema de Debito automático (Años 2008-Año 2016)

	Solicitado	Autorizado	% Ineficiencia	Ineficiencia Cuantificada
2008	\$ 42.546.000,00	\$ 34.307.000,00	19,36%	\$ 8.239.000,00
2009	\$ 43.276.000,00	\$ 33.296.000,00	23,06%	\$ 9.980.000,00
2010	\$ 55.441.000,00	\$ 43.030.000,00	22,39%	\$ 12.411.000,00
2011	\$ 72.813.000,00	\$ 63.633.000,00	12,61%	\$ 9.180.000,00
2012	\$ 135.808.000,00	\$ 102.251.000,00	24,71%	\$ 33.557.000,00
2013	\$ 218.024.080,00	\$ 174.370.324,00	20,02%	\$ 43.653.756,00
2014	\$ 233.711.381,00	\$ 202.378.904,00	15,60%	\$ 31.332.477,00
2015	\$ 277.312.208,00	\$ 235.367.615,00	16%	\$ 41.944.593,00
2016	\$ 1.580.527.211,00	\$ 1.276.227.157,00	20%	\$ 304.300.054,00
				<b>\$ 494.597.880,00</b>

Fuente: Elaboracion propia en base a sistema HPGD-SSSalud

Los números son más que elocuentes, en términos porcentuales un error del 20%, puede parecer ínfimo, tal vez, normal, teniendo en cuenta que en la gestión de facturación privada se contempla un debito en facturación tal vez de ese porcentaje, pero \$ **494.597.880,00**, en susidio cruzado no es poca cuestión. Se evidencia la pérdida de recursos hacia los HPGD y que beneficia directamente al conjunto de las Obras Sociales e indirectamente a los servicios privados contratados, dado que si están capitados, no tienen gastos de las capitas que están cobrando si las Obras Sociales no realizan los ajustes de los beneficiarios que se atienden fuera de los establecimientos contratados.

La Gerencia de Control Prestacional y el Departamento de HPGD, elaboró una codificación interna para la tipificación de los errores que presentan los expedientes girados por los hospitales para la gestión de cobro.

Esta codificación se utiliza para la notificación de los débitos a los hospitales en la vista otorgada, a efecto de poder subsanar el error presentado en el expediente, previo a proceder al requerimiento del monto de dinero solicitado a la AFIP.

Descripción	Frecuencia	No autorizado	% No Autorizado	% Acumulado
316 NO SE AJUSTA ART. 13° RES. 487/02 MS- Factura superior a 180 días	6529	\$ 103.437.198,00	34,00%	34,00%
310 FACTURA NO INGRESADA A LA OBRA SOCIAL	3679	\$ 45.724.133,00	15,03%	49,03%
202 ANEXO II INCOMPLETO	6587	\$ 24.029.693,00	7,90%	56,93%
111 OTROS	2026	\$ 21.497.816,00	7,07%	64,00%
602 RECLAMO NO SE AJUSTA ART. 15° DEC. 939/00	2398	\$ 16.379.284,00	5,38%	69,39%
315 NO SE AJUSTA ART. 12° RES. 487/02 MS- Prestación superior a 1 año	3391	\$ 11.408.150,00	3,75%	73,14%
610 NO SE AJUSTA ART. 11° RES. 487/02 MS- Intimación post. a 60 días	1407	\$ 9.746.230,00	3,20%	76,34%
407 NOTIFICACION DE INTERNACION FUERA DE TERMINO	591	\$ 9.429.730,00	3,10%	79,44%
104 NO FIRMA EL DIRECTOR	487	\$ 8.976.190,00	2,95%	82,39%
103 NO CERTIFICA FIRMA	909	\$ 7.915.457,00	2,60%	84,99%
415 NO SE AJUSTA ART. 14° RES. 487/02 MS- Presentación Discrepancias	1000	\$ 6.423.649,00	2,11%	87,10%
201 ANEXO II FALTANTE	1709	\$ 6.254.128,00	2,06%	89,16%
406 FALTA NOTIFICACION DE INTERNACION	575	\$ 4.640.682,00	1,53%	90,69%
408 FALTA CONSTANCIA DE NOTIFICACION DE INTERNACION	338	\$ 3.447.484,00	1,13%	91,82%
301 NO ADJUNTA FACTURA	312	\$ 3.023.264,00	0,99%	92,81%
601 HOSPITAL DESISTE DEL RECLAMO	390	\$ 2.957.346,00	0,97%	93,78%
409 FALTA PRÓRROGA DE NOTIFICACIÓN DE INTERNACIÓN	43	\$ 2.381.501,00	0,78%	94,57%
309 EN LA FACTURA NO IDENTIFICA PACIENTE	99	\$ 2.142.621,00	0,70%	95,27%
609 DISCREPANCIA RESUELTA POR MINISTERIO	160	\$ 1.727.430,00	0,57%	95,84%
318 NO SE AJUSTA ART 15° Inc 7 RES. 487/02 MS-Códigos medic. y desc.	166	\$ 1.723.309,00	0,57%	96,41%
101 FALTA ANEXO I	25	\$ 1.573.826,00	0,52%	96,92%
307 FACTURAS PAGAS POR OBRA SOCIAL	187	\$ 1.352.229,00	0,44%	97,37%

203	PRESTACION MAYOR DE 3 MESES	1224	\$ 1.290.723,00	0,42%	97,79%
404	MAL INDIVIDUALIZADA LA OBRA SOCIAL	300	\$ 1.180.378,00	0,39%	98,18%
317	NO SE AJUSTA ART 15° Inc 6 RES. 487/02 MS-Datos oblig. en factura	54	\$ 998.988,00	0,33%	98,51%
308	FACTURA ILEGIBLE	66	\$ 939.815,00	0,31%	98,82%
401	NO DA AVISO A LA OBRA SOCIAL	88	\$ 477.006,00	0,16%	98,97%
312	FACTURA ANTERIORMENTE PRESENTADA	84	\$ 465.972,00	0,15%	99,13%
306	FACTURA NO COINCIDENTE	19	\$ 386.756,00	0,13%	99,26%
212	ANEXO II ILEGIBLE	343	\$ 338.871,00	0,11%	99,37%
311	FACTURA DEBITADA Y NO REFACTURADA	2	\$ 333.684,00	0,11%	99,48%
304	FACTURA NO RECLAMADA EN EXPEDIENTE	25	\$ 306.013,00	0,10%	99,58%
402	OBRA SOCIAL FUERA DE SISTEMA	56	\$ 296.695,00	0,10%	99,67%
106	ANEXO I INCOMPLETO	26	\$ 242.827,00	0,08%	99,75%
702	FOTOCOPIA ILEGIBLE	35	\$ 190.388,00	0,06%	99,82%
305	FACTURA MAL SUMADA	16	\$ 187.014,00	0,06%	99,88%
204	FECHA HABER POSTERIOR ATENCION	87	\$ 145.628,00	0,05%	99,93%
302	FACTURA PAGA PARCIALMENTE	14	\$ 71.577,00	0,02%	99,95%
410	INTERNACIÓN SUPERIOR A 30 DÍAS SIN NOTIFICACIÓN FEHACIENTE	10	\$ 66.826,00	0,02%	99,97%
303	FACTURA DEBITADA POR OBRA SOCIAL	11	\$ 48.354,00	0,02%	99,99%
502	OBRA SOCIAL CON CONVENIO	3	\$ 13.477,00	0,00%	99,99%
403	NO IDENTIFICA LA OBRA SOCIAL	7	\$ 8.455,00	0,00%	99,99%
605	DEC. 486/02 PEN ARTS. 29° Y 30°	1	\$ 7.766,00	0,00%	100,00%
505	OBRA SOCIAL DADA DE BAJA	1	\$ 6.636,00	0,00%	100,00%
105	NO LO DIRIGE A MAXIMA AUTORIDAD	1	\$ 1.040,00	0,00%	100,00%
412	NO SE AJUSTA ART. 4° Inc. g) RES. 487/02 MS-At. Amb. Programada	2	\$ 960,00	0,00%	100,00%
Total general		35487	304.300.054,00	0,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a sistema HPGD-GCP SSSalud

Es de notar que todos los códigos de errores observados son de carácter administrativo y no por divergencia medico asistencial o variabilidad clínica. Tal actitud se toma dado que el circuito administrativo y reglamentario legal que presenta esta modalidad de pago, las Obras Sociales tienen 60 días desde que la documentación solicitante de liquidación de una prestación realizada por el hospital ingresa a la Obra Social; para poder esta, formalizar la auditoria médica y en caso de controversia, solicitar la auditoria respectiva para subsanar la dificultad. En caso de no ponerse de acuerdo se elabora un acta de discrepancia con los actores, que posteriormente es enviada con toda la documentación avalatoria al Departamento de HPGD, este remite luego de su análisis a la Secretaria de Políticas,

Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente, para su dictamen definitivo. Luego de lo cual la Gerencia de Control Prestacional procede al requerimiento ante la AFIP del monto autorizado.

Es notorio observar que 20 errores aproximadamente sobre el total de la codificación, corresponden al 80% de la totalidad de los montos debitados a los hospitales y que en definitiva son totalmente subsanables, dado que son exclusivamente errores administrativos que impiden la liquidación de la solicitud.

El objetivo es este trabajo realizar una mejora a todo el proceso administrativo de recupero de costos dentro de la Superintendencia de Servicios de Salud, estableciendo una herramienta que permita mitigar todos los errores administrativos en la presentación de la documentación como así también permita con el uso de la tecnología de la información una eficiencia en la gestión del recupero y eficacia en la toma de decisiones.

#### **4 Propuesta de Mejora**

##### **SISTEMA DE RECUPERO DE COSTOS ONLINE PARA HOSPITALES DE GESTION DESCENTRALIZADA**

###### **Descripción.**

Las aplicaciones o programas específicos para soportar los procesos administrativos de la Superintendencia para los hospitales se deberían desarrollar con una serie de características fundamentales capaces de adaptarse a los entornos tecnológicos para el envío, recepción y tratamiento de la información. En la medida de lo posible se tiende a utilizar sistemas de identificación automática para la recepción de la información. Es una prioridad a la tendencia a papel cero, introduciendo para ello técnicas de firmas electrónicas

Este perfeccionamiento supone un avance importantísimo, proporcionando la posibilidad de compartir información para poder medir la efectividad, calidad y eficiencia de la asistencia Sanitaria, como también su morbilidad y comorbilidades del ciudadano – paciente, del sistema Público como del sistema Privado; ya que la intención de la

Superintendencia es la difusión hacia la actividad privada relacionada con las Obras Sociales.

En esta línea las prioridades es ofrecer al Sistema Público Hospitalario de una tecnología que le permitiría la recuperación total de sus recursos, como la utilización de información veraz y en tiempo real para ser utilizada en la gestión interna hospitalaria, la planificación sanitaria, la financiación hospitalaria, la presupuestación y la calidad de los cuidados, como las morbilidades y comorbilidades, investigación clínica, los tipos de cuidados asistenciales, el costo efectividad y la severidad de los casos, siendo parte de toda la gama de potencia de información que puede ser ejecutada por este sistema.

El amplio ámbito de la implementación posibilitará con un tiempo prudencial la comparación de datos del medio local, municipal, provincial, nacional e internacional, y ser ampliado y modificado de acuerdo a las necesidades de información solicitada.

### **Fundamentación. Marco Institucional.**

La Superintendencia de Servicios de Salud despliega; por decisión política de sus autoridades, una estrategia de utilización de tecnologías de información y comunicación. La específica hacia sus clientes externos, los Hospitales Públicos y las Obras Sociales Nacionales, constituye un elemento fundamental para este Sistema de Débito Automático, concretando tecnologías informáticas trascendentes para la organización, determinando una nueva manera de trabajo, transmitiendo informáticamente vía Internet, los resultados de las tramitaciones administrativas con respecto a este sistema de débito, como así mismo la relación con el conjunto del entorno tanto sea con los hospitales como con las obras sociales.

El escenario está constituido por intervención organizacional sistémica con un nuevo entorno tecnológico y por nuevos modelos de organización administrativa, al mismo tiempo los usuarios clientes del servicio administrativo de este sistema, habrán de experimentar un cambio en cuanto a presentación de la documentación, así como un mayor conocimiento de cómo pueden controlar sus propios expedientes.

Se encuentra en debate permanente por especialistas y profesionales informáticos con la vocación de la universalización del sistema, la organización y la participación en el desarrollo. La complejidad y continuada evolución de las técnicas aplicadas a la propia asistencia y la necesidad de controlar tanto los débitos como los créditos públicos obliga a

la búsqueda de la eficiencia y eficacia en la ejecución de estos procesos y en la gestión de los recursos humanos y materiales implicados en la prestación de este servicio.

**La propuesta de intervención debería contemplar los siguientes objetivos**

Toda la organización desarrolla un sistema de información de entorno tecnológico de una profundidad de cambio que dentro de los establecimientos públicos puede ser calificado de una revolución cultural histórica.

Desde la perspectiva de los aspectos técnicos se desarrollan fases en sede central destinadas a resolver aspectos operativos de la organización, incorporando sistemas de control para la toma de decisiones, completando el desarrollo del modelo servidor individual y servidor central generando una conectividad vía Internet e Intranet.

Ubicación del Hospital Público como punto central del Sistema de Débito Automático, girando todos los servicios alrededor de éste y generando nuevas formas de atención con el fin de dar respuesta a sus necesidades con un alto grado de satisfacción y calidad concebida en cuanto atención al cliente-usuario, métodos, certificaciones, e instrumentos.

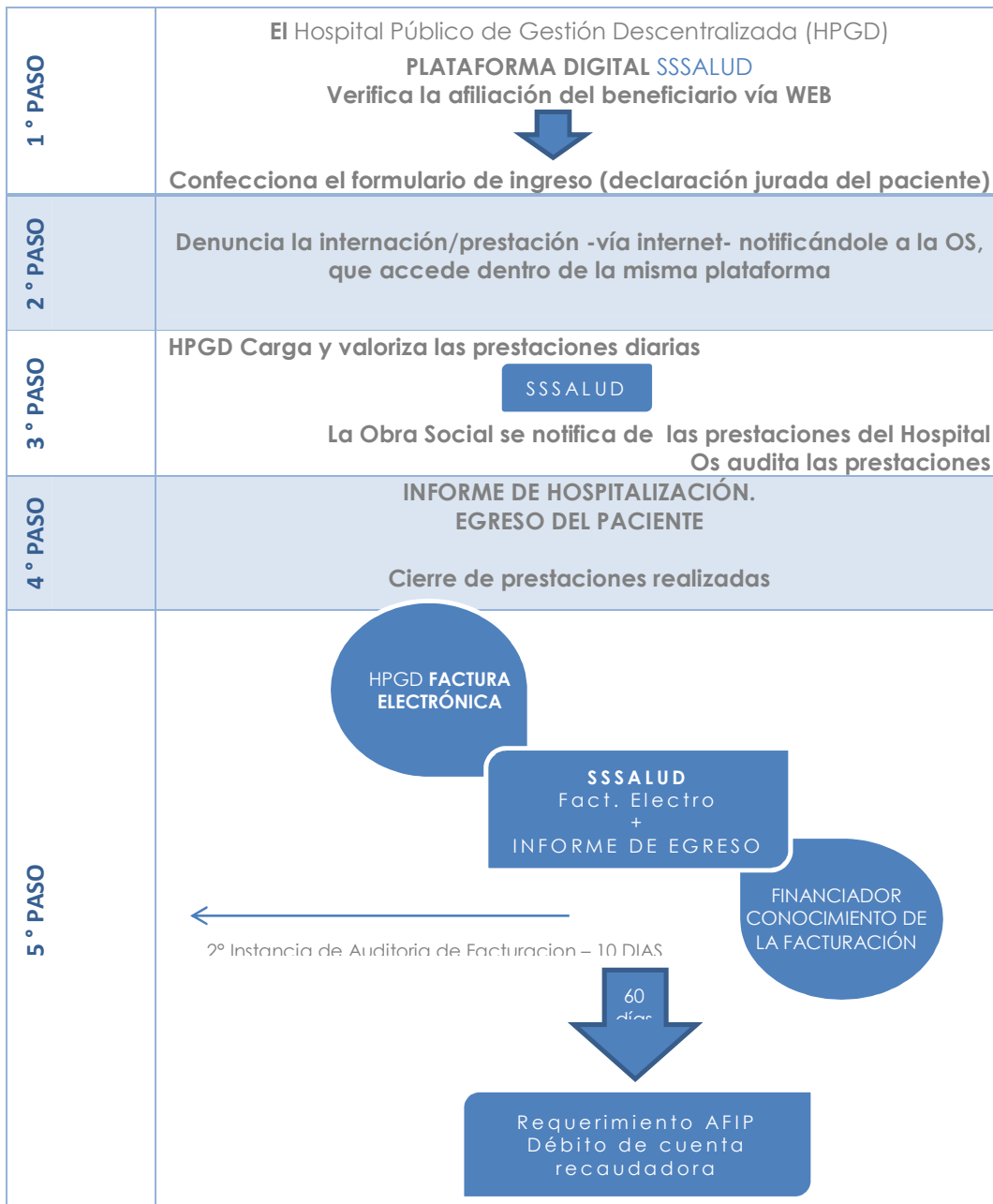
Evolución de la Gestión Administrativa conforme a los nuevos requerimientos de los hospitales y las nuevas posibilidades que ofrece la tecnología, permitiendo a estos la organización de sus propias unidades funcionales, optimizando los recursos que tengan asignados para la recuperación del costo de las prestaciones y garantizando un adecuado nivel de calidad.

Generalización de los conceptos de participación en el sistema, profesionalización y motivación de los hospitales, principal activo del sistema. La utilización de las nuevas tecnologías para favorecer la comunicación imprescindible entre todos los estamentos tanto de los hospitales como de los Agentes del Seguro de Salud. Atendiendo la necesidad de comunicar datos y conocimientos en la asistencia sanitaria de los afiliados, conseguir un

acercamiento del servicio en el punto en que sea requerido, facilitando además la formación de los recursos humanos para la administración.

Desde la perspectiva de los aspectos técnicos se desarrollan fases en sede central destinadas a resolver aspectos operativos de la organización, incorporando sistemas de control para la toma de decisiones, completando el desarrollo del modelo servidor individual y servidor central generando una conectividad vía Internet e Intranet.

## Breve descripción del nuevo Procedimiento de débito automático



## Finalidad del Proyecto

La mejora está dirigida a disminuir el margen de error de los Hospitales de Gestión Descentralizada en la gestión del sistema de recupero de costos. Sin embargo, un instrumento apropiado puede resolver otras cuestiones que analizamos anteriormente con la herramienta apropiada.



El mejor instrumento en cuanto a tecnologías de información se refiere, y que posibilita la accesibilidad por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada es una base de datos integrada y un sistema web de gestión descentralizada, a través de los cuales se estandarizara variables.

Este sistema web permitiría a los Hospitales nutrir de datos este sistema de gestión con datos referentes a prestaciones realizadas en distintos lugares del país con información validado por los distintos actores de este sistema de recupero.

Contemplaríamos con el análisis de una posible modificación en la normativa vigente, en caso de corresponder, de todas maneras, con las modificaciones realizadas a la actualidad, la normativa vigente se adecuaría a las obligaciones que establecerían la utilización del sistema.

### **Metas específicos a ser alcanzados como consecuencia de la ejecución.**

Más allá del análisis de la situación actual de la gestión de recupero que se intenta analizar, y la fundamentación de la necesidad de la implementación de la tecnología de la información para una mejor gestión del mismo, intentaremos establecer los beneficios para cada uno de los actores de que participan en este proceso, que brevemente se detallan a continuación:

#### **Mejoras en los Agentes del Seguro de Salud**

Análisis demanda espontánea,

Conocimiento en tiempo real del ingreso de un beneficiario

Permite certeza para Auditoria en terreno

Solicitudes de Auditoria compartida

Permite toma de decisiones (Ej: Confección Programas Preventivos)

#### **Permite mejor gestión de recupero de Costos**

Conocimiento de cobertura por DNI

Notificaciones online de atención de beneficiario

Identificar atención con factura

Generar Documentos electrónicos para presentar reclamo ante Superintendencia de Servicios de Salud

Costear prestación online

### **Eficacia, eficiencia y economía en la fiscalización realizada por la Superintendencia de Servicios de Salud**

Permite agilizar la fiscalización por parámetros online.

Análisis de carpeta (expediente) electrónica.

Verificación por prestación

Despapelización

### **Disminución de Costos de gestión**

La mejora en la gestión permite reutilizar y centralizar la información para optimizar los recursos humanos, materiales y de tiempo. Permite compartir la información de una forma rápida y confiable, controlar la validación, integridad, seguridad y disponibilidad, vincular a los recursos humanos y simplificar el trabajo.

### **Agilización del sistema**

Permite compartir la información de una forma rápida y confiable, controlar la validación, integridad, seguridad y disponibilidad, vincular a los recursos humanos y simplificar el trabajo, a través de un único banco de datos integrado y un sistema web de gestión descentralizada.

### **Permite la toma de decisiones en cada jurisdicción**

Genera las herramientas para optimizar la gestión de la información, la evaluación de la actividad y la toma de decisiones.

De este modo, desde el Estado se brinda a los actores del sistema de recupero de costos de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada una herramienta que permite auditar los registros y efectuar una fiscalización permanente. Esto posibilita realizar

evaluaciones y diferentes análisis de la actividad, con información certera, y esto contribuye a la toma de decisiones sanitarias o de investigación científica.

### **Actores intervinientes**

Como detallamos anteriormente, la Superintendencia de Servicios de Salud se preparada para afrontar semejante desafío, su planta técnica será la encargada de llevar adelante el proyecto. En particular:

Gerencia de Sistemas de Información. Coordinación de desarrollo informático, Coordinación Operacional, para el desarrollo, pruebas y puesta en Marcha.

Gerencia de Control Prestacional. Coordinación de Hospitales Públicos de Autogestión. Asesoría, análisis, prueba, interlocución.

Gerencia de Asuntos jurídicos. Marco Normativo.

Coordinación Operativa. Lazo político de los distintos actores, en representación del Superintendente.

Subgerencia de delegaciones. A través de las delegaciones de la Superintendencia realizar las capacitaciones a los actores del interior del país.

Gerencia de Administración. Verificación de requerimiento a Agencia Federal de Ingresos Públicos

Ya desarrollamos los actores institucionales, corresponde mencionar a los que podríamos denominar como actores externos.

Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Los usuarios que debemos tener en cuenta es el personal de admisión que registra el ingreso de los pacientes y el personal de facturación y auditoria médica.

Agentes del Seguro de Salud. Dentro de estas organizaciones debemos involucrar en el proyecto a los Auditores Médicos, y personal relacionado con facturación.

Debemos mencionar que se realizaron entrevistas informales para medir el grado de aceptación de una herramienta con las características que venimos detallando y que debido a la “prolijidad” que genera el manejo de información del nuevo sistema, los usuarios o actores no son adversos a la implementación de la herramienta. Sin embargo debemos prestar especial atención de los usuarios de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada que son los que generan la información, y de los cuales pretendemos un uso correcto de la herramienta y un compromiso con el proyecto.

## **Productos Esperados**

### **Aplicativo web**

El desarrollo de la aplicación web con la prueba de testing realizada por una muestra seleccionada de usuarios, sin eventos de error notificados y dispuesta a ponerse en producción.

### **Manual de Usuario del sistema**

Cuando cada etapa de desarrollo del aplicativo este culminada, debería estar acompañada por cada sección del manual de usuario. La puesta en producción del aplicativo web debe ir acompañado del manual de usuario del sistema aprobado.

### **Agenda de capacitación para actores externos.**

La agenda de capacitación deberá involucrar a los actores externos para las distintas etapas del proyecto.

### **Propuesta de Marco Normativo**

Para la etapa de culminación del desarrollo del aplicativo tiene que estar dispuesta la propuesta de marco normativo. Debemos tomar nota que deberían acompañarse dos propuestas. Una de las propuestas contempla el marco normativo actual y debería ser una resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud. Y la otra propuesta es la modificación de la resolución ministerial que regula el sistema que debería elevarse al Ministerio de Salud de la Nación.

## **Actividades relacionadas con la intervención organizacional**

El desarrollo de la herramienta será dividido en actividades, que llamaremos módulos, cuando culminen todas las tareas de cada módulo comenzará el siguiente. A continuación describiremos las actividades que serán desarrolladas, a continuación, cuando se define el cronograma serán enumeradas las tareas relacionadas con las actividades.

### DEFINICIONES GENERALES

MODULO ADMISION.

MODULO CODIFICACION DE PRESTACIONES.

MODULO OBSERVACION DE PRESTACIONES.

MODULO VINCULACION DE FACTURAS.

MODULO VERIFICACION DE FACTURAS CON AFIP

MODULO AUDITORIA COMPARTIDA.

MODULO ENLACE CON SISTEMA GDE.

MODULO REQUERIMIENTO.

PUESTA EN PRUEBA DEL APLICATIVO Y MANUAL DE USUARIO

ELEVACION DE PROPUESTA MARCO NORMATIVO

IMPLEMENTACION Y PUESTA EN MARCHA

### **Estrategia de Monitoreo**

Se establecen indicadores para el monitoreo del desarrollo la implementación y puesta en marcha. Para el desarrollo de la aplicación web mediremos los desvíos en los tiempos proyectados con respecto a los tiempos reales.

De esta manera se pueden ajustar los desvíos en los tiempos proyectos de manera de acercar a la realidad los tiempos del proyecto

$$\text{Indicador de desvío en desarrollo} = \frac{\text{Tiempo real}}{\text{Tiempo Proyectado}} \times 100$$

$$\text{Ajuste de incompatibilidades} = \frac{\text{Tiempo de Ajuste}}{\text{Tiempo Proyectado}} \times 100$$

$$\text{Margen de error en desarrollo} = \frac{\text{eventos erróneos}}{\text{Total de eventos del modulo}} \times 100$$

$$\text{Capacidad de respuesta ante revisión} = \frac{\text{Tiempo real de revisión}}{\text{Tiempo proyecto revisión}} \times 100$$

Con respecto a la intervención de los Actores en las pruebas pilotos de cada módulo las mediciones serán las que se enuncian a continuación, referidas a la aceptación y entendimiento de lo llevado a cabo después de las pruebas

$$\text{capacitación efectiva} = \frac{\text{Respuesta correctas}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$$

$$\text{Indicador satisfacción Actores Modulo Probado} = \frac{\text{indicador de satisfacción}}{\text{Total Satisfacción del modulo}} \times 100$$

$$\text{Comprensión Manual de Usuario} = \frac{\text{Indicador de satisfacción}}{\text{Satisfacción completa}} \times 100$$

Desarrollados todos los módulos, se establecen los siguientes indicadores para la puesta en marcha y medición de acuerdo a los actores externos involucrados en el proyecto

Para los Hospitales Públicos medimos eficacia y eficiencia en el reclamo a través del sistema online.

$$\text{Eficiencia en el reclamo} = \frac{\text{Prestaciones Objetadas Online}}{\text{Prestaciones Objetadas Histórico}} \times 100$$

$$\% \text{Efectividad en la facturación} = \frac{\text{Prestaciones facturadas}}{\text{Total de prestaciones}} \times 100$$

$$\% \text{ Utilización del sistema} = \frac{\text{Hospitales que utilizan el sistema}}{\text{Hospitales Registrados}} \times 100$$

$$\% \text{Efectividad en la Detección de benef} = \frac{\text{Beneficiarios de OOSS}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$$

Con respecto a los Agentes del Seguro de Salud se mide la eficacia y economía en la captación de los beneficiarios, que en el sistema manual es imposible.

$$\text{Validaciones ONLINE Mismo periodo} = \frac{\text{Validaciones HPGD Online rechazadas}}{\text{Validaciones sobre total de validaciones}} \times 100$$

$$\text{Notificaciones recibidas} = \frac{\text{Notificacion recibidas OOSS ONLINE}}{\text{Notificaciones sistema anterior}} \times 100$$

$$\text{Aditorias realizadas} = \frac{\text{Auditorias en linea}}{\text{Auditorias presenciales}} \times 100$$

$$\text{Liquidaciones Objetadas} = \frac{\text{Total de Prestaciones objetadas}}{\text{Total de prestaciones facturadas}} \times 100$$

Con respecto a las mediciones para la Superintendencia de Servicios de Salud los indicadores tienden a medir la eficiencia del sistema online.

$$\text{\% Eficiencia en PAGO SSSALUD} = \frac{\text{Tiempo de liquidacion de factura}}{\text{Promedio de tiempo de pago Sistema Manual}} \times 100$$

$$\text{Indicador de ahorro en papelería} = \text{Q Facturas generadas} \times 15 \text{ hojas promedios Factura manual}$$

$$\text{\% Disponibilidad de la aplicación web} = \frac{\text{Horas de online del sistema}}{\text{Servicio en linea 24x7}} \times 100$$

$$\text{\% Eficiencia de los HPGD} = \frac{\text{Presentaciones objetadas}}{\text{Total de Presentaciones}} \times 100$$

$$\text{\% Eficiencia de los Requerimientos a AFIP} = \frac{\text{Presentaciones objetadas}}{\text{Total Objeciones por sistema manual}} \times 100$$

Los indicadores de la puesta en marcha retroalimentan el proceso de desarrollo de la aplicación, permitiendo ajustar los tiempos proyectados con respecto a los plazos reales, a continuación presentamos el cronograma de actividades con sus respectivas tareas.

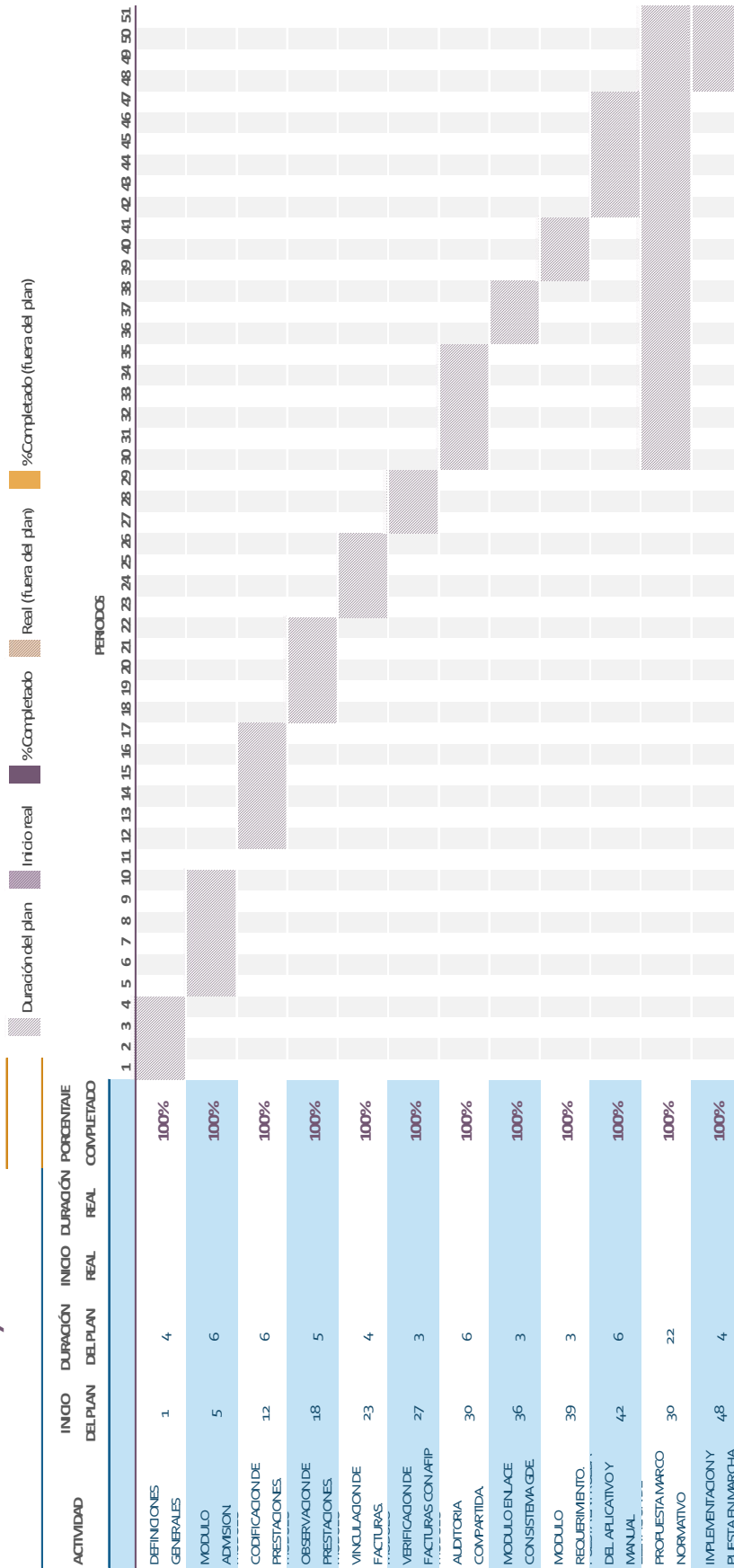
## Cronograma

A continuación se presenta un diagrama Gantt de las actividades que deberán llevarse a cabo, según el momento de inicio y la duración de la actividad. Cada uno de los periodos enumerado equivalen a semanas de trabajo y según lo estipulado el proyecto se completaría en 51 semanas si no existen desvíos entre los tiempos proyectados y el tiempo real de implementación.

Actividades	Tareas	Comienzo Tarea	T dispuesto	Actividades	Tareas	Comienzo Tarea	T dispue
1 DEFINICIONES GENERALES		1	4	4 MODULO OBSERVACION DE PRESTACIONES.		18	5
	Requisitos Generales	1	2		Planteo de requisitos	19	1
	Agenda de capacitación y actores involucrados	3	2		Desarrollo sistema y Manual	19	4
2 MODULO ADMISION.		5	6		Prueba interna	20	3
	Planteo de requisitos	6	1		Capacitación	19	1
	Desarrollo sistema y Manual	6	5		Prueba externa	21	2
	Prueba interna	8	3		Planteo de incompatibilidades	22	1
	Capacitación	10	1		Revisión	22	1
	Prueba externa	9	2		Aprobación	22	1
	Planteo de incompatibilidades.	10	1	5 MODULO VINCULACION DE FACTURAS.		23	4
	Revisión	10	1		Planteo de requisitos	23	1
	Aprobación	10	1		Desarrollo sistema y Manual	24	3
3 MODULO CODIFICACION DE PRESTACIONES.		12	6		Prueba interna	25	2
	Planteo de requisitos	12	1		Capacitación	24	1
	Desarrollo sistema y Manual	13	5		Prueba externa	26	1
	Prueba interna	15	3		Planteo de incompatibilidades	26	1
	Capacitación	15	1		Revisión	26	1
	Prueba externa	15	2		Aprobación	26	1
	Planteo de incompatibilidades.	17	1				
	Revisión	17	1				
	Aprobación	17	1				



## Planificación del Proyecto



Actividades	Tareas	Comienzo	Tdispu	Actividades	Tareas	Comienzo	Tdispu
6 MODULO VERIFICACION DE FACTURAS CON AFIP		27	3	9 MODULO REQUERIMIENTO.		39	3
	Planteo de requisitos	27	1		Planteo de requisitos	39	1
	Desarrollo sistema y Manual	27	3		Desarrollo sistema y Manual	39	3
	Prueba interna	28	1		Prueba interna	42	2
	Capacitación	28	1		Planteo de incompatibilidades	41	1
	Prueba externa	29	1		Revisión	41	1
	Planteo de incompatibilidades.	29	1		Aprobación	41	1
	Revisión	29	1	10 PUESTA EN PRUEBA DEL APLICATIVO Y MANUAL		42	6
	Aprobación	29	1		Capacitación	42	2
7 MODULO AUDITORIA COMPARTIDA.		30	6		Prueba interrelacionada entre	43	5
	Planteo de requisitos	30	1		Planteo de incompatibilidades	43	5
	Desarrollo sistema y Manual	31	5		Revisión	46	2
	Prueba interna	33	3		Aprobación	47	1
	Capacitación	32	1	11 ELEVACION DE PROPUESTA MARCO NORMATIVO		43	18
	Prueba externa	33	2	12 IMPLEMENTACION Y PUESTA EN MARCHA		48	4
	Planteo de incompatibilidades.	35	1		Implementacion	48	2
	Revisión	35	1		Capacitación	48	4
	Aprobación	35	1				
8 MODULO ENLACE CON SISTEMA GDE.		36	3				
	Desarrollo sistema y Manual	36	3				
	Prueba interna	37	1				
	Planteo de incompatibilidades.	38	1				
	Revisión	38	1				
	Aprobación	38	1				

## 5. CONCLUSION

La incorporación de las Tecnologías de la información (TICs) como columna vertebral del funcionamiento de las organizaciones públicas genera, nuevas necesidades y funciones dentro de sus procesos burocráticos. La informatización de los procesos y la velocidad con la que se genera información para la toma de decisiones pone en desuso los anaqueles de compendios normativos. El manejo de información da poder y ese poder se personaliza, permite descentralizar decisiones acercándonos a la innovación en el sistema organizativo en busca de la eficacia y la eficiencia.

Pensando en el interés público, los técnicos de carrera tienen herramientas de gestión, que deben incorporar porque las necesidades de los ciudadanos o usuarios de sus organizaciones así lo requieren, la tecnología se encuentra en las tareas cotidianas, por ende, son exigibles a los gobernantes y gestores de la cosa pública.

Con este trabajo pretendimos acercar las anquilosadas estructuras organizativas a una flexibilización de los procesos y transparencia de la información que permite resolver de manera más ágil las necesidades de los usuarios de las organizaciones, en este caso particular, el cobro de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada de las prestaciones adeudadas por los Agentes del Seguro de Salud.

Describimos las mutaciones de una estructura organizacional pública en pos de las necesidades y exigencias de la sociedad, que van forjando los nuevos procesos, exigiendo informalismo y poder decisorio en los agentes que tienen que resolver sus tramitaciones.

El empoderamiento y socialización de la información genera compromiso en el accionar de los servidores públicos burócratas acorralados por transparencia de las gestiones.

Este juego de fuerzas, lleva a la eficacia y eficiencia en el desempeño de las tareas y agilidad en la resolución del conflicto de intereses.

Como analizamos, la estructura organizacional de la Superintendencia de Servicios de Salud sobrelleva mutaciones para estar a la altura de las exigencias institucionales, de sus clientes, de sus actores y de sus propios técnicos.

Consideramos que la Superintendencia de Servicios de Salud, es capaz de afrontar el cambio de paradigma, planteado por nuestra propuesta de mejora, de una gestión pública basada en normas y procedimientos donde el control busca primordialmente el cumplimiento de esas normas y procedimientos; a una gestión orientada a resultados, y cuyos gestores cuentan con un amplio margen de discrecionalidad y flexibilidad en sus actuaciones, por medio del cual se busca control de gestión y evaluación de resultados.

En efecto, la disponibilidad de información, permitiría realizar cuando Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecards, como herramientas de gestión de resultados para cada uno de los actores, brindar estadísticas epidemiológica sobre la atención en los Hospitales Públicos, permitiría el benchmarking con otros establecimientos de salud, podríamos centralizar la información de atención de cada paciente (Historia Clínica en Establecimientos Públicos), cuantificar el gasto en salud, y demás vectores de resultados que podríamos considerar como fase 2 del presente proyecto

No buscamos ser ambiciosos en la propuesta, y considerar que podría cumplir con los valores economía, eficacia y eficiencia pensando en una versión acotada del paradigma de la Nueva Gestión Pública, sino que es preferimos pensar austeramente considerando los lineamientos del paradigma pos burocrático donde valores como adaptabilidad, innovación, representación y participación definen la mejora propuesta.

Según nuestro parecer la era de la tecnología de información define una nueva Gestión Pública donde normas y procedimientos que son establecidos en los compendios normativos rígidos son reemplazados por instrumentos más flexibles, de un idioma más amigable, los Manuales de Usuario.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD “Descentralización hospitalaria”. Artículo de divulgación publicado en el Boletín N° 5. Octubre de 1995.
- Barzelay, Michael. 1998. Atravesando la Burocracia. Una nueva perspectiva de la Administración Pública. México, FCE, 1998
- Barzelay, Michael. 2001. La nueva gestión pública. Un ensayo bibliográfico para estudiosos latinoamericanos (y otros). Revistas del CLAD. N°. 19.
- BOURGON, Jocelyne. (2007) Gobierno receptivo, responsable y respetado. Hacia una «nueva» teoría de Administración Pública. Revista Internacional de Ciencias Administrativas. N°73..
- CLAD (1999) Una Nueva Gestión Pública para América Latina. En Revista del CLAD Reforma y Democracia Nro 13, Febrero, Caracas.
- Crozier, M. (1997, enero). La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública. Revista del CLAD, Reforma y Democracia, 7, Caracas. <http://siare.clad.org/revistas/0029601.pdf>
- KRIEGER, Mario. Coordinador. Fassio Adriana, Pascual, Liliana. Schmukler, Ricardo, Varela, Cristian. Metodos y Tecnicas de Diagnostico e Intervencion en Administracion Publica. Errepar. Buenos Aires. 2016
- LOPEZ, Andrea. Serie I: Desarrollo Institucional y Reforma del Estado . La Nueva Gestión. INAP. Documento N° 68
- MARTÍNEZ NOGUEIRA, Roberto (2002) Las administraciones públicas paralelas y la construcción de capacidades institucionales: la gestión por proyectos y las unidades ejecutoras. En Revista del CLAD Reforma y Democracia, Nro24, Octubre, Caracas.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, Estrategias e Instrumentos operativos. Tercera edición. 1999.
- NICKSON, Andrew (2002) Transferencia de políticas y reforma en la gestión del sector público en América Latina: el caso del New Public Management. En Revista del CLAD Reforma y Democracia, Nro24, Octubre, Caracas.
- PASCO, J. C.; Camarena, M.; Pino, E. y Jimenez, C. / Gascó, M. (Ed.) (2012). *Diseño de un framework orientado al ciudadano para evaluar la sostenibilidad de las soluciones de gobierno electrónico en México, Chile y Perú* (1a Edición). Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) Canadá. <http://sostenibilidad-egobierno.oui-iohe.org/el-proyecto>
- PRATS I CATALA, Joan (1998) Administración Pública y desarrollo en América Latina. Un enfoque neoinstitucionalista. En Revista del CLAD Reforma y Democracia, Nro11, Junio, Caracas.
- PRATS, JOAN. Las transformaciones de las Administraciones Publicas de Nuestro tiempo. De la Burocracia al managment, del managment a la gobernanza. Capitulo 3.. Pags. 99-111.
- Pública: Algunas Precisiones para su Abordaje Conce ptual. INSTITUTO NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Dirección de Estudios e Información. N° 68.
- RAMIÒ, Carles. (1999). Teoría de la Organización y Administración Pública.. Capitulo 1 Barcelona. Tecnos –Universidad Pompeu Fabra.
- SANCHEZ GARCIA, ISABEL MARÍA. La nueva gestión pública: evolución y tendencias.
- SUBIRATS, J.(1990), “La Administración Pública como Problema. El Análisis de Políticas Públicas como Propuesta” , Documentación Administrativa, núm. 224-225.