

**TESIS**

**MAESTRIA EN ECONOMIA Y GESTIÓN DE LA SALUD**

**LINEAMIENTOS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL  
PROCESO DE RECUPERO DE COSTOS Y DEL SISTEMA  
DE INCENTIVOS, EN UN HOSPITAL PÚBLICO.**

ALUMNA: JULIA DALILA BÜHL

DIRECTORA: MGTER. DANIELA ALVAREZ

PROMOCIÓN: 2011 – 2012

Buenos Aires, Diciembre de 2013

## INDICE

	Pag.
<b>Resumen/Abstract – Palabras-Clave</b> .....	4
<b>Capítulo 1</b> .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
<b>Capítulo 2</b> .....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2.1 Formulación del Problema.....	10
2.2 Caso: Hospital Nivel III de Oberá Misiones.....	14
2.3 Objetivos.....	19
<b>Capítulo 3</b> .....	20
MARCO TEORICO.....	20
3.1 Relación de Agencia.....	21
3.2 Financiamiento – Recupero de Costos.....	26
3.2.1 Financiamiento.....	26
3.2.2 Economía de la Salud – Eficiencia.....	30
3.2.3 Costos- Gasto.....	38
3.2.4 Proceso.....	41
3.3 Recurso Humano de la Salud - Incentivos.....	44
3.4 Sistema de Salud argentino - Hospitales Públicos.....	49
<b>Capítulo 4</b> .....	55
METODOLOGÍA .....	55
4.1 Descripción de la Técnica de recolección de datos.....	56
4.1.1 Diseño de la Encuesta.....	56
4.1.2 Muestra.....	57
4.1.3 Implementación de la Encuesta.....	60
4.1.4 Descripción del registro de datos de la Encuesta.....	60
4.1.5 Entrevista .....	60
<b>Capítulo 5</b> .....	61
DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	61
5.1 Proceso de Recupero de Costos vigente en el Hospital. Características principales.....	62

5.2 Nivel de Información del RRHH sobre el proceso de Recupero de Costos.....	69
5-3 Efecto en la prestación de los servicios ante una optimización del Recupero de Costos.....	76
5-4 Recupero de Costos: Sistema de incentivos vigente - Propuestas.....	80
<b>Capítulo 6</b> .....	84
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES.....	89
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	90
<b>ANEXOS</b> .....	93
Anexo I Organigrama Funcional del Hospital Nivel III de Oberá.....	94
Anexo II Encuesta Piloto.....	97
Anexo III Encuesta Definitiva.....	99

## Resumen

El presente trabajo tiene como tema de investigación la Gestión Económica Financiera del Hospital Público, específicamente el proceso de Recupero de Costos y sus incentivos. Se lleva adelante en el ámbito del Hospital Nivel III de Oberá, Misiones, polivalente, de autogestión, cuya área de influencia es 350.000 personas de la zona centro de la Provincia.

El objetivo general es formular lineamientos para la optimización del proceso de Recupero de Costos y de sus incentivos, considerando la participación del recurso humano en el proceso. Por lo tanto, se plantea como objetivos específicos: el análisis del proceso de Recupero de Costos vigente en el Hospital, conocer el nivel de información del recurso humano acerca de este proceso, el efecto en la prestación de los servicios con una optimización del recupero, revisar el sistema de incentivos vigente y formular propuestas que permitan optimizar el Recupero de Costos y mejorar el sistema de incentivos.

La metodología empleada fue una encuesta voluntaria realizada a 117 personas que trabajan en el Hospital de Oberá (profesionales y no profesionales), implementada en los meses de agosto a noviembre de 2012; y una entrevista abierta a la Gerencia Administrativa del Hospital.

Mayor información y capacitación al recurso humano son importantes para optimizar el Recupero de Costos y mejorar los incentivos al personal, no obstante el Ministerio de Salud debe reforzar su rol de articulación de este proceso.

**Palabras clave:** Recupero de costos; Autogestión Hospitalaria; Recursos Humanos; Incentivos; Hospital Público.

## Abstract

The main topic of this work is the research on Financial Management of the Public Hospital, specifically on the process of cost recovery and incentives. This research was carried out in the field of Oberá Hospital Level III, polyvalent institution and self-managed, with an area of influence of 350.000 inhabitants and located in the central area of the Northern Province of Misiones, Argentina.

The main purpose is to develop guidelines for the optimization of cost recovery and its incentives, involving human resources in this process. Therefore, the specific objectives are: to analyze the recovery process of current costs in the hospital; get to know the level of information of the human resource about this process, the effect on the provision of services with an optimization of recovery, to review the current system of incentives and to make proposals to optimize the recovery of costs and improve the incentive system.

This was done through a voluntary survey on 117 workers at the Hospital Oberá (professionals and non professionals), from August to November 2012, and an open interview to the Hospital Management Administration.

As a result of the research it may be concluded that it´s a critical issue to provide more information and training to the Hospital staff, in order to optimize the recovery of costs and improve incentives. And is also important in order to fulfill this goal, that the Ministry of Public Health should strengthen its role in the articulation of this process.

**Key words:** Cost Recovery; Human Resources; Incentives; Public Hospital; Self Managed Hospital.

## **CAPITULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

Esta tesis pretende estudiar el rol y perspectiva que tiene el recurso humano de la Salud en el proceso de Recupero de Costos hospitalarios; y tiene como objetivo formular lineamientos para la optimización de este proceso.

El deficiente Recupero de Costos es una problemática común en muchos Hospitales Públicos de nuestro País y la Provincia de Misiones no es ajena a esa realidad; esto ocasiona un subsidio cruzado, financiando con recursos públicos la atención de pacientes pertenecientes al sector de la Seguridad Social.

Resulta interesante abordar este tema en la dimensión económico – financiera, ya que la optimización del proceso de Recupero de Costos hospitalarios y la motivación del recurso humano, son considerados herramientas fundamentales en el Sistema Sanitario.

La información acerca del proceso de Recupero de Costos es importante dentro del Equipo de Salud de la Institución, ya que permitirá que cada Agente conozca su responsabilidad dentro del mismo, mejorando el grado de compromiso y procurando la eficiencia. Esto permitirá mejorar la calidad de atención y alcanzar mayor accesibilidad a la Población sin cobertura, garantizando la atención gratuita.

El sistema de Hospital Público de Autogestión (HPA) recupera los fondos invertidos en la atención de pacientes con Obras Sociales, Prepagas y capacidad de pago; creando un fondo solidario que se redistribuye en: fondo para inversión en el Efector y fondo estímulo para el personal que trabaja en Salud.

Si bien, el recurso humano recibe un estímulo económico, se observa una falta de motivación del Equipo de Salud para mejorar la calidad de atención y cumplir con las metas sanitarias.

Como caso se expone y analiza la situación del Hospital Nivel III de Oberá, Misiones, un Hospital Público de Autogestión, de alta complejidad, polivalente, que depende del Ministerio de Salud Pública Provincial, cuya área de influencia son 350.000 habitantes aproximadamente de la zona centro de la Provincia de Misiones.

El Hospital está financiado en su mayor parte por el Estado Provincial, además se sustenta con el Plan Sumar, el Recupero de Costos de las Obras Sociales, Prepagas y capacidad de pago, este último conocido en el Sistema Sanitario Provincial como Arancelamiento Hospitalario. El Plan Sumar si bien es una forma de Recupero de Costos, excede los objetivos de este trabajo.

Se utiliza como herramienta de estudio, una encuesta realizada a una muestra del personal que trabaja en los distintos servicios del Hospital de Oberá, profesionales y no profesionales, para conocer el nivel de información, inquietudes y propuestas acerca del proceso de Recupero de Costos; como así también el incentivo del recurso humano y los factores relacionados.

Y para profundizar sobre este proceso y sus características principales, se realizó una entrevista abierta a la Gerencia Administrativa del Hospital.

## **CAPITULO 2**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 2-1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Recupero de Costos en un Hospital y los incentivos al recurso humano, son dos temas que tienen relación y plantean serios inconvenientes en la Gestión Hospitalaria.

- Qué conocimiento y participación tiene el recurso humano que trabaja en Salud acerca del proceso de Recupero de Costos Hospitalarios?
- Qué piensa el trabajador de la Salud sobre la Gestión Económica – Financiera del Hospital?
- Qué inconvenientes tiene el proceso de Recupero de Costos?
- Qué se puede hacer para optimizar el Recupero de Costos Hospitalarios?
- En qué medida se halla motivado el personal? Y cómo podría mejorarse esa motivación?

Todas estas preguntas se intentarán responder en el presente trabajo de investigación.

La prestación de servicios de Salud en un Hospital Público a pacientes que tienen algún tipo de cobertura social, implica la utilización de recursos que deben ser recuperados para cumplir con la cobertura sanitaria a la Población vulnerable (sin cobertura social).

La falta de optimización de los recursos, debido al escaso recupero de costos hospitalarios, dificulta el normal funcionamiento de los servicios que presta la Institución, ya que la atención a pacientes con Obras Sociales o capacidad de pago reduce las posibilidades a los que tienen como única opción el Hospital Público. La capacitación e información adecuada del equipo de Salud es fundamental para mejorar este proceso.

Se analiza la mirada del recurso humano que trabaja en el Hospital respecto de la situación económico financiera, haciendo foco en el proceso de Recupero de Costos y su relación con el funcionamiento de la Institución.

Los hospitales están estructurados por una compleja red de Relaciones de Agencia. El profesional médico participa, por ejemplo, como Agente del paciente, quien delega en él la toma de decisiones sobre el bienestar y salud, dada la incapacidad de éste para tomar las decisiones por sí mismo. Por otro lado puede definirse una relación de agencia entre las autoridades sanitarias o directivos y el proveedor médico, donde éste último es el Agente que controla las variables claves de transacción gracias a su control de la información sanitaria. Los intereses del profesional, del paciente y de los directivos no tienden a ser coincidentes.<sup>1</sup>

La reforma de los servicios de Salud, de acuerdo con la experiencia de América Latina, está centrando la atención en la búsqueda de eficiencia, entendida como optimización del uso de los recursos, y no sólo como disminución de costos, lo que afecta otros objetivos indispensables desde una perspectiva de compromiso social, como son los relativos a cobertura y calidad de los servicios. Los Hospitales Públicos carecen de sistemas de costos que permitan suministrar la información necesaria para la toma de decisiones gerenciales.<sup>2</sup>

Cada país diseña su propio sistema de Salud y, entre otras cuestiones, decide el mecanismo de financiamiento, el cual puede ser público (vía recursos generales), privado (vía gasto de bolsillo), a través de seguros (vinculados con el empleo o seguros prepagos voluntarios) o una combinación de todos ellos. Cualquiera sea el mecanismo de financiamiento elegido, cobra relevancia el uso de las herramientas económicas para mejorar los resultados en salud, poniendo especial interés en la búsqueda de eficiencia en la asignación de los recursos y de equidad en el acceso a la atención de la Salud.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Martín Martín José y col. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.- (Documentos Técnicos EASP; 5)

<sup>2</sup> Vargas González Vilma, Hernández Carmen. Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria. Revista de Ciencias Sociales (RCS) Vol. XV, No 4, Octubre – Diciembre 2009, pp. 716 – 726.

<sup>3</sup> Clark Marcela, Moscoso Nebel, Andreocci Marcelo. Inefficient Mechanisms of Payment: Cross subsidies between public and social security in Argentina. XLV Reunión Anual. Asociación Argentina de Economía Política. Noviembre 2010

El Sistema de Salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios: nacional y provinciales, y la red de Hospitales y Centros de Salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.<sup>1</sup>

Los Hospitales de nuestro país, en su gran mayoría son financiados por el Estado, ya sea nacional, provincial o municipal, y en general están autorizados además, a gestionar el Recupero de Costos a través de la facturación a las Obras Sociales.

En 1993 en Argentina, se implementa el sistema de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), a través del Decreto N° 578/93, con el objetivo de mejorar la Gestión Hospitalaria a través del cobro de las prestaciones demandadas por beneficiarios con Obra Social. Bajo esta modalidad se aseguró el pago de estas prestaciones, mejorando la eficiencia en la recaudación de ingresos que en muchos casos, ocasionaban un subsidio cruzado, financiando con recursos públicos la atención de pacientes pertenecientes al sector de la Seguridad Social.<sup>2</sup>

El sistema de Hospital Público de Autogestión recupera los fondos invertidos en la atención de pacientes mutualizados distribuyéndolos en un fondo de redistribución solidaria: fondo para inversión en el Efecto y fondo de distribución para el personal.

Dentro del campo socio sanitario esto permite una gestión eficiente, eficaz y racional de la Salud, mejorar la accesibilidad de la Población sin cobertura, garantizando la gratuidad del acceso a la atención.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Bello M., Becerril – Montekio V.M. Sistema de Salud de Argentina. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S96-S108.

<sup>2</sup> Clark Marcela, Moscoso Nebel, Andreocci Marcelo. Inefficient Mechanisms of Payment: Cross subsidies between public and social security in Argentina. XLV Reunión Anual. Asociación Argentina de Economía Política. Noviembre 2010

<sup>3</sup> Gobierno de la Provincia de San Luis – Ministerio de Salud – Programa de Administración de recursos y control de Gastos en Salud – Autogestión Hospitalaria.

<http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?idCanal=1637>

En el 2000, el Decreto N° 939/00 reemplaza al Decreto N° 578/93, cambiando la figura legal del Registro de HPA por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), que incorpora, entre otros aspectos, el incremento de los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas; mejoras en la accesibilidad de la Población sin cobertura y en la calidad de los servicios de Salud. Además, contempla el Sistema de Débito Automático, mediante el cual la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) debita de las Obras Sociales Nacionales para pagar a los efectores públicos por las prestaciones brindadas a los beneficiarios de las mismas.

Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada reciben pacientes con Obra Social, cuyos pagos no siempre cubren los costos incurridos, generando un subsidio cruzado entre el sector público y la seguridad social.

En la mayoría de los Hospitales existe inconvenientes en el Recupero de Costos, que entre otras cosas, lleva a dificultades en el mantenimiento diario del Hospital y menor incentivo del recurso humano; influyendo esto de manera categórica en la atención de los servicios brindados a la Población.

El Sistema Sanitario Argentino debe garantizar la atención a toda la Población (con o sin cobertura social) en forma equitativa y procurando una óptima calidad. El no recupero de costos lleva implícito un desperdicio de recursos, ya que supone doble pago por la atención en el caso de pacientes con cobertura social (estatal desde rentas generales y a las Obras Sociales).

En la Provincia de Misiones, la Ley XVII – N° 19 (antes Ley 3094) con su Decreto Reglamentario 2349/94, enmarca a los Hospitales Provinciales como HPA especificando sus funciones y competencias; constituyéndolos en entes Públicos Descentralizados y autárquicos. Además, el Decreto 488/00, implementó el Sistema Solidario de Salud, autorizando a los establecimientos asistenciales a recuperar los costos hospitalarios a las Obras Sociales, entidades de medicina prepaga, compañías de seguros, empleadores en general, extranjeros sin residencia legal en el país y terceros obligados. Establece la distribución de los montos de acuerdo a pautas de productividad, eficiencia, eficacia y mejoramiento de los servicios, fijados en el Acta acuerdo entre el Director Ejecutivo y cada uno de los sectores, aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

## 2-2 CASO: HOSPITAL NIVEL III DE OBERA – MISIONES.

El Hospital Nivel III de Oberá, pertenece a la red de Hospitales provinciales dependientes del Ministerio de Salud Pública, está incluido dentro de la Zona Centro Uruguay (una de las seis zonas sanitarias). Ubicado a 90 km de la ciudad Capital, con un área de influencia de 350.000 habitantes pertenecientes a la zona centro de la Provincia. Es un Hospital polivalente que ha sufrido el deterioro y la falta de inversión y mantenimiento durante mucho tiempo, producto de la falta de decisión política y de las crisis económicas vividas en nuestro país y en la provincia hasta el 2001 inclusive.

A Octubre de 2012, tiene 498 trabajadores, de los cuales 406 son de planta permanente:

- Médicos: 52
- Profesionales no médicos: 38
- Enfermería: 161 (8 licenciadas, 31 profesionales y 122 auxiliares en enfermería).
- Administrativos: 61
- Mantenimiento: 10
- Auxiliares Técnicos: 12 (en Laboratorio, Radiología, Hemoterapia, etc.)
- Choferes de ambulancias: 11
- Mucamas y personal del lavadero: 49
- Camilleros: 6
- Auxiliares de Farmacia: 6

Además hay 92 personas contratadas sin relación de dependencia:

- Médicos Residentes: 10
- Profesionales y no profesionales contratados por monotributo: 36 (11 médicos, 6 enfermeras, otros).
- Servicios tercerizados: Limpieza: 19, Vigilancia: 11, y Cocina: 16

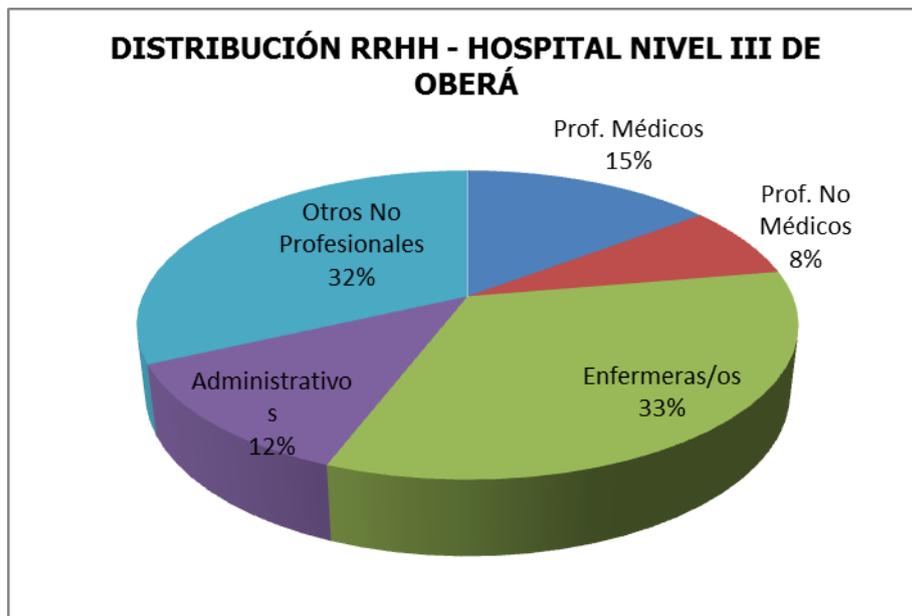
La distribución absoluta y en porcentajes, del recurso humano que trabaja en el Hospital de Oberá, según sus funciones, es la siguiente:

**TABLA 2.2.1**

<b>DISTRIBUCIÓN RRHH - HOSPITAL NIVEL III DE OBERÁ</b>		
<b>FUNCIONES</b>	<b>CANT. HTAL.</b>	<b>% HTAL.</b>
Prof. Médicos	73	15%
Prof. No Médicos	38	8%
Enfermeras/os	167	33%
Administrativas/os	61	12%
Otros No Profesionales	159	32%
<b>TOTAL</b>	<b>498</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 2.2.1**

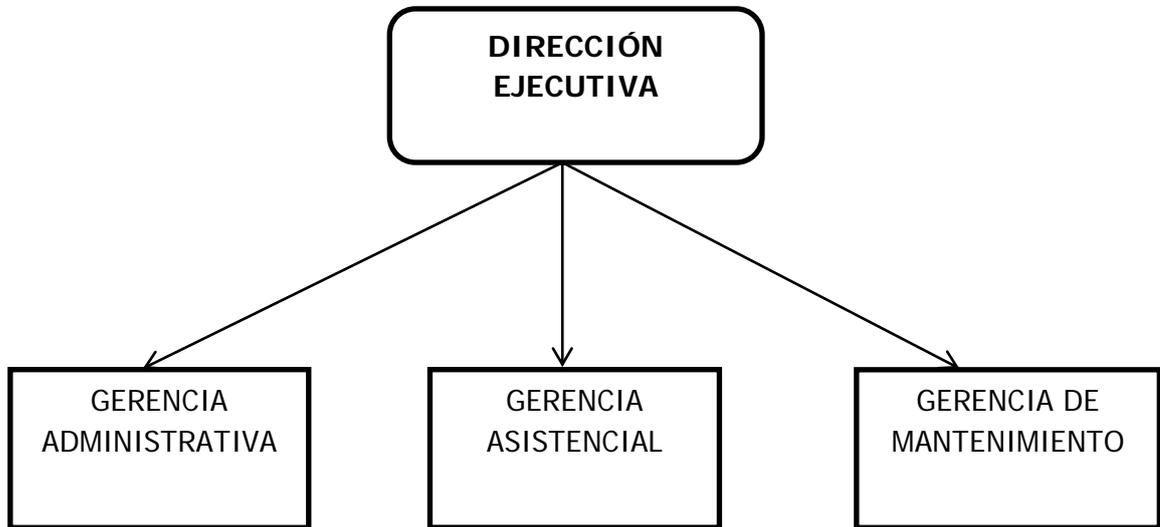


Fuente: Elaboración propia.

El 60% del personal de planta permanente tiene más de 20 años de servicio. Esto en parte, explica la cultura organizacional, teñida por ciertas prácticas naturalizadas.

Cuenta con una dotación de 178 camas (32 en Neonatología y 6 en U.T.I. adultos), 4 quirófanos, 2 salas de partos, Servicios Clínicos y Quirúrgicos, destacándose como servicios de apoyo: Farmacia, Laboratorio, Imágenes (con TAC) y un Centro de Rehabilitación.

Si bien, el Hospital no tiene un organigrama oficial, funcionalmente se organiza de la siguiente manera:



Servicios

- Administrativos
- Contables
- Patrimonio
- Control de personal

Servicios

- Clínicos
- Quirúrgicos
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Servicios

- Mantenimiento hospitalario
- Apoyo a los Servicios Asistenciales

Fuente: Elaboración propia. (Ver Anexo I).

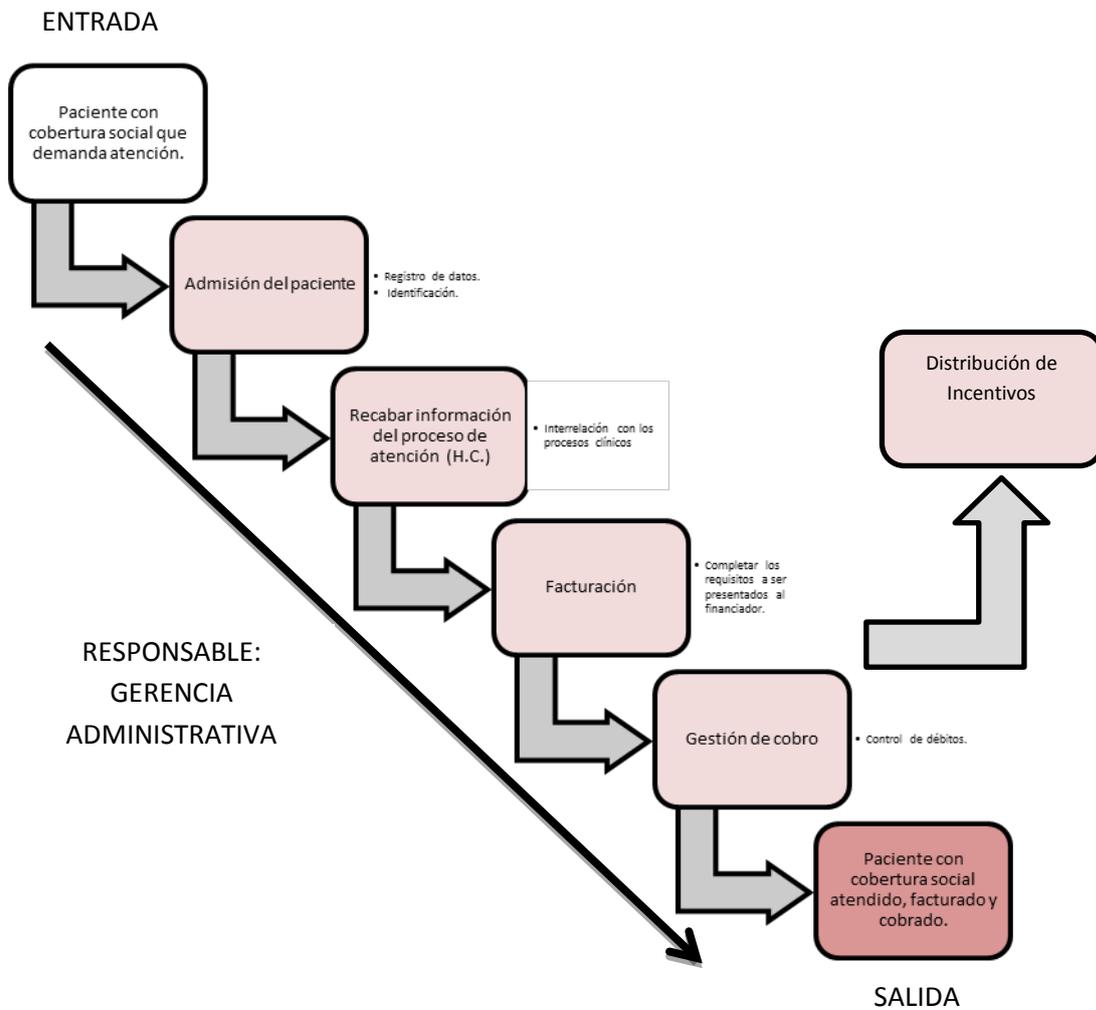
En cuanto al financiamiento hospitalario: el Ministerio de Salud Pública provee la mayoría de los recursos humanos, los insumos (medicamentos, descartables, insumos de laboratorio), equipamientos e infraestructura hospitalaria. Además el Hospital cuenta con: Fondos Permanentes de Rentas Generales de la Provincia de \$60.000 (Decreto N° 121/1997 ratificado por el Decreto N° 921/2003), el recupero de costos (en su mayoría de las Obras Sociales), el Plan Sumar, y fondos permanentes del Programa Federal de Salud de \$30.000 (Decreto N° 544/97); los fondos permanentes se reponen en función de la rendición.

A continuación se describe el proceso de Recupero de Costos del Hospital de Oberá:

- IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO: Es un proceso de soporte, ya que tiene que ver con la Gestión económica del Hospital. Da soporte y recursos a todos los demás procesos.
- LIMITES DEL PROCESO (tiempo): Inicia con la Gestión del Hospital y continúa. Duración indefinida.
- MISION: Recuperar el costo de todas las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura social, en el Hospital de Oberá.
- RESPONSABLE: Gerencia Administrativa.
- ENTRADA: Paciente con cobertura social que demanda atención médica.
- SALIDA: Paciente con cobertura, atendido, facturado y cobrado a su cobertura social.
- PROCEDIMIENTOS (cada procedimiento tiene un responsable):
  - Admisión del paciente (registro de datos personales de identificación y cobertura social).
  - Recabar la información registrada en la Historia Clínica (atención médica, interconsultas, estudios, tratamientos, etc.).
  - Facturación de la prestación (requisitos a ser presentados ante el financiador).
  - Gestión de cobro y control de débitos.
  - Distribución de los Incentivos, según Decreto N° 488/2000.
- INDICADORES:
  - Cantidad en pesos, facturado por mes.
  - Cantidad en pesos, ingresado por mes.
  - Monto distribuido en incentivos por mes.
  - Número de consultas (C. Ext.) de pacientes con cobertura, por mes.
  - Número de consultas por Guardia de pacientes con cobertura, por mes.
  - Cantidad de días de internación mensuales, de pacientes con cobertura.
  - Cantidad de radiografías por mes a pacientes con cobertura.

Este proceso se interrelaciona con otros procesos del Hospital (Asistenciales y Administrativos) y se encuentra en constante revisión y mejora.

## FLUJOGRAMA: PROCESO DE RECUPERO DE COSTOS – HOSPITAL NIVEL III DE OBERA.



FLUJOGRAMA: RECUPERO DE COSTOS.

Fuente: Elaboración propia.

## **2-3 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Formular lineamientos para la optimización del proceso de recupero de costos y de sus incentivos en un Hospital Público, considerando la participación del recurso humano en este proceso.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analizar el proceso de recupero de costos vigente en el Hospital, identificando sus características principales y la participación del recurso humano en cada una de ellas.
2. Identificar el nivel de información que tiene el recurso humano del Hospital, acerca del proceso de recupero de costos.
3. Analizar el efecto en la prestación de los servicios, ante una optimización del recupero de costos.
4. Revisar el sistema de incentivos vigente para la recuperación de costos en el Hospital.
5. Formular propuestas que permitan optimizar el recupero de costos y mejorar el sistema de incentivos.

## **CAPITULO 3**

### **MARCO TEÓRICO**

A continuación se hace una revisión de conceptos teóricos que permitirán comprender mejor el enfoque y estudio propuesto en el presente trabajo. Se hará referencia al concepto y análisis de: las Relaciones de Agencia; Financiamiento en salud y Recupero de Costos: Financiamiento, Costos, Gasto, Economía de la Salud, Eficiencia, Proceso; Motivación del recurso humano y Sistema de incentivos; y Hospitales Públicos - Autogestión.

### **3-1 RELACIONES DE AGENCIA**

Existe una Relación de Agencia cuando un individuo, llamado "Principal", delega en otro, que denominamos "Agente", la realización de una actividad en beneficio del primero, a cambio de una remuneración y de cierta capacidad autónoma de decisión.

Esta relación nos daría una "Asimetría en la Información", puesto que el usuario o consumidor de servicios sanitarios no tiene los conocimientos respecto de su enfermedad. En cambio, el personal sanitario es poseedor de toda esta información.

El paciente (Principal) delega en el profesional médico (Agente) las decisiones que se ha de tomar con respecto a su enfermedad, siempre que el profesional de la salud intente maximizar la salud de su paciente permitiendo, en base a tener al usuario perfectamente informado, que éste pudiera adoptar sus propias decisiones, estaríamos planteando un sistema basado en la confianza, útil a los ciudadanos y económicamente eficiente.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Carroquino Bazan Luis Miguel y col. "El Personal médico del Sistema Público Sanitario: régimen retributivo y de relaciones laborales y relación de agencia". Curso de adaptación al grado en RR. LL. y en RR.HH. 2011-12. Pag. 5 – 8.

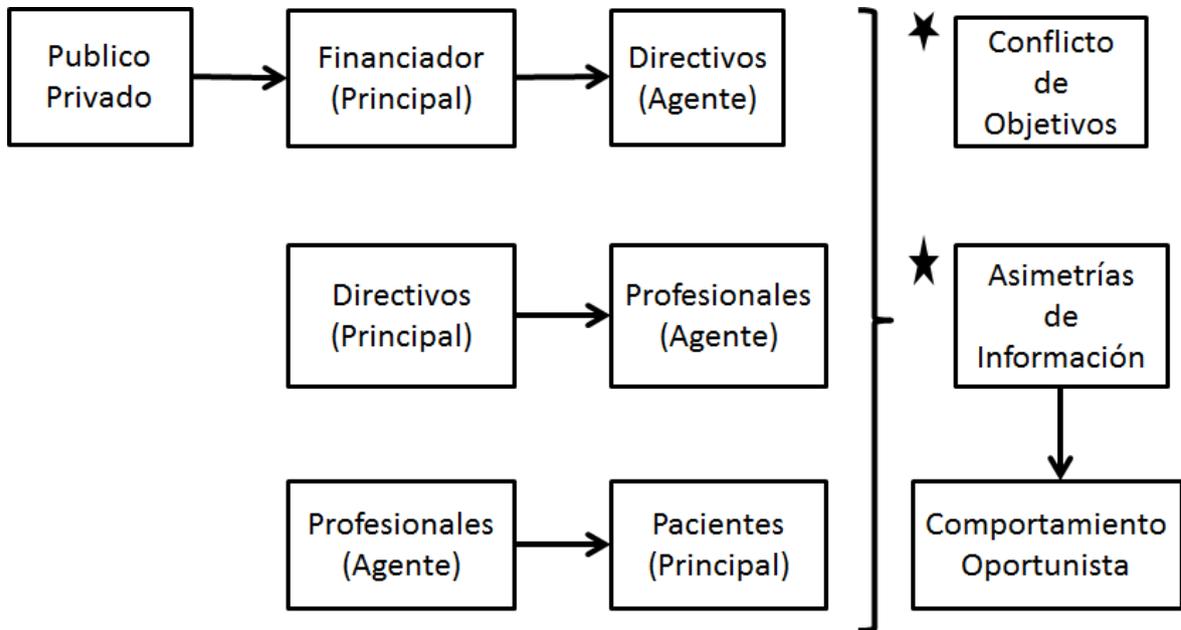
Las Organizaciones Sanitarias están estructuradas por una compleja red de “Relaciones de Agencia”. El profesional médico participa, al menos, en dos “Relaciones de Agencia” potencialmente contradictorias. Por un lado, siguiendo los modelos clásicos de “Relación de Agencia” formulados por la economía de la salud, el proveedor médico es el “Agente” del paciente, quien delega en él la toma de decisiones sobre el bienestar y salud, dada la incapacidad de éste para tomar las decisiones por sí mismo. Por otro lado se puede definir otra “Relación de Agencia” entre las autoridades sanitarias o directivos y el proveedor médico, donde éste último es el “Agente” que controla las variables claves de transacción gracias a su control de la información sanitaria. Los intereses del profesional, del paciente y de los directivos no tienden a ser coincidentes. La incorporación de la “Relación de Agencia” médico – paciente en un marco organizativo supone establecer una doble “Relación de Agencia”. El médico aparece como doble “Agente” de dos “Principales”: el paciente y los directivos de la organización sanitaria. Se ha definido como la “Relación de Agencia” perfecta para el ámbito hospitalario como la actuación del médico que valora igualmente los beneficios para el paciente y para el hospital, sin considerar sus intereses propios.

La situación real en las Instituciones Sanitarias se caracteriza por una serie de “Relaciones de Agencia” imperfectas, donde el médico ocupa un lugar central al ser doble “Agente” del propietario y/o directivos y del paciente. Tanto con carácter general como referida a la economía de la salud, la “Teoría de Agencia” adolece de excesivo grado de abstracción, lo que unido a su énfasis en la búsqueda de contratos completos que describan ex ante todas las posibles contingencias entre las partes, le perjudica a la hora de informar y comprender las prácticas reales de contratos de incentivos, sistemas de recompensa y modelos organizativos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Martín Martín José y col. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.- (Documentos Técnicos EASP; 5)

RELACIONES DE AGENCIA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS



Fuente: Martín Martín José y col.

Estas relaciones contractuales que pueden analizarse desde la “Teoría de Agencia”, plantean problemas significativos si se dan los siguientes supuestos:

1. Los objetivos y por tanto las funciones de utilidad del “Principal” y del “Agente” son diferentes y conflictivas
2. Existen Asimetrías en la distribución de la información favorable al “Agente”, que puede llevar a comportamientos oportunistas
3. El grado de aversión al riesgo juega un papel relevante en la relación contractual.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Martín Martín José y col. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.- (Documentos Técnicos EASP; 5)

La "Teoría de Agencia" establece que si suponemos que el "Agente" es adverso al riesgo y que su esfuerzo, en términos generales, no es observable por el "Principal", un sistema de retribuciones que dependa en parte del resultado (asociados al rendimiento), es la mejor opción para armonizar intereses con los propietarios públicos o privados. Sin embargo, se plantea como una dificultad importante la medida del resultado o la evaluación del esfuerzo.<sup>1</sup>

En la realidad se observa en un porcentaje bastante alto, que el profesional incorpora a sus decisiones determinadas variables, que benefician a él (directa o indirectamente) y no siempre al paciente. En definitiva, se origina una relación imperfecta en base a una "Asimetría de Información" entre médico y paciente que le impide a éste último ejercer su derecho de elección. En este caso no se estaría intentando maximizar la utilidad del usuario, puesto que primarían los intereses económicos del "Agente".

Esto lleva a plantear hasta qué punto la demanda asistencial es real o está inducida por los propios profesionales médicos. Desde un punto de vista económico de la salud, se consideraría una demanda inducida, la parte de la demanda que se inicia por el proveedor de los servicios de salud, que está por encima de lo que el usuario hubiera estado dispuesto a realizar o asumir, en el caso que hubiera dispuesto de información completa, bien sea por conocimientos prácticos o por habérselo indicado el profesional.

La "Relación de Agencia" produce ineficiencia en el sistema cuando el médico puede obtener un beneficio de la repetición de visitas, bien porque recibe una prima por volumen de actividad, o porque la demanda no atendida puede llevarle a obtener ingresos adicionales en términos de retribución por la realización de jornadas extraordinarias.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Martín Martín José y col. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.- (Documentos Técnicos EASP; 5)

<sup>2</sup> Carroquino Bazan Luis Miguel y col. "El Personal médico del Sistema Público Sanitario: régimen retributivo y de relaciones laborales y relación de agencia". Curso de adaptación al grado en RR. LL. y en RR.HH. 2011-12. Pag. 5 – 8.

Adoptando una perspectiva de enfoque económico, el Modelo de Gestión de las Organizaciones del sector Salud, puede revisarse desde la "Relación de Agencia" entre dos actores económicos: el Principal y el Agente. Se definen para ellos, la relación contractual (de mercado) o Institucional (Organización o Empresa) que los une, los incentivos planteados por la "Relación de Agencia" y sus conductas económicas. Este enfoque se considera aplicable tanto para la operación de las organizaciones públicas como para las empresas privadas prestadoras o financiadoras de servicios de salud. El "Principal", (por ej: director de una organización o empresa de salud) necesita que el "Agente" (por ej: jefe de servicio) cumpla con los objetivos de la firma. La incongruencia de objetivos entre "Agente" y "Principal", se acompaña por la "Asimetría de Información" sobre la marcha de la Organización o Empresa.

La información asimétrica implica la existencia de información conocida por el "Agente" acerca del proceso de producción e ignorada por el "Principal". Esta asimetría impide al "Principal" evaluar si la gestión del organismo, programa o empresa pública está logrando las metas y objetivos establecidos en el correspondiente plan operativo anual. Para superar esta asimetría de información y garantizar el logro de los objetivos del "Principal" se instala un Sistema de Información Gerencial (SIG) en base a indicadores de gestión y de incentivos institucionales. Los incentivos se orientan a motivar a los "Agentes" a focalizar la gestión hacia las metas definidas por el "Principal" y a garantizar la provisión de la información de seguimiento de gestión. La relación de Principal - Agente se presenta en numerosas oportunidades en el Sector Salud.

En términos de gestión del sector público, un Ministerio de Salud (Principal) fijará metas de gestión a sus Regiones Sanitarias y Hospitales dependientes (Agentes), instalará un sistema de indicadores de gestión y establecerá incentivos (premios y castigos) para garantizar el suministro de la información de gestión y el logro de las metas establecidas, avanzando así en el desarrollo de un "Sistema de Control de Gestión", que incluirán un proceso de programación de servicios y recursos o plan de negocios anual. A partir de ello se identificarán pautas, criterios o metas ligadas a un período y permitirán realizar evaluaciones periódicas del desempeño de los "Agentes".<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Schweiger Arturo. "El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud: El caso de aplicaciones en países de América Latina". AES - Argentina. 4-6 Junio 2003. Cádiz - España - Congreso AES.ES.

## **3-2 FINANCIAMIENTO. RECUPERO DE COSTOS.**

### **3.2.1 FINANCIAMIENTO.**

La forma cómo se financian los servicios y cómo participa el sector privado tiene consecuencias directas en el costo del sistema, la cantidad y calidad de los servicios prestados y la equidad, es decir, cómo el gasto del gobierno llega a los beneficiarios. Los sistemas de financiamiento no son perfectos, en parte, por las situaciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas cambiantes, y en gran parte porque no es fácil compatibilizar los objetivos de los prestadores de servicios, los usuarios y el Fisco que paga por la atención de salud de pobres e indigentes. El financiamiento del cuidado de la Salud por parte del Estado es un problema grave, por cuanto es necesario armonizar un número grande de intereses diferentes y hay muchas dificultades para el control de abusos, atenciones innecesarias y costos excesivos, y la calidad de los servicios.

La necesidad de apoyo del Estado es consecuencia de que existe un gran número de personas que no tienen ingresos suficientes para protegerse de los riesgos de Salud, ya sea a través de un pago por seguro de Salud o a través de pago directo, cuando es necesaria la atención de un médico u Hospital.

El Estado tiene un rol importante para garantizar una adecuada protección de los riesgos, en parte, para cumplir con el mandato humanitario y constitucional, y en parte, para protegerse de males o costos mayores que son el producto de una inadecuada protección.

El Estado, ha sido tradicionalmente el proveedor o prestador directo de los servicios de salud en todos los países de América Latina a través de los Ministerios de Salud, que tienen además, funciones de política de Salud, supervisión, control y evaluaciones de las acciones de Salud.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Castañeda Tarsicio. "El Financiamiento de Sistemas de Salud: Alternativas y Dilemas". Cuadernos de Economía, año 27, N° 81, pp. 183-197 (Agosto 1990).

La Salud de la Comunidad, constituye un componente fundamental del desarrollo y bienestar social, decididamente los progresos en Salud y Educación significa acumulación de capital humano. La Salud es más inmediata, que la Educación, las dos se potencian. En otro orden de cosas los servicios de Salud representan una de las principales fuentes de empleo, demandan grandes cantidades de insumos y genera importantes innovaciones tecnológicas.

Dentro de lo social, la seguridad social y la Salud, son compromisos fundacionales del Estado de bienestar y de los Estados modernos, para impulsar su desarrollo. Lo sanitario, la Salud, está comprometido con esta sostenibilidad y con la viabilidad del Estado, que crecerá, según refieren las investigaciones más que el crecimiento del PBI, se estima un quince por ciento en los próximos veinte años.

Esta “inflación” en el gasto relativo de la Salud ocurrirá entre otras cosas por: aumento de las exigencias de la Población, más cantidad de personas en el mundo, la calidad de vida de las personas que viven más años, el aumento del gasto farmacológico, de estudios complementarios, el gasto de internación, la fragmentación del sistema, la propagación de las enfermedades, la epidemia de enfermedades crónicas y de la obesidad, como también en la forma que se debe organizar el sistema para ser más eficiente y la cantidad de recursos que se deben invertir.

Los modelos económicos convencionales están siendo reorientados hacia un enfoque que considera los costos sociales y ambientales de los modelos sectoriales, lo que implica un giro hacia la sustentabilidad global y social.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Díaz Carlos. “Sustentabilidad del Sistema de Salud Argentino”. Allegro ma non troppo. Universidad ISALUD. Marzo 2012.

El gasto público de Efectores de Salud (Hospitales, Centros de Atención Primaria de la Salud, etc.) se financia con fondos nacionales, provinciales, municipales, recupero de costos y fondos voluntarios.

El sistema actual necesita reforma, la transición exige inversión, la transformación supondrá gastos, para hacerlo sustentable en los próximos años y mejor de lo que es actualmente, se tienen que aumentar el financiamiento y la inversión en Salud. Aumentar la inversión, controlar y mejorar la asignación del gasto. Menos mercado más Estado. Mas solidaridad mejor acceso y cobertura universal. El aumento de la Población y su envejecimiento, genera naturalmente un aumento del gasto, pero el problema es cuanto se le atribuye.

Existen unas 16.000.000 de personas en Argentina, que no tienen Obra Social, de ellos los más importantes son los niños. Con lo cual la asignación universal debería incluir la prestación sanitaria de esos pequeños, una especie de monotributista social, para proteger su vulnerabilidad. Porque de la Población de más edad, cada vez acceden más al beneficio de la cobertura, se incorporaron al sistema más de un millón de beneficiarios.

Además del desafío de la inclusión de pacientes que no tienen cobertura, se está frente a otro gran peldaño que subir, que es transformar el sistema de atención episódico por otro integrado de enfermedades crónicas, que contenga a los pacientes, le dé un modelo de prestación que asegure la continuidad prestacional, un modelo continuo y humanizado de atención.

En el sistema de salud, el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios son de pacientes con enfermedades crónicas. En las próximas décadas estaremos frente a un desafío que provocará que el 40% de los pacientes tengan enfermedades crónicas, en un sistema preparado para atender a las enfermedades agudas y que, por ende, tendrá dificultades para atender esta epidemia de crónicos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Díaz Carlos. "Sustentabilidad del Sistema de Salud Argentino". Allegro ma non troppo. Universidad ISALUD. Marzo 2012.

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en Salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia , prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En este contexto, es parte de sus funciones, determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos.

Hay diferencias entre los países desarrollados y los emergentes, por ejemplo, en cuanto a las prioridades. Los primeros, gracias a su nivel de ingresos y el desarrollo de los sistemas de Salud han universalizado las coberturas, por tanto, centran la preocupación en la contención o racionalización de costos; mientras que los segundos, están obligados a mejorar las coberturas y redes de atención aunque no pueden soslayar las restricciones presupuestarias para estos logros.

En efecto, hay una tendencia a medir el gasto en salud como proporción del PBI pero ello es obviamente insuficiente porque las diferencias en los valores absolutos impactan en las capacidades de oferta general de los servicios de salud. En este sentido, crecimiento económico y cobertura de la salud de las personas están íntimamente correlacionados porque, además, los bienes y servicios de Salud pueden ser catalogados como bienes públicos globales en los cuales la provisión es central para asegurar el bienestar de la Población. Empero, adicionalmente, los gastos de salud de los hogares aumentan conjuntamente con el incremento de los ingresos. Esto tiene justificación porque las personas, cuando pueden, prefieren vivir más pero, además, saludablemente.

Los Sistemas de Salud en América Latina son notoriamente segmentados y fragmentados, lo que exacerba la exclusión. En algunos casos la segmentación es extrema, es decir, prácticamente no hay vasos comunicantes entre prestadores o aseguradores públicos y privados; en otros, hay mecanismos de contacto y de asociación pública privada. Este fenómeno exige a las autoridades públicas de Salud desarrollar metodologías de asignación de recursos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Urriola Rafael y col. "Economía y Salud: aportes y experiencias en América Latina". Representación OPS/OMS Chile. Número 2 – 2011. Capítulo I.

### 3.2.2 ECONOMIA DE LA SALUD – EFICIENCIA.

Economía de la Salud es el estudio de cómo se distribuyen los escasos recursos entre usos alternativos para el cuidado de enfermedades y la promoción, mantenimiento y mejora de la salud. Se incluye el estudio de cómo la atención de la Salud y los servicios relacionados con la Salud son distribuidos entre los individuos y grupos de una sociedad.

La Economía es la ciencia que se ocupa del estudio de la asignación de recursos con el objetivo de maximizar el bienestar social. Esta definición es válida para explicar qué es la Economía de la Salud, si pensamos en la asignación de recursos dentro de este sector y en el bienestar social en términos de Salud. Esta es una rama de la Economía con un desarrollo teórico conceptual particular, así como con metodologías y técnicas de análisis propias. Dentro de los campos de aplicación de la Economía de la Salud se encuentran: los determinantes y condicionantes de la Salud, la Salud y su valor, la demanda de atención médica, la oferta de servicios, la evaluación económica, el equilibrio, y otros.

El objetivo de La Evaluación Económica en la Salud es estudiar la distribución de los escasos recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible, medido a través de la mejoría en los indicadores de cantidad y calidad de la Salud. La Economía y en particular la Evaluación Económica en la Salud, analiza de manera explícita las distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de Salud; o sea, identifica las alternativas, costos y beneficios de cada una.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Baly Gil Alberto y col. "La Economía de la Salud, la eficiencia y el costo oportunidad". Revista Cubana de Medicina General Integral Vol. 17 n. 4. Jul.-ago. 2001.

En realidad en el sector de la Salud, como en otros, continuamente se están tomando decisiones sobre asignación de recursos, de acuerdo con los posibles beneficios que producen, lo que implica que se están haciendo evaluaciones económicas implícitas.

Las necesidades a cubrir en el sector son ilimitadas y los recursos son escasos. Quiere decir que los recursos consumidos en una actividad relacionada con la Salud, limitan la realización de otra dentro o fuera del sector.

Esta lógica de razonamiento permite incorporar, entre otros, el concepto de Eficiencia Económica, que no es más que la obtención del mayor beneficio posible (salud) al menor costo posible.

La Eficiencia Económica de la Salud lleva asociados el conocimiento del esfuerzo necesario para producir Salud, el costo, y la medición de los beneficios que reportan las actividades relacionadas con ella, no solo en términos monetarios, pues en Salud esto no es posible siempre, sino también en términos de producto: acciones (número de consultas), efectos (conocimientos, actitudes, comportamiento, cambios en los hábitos higiénicos), impactos (indicadores de cantidad o calidad de la Salud que se traduce en muertes infantiles evitadas, años de vida ganados, ajustados por calidad).

Debe quedar esclarecido que al plantearse una Evaluación Económica se es más integral en el análisis de las distintas aristas del problema, lo que ayuda incuestionablemente en la correcta toma de decisiones.<sup>1</sup>

La Economía estudia el modo en que eligen los individuos, las Empresas, el Estado y otras Organizaciones de nuestra sociedad, y cómo esas elecciones determinan la manera en que se utilizan los recursos. Es la disciplina que se ocupa de la mejor manera de asignar recursos siempre escasos, resulta evidente la utilidad de su aplicación a las decisiones orientadas a la mejora de la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. La aplicación fundamental de la economía en el campo sanitario se orienta hacia el análisis de la producción y consumo de bienes y servicios para obtener la máxima cantidad de salud posible con los recursos disponibles.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Baly Gil Alberto y col. "La Economía de la Salud, la eficiencia y el costo oportunidad". Revista Cubana de Medicina General Integral Vol. 17 n. 4. Jul.-ago. 2001.

<sup>2</sup> Ortún-Rubio Vicente y Meneu de Guillerna Ricard. "Impacto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria". Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. [vicente.ortun@upf.edu](mailto:vicente.ortun@upf.edu)

Desde el punto de vista disciplinario, la Economía de la Salud ha sido algo más que la aplicación de conceptos económicos a problemas de Salud y servicios sanitarios, ya que se ha convertido en una rama generadora de avances teóricos en la propia Economía, especialmente en las medidas del desenlace, la economía del seguro, la teoría principal-agente, los métodos econométricos y la evaluación.

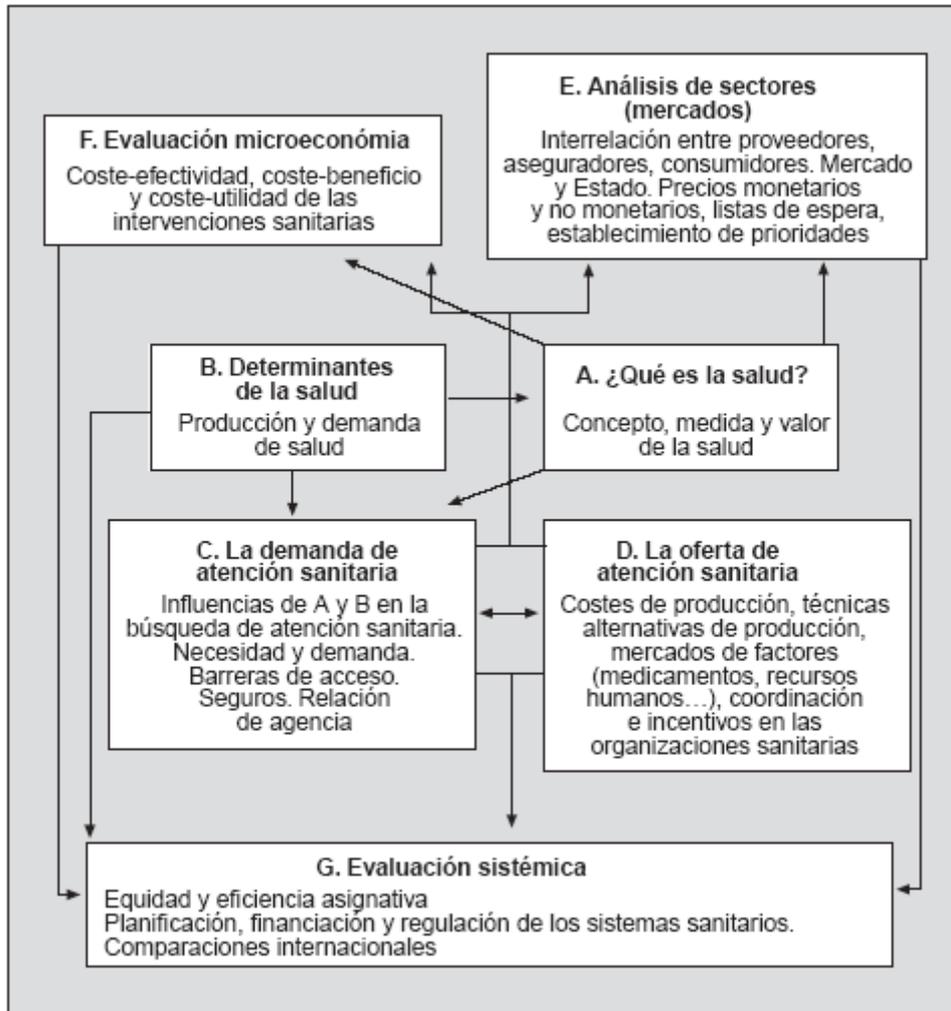
La situación de la economía de la salud en España presenta muchas características comunes con la de otros países del entorno, pero también algunas especificidades de interés. Ha alcanzado un grado destacable de madurez técnica, con una posición relativa en el escalafón internacional similar o superior a la que ocupa generalmente el país en otros ámbitos. Para avalar esta afirmación, puede verse reflejado en las tres vertientes relevantes del conocimiento (producción, difusión y aplicación): - la producción de nuevo conocimiento y el desarrollo de instrumentos necesarios para ello, - la presencia de la Economía de la Salud en programas formativos de variado espectro y - la impregnación y colaboración con todo tipo de profesionales del ámbito sanitario, lo que en España supone una especificidad de grado.

Desde la Economía de la Salud se han producido importantes aportaciones a aspectos clave de la política sanitaria. Desde la importación de los métodos de análisis de eficiencia mediante análisis envolvente de datos, pasando por un importante número de evaluaciones económicas, análisis coste-beneficio generalizados para establecer longitudinalmente el valor aportado por las intervenciones sanitarias sobre distintos problemas de Salud, hasta destacadas contribuciones instrumentales para mejorar los mecanismos de asignación de recursos.<sup>1</sup>

---

1 Ortún-Rubio Vicente y Meneu de Guillerna Ricard. "Impacto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria". Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. [vicente.ortun@upf.edu](mailto:vicente.ortun@upf.edu)

FIGURA 1. PANORAMA DE ECONOMIA DE LA SALUD



Fuente: Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Aten Primaria* 2001; 27: 62-4, adaptado de Williams A: *Health and economics*. Oxford: McMillan, 1987.

La Eficiencia Clínica consiste en la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, con los menores costos sociales posibles. El camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica.

Considerar el beneficio, diagnóstico o terapéutico, que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado, en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados.

El verdadero costo de la atención sanitaria no es dinero, ni los recursos que el dinero mide. Son los beneficios sanitarios (paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida) que podrían haberse conseguido si el dinero se hubiera utilizado en la mejor alternativa. El beneficio en una decisión diagnóstica se mide en términos de reducción de incertidumbre.

La consideración del costo de oportunidad supone una reflexión acerca del beneficio del tratamiento que se está considerando en la mejor alternativa disponible.

Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para expresar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas.

La economía se está convirtiendo en un ingrediente importante de la gestión como disciplina y lleva ya unos años siendo relevante en dos ámbitos de la gestión sanitaria: el de la política sanitaria (determinantes de la salud, financiación, establecimiento de prioridades, evaluación de tecnologías sanitarias, etc.) y el de la gestión clínica (análisis de decisión en condiciones de incertidumbre, medidas de producto final, sistemas de ajuste de riesgos, coordinación e incentivos, etc.).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ortún-Rubio V. et al. "La economía de la salud y su aplicación a la evaluación". Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 1. Enero 2001.

Reducir el despilfarro, básicamente se trata de limitar los procesos, productos y servicios que no aportan valor (en términos de salud y calidad de vida) a pacientes y poblaciones, al tiempo que se salvaguardan aquellos que sí lo ofrecen o cuyo valor relativo es mayor. Un reciente trabajo de Berwick y Hackbarth, 2012, aproximaba las cifras de despilfarro en el sistema sanitario estadounidense entre el 21% y el 34% de su gasto sanitario (problemas de calidad, coordinación, sobreutilización, complejidad administrativa, fraude y otros).

En el Sistema Nacional de Salud de España, diversos datos apuntan a un derroche en medicamentos (antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antiosteoporóticos, psicotrópicos, etc.) no exentos de efectos adversos, en pruebas diagnósticas, descoordinación de atención a crónicos, y otros problemas que sugieren que están combinando el sobretratamiento en pacientes leves (gasto sin beneficios) con subtratamiento en pacientes con alto riesgo (gasto por descompensaciones y complicaciones). Por una parte existe un problema de subutilización de servicios sanitarios en pacientes que no reciben pruebas, tratamientos o intervenciones que estarían indicados dada su situación clínica; y en el otro extremo la sobreutilización se refiere a la indicación de pruebas, tratamientos, intervenciones, visitas médicas y otras prestaciones sanitarias de forma innecesaria (sin beneficios clínicos para los pacientes). La credibilidad del ajuste presupuestario en la sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar en un plazo razonable hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías basada en el mejor conocimiento científico disponible. Un aspecto que requiere abordaje urgente es financiar con recursos públicos sólo aquellos medicamentos, tecnologías, prestaciones y servicios que (además de eficaces y seguras) sean eficientes. Se trata de tomar en consideración de manera clara y explícita la dimensión de la eficiencia (el balance costo- efectividad incremental) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación. Los criterios de eficiencia deben ser usados no solo para valorar qué nuevas tecnologías se debe incorporar a la cartera de servicios sino también para valorar las tecnologías a retirar.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Oliva Juan y col. "Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada" En Portada. Publicación AES 2012.

En suma, decisiones de inversión y desinversión deberían ser lo suficientemente transparentes para que las partes implicadas conozcan y comprendan (aunque no las compartan) las decisiones adoptadas y puedan servir de guía a la innovación.

En el Sistema Nacional de Salud otro aspecto a considerar son las aportaciones de los usuarios, llamadas copagos. Si no se desea que se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, el copago debe tener un papel recaudatorio limitado. Idealmente un buen diseño de copago debería hacer que estos fueran evitables en aquellos casos donde el tratamiento sea más efectivo y el paciente pagara la diferencia hasta el precio de otros tratamientos más caros pero que aportan escaso valor para la Salud. Por otra parte, no hay que olvidar que el copago disciplina no sólo al paciente sino también al médico, ayudando a un uso más racional de los recursos. Un buen copago debería estar basado en el valor de la atención y no en el precio; esto es, debe ser más reducido o nulo cuanto más efectivo y necesario sea el tratamiento, y más alto cuanto menos necesario y menos efectivo sea. Y este valor debe ser determinado por la evidencia científico – clínica (Puig Junoy, 2012).<sup>1</sup>

La línea de cambio es pagar por resultados en salud, pagar más por tener a los pacientes sanos que por las complicaciones, pagar por visitas resolutivas que por derivaciones entre profesionales sin resolver su problema de Salud. Ello requiere integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales (primaria, especializada, socio sanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos) que ayude a visualizar el costo integral de la atención a un paciente. Esta integración debería incluir, entre otras cosas, la obligación de rendir cuentas sobre el desempeño de las Organizaciones, lo que a su vez favorecería la introducción de mecanismos de pagos por resultado, reforzando así los incentivos a ofrecer una asistencia resolutiva y orientada a mantener una Población sana y cuidada (Urbanos y cols., 2012).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Oliva Juan y col. "Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada" En Portada. Publicación AES 2012.

La buena gobernanza de los sistemas sanitarios debe apoyarse en valores fundamentales como son los derechos humanos, el cumplimiento de las leyes y la democracia; y en principios rectores a los que responde la sanidad pública: universalidad, equidad y solidaridad. Esto debe ser complementado con construir un sistema mucho más transparente en la información proporcionada a usuarios, profesionales y ciudadanos; buscar fórmulas de participación en la toma de decisiones con los profesionales sanitarios y con la ciudadanía; desarrollar normas y estructuras concretas para que las personas responsables de la toma de decisiones rindan cuentas de las mismas y justificar las anteriores basándose en criterios explícitos de efectividad, eficiencia y calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

Un mantra repetida hasta la saciedad en los últimos tiempos es que hay que tomar decisiones valientes; pero sin duda, deben ser sobre todo decisiones inteligentes, bien informadas por pruebas científicas, legitimadas por norma de buen gobierno y que repartan los sacrificios entre los agente implicados.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Oliva Juan y col. "Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada" En Portada. Publicación AES 2012.

### 3.2.3 COSTOS - GASTOS.

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

Se establece como los recursos sacrificados, consumidos o perdidos para alcanzar un objetivo específico, expresados en términos monetarios.

Resulta necesario aclarar qué se entiende por recursos en el contexto de la gestión hospitalaria. Ellos son todos los posibles insumos necesarios para realizar la prestación del servicio asistencial: humanos, materiales, técnicos y financieros.<sup>1</sup>

A continuación se expone distintas definiciones de costos aplicados a la salud.

**Costos Variables:** son los que varían de acuerdo a la cantidad de los pacientes, y son directamente proporcionales a la producción. Cuanto más prestaciones, mayores costos de prestaciones o de insumos: medicamentos, sueros, material descartable, reactivos de laboratorio, etc.

**Costos Fijos:** son aquellos que se mantienen constantes más allá del nivel de producción o prestación, siempre.

**Costo Medio:** es el costo por unidad de producción. El concepto de costo medio se puede aplicar a las categorías de costos como costo fijo, costo variable y costo total.

**Costo Marginal:** se define como el aumento del costo total necesario para producir una unidad adicional del bien o prestar una unidad de servicio.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Schweiger Arturo y col. "Sistemas de Costos Hospitalarios". Universidad ISALUD. Junio 2010.

<sup>2</sup> Schweiger Arturo. "Calidad y Costos Operativos de Organizaciones Sanitarias". <http://www.ppgcas.saludcorrientes.gob.ar/archivos/2%20-%20Calidad%20y%20Costos%20-%20Mg.%20Arturo%20Schweiger.pdf>.

Para la Gestión Hospitalaria es necesario conocer la producción, es decir la cantidad de bienes o servicios que se han generado en un Centro de Servicios, en un período de tiempo determinado. Si hay producción de bienes o servicios, quiere decir entonces, que se ha generado una serie de erogaciones, es necesario establecer ¿cuáles de ellas son consideradas como gasto y cuáles como costo?

Un gasto, se da cuando un Centro de Servicios que genera productos o servicios finales, compra para ello materiales, medicamentos y utiliza sueldos y salarios, etc., que contribuyen a generar esos servicios o productos. En tanto que el costo es el valor que resulta de convertir todos los insumos y materiales, en la cantidad de unidades producidas. Es decir:  $\text{Gasto/Producción} = \text{Costos unitarios}$ .

Los costos son una herramienta útil que permite a los administradores de salud, hacer un uso adecuado de los recursos. Expresan los recursos que se requieren para la producción de un bien o servicio determinado en un Programa, Proyecto, Unidad, Departamento o Servicio Asistencial. Permite al administrador, determinar el uso que se da a los recursos humanos, materiales y financieros en la prestación de servicios a la Población.

Un Centro de Producción y Costo, para ser considerado como tal, debe contar con tres características fundamentales: producción, recursos humanos e insumos. Podría ser entonces, todo Programa, Proyecto, Departamento, Unidad o Servicio Asistencial que de la combinación de estos tres elementos, genera un producto o servicio determinado.

- La producción debe ser debidamente identificada a través de una unidad de medida que permita su medición objetiva.
- Los RRHH deben estar identificados y cuantificados en relación a dicha producción.
- Los gastos e insumos corresponden al conjunto de materia prima e insumos necesarios para generar el producto o servicio final, relacionados con el nivel de prestación antes mencionado.

Todo Centro de Producción y Costo, tiene una producción determinada de bienes y servicios, susceptible de ser medida a través de unidades cuantitativas. Esto permitirá la fijación de metas anuales de producción, insumos y costos para incluirlos dentro del Plan Operativo Anual.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Schweiger Arturo. "El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud: El caso de aplicaciones en países de América Latina". AES - Argentina. 4-6 Junio 2003. Cádiz - España - Congreso AES.ES.

El conocimiento de los costos, tanto en una organización con fin de lucro (beneficio privado) como en una sin fin de lucro (beneficio social), es un imperativo, ya sea para establecer los precios de sus productos como para valorar su eficiencia. Por ello, es esencial la información que proporciona un sistema de costos, para administrar y para la toma de decisiones conducentes a alcanzar los objetivos de la Organización social o privada en el Sector Salud. El producto (bien o servicio) del que se desea saber el costo se denomina objeto del costo. Los objetos de los costos se seleccionan no por ellos mismos, sino de acuerdo a su importancia para la toma de decisiones.

Un sistema de costos es la acumulación ordenada y regular mediante un sistema de registro de datos (contable o extracontable), de la información inherente a los costos de los productos o servicios de una organización pública o empresa. Se denomina costeo al proceso de determinar el costo de prestar un servicio o producir un bien.

En las Obras Sociales Provinciales y Empresas de Medicina Prepaga, los costos significativos (Gestión Prestacional) se presentan en: Gasto de prestaciones de Alta Complejidad, Gasto de Medicamentos, Gasto de Prótesis, y Gasto de bienes en comodato: muletas, silla de ruedas, etc.<sup>1</sup>

El concepto de Gasto está relacionado con las erogaciones realizadas para la compra de bienes o servicios. En consecuencia la diferencia entre gasto y costo, consiste en que el gasto representa la compra de bienes o la contratación de servicios durante un periodo, mientras que el costo es la utilización de dichos bienes o servicios para “producir” una consulta o egreso hospitalario.<sup>2</sup>

El Gasto Total en Salud es la suma del gasto público y privado en Salud. Abarca la prestación de servicios de Salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencias designada para la Salud, pero no incluye el suministro de agua y los servicios sanitarios. Se expresa en término de porcentaje del PBI (Producto Bruto Interno), en Argentina en el año 2011 el gasto en Salud representó un 8,1% del PBI.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Schweiger Arturo. “Calidad y Costos Operativos de Organizaciones Sanitarias”. <http://www.ppgcas.saludcorrientes.gob.ar/archivos/2%20-%20Calidad%20y%20Costos%20-%20Mg.%20Arturo%20Schweiger.pdf>

<sup>2</sup> Schweiger Arturo y col. “Sistemas de Costos Hospitalarios”. Universidad ISALUD. Junio 2010.

<sup>3</sup> 2013 Grupo del Banco Mundial. “Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/nha/database>).

### 3.2.4 PROCESO

Una organización no es más que un conjunto de procesos y la eficiencia de la organización está condicionada por la eficiencia de cada uno de sus procesos.

Se puede definir un proceso como la secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir una salida (un resultado) que satisfaga los requerimientos del Cliente.

Otra definición, que ofrece la ISO 9000:2000, es: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Identificar un proceso es “hacer trozos” la actividad de la Organización repartiéndola en grupos homogéneos, que tengan las actividades de cada grupo (proceso) una relación causal. Todos los procesos pueden ser detallados en procesos de nivel inferior. De esta manera podemos acabar con un conjunto de procesos que se podrán representar en forma de árbol. El nivel de detalle de cada uno dependerá del nivel de complejidad que tenga. La identificación de procesos da por resultado el “Modelo de Procesos” de una Organización. La parte alta del Modelo también se suele denominar como “Mapa de Procesos”. No hay un solo tipo de mapa.

La versión clásica de Mapa más implantado actualmente dispone de tres grupos de procesos: Estratégicos, Operativos y de Soporte.

- **Estratégicos o Dirección:** Los que dan las guías o pautas de funcionamiento a todos los demás procesos (Planificación Estratégica, Control de Gestión, Desarrollo e Innovación, Relaciones con instituciones, Voz del Cliente y Voz del Equipo Humano, Comunicación, etc.).
- **Operativos o Fundamentales:** Los que crean valor a los clientes externos (Atención clientes, Operaciones y Satisfacción).
- **Soporte:** Los que dan soporte y recursos a todos los demás procesos (Gestión de Personal, Gestión Económica, Gestión Jurídica, Gestión de la Información, Gestión de los Activos, Aprovisionamientos, Servicios Generales, etc.).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Brull Alabart Enric. “La Gestión de Procesos”. Tarragona. [www.brullalabart.com](http://www.brullalabart.com) – Edición 13/06/2005.

Para que una Organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión, puede denominarse como “enfoque basado en procesos”.

El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la Organización ha cumplido sus requisitos.

Entre sus requisitos generales, la Organización debe:

- a) identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- e) realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.
- f) implementar las acciones necesarias para conseguir los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Brull Alabart Enric. “La Gestión de Procesos”. Tarragona. [www.brullalabart.com](http://www.brullalabart.com) – Edición 13/06/2005.

El diseño de un proceso dispone de las siguientes características:

- MISION. La misión de un proceso describe la razón de ser del proceso, el porqué de su existencia.
- RESPONSABLE. Cada proceso ha de tener asignado un responsable de su gestión.
- ENTRADAS Y SALIDAS. Un proceso genera valor de una entrada sobre una salida. Define los límites del proceso.
- PROCEDIMIENTOS. Cada proceso es explicado mediante uno o varios procedimientos. Con la ejecución de los procedimientos diseñados se conseguirá obtener el valor añadido del proceso. Existen dos fases: el diseño de los nombres de los procedimientos y el diseño del contenido de los procedimientos.
- INDICADORES. Cada proceso es explicado mediante varios indicadores. Con la evaluación de los indicadores podremos observar el valor añadido obtenido del proceso. Existen dos fases: el diseño de los nombres de los indicadores y el diseño del contenido de los indicadores.<sup>1</sup>

Es necesario el desarrollo de una cultura orientada a la mejora continua, la sistematización de los procesos, la participación del personal, el trabajo en equipo, la creatividad. El análisis y la mejora de los procesos no es opcional, es imprescindible. Muchas organizaciones optan por la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ya sea basado en un modelo de excelencia (de los usados para evaluar los Premios Nacionales de Calidad) o en el modelo certificable de la Norma ISO 9001:2000 (Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, 2000). Ello trae aparejado inevitablemente, la gestión de los procesos y su consecuente gestión documental. Un factor crítico de éxito en la estrategia de la implementación del sistema es asumir una decisión previa sobre cómo enfocar el análisis, la mejora y la etapa de documentación de dichos procesos. Frecuentemente no se cuenta con una estructura específica y suficiente para dedicar al análisis y la mejora de los procesos siendo clave la optimización de los recursos al máximo. Para ello es fundamental trabajar de manera sistemática y organizada.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Brull Alabart Enric. "La Gestión de Procesos". Tarragona. [www.brullalabart.com](http://www.brullalabart.com) – Edición 13/06/2005.

<sup>2</sup> Auliso Roberto y col. "Claves para la mejora de los procesos en las Organizaciones". Revista Electrónica FCE - Universidad Católica del Uruguay.

### **3-3 RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD. SISTEMA DE INCENTIVOS.**

Un incentivo es un estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía para elevar la producción. La aplicación de este concepto al sector sanitario y más concretamente al colectivo médico, nos situaría en un escenario en el cual debiera procurarse la presentación de estímulos adecuados a la satisfacción de las necesidades e intereses de los profesionales, con el fin último de alcanzar los objetivos de la Organización. Además, las necesidades e intereses de los profesionales que deben satisfacerse han de estar relacionados con su desempeño profesional y que cualquier modelo de incentivos, y de gestión sanitaria en general, ha de integrar la dimensión ética de las Organizaciones Sanitarias.

Centrándonos en los incentivos para los médicos, sus necesidades e intereses se distribuyen básicamente en tres categorías: materiales, psicológicas y sociales. Las necesidades de índole material exigen unos incentivos externos que se materializarán por medio de una reorientación de la política retributiva. Las necesidades psicológicas exigen un tipo de incentivos internos, éstos se generarán a través de un desarrollo profesional, adecuado a la motivación de logro de cada médico, que permita alcanzar la excelencia técnica y la promoción profesional. Estos logros técnicos y organizativos conducirán al incremento de la autoestima positiva. Este tipo de incentivos necesitan de políticas de personal orientadas hacia el progreso de la carrera profesional.

Las necesidades de índole social exigen unos incentivos de carácter trascendente que se relacionan con el sentido de servicio y utilidad social, es decir con el comportamiento ético, y para ello se necesitan políticas que fomenten la identidad del colectivo, la integración y la ética.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Peiró Salvador y col. Diccionario de Gestión Sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Madrid Agosto 2009. Pag. 180 – 181.

Se puede sintetizar tres grandes motivadores que actúan sobre las personas: jerarquías (incentivos organizativos y jerárquicos, carreras profesionales tanto dentro como fuera de la organización), incentivos económicos (primas asociadas al rendimiento, reparto de beneficios, etc.) y, valores y creencias (cultura corporativa, ideologías políticas o religiosas, etc.).<sup>1</sup>

En Chile se debate la dificultad de posicionar a los recursos humanos en salud como un aspecto substancial de los procesos de reforma de la Salud. Esto se da precisamente en un escenario de crisis global del capital humano, producto de décadas de fallas en la formación de profesionales sanitarios, condiciones laborales y salarios deficientes, con la consecuente emigración de recursos humanos, y en general una mala gestión de este componente crítico para el buen funcionamiento de los Sistemas de Salud.

Es preciso reconocer que la importancia del recurso humano no solo radica en la función fundamental de proveer servicios de Salud, sino que además representa cerca del 60% del gasto en los sistemas, convirtiéndolo en un componente clave en el momento de planificar, organizar y ejecutar políticas públicas de Salud. En Chile la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión contempla la introducción de incentivos al desempeño colectivo y a la asignación de responsabilidades gerenciales; con lo que se busca fortalecer la gestión de los recursos humanos e instrumentar medidas que incentiven a los profesionales más idóneos a permanecer en el sector público. No obstante, la carrera dentro de las Organizaciones Sanitarias todavía sigue ligada a los años de servicio y no a los méritos profesionales en el campo de la Gerencia y la Gestión.

Los cambios introducidos a partir de la modernización de la gestión pública en la década de los noventa favorecieron al capital humano en salud a partir del reconocimiento del desempeño y la capacitación como elementos críticos de la carrera funcionaria. Sin embargo, la antigüedad siguió siendo un eje importante para lograr la permanencia de los funcionarios en las Instituciones del sector.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Martín Martín José y col. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.- (Documentos Técnicos EASP; 5).

<sup>2</sup> Méndez Claudio A. " Los Recursos Humanos de Salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma". Rev. Panam. Salud Pública 2009; 26(3): 276–80.

Durante el mismo período, en el nivel de políticas, el Ministerio de Salud de Chile elaboró un marco de orientación para desarrollar los recursos humanos, con énfasis en la transformación de la cultura organizacional de los servicios. En el caso del personal, la reforma se propone desarrollar y fortalecer el capital humano a través de la redefinición de las profesiones médicas, la formación y actualización continuas, la acreditación periódica y el estudio de mecanismos e incentivos para la carrera funcionaria.

La reforma no aborda la introducción de nuevas formas de gestión para los directivos de acuerdo al nuevo escenario, ni una planificación del desarrollo profesional en consenso con los actores gremiales y políticos del sector.

La casi imperceptible presencia del recurso humano en las políticas públicas de Salud en favor de temas de financiamiento y cambios estructurales, se podría traducir en la oposición a las nuevas ideas de la reforma por parte de grupos de profesionales, la ausencia de nuevas capacidades administrativas y de gestión, y la reticencia general de los trabajadores de la Salud a los cambios.<sup>1</sup>

Según Ortun Rubio, ningún sistema sanitario es mejor en todo, unas cuantas décadas de investigación en servicios sanitarios le permiten afirmar: que no existen “modelos” sino ejemplos, que podemos optar por casi cualquier posición relativa en el ordenamiento por calidad de los sistemas sanitarios en función del indicador que escojamos, que la calidad puede reducir costos o puede no reducirlos, ya que lo importante es que los beneficios de las intervenciones sanitarias superen los costos sociales de las mismas. Por lo que le parece lógico afirmar que la finalidad de las actividades profesionales en sanidad y medicina pasa por reducir la brecha entre lo que se está consiguiendo con unos recursos y tecnologías dados y lo que podría conseguirse con esos mismos recursos y tecnologías.

Los sistemas sanitarios ofrecen calidad cuando los profesionales sanitarios que asignan los recursos disponen de la información y los incentivos convenientes para tomar decisiones costo-efectivas. Aquello por lo que se paga tiene bastante influencia en lo que se consigue.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Méndez Claudio A. “Los Recursos Humanos de Salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma”. Rev Panam Salud Pública 2009; 26(3): 276–80.

<sup>2</sup> Ortun Rubio V. “Los incentivos para la mejora de la calidad en los Servicios de Salud”. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(1): 1-6.

Estamos viviendo la transición del pagar por “ser” (grado de especialización, dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, etc.) hacia el pagar por “hacer” (consultas ambulatorias, intervenciones, internaciones, etc.) pero nos dirigimos hacia el pagar por “resultado” en coexistencia tanto con el pago por “ser” como con el pago por “hacer”.

Ortún Rubio también reconoce tres tipos de motivación: extrínseca, en función de las consecuencias externas que esperan conseguirse (por ejemplo: salario), intrínseca, que atiende a las consecuencias de las acciones en el propio individuo (satisfacción con un buen trabajo por ejemplo), y trascendente, preocupada por las consecuencias en otros (por ejemplo, ayudar a un colega).

Los incentivos se presentan a tres niveles: *a)* Las “reglas sociales del juego” - Incentivos Institucionales: atañe a las restricciones, formales (leyes, por ejemplo) e informales (costumbre, por ejemplo), creadas por el hombre que estructuran sus interacciones económicas, sociales y políticas, así como sus mecanismos de salvaguarda; tienen gran inercia pero son mutables y de diferente calidad entre países, entendiéndose por calidad de una “regla de juego” la capacidad de hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente ; *b)* Las formas organizativas y el grado de competencia entre ellas – Incentivos Organizativos: Tanto el tipo de organización en que se trabaja (pública o privada, por cuenta propia o por cuenta ajena) como el grado de competencia entre las organizaciones sanitarias determinan la fuerza y adecuación de los incentivos *c)* Incentivos Individuales: pretende estimular un cambio positivo en el comportamiento. Engloba muchos más aspectos que el de la retribución: la promoción, el prestigio, la estabilidad, la satisfacción, el dinero, etc. en cada individuo.

Se reconoce una potencia excesiva de los incentivos financieros. El salario, pago por acto y capitación son las 3 peores formas de compensación conocidas, de ahí que se haya evolucionado hacia sistemas mixtos, especialmente en el ejercicio por cuenta propia en sistemas nacionales de salud (Dinamarca, Noruega, Reino Unido, etc.).

Socialmente no importan tanto los sueldos como la repercusión de los sueldos en costos. Sueldos bajos con poca dedicación y peor organización supondrán costos elevados; Sueldos altos con dedicación y buena organización implican costos bajos por proceso.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ortun Rubio V. “Los incentivos para la mejora de la calidad en los Servicios de Salud”. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(1): 1-6.

La relación de trabajo es una relación social, hay que tener particular cuidado con prácticas gestoras, excesivamente incentivadoras, que puedan destruir realidades fructíferas como la presencia de reciprocidad como fuente de cooperación voluntaria, la relevancia de la aprobación social o el gusto por el trabajo interesante.

Un futuro razonable en incentivos para la calidad en la atención pasaría por evolucionar hacia medidas indicativas de resultados finales, hay que continuar estimulando el “producto intermedio” la actividad, ajustando por variables que el evaluado no controla.<sup>1</sup>

Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, alto nivel de información, elevado nivel intelectual, la relevancia social de su desempeño es enorme, y, sin embargo, son uno de los colectivos profesionales con mayores índices de burn out. Ello debe hacer pensar en el rediseño de los sistemas actuales de incentivos: invertir en capital motivacional, retribución adecuada, capacidad de discriminar el desempeño, reconocimiento, tiempo para la formación e investigación, una mayor participación en las decisiones, desarrollo de la carrera profesional basada en elementos de mérito y desempeño profesional claros y explícitos. A cambio de ello, también debe ser exigible la aplicación de los mismos criterios generales propuestos: transparencia y rendición de cuentas en el desempeño.

Así mismo, la solvencia del sistema sanitario no será viable sin la corresponsabilidad de los ciudadanos con el Sistema Sanitario y con su Salud. Ciudadanos bien informados, competentes y comprometidos en la promoción y cuidado de su propia Salud y bien formados en la utilización de los servicios sanitarios.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Ortun Rubio V. “Los incentivos para la mejora de la calidad en los Servicios de Salud”. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(1): 1-6.

<sup>2</sup> Oliva Juan y col. “Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada” En Portada. Publicación AES 2012

### **3-4 SISTEMA DE SALUD ARGENTINO - HOSPITAL PÚBLICO**

Dentro del Sistema de atención de la Salud se distinguen tres subsectores con funciones diferenciadas y múltiples interrelaciones: el sector estatal, las obras sociales y el sector privado. El sector público se subdivide según jurisdicciones: nacional, provincial y municipal; niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sector de la Seguridad Social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan y modalidad de operación. El sector privado se compone de organizaciones y servicios de características muy diversas, por un lado se encuentran las diferentes modalidades de prepagos y seguros de Salud, y por otro lado hay en Argentina un significativo mercado de prestadores de servicios de Salud.

En el sector público, la nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios, a su vez brindan servicios directos de asistencia a la Población. El Ministerio de Salud es la máxima autoridad en Salud, tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

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

En el subsector de la Seguridad Social, la mayor parte de la población se encuentra concentrada en 319 obras sociales, entre obras sociales nacionales (290), INSSJPyP (PAMI) y obras sociales provinciales (23). Unas veinte obras sociales concentran dos tercios de los beneficiarios, el otro tercio se distribuye entre las 270 obras sociales restantes. Las obras sociales son entidades de derecho público no estatal, sin fines de lucro, sujetas a la regulación estatal. Su diferencia básica con los seguros privados reside en el carácter compulsivo de la afiliación y en la base solidaria de su financiación.

---

<sup>1</sup> González García Ginés y Tobar Federico. "Salud para los argentinos". Economía, Política y Reforma del Sistema de Salud en Argentina. 1<sup>a</sup> ed.-Buenos Aires: ISALUD, 2004.

El subsector privado se caracteriza por su financiación a partir del aporte voluntario de los usuarios. Las modalidades de financiación han ido desarrollándose desde el pago directo discrecional de los honorarios médicos por cada prestación, hasta la incorporación de modernos sistemas de aseguramiento desarrollados por empresas con carácter lucrativo. Los contratos de aseguramiento definen los alcances de la cobertura de riesgo a asegurar, el monto del aporte, y condiciones exigidas para la vigencia del contrato. Entre estas últimas, se encuentra los “periodos de carencia” (tiempo variable en el cual el usuario contribuye sin recibir determinados beneficios); y la restricción de cobertura sobre las patologías preexistentes en el momento del contrato.<sup>1</sup>

Los Hospitales modernos son organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquier otra. Desde un punto de vista sanitario se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de Salud de la Población. Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde un punto de vista organizativo son plantas multiproducto, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Puede entenderse a un hospital como el conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: uno político, al que llamamos modelo de gestión, uno económico, al que llamamos modelo de financiación, y uno técnico, al que llamamos modelo de atención o asistencial. En muchos países se ha innovado en las formas de asignación de recursos a los hospitales buscando mayor flexibilidad, así como incentivar la productividad y la eficiencia. Con frecuencia se ha tendido a buscar modelos en los cuales “el dinero siga al paciente”. Se trata de pagar por lo que la Institución hace, por los servicios que presta. En lugar de financiar al Hospital para estar disponible para atender. En los Hospitales Públicos se manifiesta como más probable la extensión del uso de compromisos o contratos de gestión, una modalidad más flexible que, en rigor no implica financiar la demanda sino modificar el financiamiento de la oferta vinculando la asignación de recursos al cumplimiento de metas asistenciales y de gestión. La búsqueda de mecanismos que permitan un mayor y un mejor control del presupuesto asignado a los servicios de Salud, está asociada a presiones para mejorar la eficiencia del gasto y legitimar las acciones del Estado.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> González García Ginés y Tobar Federico. “Salud para los argentinos”. Economía, Política y Reforma del Sistema de Salud en Argentina. 1ª ed.-Buenos Aires: ISALUD, 2004.

<sup>2</sup> Tobar Federico. “¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales”. [www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia\\_donde\\_va\\_el\\_hospital.pdf](http://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia_donde_va_el_hospital.pdf)

La mayoría de los Sistemas de Salud se financia con una combinación de recursos, haciendo compleja la aplicación de las herramientas económicas ya que no sólo se deberán optimizar los resultados de un sector, sino que será necesario considerar los efectos económicos del funcionamiento de los demás sectores del Sistema. Este es el caso del Sistema de Salud Argentino en el cual conviven individuos con y sin cobertura de Salud, donde además quienes tienen cobertura utilizan tanto seguros obligatorios vinculados al empleo como seguros voluntarios privados.

Si el Sistema de Salud Argentino se propone garantizar la equidad en el acceso a los bienes y servicios que se consideran prioritarios para la atención de la salud será necesario controlar: i) que los seguros (públicos y privados) efectivamente provean a la población beneficiaria al menos el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, y ii) que se destinen los recursos públicos necesarios para la satisfacción de similares necesidades médico – sanitarias en los estratos de población de menores ingresos, sin cobertura. Se garantizará el principio de equidad horizontal si ante situaciones similares de enfermedad, asegurados y no asegurados, reciben el mismo tratamiento con una asignación de recursos equivalente.

Sin embargo, se observan ciertas ineficiencias en el mecanismo de financiamiento del Sistema de Salud Argentino que ponen en duda el cumplimiento del objetivo mencionado, entre ellas, las vinculadas con los mecanismos de pago.

En Argentina, se implementa el sistema de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), a través del Decreto N° 578/93, con el objetivo de mejorar la gestión hospitalaria a través del cobro de las prestaciones demandadas por beneficiarios con Obra Social. Bajo esta modalidad se aseguró el pago de estas prestaciones, mejorando la eficiencia en la recaudación de ingresos que en muchos casos, ocasionaban un subsidio cruzado, financiando con recursos públicos la atención de pacientes pertenecientes al sector de la Seguridad Social.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Clark Marcela, Moscoso Nebel, Andreocci Marcelo. Inefficient Mechanisms of Payment: Cross subsidies between public and social security in Argentina. XLV Reunión Anual. Asociación Argentina de Economía Política. Noviembre 2010

Entre los puntos del Decreto 578, se resalta: -La obligación de pago por parte de los Agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud en el caso de que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos, -la creación del Registro Nacional de HPA, -la descentralización hospitalaria con capacidad para realizar convenios, complementar servicios, cobrar servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, integrar redes de servicios de salud, -la extensión de cobertura de la atención médica, brindar el mejor nivel de calidad, contar con un proceso técnico administrativo de gestión, generar acciones de promoción, protección de la salud y de prevención de la enfermedad, implementar el Programa Médico Asistencial en base a estrategias de Atención Primaria de la Salud, promover y desarrollar la capacitación de personal, -la disposición por parte del hospital sobre la ejecución del presupuesto y los recursos generados, -brindar atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población carente de recursos de forma gratuita en todos sus servicios, y -la administración directa por parte del hospital de los ingresos que reciba por el cobro de prestaciones, sin dejar de percibir los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para su funcionamiento.<sup>1</sup>

En el 2000, el Decreto N° 939/00 reemplaza al Decreto N° 578/93, cambiando la figura legal del Registro de HPA por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), cuya modalidad se rige con los siguiente lineamientos: -promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas, -fomentar una gestión eficiente y racional de salud, -mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura, -promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia, -mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas, y -fomentar la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada. Además, contempla en sus Arts. 15, 16, 17 y 18, el Sistema de Débito Automático, mediante el cual la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) debita de las Obras Sociales Nacionales para pagar a los efectores públicos por las prestaciones brindadas a los beneficiarios de las mismas.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Crojethovic María, Ariovich Ana. La Autogestión Hospitalaria: Descentralización en el contexto de los '90. El caso del Hospital Nacional Profesor Doctor Alejandro Posadas.

<sup>2</sup> Decreto 939/2000. Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, Buenos Aires, Publicación en Boletín Oficial, octubre del 2000.

En la Provincia de Misiones, la Ley XVII – N° 19 (antes Ley 3094) con su Decreto Reglamentario 2349/94, enmarca a los Hospitales Provinciales como HPA especificando sus funciones y competencias, constituyéndolos en entes Públicos Descentralizados y autárquicos.

Además, el Decreto 488/00, implementó el Sistema Solidario de Salud, autorizando a los establecimientos asistenciales a recuperar los costos hospitalarios a las Obras Sociales, entidades de medicina prepaga, compañías de seguros, empleadores en general, extranjeros sin residencia legal en el país y terceros obligados. Establece también, las pautas de: exenciones de pago, firmas de convenios, confección de facturas y recibos, contrataciones, gestión de cobro, cuenta corriente bancaria, rendiciones.<sup>1</sup>

El mencionado Decreto en su Art. N° 12 se refiere a la distribución al recurso humano de los montos percibidos por el Sistema Solidario de Salud, que fuera modificado en el Decreto 1026/02 en su Art. N° 2, quedando expresado de la siguiente manera:

1. Cuando los convenios fijen aranceles bajo la forma de Módulos, Capitados o Globalizados, se distribuirá de la siguiente manera:

- a) Para el establecimiento: 55%
- b) Fondo estímulo para los profesionales que realizan las prestaciones asistenciales: 25%
- c) Fondo estímulo para Becas de Profesionales Residentes: 5%
- d) Para no Profesionales: 12,5%
- e) Fondo estímulo para la Dirección del Establecimiento: 2,5%

Los montos destinados a los sectores indicados en b), c) y d) serán distribuidos de acuerdo a pautas de productividad, eficiencia, eficacia y mejoramiento de los servicios, fijados en el Acta acuerdo entre el Director Ejecutivo y cada uno de los sectores mencionados y aprobados por el Ministerio de Salud Pública.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> DECRETO 488, Gobernación de la Provincia de Misiones. Posadas, 19 de Abril de 2000.

<sup>2</sup> DECRETO 1026, Gobernación de la Provincia de Misiones. Posadas, 02 de Septiembre de 2002.

2. Cuando los convenios fijen pagos bajo la forma de pago por prestación, la distribución será de la siguiente manera:

a) Fondo estímulo para los profesionales que realicen las prestaciones: 80% de los honorarios percibidos.

b) Fondo estímulo para Becas de Profesionales Residentes: 5% sobre lo percibido, excepto Honorarios.

c) Fondo estímulo para los no Profesionales: el 15% sobre lo percibido, excepto Honorarios.

d) Para el Establecimiento: 77,5% del monto percibido y el 20% del total de los Honorarios percibidos.

e) Para la Dirección del Establecimiento conformada por la Dirección Ejecutiva, y las Gerencias: Asistencial, Contable y de Mantenimiento: 2,5% sobre lo percibido, excepto Honorarios.

Estos montos serán distribuidos en base a las pautas mencionadas en el punto 1.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> DECRETO 1026, Gobernación de la Provincia de Misiones. Posadas, 02 de Septiembre de 2002.

## **CAPITULO 4**

### **METODOLOGÍA**

## **4.1 DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El presente trabajo es un estudio estadístico descriptivo, con recopilación, análisis e interpretación de datos. El mismo comprende una encuesta semiestructurada a 117 personas que trabajan en el Hospital de Oberá, con datos de corte transversal (en un periodo dado de tiempo), y una entrevista de tipo abierta realizada a la Gerente Administrativa del Hospital.

### **4.1.1 DISEÑO DE LA ENCUESTA**

#### **ENCUESTA PILOTO.**

Se ha diseñado una encuesta en formato Word impresa, orientada al personal que trabaja en Salud, con dieciocho preguntas, de las cuales: una es abierta, tres tienen múltiples opciones (variables cualitativas), y las restantes son dicotómicas (variables Dummies). Los temas investigados fueron básicamente: información del personal sobre financiamiento hospitalario, recupero de costos, responsabilidad y capacitación en el mencionado proceso, como así también, motivación del recurso humano que trabaja en Salud. En agosto de 2012 diez personas completaron estas encuestas voluntariamente, entre ellos había profesionales (médicos y no médicos) y no profesionales del Hospital Nivel III de Oberá.

#### **ENCUESTA DEFINITIVA (CORREGIDA).**

Luego de implementarse las diez encuestas piloto, se hicieron correcciones en base a lo observado, se agregaron nuevas opciones de respuestas y se reemplazaron algunas preguntas dirigidas por otras abiertas, procurando mayor libertad del encuestado en el aporte de ideas. Además, se acentuó la investigación en la motivación del recurso humano que trabaja en Salud y su relación con el proceso de recupero de costos.

La encuesta quedó constituida por diecinueve preguntas: tres abiertas, cinco con múltiples opciones (variables cualitativas), y las once restantes con preguntas dicotómicas (variables Dummies).

---

La autora de este trabajo de investigación, en el momento de la encuesta tenía el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital.

Siguiendo la metodología, entre septiembre y noviembre de 2012, completaron voluntariamente la encuesta 107 personas que trabajan en el Hospital de Oberá (profesionales y no profesionales), que sumado a los 10 primeros de la encuesta piloto, resulta un total de 117 agentes encuestados en este trabajo de investigación.

#### 4.1.2 MUESTRA

La muestra comprende 117 personas que trabajan en el Hospital Nivel III de Oberá, que completaron la encuesta de manera voluntaria y aleatoria (todos tuvieron la misma posibilidad de hacerla). En la misma se investigó el nivel de información y la perspectiva del recurso humano del Hospital acerca del proceso de recupero de costos y el sistema de incentivos, con la idea de conocer y afianzar lineamientos que permitan la optimización de estos recursos. Para aprovechar la mayor cantidad de opiniones de encuestados, algunos temas se investigaron en un total de 117 encuestas y otros solamente en 107.

A continuación se expone la distribución por funciones, de las 117 personas que completaron la encuesta:

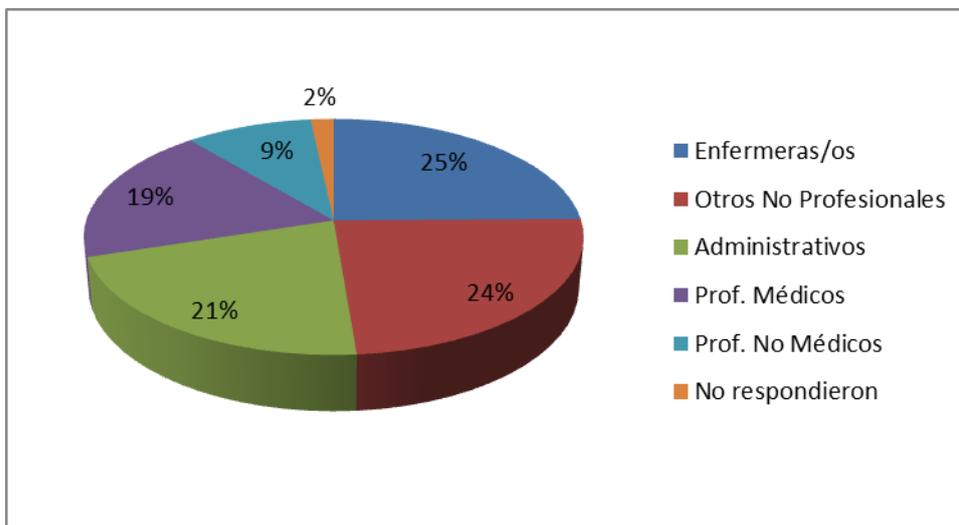
**TABLA 4.1.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS 117 ENCUESTADOS**

<b>FUNCIONES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
Enfermeras/os	29	25%
Otros No Profesionales	28	24%
Administrativos	25	21%
Prof. Médicos	22	19%
Prof. No Médicos	11	9%
No especificaron Función	2	2%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 4.1.1**

**RELACIÓN PORCENTUAL DEL RRHH QUE COMPLETÓ LA ENCUESTA**



Fuente: Elaboración propia.

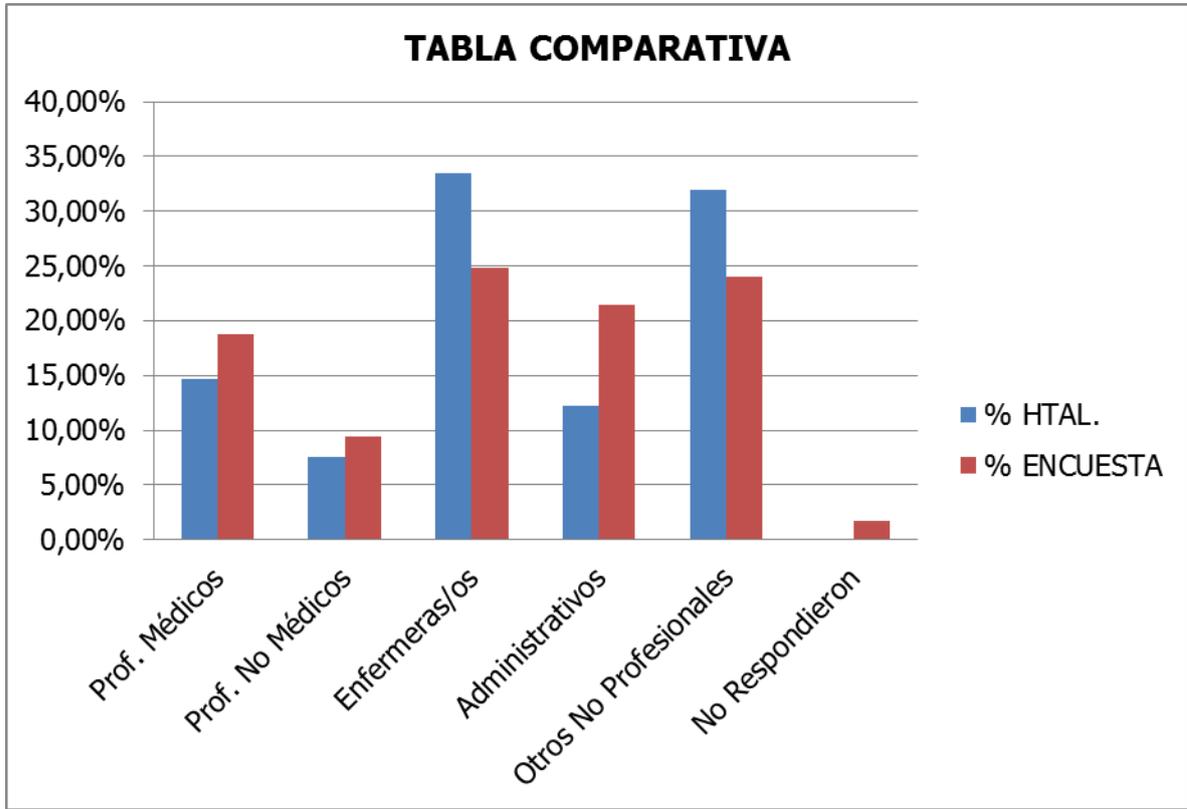
En la Tabla 4.1.2 puede observarse la relación en porcentajes, entre la distribución del recurso humano que trabaja en el Hospital de Oberá y la distribución del recurso humano que completó la encuesta. Es decir, a modo de ejemplo, hay un 15% de profesionales médicos en el Hospital de Oberá, y de los que completaron la encuesta, el 19% son médicos. Esta relación difiere naturalmente por el carácter voluntario de la misma.

**TABLA 4.1.2**

TABLA COMPARATIVA		
FUNCIONES	% HTAL.	% ENCUESTA
Prof. Médicos	15%	19%
Prof. No Médicos	8%	9%
Enfermeras/os	33%	25%
Administrativos	12%	21%
Otros No Profesionales	32%	24%
No Respondieron función		2%

Fuente: Elaboración propia.

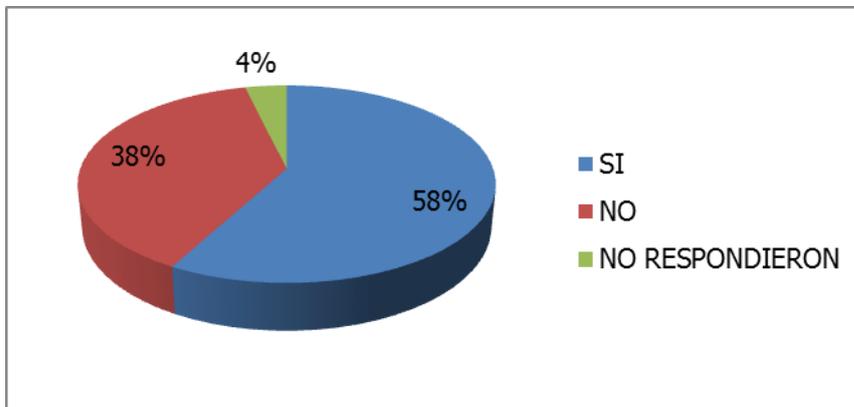
**GRÁFICO 4.1.2**



Fuente: Elaboración propia.

La relación laboral exclusiva con el Hospital fue investigada en la encuesta definitiva. Como se observa en el Gráfico 4.1.3 el 58% refirió trabajar sólo en el Hospital, el 38% tienen otro trabajo, y el 4% no respondió.

**GRÁFICO 4.1.3 RELACIÓN LABORAL EXCLUSIVA CON EL HTAL.**



Fuente: Elaboración propia.

#### **4.1.3 IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA**

Como se mencionó, la encuesta piloto se llevó a cabo en agosto de 2012 a diez trabajadores de la Salud del Hospital de Oberá, entre ellos había profesionales (médicos y no médicos) y no profesionales. Luego de las correcciones correspondientes se lleva adelante la encuesta a otras 107 personas; por lo que algunas preguntas son comunes a las 117 encuestas y otras difieren por las modificaciones realizadas.

Cabe mencionar como dificultad operativa en la implementación de la encuesta, la reticencia de varios Agentes a completarla. Si bien era anónima, pareciera que había desconfianza o por la falta de hábito de completar encuestas orientadas al personal de salud de esta Institución. Como consecuencia, sólo 117 Agentes completaron la encuesta de los casi 500 que tiene el Hospital de Oberá.

#### **4.1.4 DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE DATOS DE LA ENCUESTA**

La encuesta se hizo en formato Word impresa, los datos obtenidos y registrados allí, se volcaron en una base de Excel para ser analizados posteriormente. Para las cinco preguntas con múltiples opciones, se las ha registrado y analizado individualmente en la base de Excel, respetando al máximo las asociaciones hechas por los encuestados.

En el caso de las preguntas abiertas, se sintetizó en rubros afines de respuestas, para su correspondiente análisis.

#### **4.1.5 ENTREVISTA A LA GERENCIA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL**

Se realizó una entrevista de tipo abierta a la Gerente Administrativa del Hospital, Lic. Cintya Pona, y estuvo orientada básicamente al Proceso de Recupero de Costos del Hospital, haciendo énfasis en los inconvenientes que tiene este proceso.

## **CAPITULO 5**

### **DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

## **5.1 PROCESO DE RECUPERO DE COSTOS VIGENTE EN EL HOSPITAL. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES.**

Si bien el Estado provincial es el responsable de la mayor parte del financiamiento del Hospital de Oberá (recursos humanos, los insumos, equipamientos hospitalarios y fondos que se reponen según rendición); el Recupero de Costos es un componente importante dentro de este financiamiento.

Si se analiza el Recupero de Costos del Hospital de Oberá (Tabla 5.1.1) durante el período de un año (julio de 2011 a junio de 2012), se observa un total facturado de \$3.716.072,54 (en promedio \$309.672,7 por mes), sin embargo en el mismo período se ha cobrado \$2.228.758,56 (un promedio mensual de \$185.729,88); es decir, un recupero del 60 % de lo facturado en un período dado. El monto ingresado en un mes determinado, corresponde a lo facturado en meses anteriores, inclusive en años anteriores. Además, carece de regularidad la frecuencia del ingreso mensual, ya sea por la variabilidad de las prestaciones o por irregularidad en el pago de las distintas Obras Sociales.

Se puede concluir que en el Hospital de Oberá ingresa el 60% de lo que se factura, pero se desconoce en qué medida lo facturado se corresponde al potencial recuperable en esta Institución.

Y si de lo ingresado en un año, se analiza lo distribuido en incentivos al recurso humano, según el Decreto N° 488/00, se puede apreciar que en el mismo período (julio/11 a junio/12), se distribuyó \$882.208,30 (promedio de \$73.517,35 por mes), es decir el 40% de lo ingresado.

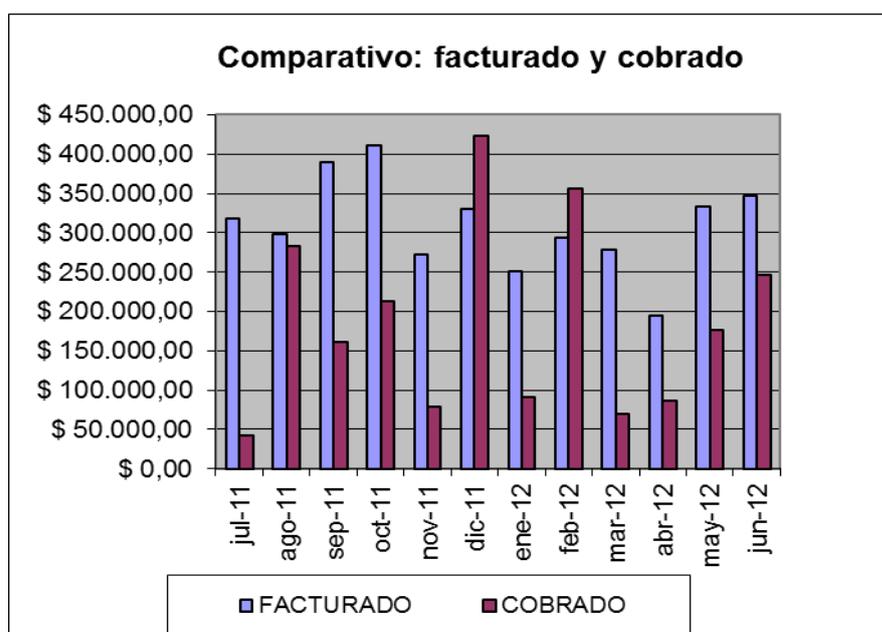
En la Tabla 5.1.2 se observa las Obras Sociales más frecuentes para las que realiza prestaciones el Hospital de Oberá, siendo PAMI, OSPRERA y la Obra Social Provincial (IPS) con su Seguro, las más significativas en términos de facturación.

**TABLA 5.1.1 RECUPERO DE COSTOS - HTAL. DE OBERÁ (Julio/11 - Junio/12)**

MES	FACTURADO	COBRADO	ESTIMULO	% ESTIMULO
jul-11	\$318.592,77	\$ 41.980,90	\$ 21.971,04	52,34%
ago-11	\$297.948,24	\$ 283.442,65	\$ 107.513,94	37,93%
sep-11	\$390.100,74	\$ 161.651,30	\$ 73.660,67	45,57%
oct-11	\$410.306,1	\$ 212.123,68	\$ 99.179,86	46,76%
nov-11	\$271.642,29	\$ 78.201,24	\$ 35.943,29	45,96%
dic-11	\$330.088,54	\$ 423.046,36	\$ 173.214,50	40,94%
ene-12	\$250.246,35	\$ 91.564,94	\$ 42.849,65	46,80%
feb-12	\$294.129,15	\$ 356.149,52	\$ 124.659,94	35,00%
mar-12	\$278.372,39	\$ 70.027,17	\$ 34.670,43	49,51%
abr-12	\$194.768,96	\$ 86.910,96	\$ 37.501,42	43,15%
may-12	\$332.588,94	\$ 176.550,74	\$ 58.137,91	32,93%
jun-12	\$347.288,07	\$ 247.109,10	\$ 72.905,65	29,50%

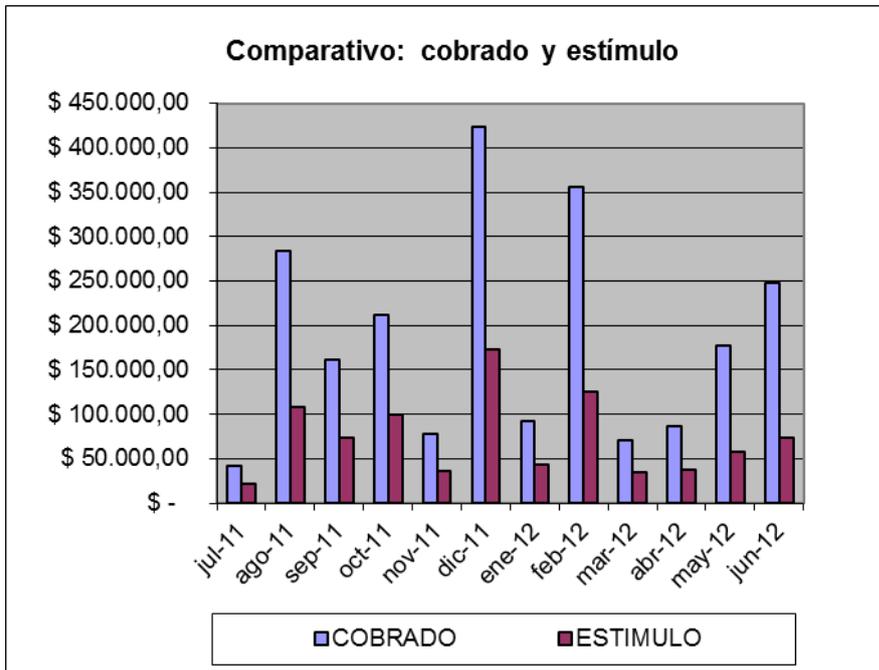
Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.1.1**



Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.1.2**



Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 5.1.2 O. S. QUE FACTURA EL HOSPITAL DE OBERA**

OBRAS SOCIALES Y SEGUROS	%
PAMI	42%
IPS	15%
SEGURO PROVINCIAL DE SALUD	9%
OSPRERA	8%
EURO SALUD (MOSAISTAS, CERAMISTAS, ETC.)	6%
VARIAS (OSECAC, APTM, OSPAT, CAMIONEROS, ART, SEGUROS, ETC.)	20%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.1.3**



Fuente: Elaboración propia.

En la encuesta, se investigó si el personal que trabaja en el Hospital conoce y acompaña el proceso de recupero de costos (Arancelamiento Hospitalario). En esta pregunta las opciones de respuestas fueron: "Todos", "La mayoría" y "Pocos", pero el análisis se hizo respetando las respuestas de los encuestados como se expone en la Tabla 5.1.3, donde la mayoría (72%) piensa que pocos conocen y acompañan este proceso.

**TABLA 5.1.3 EL RRHH CONOCE Y ACOMPAÑA EL RECUPERO DE COSTOS?**

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
POCOS	84	72%
LA MAYORIA	13	11%
NO RESPONDIERON	7	6%
NO SABEN	7	6%
TODOS	4	3%
NO	2	2%

Fuente: Elaboración propia.

Al investigar acerca de la transparencia de la administración económica – financiera del Hospital, se observa que la mayoría no especifica su respuesta, el 24% piensa que no hay transparencia y sólo el 18% percibe una gestión transparente, como queda representado en la Tabla 5.1.4.

**TABLA 5.1.4 TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN ECON. – FINANCIERA.**

<b>RESPUESTAS</b>	<b>ENCUESTADOS</b>	<b>%</b>
NO SABE	51	44%
NO	28	24%
SI	21	18%
REGULAR	12	10%
NO RESPONDIERON	5	4%

Fuente: Elaboración propia.

Con intención de profundizar el estudio sobre las características principales del proceso de Recupero de Costos en el Hospital de Oberá, se realizó una entrevista a la Gerencia Administrativa, donde pudo obtenerse mayor información acerca de inconvenientes u obstáculos en este proceso.

A continuación se destacan los factores que intervienen como obstáculos para la optimización del recupero:

- Falta de capacitación del recurso humano del sector de administración, con personal de más de 20 años de servicio, con prácticas naturalizadas.
- Falta de motivación del recurso humano que trabaja en Salud en general y del sector administrativo-contable en particular.
- Déficit en los registros de los servicios prestados, principalmente en el sector asistencial.
- Escasa y/o mala comunicación del Sistema Sanitario, especialmente dentro de la Institución, relacionado a lo coyuntural, los grupos gremiales, los desánimos de algunos sectores, entre otros.
- Falta de conocimiento de la responsabilidad que tiene cada uno dentro del proceso de Recupero de Costos.
- Barreras de Accesibilidad al Hospital (geográficas, económicas, sociales, culturales, del Efecto de Salud, etc.)

- Factores Culturales: el paciente con Obra Social prefiere atenderse en el Sistema Privado (“el Hospital es para pobres”), sin embargo son los mismos profesionales e inclusive el equipamiento en el Hospital es superior en tecnología. Denuncias perjudiciales para la Institución en medios radiales por mala interpretación del recupero de las Obras Sociales.
- Escasos conocimientos y capacitación de todo el equipo directivo del Hospital, sobre economía de la Salud y especialmente sobre Recupero de Costos.
- Falta de recursos (profesionales especialistas, equipamientos de complejidad, etc.) para brindar servicios que faciliten un potencial Recupero de Costos.
- Poca colaboración de los profesionales del sector asistencial en el proceso de Recupero de Costos (falta de incentivo o desinterés, ignorancia, desidia, acostumbramiento).
- Falta mejorar la gestión de cobro.
- Débitos y demoras de pagos por parte de las Obras Sociales.
- Si bien existe una Dirección de Arancelamiento Hospitalario en el M.S.P., falta reforzar el rol de capacitación, articulación y control, para que el proceso de Recupero de Costos se lleve a cabo en los Hospitales con la fuerza de política ministerial y hospitalaria que necesita. En este sentido falta articulación para el trabajo en red con el M. S. P., las Obras Sociales, Seguros, Prepagas, Hospitales de alta complejidad y los Efectores del 1° nivel de atención. Como así también es necesario mayor intervención de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio para asesorar en la gestión de cobro a las ART, y actuar de ser necesario.

En la encuesta al personal de salud, resultó interesante analizar la opinión sobre cómo se podría mejorar el proceso de Recupero de Costos. En este caso podían marcar más de una opción, y como se observa en la Tabla 5.1.5, 84 personas (72%) coincidieron que la capacitación del personal mejoraría el proceso de Recupero de Costos en el Hospital de Oberá; 67 (57%) mencionaron al incentivo económico como factor de mejora del proceso; 62 (53%) señalaron la información a la Población; y 52 (44%) refirieron que la información al personal del Hospital contribuiría a mejorar el proceso. Entre las seis personas que aportaron otras opciones para mejorar este proceso, puede mencionarse: “Creación de un sistema y equipo capacitado con funciones asignadas y evaluadas”; “Privatización (tercerización a empresas competentes)”; “Leyes

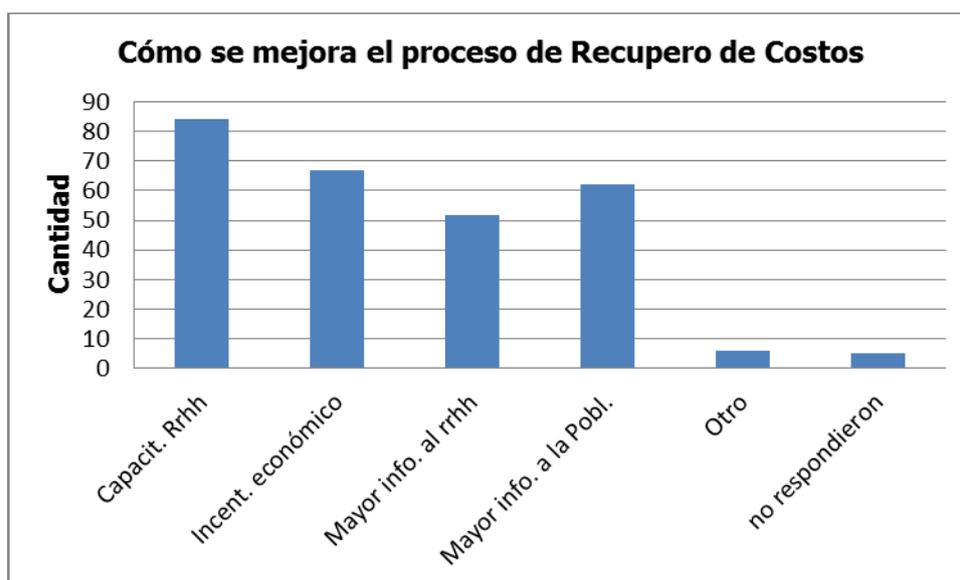
adecuadas”; “Atención rápida, eficaz y de calidad”; “No comercializar. El paciente no es un producto”; “Es importante la comunicación escrita, radial y televisiva”.

**TABLA 5.1.5 CÓMO MEJORARÍA EL PROCESO DE RECUPERO DE COSTOS**

OPCIONES DE RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
Capacitación del RRHH	84	72%
Incentivo económico	67	57%
Mayor información al RRHH	52	44%
Mayor información a la Población	62	53%
Otro	6	5%
no respondieron	5	4%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.1.4**



Fuente: Elaboración propia.

Acerca del acceso a información en el Hospital sobre temas económicos, en la Tabla 5.1.6 puede observarse que el 45% de los encuestados respondió que no hay acceso a información, el 32% refirió que hay poco acceso, y sólo el 19% considera que puede informarse, si lo desea, sobre estos temas.

**TABLA 5.1.6 ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE TEMAS ECONÓMICOS**

<b>RESPUESTAS</b>	<b>ENCUESTADOS</b>	<b>%</b>
SI	22	19%
POCO	37	32%
NO	53	45%
NO SABE	3	2%
NO RESPONDIERON	2	2%

Fuente: Elaboración propia.

## **5.2 NIVEL DE INFORMACIÓN DEL RRHH SOBRE EL PROCESO DE RECUPERO DE COSTOS.**

En la investigación acerca del nivel de información del recurso humano de la salud sobre temas económico – financieros de la gestión hospitalaria, pueden destacarse los siguientes resultados:

- ❖ Respecto al financiamiento del Hospital Público, la pregunta fue abierta y como se observa en la Tabla 5.2.1, existen asociaciones de respuestas, que se ha intentado ordenar en grupos afines, de la siguiente manera:
  - Estado: se incluyó las siguientes respuestas de los encuestados: Estado, Estado Nacional, Estado Provincial, Gobierno, Ministerio, Municipio, etc.
  - Recupero de Costos: las respuestas contenidas en esta expresión son: Arancelamiento, facturar a las Obras Sociales, recupero de las Obras Sociales, etc.
  - Comunidad: se incluyó las siguientes expresiones: Comunidad, Aportes de la Comunidad, Donaciones.
  - Cooperadora: ídem.

Según este análisis, el 77% refirió que el Estado en alguna de sus formas (Nacional, Provincial, Municipal) debe ser parte del financiamiento; y el 32% de los encuestados manifestó que solamente el Estado es el responsable de financiar el Hospital Público.

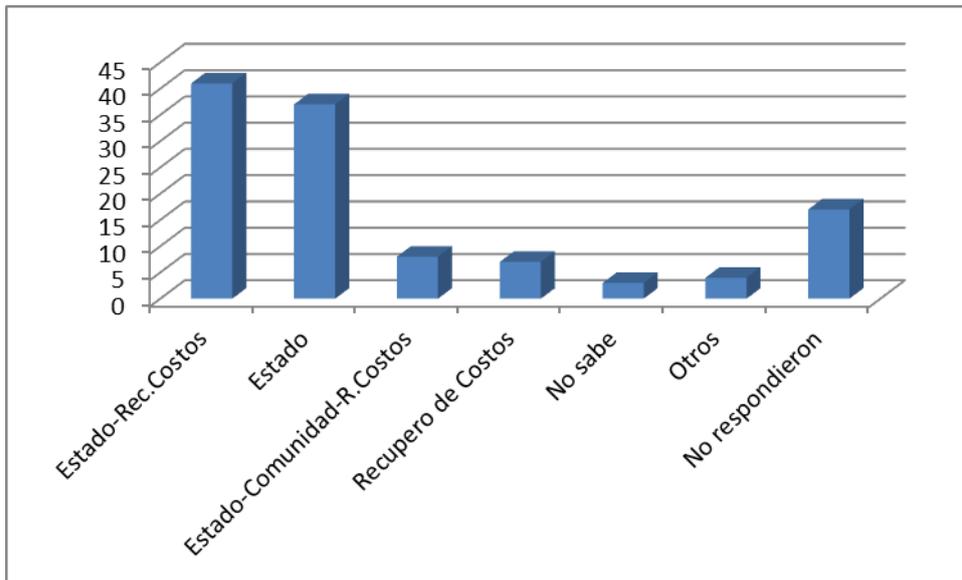
El 51% de los que respondieron opina que el recupero de Costos Hospitalario debe ser parte del financiamiento del Hospital.

**TABLA 5.2.1**

<b>FINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL PÚBLICO</b>		
<b>RESPUESTA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
Estado-Recupero de costos	41	35%
Estado	37	32%
Estado-Comunidad-Recupero de costos	8	7%
Recupero de costos	7	6%
No sabe	3	3%
Estado-Comunidad-Recupero-Donaciones	2	2%
Estado-Comunidad-Recupero-Cooperadora	1	1%
Aporte de la Comunidad	1	1%
No respondieron	17	14%

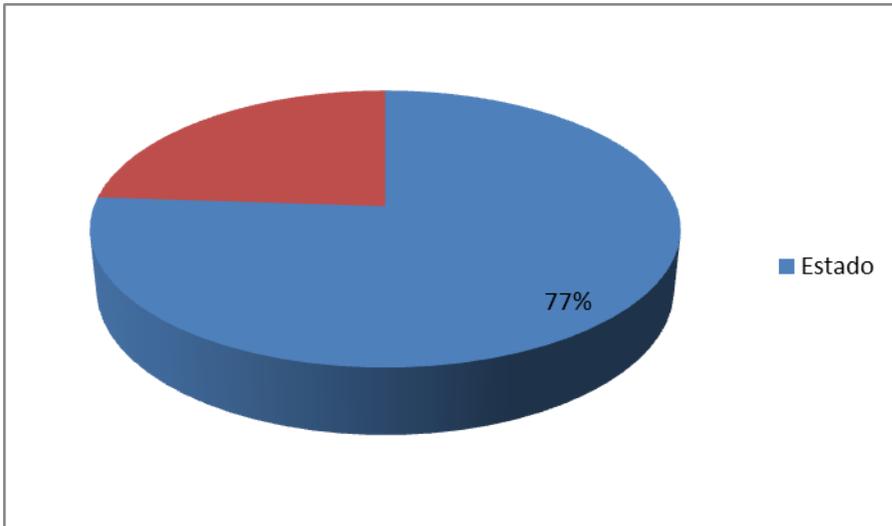
Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.2.1 FINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL PÚBLICO**



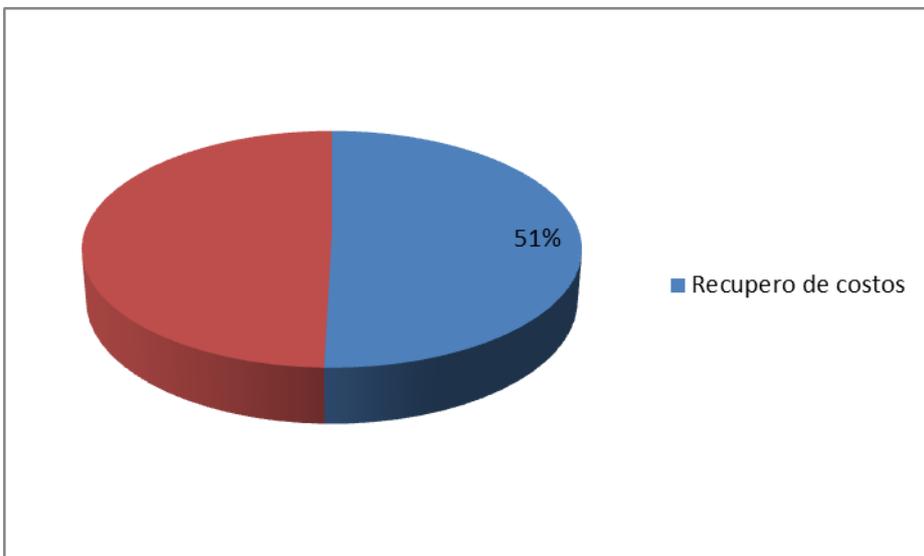
Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.2.2 EL ESTADO EN EL FINANCIAMIENTO DEL HTAL. PÚBLICO**



Fuente: Elaboración propia.

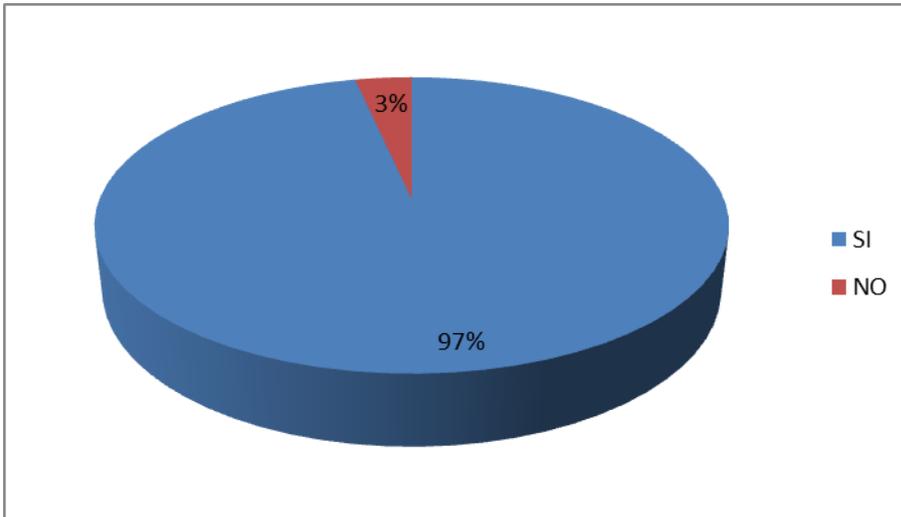
**GRÁFICO 5.2.3 RECUPERO DE COSTOS EN EL FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO**



Fuente: Elaboración propia.

- ❖ La gran mayoría de los encuestados (97%) cree que el Hospital Público debe atender pacientes con Obra Social, como se observa en el Gráfico 5.2.4.

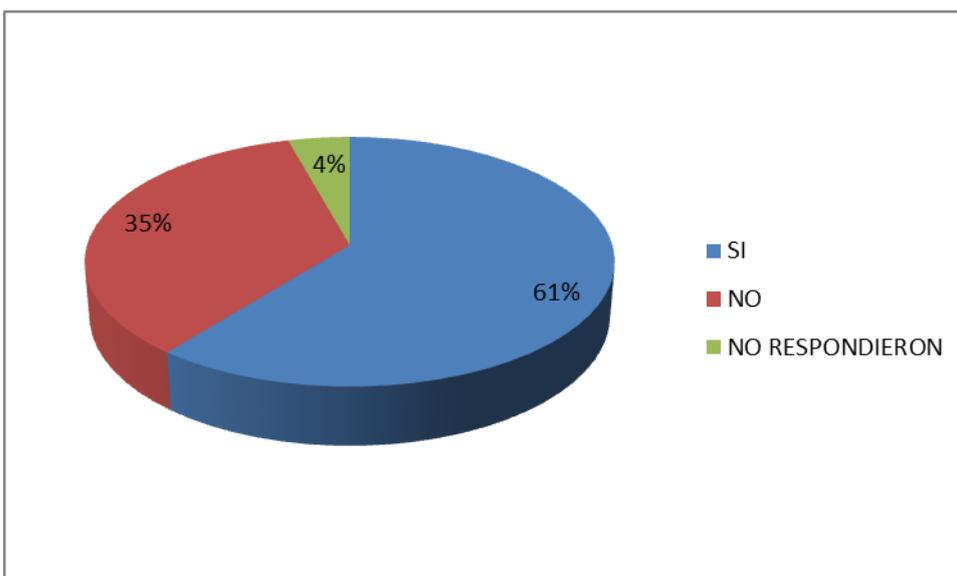
**GRÁFICO 5.2.4 EL HOSPITAL PÚBLICO DEBE ATENDER PACIENTES CON O.S.**



Fuente: Elaboración propia.

- ❖ Apenas el 61% de los encuestados refirió saber qué es el Recupero de Costos de las Obras Sociales, el 35% manifestó que no sabe y un 4% no respondió esa pregunta, como puede observarse en el Gráfico 5.2.5. Esto deja en evidencia la falta de información del recurso humano, lo que entorpece la organización, funcionamiento y optimización de este proceso.

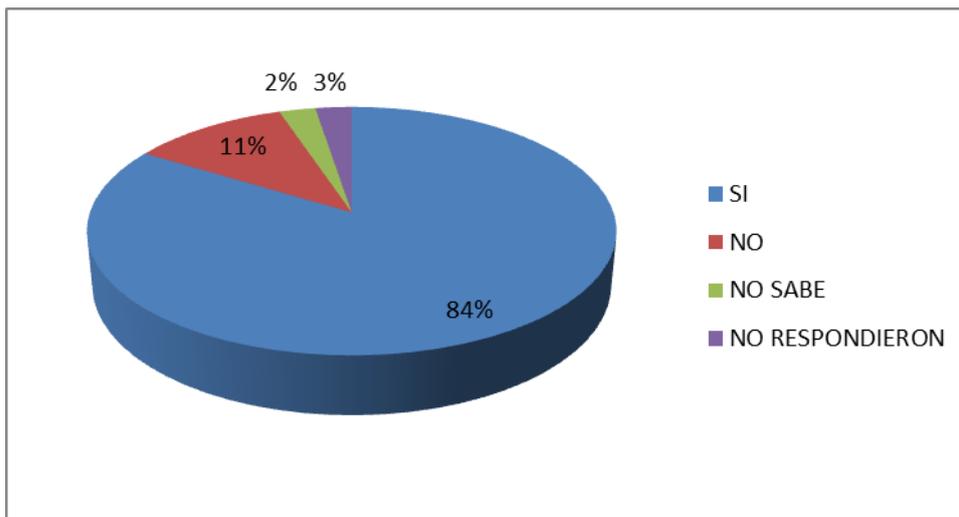
**GRÁFICO 5.2.5 CONOCIMIENTO DEL RRHH SOBRE RECUPERO DE COSTOS**



Fuente: Elaboración propia.

- ❖ El 84% cree que es función del Hospital Público hacer el Recupero de Costos de los pacientes con Obra Social, el 11% no piensa así. Esto demuestra un claro reconocimiento del recurso humano acerca de ese rol del Hospital, que puede observarse en el Gráfico 5.2.6.

**GRÁFICO 5.2.6 RECUPERO DE COSTOS COMO FUNCIÓN DEL HTAL. PÚBLICO**



Fuente: Elaboración propia.

- ❖ La atribución de responsabilidad en el proceso de Recupero de Costos en el Hospital de Oberá, quedó expresada de la siguiente manera: el 70% identifica como responsable al sector de Arancelamiento (compuesto por tres administrativas encargadas de presentar la facturación correspondiente a las Obras Sociales y Prepagas, y hacer las gestiones de cobro); el 54% atribuye a la Gerencia Administrativa y el 50% al sector de Admisión del Hospital. Como puede observarse en detalle en la Tabla 5.2.2, se analizó cada opción individualmente, si bien la mayoría de los encuestados marcó más de una opción en su respuesta.

Es interesante al menos considerar las encuestas que aportaron opciones: - "que haya personal específico para el Recupero de Costos" , si bien en este caso, el sector de Arancelamiento es específico para este trabajo, podría interpretarse como un refuerzo de ese sector o la privatización del proceso; - "todos deben estar involucrados"; - "el Estado por Ley debe descontar a las Obras Sociales por las prestaciones", se puede interpretar que sea de manera automática según los registros de prestaciones del

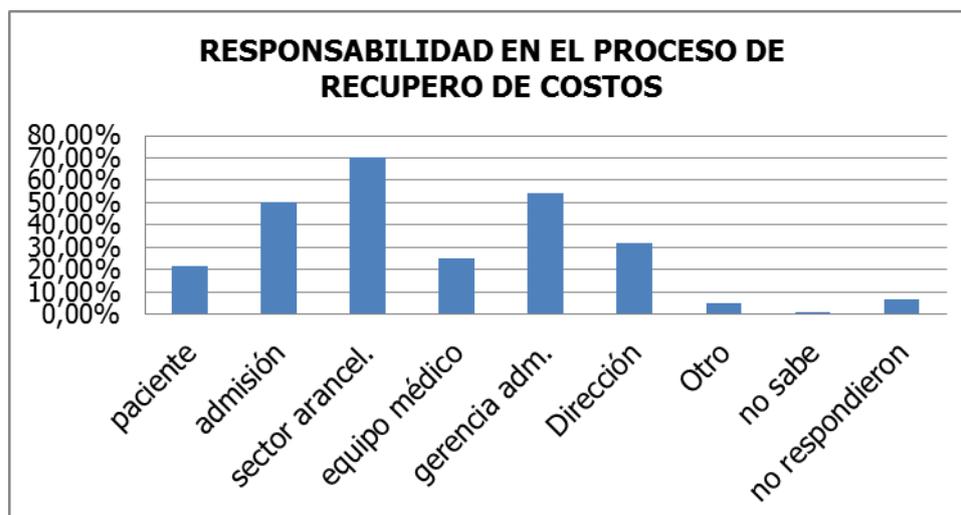
Hospital; - “la privatización del sector”. Merece una reflexión esta última idea, ya que la gran mayoría del personal del Hospital es de planta permanente, por lo que perciben un salario estable independientemente de su producción y actualmente no se observa en general motivación del recurso humano (pese al estímulo económico del Recupero de Costos que les corresponde por Decreto), lo que además se agrava con el deficiente recupero que parece ser en parte causa y en parte consecuencia de este círculo vicioso que aparentemente incentiva muy poco al recurso humano. Por lo tanto, privatizar el sector potencialmente sería una forma de alcanzar el 100% de lo recuperable, podría autofinanciarse, y mejorar la distribución de los incentivos económicos ligándolos a indicadores.

**TABLA 5.2.2 RESPONSABILIDAD EN EL RECUPERO DE COSTOS.**

RESPUESTAS	CANTIDAD	%
Al paciente	23	21%
A la admisión	54	50%
Al sector de Arancelamiento	75	70%
Al Equipo Médico	27	25%
A la Gerencia administrativa	58	54%
A la Dirección	34	32%
Otro	5	5%
no sabe	1	1%
no respondieron	7	7%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.2.7**



Fuente: Elaboración propia.

- ❖ En este trabajo se investigó además, la noción que tiene el Equipo de Salud acerca de su participación en el proceso de Recupero de Costos. Como puede observarse en la Tabla 5.2.3, sólo el 64% de los encuestados refirieron que su tarea en el Hospital contribuye al Recupero de Costos, sin embargo el 13% contestó que NO, y el 20% lo desconoce.

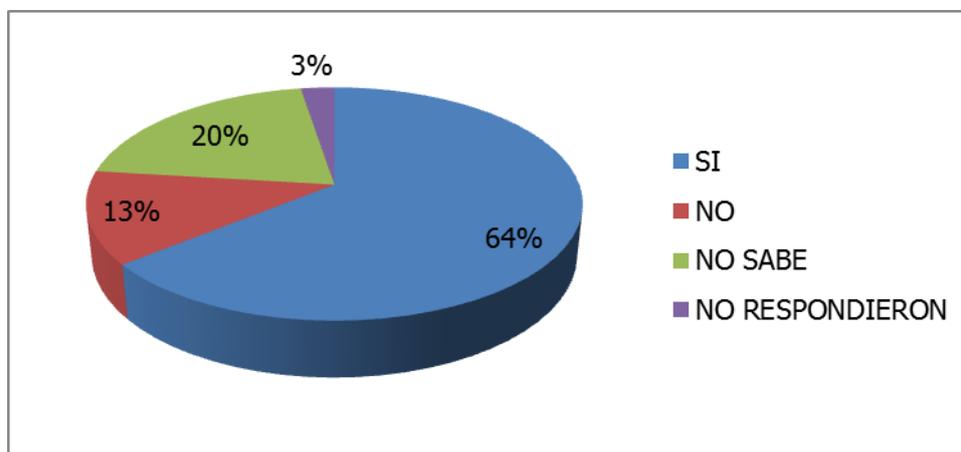
**TABLA 5.2.3 SU TAREA EN EL HTAL. CONTRUBUYE AL RECUPERO DE COSTOS**

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
SI	75	64%
NO	15	13%
NO SABE	24	20%
NO RESPONDIERON	3	3%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.2.8**

**SU TAREA EN EL HTAL. CONTRIBUYE AL RECUPERO DE COSTOS**



Fuente: Elaboración propia.

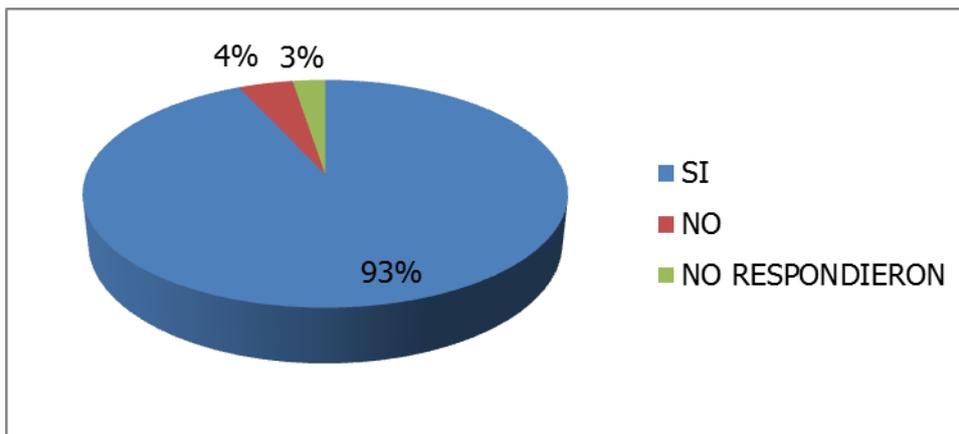
- ❖ Otro dato que confirma la falta de información del recurso humano en temas financieros, es el desconocimiento de cuánto (en pesos) se recupera mensualmente en el Hospital, como lo puso de manifiesto el 97% de los encuestados.

### 5.3 EFECTO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ANTE UNA OPTIMIZACIÓN DEL RECUPERO DE COSTOS.

En este punto se estudió la perspectiva del recurso humano de la Salud acerca de la administración de los recursos, especialmente los provenientes del Recupero de Costos, y el efecto que podría esperarse.

- ❖ El 93% de los encuestados cree que el recupero de las Obras Sociales es una herramienta económica que podría mejorar la atención hospitalaria, sólo el 4% no lo ve de esa manera, como se expresa en el Gráfico 5.3.1.

**GRÁFICO 5.3.1 RECUPERO DE COSTOS EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN.**



Fuente: Elaboración propia.

Se ha estudiado el conocimiento que tiene actualmente el recurso humano acerca del destino de los fondos del recupero, como así también, qué fin le darían si les tocara administrar esos fondos.

- ❖ En ese sentido, el 47% refirió que desconoce en qué se invierte ese dinero, el 10% no contestó esta pregunta, y el 43% respondió de manera abierta, por lo que para facilitar el análisis de las respuestas, tratando de respetar al máximo las asociaciones hechas por los encuestados, se ordenó por frecuencias como puede observarse en la Tabla 5.3.1.

**TABLA 5.3.1 DESTINO DEL DINERO DEL RECUPERO DE LAS O.S.**

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
Desconoce	50	47%
Compra insumos	9	43%
Mejora los Servicios	8	
Incentivos al RRHH	7	
Insumos-Incentivos al RRHH	5	
En el Hospital-Incentivos al RRHH	5	
Gatos varios hospitalarios	3	
Insumos-Mantenimiento	3	
Insumos-Infraestructura-Incent. al RRHH	3	
Contratos RRHH	1	
Estudios de alta complejidad	1	
Insumos- Mejora de los Servicios	1	
No respondieron	11	10%

Fuente: Elaboración propia.

Si se observa solamente las respuestas de las 46 personas (43%) que expresaron en qué se destina el dinero del recupero de las Obras Sociales, podemos ver que se refirieron en general a la compra insumos, incentivos al recurso humano, mantenimiento, infraestructura hospitalaria, gastos varios que permitan mejorar los servicios que se presta a la Comunidad, entre otros.

Si se analiza las respuestas más frecuentes, podemos ver que 21 personas expresaron que se compran insumos con el recupero de las Obras Sociales, y 20 refirieron que se distribuye en incentivos al recurso humano.

Surge del análisis entonces, que solo el 19% (20 personas) de los encuestados registra el estímulo económico que recibe del recupero de las Obras Sociales; es decir, la gran mayoría, inclusive los que no respondieron o dijeron que desconocen el destino de los fondos, no reconoce el estímulo económico que percibe como un real y efectivo incentivo, lo tienen naturalizado como parte de su salario.

- ❖ En la búsqueda de conocer las ideas del personal que trabaja en Salud, se investigó cómo invertirían, si les tocara administrar, los fondos provenientes del Recupero de Costos. En este tema, las respuestas y sus asociaciones fueron múltiples, no obstante 17 personas (16%) no la respondieron.

Especial atención merece este punto, que pretende conocer la perspectiva del recurso humano con su aporte de ideas, para favorecer la toma de decisiones en la Gestión.

Esta investigación se realizó en 107 personas, donde fueron muy variadas las respuestas en cuanto a cómo destinarían el dinero del recupero, entre ellas: “el mismo destino que hasta ahora se ha dado”, “ al Hospital”, “compra de insumos”, “medicamentos”, “incentivo al personal”, “mejorar la calidad de atención”, “mejorar la infraestructura”, “equipamiento”, “en las instalaciones del hospital”, “pintar y arreglar lo que se rompe”, “ayuda a los chicos de la calle”, “para estudios de alta complejidad que no tiene el hospital”, “a los pacientes”, “mejorar el nivel hospitalario”, “capacitación del personal”, “cubrir prioridades”, “mejorar los servicios”, “pagaría especialistas médicos para interconsultas”, “a mejorar el servicio de los categorizados”, “a mejorar la calidad de atención”, “a la salud”, “a hacer más eficiencia en diagnóstico”, “mayor confort al paciente”, “no tenemos que administrar ese dinero”, “refrigerio al personal”, “no sé”, entre otras.

Para el análisis se asociaron las respuestas en temas afines como puede observarse en la Tabla 5.3.2.

**TABLA 5.3.2 CÓMO DESTINARÍA EL DINERO DEL RECUPERO DE LAS O.S.**

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
Mejorar la atención en el Hospital	17	16%
Compra de Insumos-Incentivos al rrhh	14	13%
Compra Insumos	10	9%
Hospital-Incentivos al rrhh	9	8%
Infraestructura-Equipamiento	6	6%
Capacit. rrhh-Insumos- Infraestructura	5	5%
Incentivos al rrhh	4	4%
Infraestructura-Incentivos al rrhh	4	4%
Insumos-Mantenimiento	3	3%
Insumos-Equipamiento	2	2%
Insumos-Infraestructura-Incentivos rrhh	2	2%
Incentivos al rrhh-Mantenimiento	2	2%
Gastos vs hospitalarios	2	2%
No saben qué hacer	2	2%
Otros	8	7%
No Respondieron	17	16%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5.3.3 se analiza en detalle, desde cada opción en particular elegida por el encuestado, y la frecuencia de estas opciones. Entre las más frecuentes, el 34% mencionó dentro de su respuesta la compra de insumos como destino de esos fondos, y el 33% señaló los incentivos al recurso humano en este sentido.

**TABLA 5.3.3 CÓMO DESTINARÍA EL DINERO DEL RECUPERO DE LAS O.S.**

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
Compra de insumos	36	34%
Incentivos al recurso humano	35	33%
Mejorar la atención del Hospital	26	24%
Infraestructura hospitalaria	17	16%
Equipamiento	8	7%
Mantenimiento	5	5%
Capacitación al recurso humano	5	5%

Fuente: Elaboración propia.

Si se avanza en el análisis y se toma como estudio dos grandes temas: el funcionamiento hospitalario y los recursos humanos, se puede observar el siguiente resultado.

El 88% de los encuestados (94 personas) coincidió en destinar los fondos del recupero de las Obras Sociales al funcionamiento hospitalario en varios aspectos, como se detalla en la Tabla 5.3.4.

**TABLA 5.3.4**

**FUNCIONAMIENTO HOSPITALARIO EN EL DESTINO DE LOS FONDOS**

RESP. RELAC. AL FUNCIONAM. DEL HTAL.	ENCUESTADOS
Compra de Insumos	36
Mejorar la atención del Hospital	26
Infraestructura	17
Equipamiento	8
Mantenimiento	5
Gastos varios hospitalarios	2
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>

Fuente: Elaboración propia

El 40% de los encuestados (43 personas) refirió como destino de los fondos del recuperó, al recurso humano en distintos aspectos (incentivo, capacitación, contratos, etc.), como puede apreciarse en detalle en la Tabla 5.3.5.

**TABLA 5.3.5 RRHH EN EL DESTINO DE LOS FONDOS**

<b>RESPUESTAS RELACIONADAS AL RRHH:</b>	<b>ENCUESTADOS</b>
Incentivos al recurso humano	35
Capacitación al recurso humano	5
Refrigerio al personal	1
Financiar especialistas	1
Pase a planta de personal monotributista	1
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>

Fuente: Elaboración propia

## **5.4 RECUPERO DE COSTOS: SISTEMA DE INCENTIVOS VIGENTE – PROPUESTAS.**

Es difícil establecer un único factor que motive al recurso humano de la Salud. Se sabe que ni los incentivos económicos, ni las mejoras en las condiciones salariales, ni el buen clima laboral, o las mejoras en elementos e infraestructura que hacen al desempeño y a la bioseguridad, son por sí solos, determinantes de la motivación del recurso humano que trabaja en Salud.

En este estudio, de los 117 encuestados, el 59% refirió como factor de motivación a las mejoras en las condiciones de trabajo (uniformes, insumos, tecnología, mantenimiento edilicio), el 57% al incentivo económico, el 56% a las condiciones salariales (estabilización laboral, contratos, presentismo) y el 44% destacó el buen clima laboral como puede observarse en la Tabla 5.4.1. No obstante siete personas, además de marcar algunas o todas las opciones anteriores, expresaron: “Permitir el desarrollo profesional” (dos personas); “Incorporar recurso humano, ya que el que tenemos está sobrecargado”; “Concientización”; “Que no exista discriminación”;

“Transparencia, igualdad de oportunidades, despolitización, superiores con buena actitud y predisposición. Liderazgo”; “Capacitación ortodoxa”.

Vale aclarar que cuando el encuestado menciona “discriminación”, probablemente se refiera a la diferencia de porcentajes de incentivos que establece el Decreto N° 488/00 entre profesionales y no profesionales, o bien, a que el mencionado Decreto no contempla al personal contratado sin relación de dependencia, en la distribución del estímulo.

**TABLA 5.4.1 PRINCIPAL FACTOR QUE MOTIVA AL RRHH DE LA SALUD**

<b>RESPUESTAS</b>	<b>ENCUESTADOS</b>	<b>%</b>
Incentivo económico	67	57%
Mejoras de las condiciones salariales	66	56%
Mejoras en elementos e infraestructura para el desempeño y bioseguridad.	69	59%
Buen clima laboral	51	44%
Otros	7	6%

Fuente: Elaboración propia.

En el estudio de la motivación del personal de salud vinculada a la conservación de su empleo, se observaron los siguientes resultados: 62 personas (58%) refirieron la estabilidad laboral, 59 agentes (55%) la convicción y el amor a la profesión, 42 (39%) el factor económico, y el 11% la Jerarquía laboral y profesional, como puede apreciarse en la Tabla 5.4.2. Si bien se buscó que priorizen un factor determinado, sólo el 22% de los encuestados mencionó una opción, es así que el 78% optó por dos, tres y hasta cuatro opciones de respuesta.

Entre los que expresaron otro motivo de permanencia en su trabajo, refirieron: “ los pocos años que falta para jubilarse”; “completar su formación”; “formar parte de un proyecto de salud con una política estratégica poblacional”; “participar de un proyecto que tienda a la excelencia y equidad en la atención”; “solidaridad a la comunidad y a los colegas”.

**TABLA 5.4.2 MOTIVACIÓN PARA CONSERVAR SU EMPLEO EN EL HTAL.**

<b>RESPUESTAS</b>	<b>ENCUESTADOS</b>	<b>%</b>
Económico	42	39%
Jerarquía Laboral/Profesional	12	11%
Estabilidad Laboral	62	58%
Convicción/Amor a la Profesión	59	55%
Otro	5	5%

Fuente: Elaboración propia.

El sistema de incentivos derivado del recupero de las Obras Sociales, es tema de debate y genera opiniones diversas. Como puede observarse en la Tabla 5.4.3, el 66% de los encuestados refiere que la distribución debe hacerse según el rendimiento de cada agente, el 16% cree que se debe distribuir en montos iguales, el 10% no respondió esta pregunta y el 8% planteó otras opciones. Cabe aclarar en este punto que una persona marcó las dos primeras opciones y por considerarlas incompatibles se anuló esta respuesta, por lo que el total de encuestados en este tema suman 106.

Entre los que plantearon otra opción: tres enfermeras expresaron "por productividad de cada servicio"; un médico de planta respondió "en montos iguales para personal médico"; otro médico opinó "a todo el personal profesional y en menor porcentaje al no profesional"; un profesional refirió "los aranceles de los profesionales en partes iguales y dentro gastos que incluya a enfermeras, medicamentos, etc."; un profesional no médico opinó que "el incentivo debe distribuirse únicamente entre los que intervienen en el recupero y por partes iguales"; y por último una administrativa expresa "por partes iguales a los profesionales y por partes iguales a los no profesionales, según el porcentaje que corresponda a cada sector".

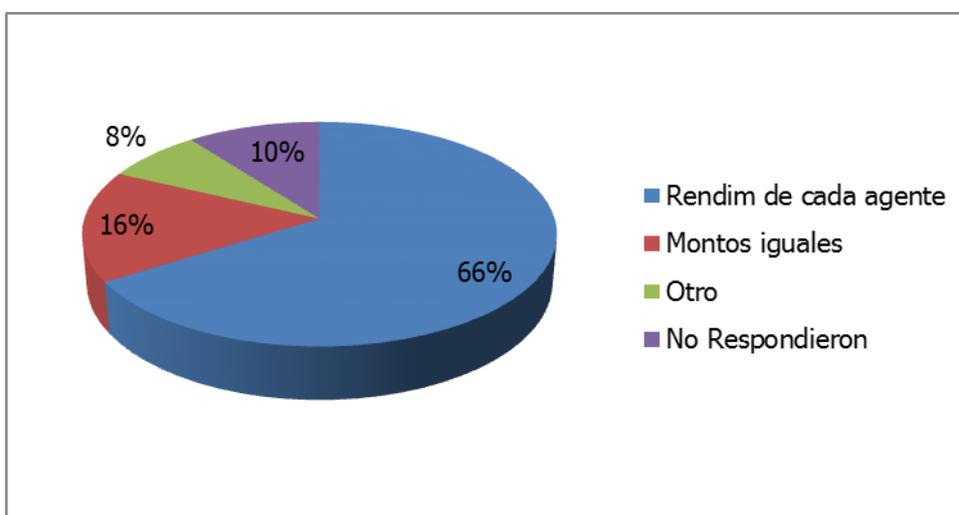
La distribución del incentivo es materia de debate y genera muchas veces opiniones confrontadas, donde prima la conveniencia para el sector al que pertenece el agente e inclusive la conveniencia individual, perdiendo imparcialidad u objetividad en el criterio. Como se mencionó anteriormente, la mayoría cree que el sistema de incentivos debe distribuirse según el rendimiento laboral de cada agente. Un desafío importante es medir ese rendimiento dentro de la Institución, ya que es fundamental contar con personal capacitado, comprometido, y responsable, procurando objetividad e imparcialidad en esta medición.

**TABLA 5.4.3 DISTRIBUCIÓN DE LOS INCENTIVOS DEL RECUPERO DE O.S.**

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	%
Rendimiento de cada agente	70	66%
Montos iguales	17	16%
Otro	8	8%
No Respondieron	11	10%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5.4.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS INCENTIVOS DEL RECUPERO DE O.S.**



Fuente: Elaboración propia.

La gran mayoría de los encuestados (92%) considera importante las auditorías y controles de la distribución del sistema de incentivos, como así también la existencia y disponibilidad de información sobre el tema.

**CAPITULO 6**

**CONCLUSIONES**

La optimización del proceso de Recupero de Costos y del Sistema de Incentivos, son importantes desafíos en la Gestión Hospitalaria.

El rol del recurso humano de la Salud y la perspectiva que tienen acerca del Recupero de Costos, permitirán formular lineamientos para lograr la eficiencia en la Gestión Hospitalaria.

En este trabajo se analiza la situación del Hospital Nivel III de Oberá, Misiones, un Hospital Público de Autogestión, de alta complejidad, polivalente. Las herramientas utilizadas fueron: una encuesta, que completaron 117 personas que trabajan en esa Institución, y una entrevista abierta a la Gerencia Administrativa.

El objetivo de este trabajo es formular lineamientos para la optimización del proceso de Recupero de Costos y sus incentivos, considerando la participación del recurso humano en este proceso.

El Hospital de Oberá lleva adelante el proceso de Recupero de Costos, entre las Obras Sociales que más recupera se encuentra: PAMI, IPS, OSPRERA, etc. De la investigación realizada se puede observar que recupera el 60% de lo que factura en un período dado, por lo que deja en evidencia la insuficiente gestión de cobro, que puede deberse a inconvenientes en el Hospital y/o irregularidades en el pago de las Obras Sociales.

Del ingreso mensual del Recupero de Costos de las Obras Sociales se distribuye el 40% en incentivos al recurso humano. Cabe recordar que además existe el incentivo económico por el recupero del Plan Sumar, cuyo estudio excede los objetivos del presente trabajo.

El 61% de los encuestados reconoce saber en qué consiste el Recupero de Costos, sin embargo, el 72% refiere que pocos conocen y acompañan este proceso dentro del Hospital.

Como resultado de la entrevista realizada a la Gerencia Administrativa del Hospital, pudo profundizarse en los principales inconvenientes de este proceso: falta de capacitación del personal en el Recupero de Costos; falta de motivación del recurso humano; déficit de los registros de las prestaciones en todos los sectores asistenciales del Hospital; falta reforzar el rol de capacitación, articulación y control de la Dirección de Arancelamiento del M.S.P.; dificultades en la comunicación dentro del Hospital y en todo el Sistema Sanitario; entre otros.

En consonancia con la entrevista, en las encuestas el 72% opinó que podría mejorar el proceso de Recupero de Costos con capacitación del personal y el 57% refirió que mejoraría con incentivo económico.

Además pudo observarse la falta de información como factor inconveniente, el 53% de los encuestados refirió que mayor información a la Población mejoraría el proceso de recupero de costos, y el 44% expresó que mayor información al personal del Hospital también favorecería a mejorar el proceso. Como así también, la mayoría manifestó que hay poca o nada información sobre temas económicos, sólo el 19% refiere que puede informarse al respecto si lo desea.

Acerca del financiamiento del Hospital Público, la mayoría de los encuestados (77%) expresó que el Estado en alguna de sus formas (Nacional, Provincial, Municipal) debe hacerlo total o parcialmente; como así también el 51% de los encuestados refirió que el Recupero de Costos de las Obras Sociales debe ser parte de ese financiamiento. La gran mayoría (97%) cree que el Hospital Público debe atender pacientes con Obra Social.

Cuando se analiza específicamente el nivel de información sobre el proceso de Recupero de Costos de las Obras Sociales puede observarse que sólo el 61% refiere que sabe en qué consiste el mencionado proceso, sin embargo el 84% reconoce que es función del Hospital Público hacer el Recupero de Costos.

Del estudio surge que el personal de Salud identifica como responsables del proceso de Recupero de Costos al sector de Arancelamiento (gestión de facturación y cobro a las Obras Sociales), a la Gerencia Administrativa y a la Admisión del Hospital, es decir, al circuito administrativo, no así al circuito asistencial y todos los circuitos de apoyo que conforman el proceso del Recupero de Costos.

Resulta interesante, al menos evaluar, la idea que surge de las encuestas de privatizar o tercerizar el circuito administrativo, de auditoría, evaluación y control del Recupero de Costos del Hospital, ya que potencialmente sería una forma de asegurar el 100% de lo recuperable, podría autofinanciarse, y mejoraría el sistema de distribución de incentivos, tanto en la implementación y medición de los indicadores, evaluación, control, y auditoría de todo el proceso.

Otro punto importante es reforzar el rol de rectoría del Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Arancelamiento Hospitalario, sobre el proceso de Recupero de Costos en los Hospitales. Acentuar la capacitación, articulación y control, para que el proceso

de Recupero de Costos se lleve a cabo en los Hospitales con la fuerza de política ministerial y hospitalaria que necesita. En este sentido falta articulación para el trabajo en red con el M. S. P., las Obras Sociales, Seguros, Prepagas, Hospitales de alta complejidad y los Efectores del 1° nivel de atención. Además, es necesario también mayor intervención de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio, para asesorar en la gestión de cobro a las ART, y hacer las actuaciones pertinentes.

El proceso de Recupero de Costos es percibido por la mayoría de los encuestados (93%) como una herramienta de valor que podría mejorar la atención hospitalaria.

Sólo el 43% sabe en qué se destina el dinero del recupero de costos en el Hospital de Oberá, refiriéndose a: incentivo del recurso humano, compra de insumos, mejora de la atención hospitalaria, infraestructura, equipamiento, mantenimiento, capacitación del recurso humano, entre otros. Si tenemos en cuenta que por Decreto se distribuye el incentivo económico a todos los Agentes de planta permanente, llama la atención que sólo el 19% registra el incentivo como tal, lo que confirma la sospecha que la mayoría del personal tiene naturalizado el incentivo del Recupero de Costos como parte de su salario.

El 93% del personal que completó la encuesta, desea invertir el dinero del Recupero de Costos en el funcionamiento hospitalario (insumos, infraestructura, equipamiento, mantenimiento, etc.), y el 44% en el recurso humano (incentivo económico, capacitación, etc.).

Puede observarse que hay coincidencias en el destino de los fondos provenientes del recupero de las Obras Sociales, entre los que refirieron tener conocimiento del destino de esos fondos (43% de los encuestados) y los que expresaron en qué desean invertirlos (84% de los encuestados), básicamente concuerdan en insumos, incentivos al recurso humano, capacitación del personal. Infraestructura, equipamiento, mantenimiento, entre otros. En conclusión, en cierto modo, se está invirtiendo el dinero del recupero en los destinos anhelados por el personal.

Es difícil afirmar que exista un solo factor que motiva al recurso humano de la salud en la actualidad. El 59% de los encuestados resaltó como factor importante de motivación las mejoras en los elementos e infraestructura que hacen al desempeño y a la bioseguridad (uniformes, insumos, tecnologías, mantenimiento edilicio, etc.), el 57% destaca los incentivos económicos, el 56% las mejoras en las condiciones salariales, y el 44% el buen clima laboral.

Respecto a la motivación fundamental para conservar el empleo, el 58% refirió la estabilidad laboral, el 55% la convicción/amor por la profesión, el 39 % mencionó el factor económico y sólo el 11% señaló la Jerarquía Laboral/Profesional. Estos resultados en cierta medida son esperables, si consideramos que son empleados del Estado, donde la estabilidad laboral es una fortaleza y los sueldos en general no son tan generosos.

El 66% de los encuestados, indicó que la distribución de los incentivos derivados del recupero de las Obras Sociales debe hacerse según el rendimiento de cada Agente; además existieron propuestas para distribuir según el rendimiento de cada servicio, entre otras, que reflejaban intereses personales, por lo que no contribuyen a los objetivos de este trabajo.

La distribución del incentivo es materia de debate, muchas veces genera conflictos con ideas contrapuestas y desconfianza. Por ende, es importante los controles y auditorías en la distribución de los incentivos, lo que fue ratificado en este estudio por la mayoría de los encuestados.

Un desafío importante es medir el rendimiento de un Agente o de un Servicio dentro de la Institución, ya que es fundamental el compromiso, la objetividad e imparcialidad de la o las personas responsables de esa medición. Hay que proponer, elegir, consensuar y establecer los indicadores propios para cada sector o servicio, construir un sistema de medición, control y auditoría, para finalmente evaluar el efecto en el Equipo de Salud, a través del rendimiento en términos de eficiencia de los servicios prestados a la Comunidad.

## RECOMENDACIONES

A continuación se mencionan los puntos más importantes que permite concluir el presente trabajo, realizado en un Hospital Público de alta complejidad de la Provincia de Misiones:

- La información del recurso humano de la Salud acerca del proceso de Recupero de Costos es insuficiente y debe ser mejorada.
- Es necesario la capacitación continua al personal en este proceso.
- Es fundamental el refuerzo del rol de capacitación, articulación y control que tiene el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Arancelamiento Hospitalario, en el proceso de Recupero de Costos.
- La tercerización del proceso en su circuito administrativo, puede ser una alternativa para a el corto plazo, no obstante habría que reforzar el rol del Estado en su articulación y como rector.
- El proceso del recupero de costos en el Hospital es mejorable (se recupera sólo el 60% de los facturado).
- Los incentivos no cumplen efectivamente su rol. El 40% de los ingresos se destina a incentivos al recurso humano y muy pocos Agentes (sólo el 19%) registran los incentivos económicos como tales.
- La optimización del proceso de Recupero de Costos en el Hospital, es una herramienta importante para mejorar el funcionamiento hospitalario, inclusive la motivación del recurso humano.
- Concientizar al Equipo de Salud en la optimización de los recursos es un desafío que involucra: la participación de todos, la confianza, el sentido de pertenencia, la información, y la buena comunicación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

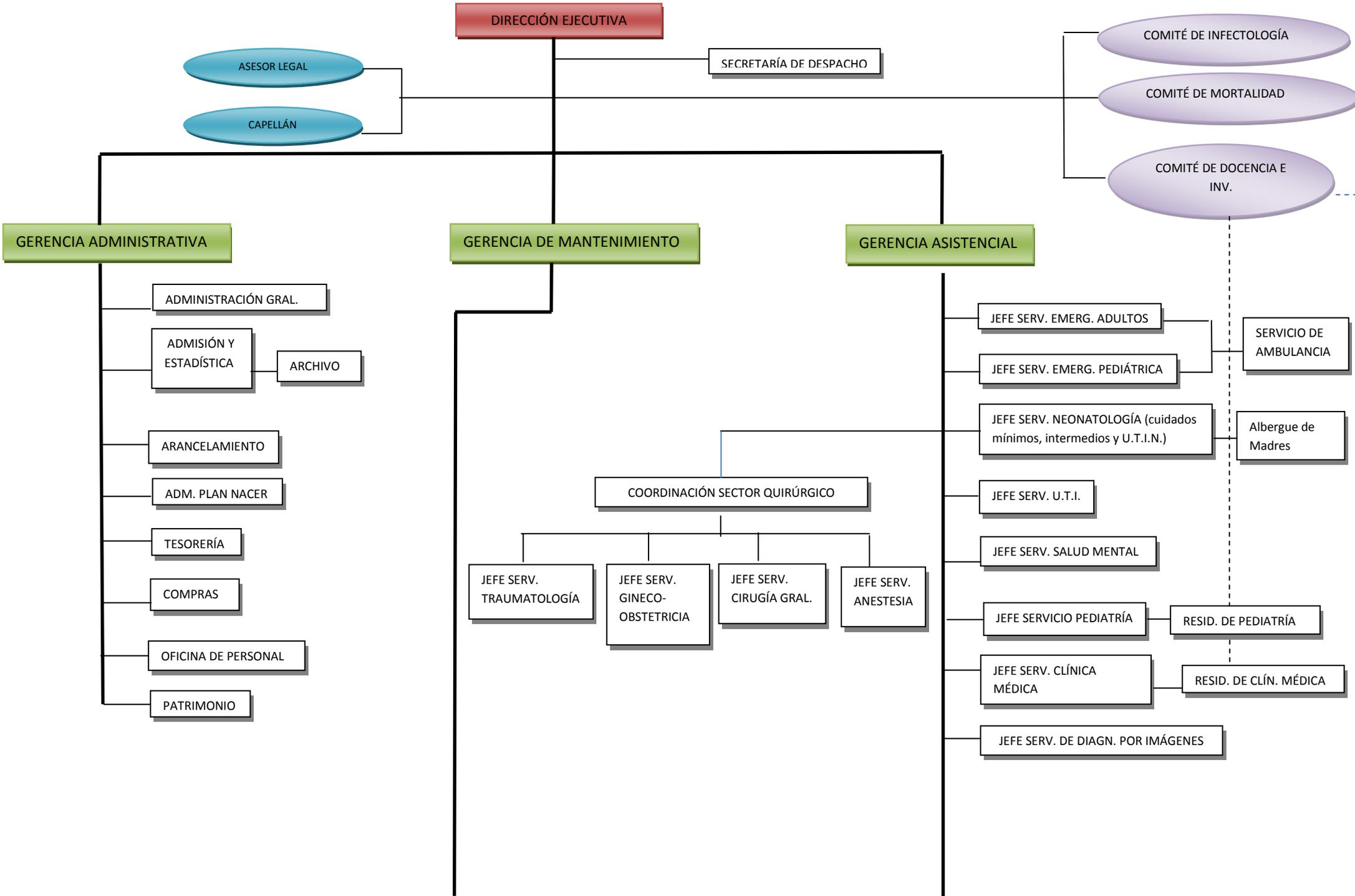
- 1) Auliso Roberto y col. "Claves para la mejora de los procesos en las Organizaciones". Revista Electrónica FCE - Universidad Católica del Uruguay.
- 2) Baly Gil Alberto y col. "La Economía de la Salud, la eficiencia y el costo oportunidad". Revista Cubana de Medicina General Integral Vol. 17 n. 4. Jul.-ago. 2001.
- 3) Bello M., Becerril – Montekio V.M. "Sistema de Salud de Argentina". Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S96-S108.
- 4) Brull Alabart Enric. "La Gestión de Procesos". Cuadernos de Gestión. Tarragona. [www.brullalabart.com](http://www.brullalabart.com) – Edición 13/06/2005.
- 5) Carroquino Bazan Luis Miguel y col. "El Personal médico del Sistema Público Sanitario: régimen retributivo y de relaciones laborales y relación de agencia". Curso de adaptación al grado en RR. LL. y en RR.HH. 2011-12. Pag. 5 – 8.
- 6) Castañeda Tarsicio. "El Financiamiento de Sistemas de Salud: Alternativas y Dilemas". Cuadernos de Economía, año 27, N° 81, pp. 183-197 (Agosto 1990).
- 7) Clark Marcela, Moscoso Nebel, Andreocci Marcelo. Inefficient Mechanisms of Payment: Cross subsidies between public and social security in Argentina. XLV Reunión Anual. Asociación Argentina de Economía Política. Noviembre 2010.
- 8) Crojethovic María, Ariovich Ana. La Autogestión Hospitalaria: Descentralización en el contexto de los ´90. El caso del Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas.
- 9) DECRETO 1026, Gobernación de la Provincia de Misiones. Posadas, 02 de Septiembre de 2002.
- 10) DECRETO 488, Gobernación de la Provincia de Misiones. Posadas, 19 de Abril de 2000.
- 11) DECRETO 939/2000. Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, Buenos Aires, Publicación en Boletín Oficial, octubre del 2000.
- 12) Díaz Carlos. "Sustentabilidad del Sistema de Salud Argentino". Allegro ma non troppo. Universidad ISALUD. Marzo 2012.
- 13) Gobierno de la Provincia de San Luis – Ministerio de Salud – Programa de Administración de recursos y control de Gastos en Salud – Autogestión Hospitalaria. <http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?idCanal=1637>.
- 14) González García Ginés y Tobar Federico. "Salud para los argentinos". Economía, Política y Reforma del Sistema de Salud en Argentina. 1a ed.-Buenos Aires: ISALUD, 2004.

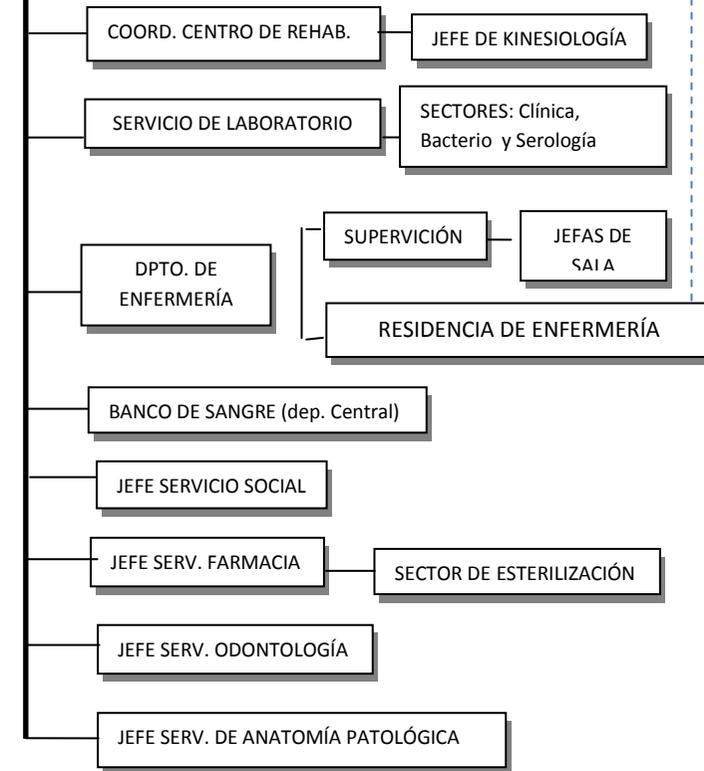
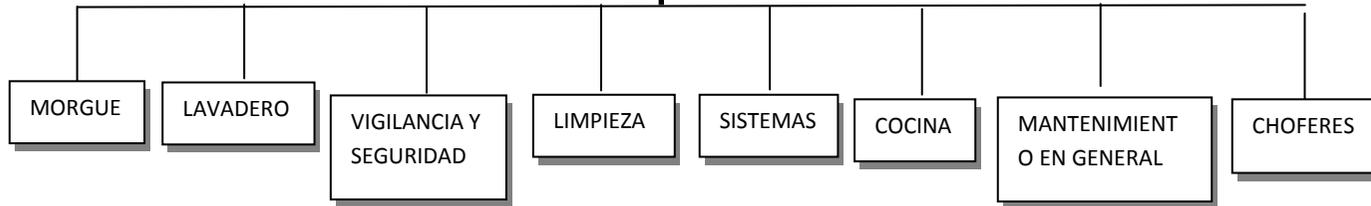
- 15) Martín Martín José y col. "Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública", 1994.- (Documentos Técnicos EASP; 5).
- 16) Méndez Claudio A." Los Recursos Humanos de Salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma". Rev. Panam. Salud Pública 2009; 26(3): 276–80.
- 17) Oliva Juan y col. "Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada" En Portada. Publicación AES 2012.
- 18) Ortun Rubio V. "Los incentivos para la mejora de la calidad en los Servicios de Salud". Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(1): 1-6.
- 19) Ortún-Rubio V. et al. "La economía de la salud y su aplicación a la evaluación". Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 1. Enero 2001.
- 20) Ortún-Rubio Vicente y Meneu de Guillerna Ricard. "Impacto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria". Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu
- 21) Peiró Salvador y col. Diccionario de Gestión Sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Madrid Agosto 2009. Pag. 180 – 181.
- 22) Schweiger Arturo y col. "Sistemas de Costos Hospitalarios". Universidad ISALUD. Junio 2010.
- 23) Schweiger Arturo. "Calidad y Costos Operativos de Organizaciones Sanitarias". <http://www.ppgcas.saludcorrientes.gob.ar/archivos/2%20-%20Calidad%20y%20Costos%20-%20Mg.%20Arturo%20Schweiger.pdf>.
- 24) Schweiger Arturo. "El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud: El caso de aplicaciones en países de América Latina". AES - Argentina. 4-6 Junio 2003. Cádiz – España – Congreso AES.ES.
- 25) Tobar Federico. "¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales". [www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia\\_donde\\_va\\_el\\_hospital.pdf](http://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia_donde_va_el_hospital.pdf)
- 26) Urriola Rafael y col. "Economía y Salud: aportes y experiencias en América Latina". Representación OPS/OMS Chile. Número 2 – 2011. Capítulo I.
- 27) Vargas González Vilma, Hernández Carmen. Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria. Revista de Ciencias Sociales (RCS) Vol. XV, No 4, Octubre – Diciembre 2009, pp. 716 – 726.

**ANEXOS**

**ANEXO I:**

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL HOSPITAL NIVEL III DE OBERÁ –  
MISIONES.





## ANEXO II

### ENCUESTA PILOTO

Agosto - 2012

#### ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD

FUNCIÓN:.....

Marque con una X la respuesta correcta.

- 1) Como cree Usted que se debe financiar el Hospital Público?  
.....  
.....  
.....
- 2) Cree que el Hospital Público tiene que atender pacientes con Obra Social? SI.....  
NO.....
- 3) Sabe lo que es el recupero de costos de las Obras Sociales? SI..... NO.....
- 4) Es función del Hospital Público hacer el recupero de costos de los pacientes con Obra Social? SI..... NO.....
- 5) En este Hospital, el recupero de costos (Obras Sociales, ART, Seguros, etc.) se hace eficientemente? Muy bien..... Bien..... Regular..... Mal.....
- 6) A quien le atribuye la responsabilidad de los inconvenientes en el recupero de costos, en este Hospital? (puede marcar más de una): al paciente..... a la admisión..... al sector de arancelamiento..... al equipo médico..... a la gerencia administrativa..... a la Dirección..... Otro (especifique).....
- 7) El recupero de costos de pacientes con Obra Social se mejora con (puede marcar más de una): Capacitación del personal..... Incentivo económico..... Mayor información al personal..... Mayor información a la Población..... Otro (especifique).....
- 8) Considera que el Recurso Humano encargado del recupero (sector de arancelamiento hospitalario) está capacitado? SI..... NO.....

- 9) Su tarea en el Hospital contribuye al recupero de costos? SI..... NO.....
- 10) Cree que el recupero de las Obras Sociales (Arancelamiento) es una herramienta económica que podría mejorar la atención hospitalaria? SI.....NO.....
- 11) En la actualidad, considera que hay acceso a información en el Hospital (si Usted lo requiere) sobre temas económicos? SI..... Poco..... NO.....
- 12) Tiene conocimiento de cuanto (en pesos) se recupera por mes en su Hospital? SI..... NO.....
- 13) El monto recuperado mensualmente, se invierte efectivamente en necesidades hospitalarias? SI..... NO..... No sabe.....
- 14) Usted sabe si el Hospital adquiere insumos-equipamientos a través de los fondos del recupero de las Obras Sociales? SI..... NO..... No sabe.....
- 15) Usted sabe si el Hospital contrata recurso humano a través de los fondos del recupero de las Obras Sociales? SI.....NO..... No sabe.....
- 16) Considera que el personal que trabaja en el Hospital conoce y acompaña el proceso de recupero de costos (arancelamiento)? Todos..... La mayoría..... Pocos.....
- 17) Considera que esta Gestión es transparente en la administración económica-financiera de los fondos del recupero de las Obras Sociales? SI..... Regular..... NO.....
- 18) Respecto de la **motivación del recurso humano de la Salud**. Qué es más importante para Usted? (Marque sólo una). Incentivo económico..... Condiciones dignas de trabajo (uniformes, insumos, equipamiento, etc.)..... Buen clima laboral (compañerismo, respeto, organización del servicio, etc)..... Otro (especificar).....

**ANEXO III**

**ENCUESTA CORREGIDA (DEFINITIVA)**

Septiembre - 2012

ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD

FUNCIÓN:.....

En las preguntas que tiene opciones: marque con una X la respuesta correcta.

1) Como cree Usted que se debe financiar el Hospital Público?

.....  
.....

2) Cree que el Hospital Público tiene que atender pacientes con Obra Social?

SI..... NO.....

3) Sabe lo que es el recupero de costos de las Obras Sociales? SI..... NO.....

4) Es función del Hospital Público hacer el recupero de costos de los pacientes con Obra Social? SI..... NO.....

5) A quien le atribuye la responsabilidad del recupero de costos, en este Hospital?  
(puede marcar más de una):

- a) al paciente.....
- b) a la admisión.....
- c) al sector de arancelamiento.....
- d) al equipo médico.....
- e) a la gerencia administrativa.....
- f) a la Dirección.....
- g) Otro (especifique).....

6) El recupero de costos de pacientes con Obra Social se mejora con (puede marcar más de una):

- a) Capacitación del personal.....
  - b) Incentivo económico.....
  - c) Mayor información al personal.....
  - d) Mayor información a la Población.....
  - e) Otro (especifique).....
- 7) Su tarea en el Hospital contribuye al recupero de costos?  
SI..... NO..... NO Sabe.....
- 8) Cree que el recupero de las Obras Sociales (Arancelamiento) es una herramienta económica que podría mejorar la atención hospitalaria? SI..... NO.....
- 9) En la actualidad, considera que hay acceso a información en el Hospital (si Usted lo requiere) sobre temas económicos? SI..... Poco..... NO.....
- 10) Tiene conocimiento de cuanto (en pesos) se recupera por mes en su Hospital?  
SI..... NO.....
- 11) ¿Qué cree usted que se hace con el dinero que el Hospital recupera cuando factura a obras sociales? .....  
.....
- 12) Si usted administrara ese dinero ¿qué fin le daría? ¿Dónde lo destinaría?.....  
.....
- 13) Considera que el personal que trabaja en el Hospital conoce y acompaña el proceso de recupero de costos (arancelamiento)?  
Todos..... La mayoría..... Pocos.....
- 14) Considera que esta Gestión es transparente en la administración económica-financiera de los fondos del recupero de las Obras Sociales?  
SI..... Regular..... NO..... No sabe.....

- 15) ¿Cuál cree usted que es el principal factor que motiva o motivaría al recurso humano de la Salud para su desempeño?
- a) Incentivos económicos.....
  - b) Mejoras de las condiciones salariales (regularización, contratos).....
  - c) Mejoras en elementos e infraestructuras que hacen al desempeño y a la bioseguridad (uniformes, insumos, equipamientos actualizados, mantenimiento del edificio).....
  - d) Buen clima laboral (compañerismo, respeto, organización del servicio, etc.).....
  - e) Otro (especifique) .....
- 16) Usted trabaja solamente en el Hospital? SI..... NO.....
- 17) Qué es lo que más lo motiva para conservar su empleo en el Hospital?
- a) Económico.....
  - b) Jerarquía Laboral/Profesional.....
  - c) Estabilidad Laboral.....
  - d) Convicción/Amor a la Profesión.....
  - e) Otro (especifique).....
- 18) Cree que el Sistema de Incentivos, derivado del recupero de las Obras Sociales, debe distribuirse según:
- a) Rendimiento laboral de de cada agente.....
  - b) En montos iguales a todo el personal (profesionales y no profesionales).....
  - c) Otro (especifique).....
- 19) Cree que es importante la existencia de Información, Auditorías y Controles para la distribución del incentivo proveniente del recupero de las Obras Sociales?
- SI..... NO.....