

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Ciencias Económicas y de Administración

República Oriental del Uruguay



*Sistemas de información para la gestión en Instituciones
Asistenciales dependientes de A.S.S.E.*

*Tutor : Cr. Jorge Triay
Orientador : Cr. Martín Velarde*

Ruben Gonzalez - María Pía Gonella - Sara Lostao

El presente trabajo es original y personal de los estudiantes, para la obtención del título de Contador Público

Montevideo, Agosto de 2010

El proyecto de Trabajo

Desde hace algunos años la Cátedra de Contabilidades Especiales viene planteándose la idea de extender su actuación fuera del ámbito de la Facultad con el objetivo primordial de expandir a la práctica lo que enseñamos en el aula, ayudando, asesorando a determinados tipos de empresas en lo referente a los sistemas de información para todo tipo de decisiones, y a través de ellas a la sociedad.

Es así que en el mes de Agosto de 2008 se presenta un proyecto de extensiones horarias para realizar una experiencia con ASSE. El objetivo principal de dicho proyecto, además de lo mencionado en el párrafo anterior, fue realizar una actividad en conjunto con un Hospital Público donde la labor consistiera específicamente en realizar un estudio de los Sistemas de Información de dichos Hospitales, haciendo especial hincapié en el sub-sistema de Costos y la posterior gestión en función de los mismos.

Como objetivo anexo al principal el proyecto establecía que la experiencia práctica la llevaran a cabo estudiantes de la asignatura (tutoreados por docentes de la Cátedra), tanto porque eso apoyaría lo enseñado en la Facultad (no solo en nuestra Materia sino en la Carrera) así como también constituya para ellos un antecedente importante. Se estableció que de esa experiencia ellos harían su trabajo de investigación monográfico.

En el mes de Setiembre de 2009 se comienza a trabajar, se eligen los tres estudiantes (todos con experiencia en la salud) y se establecen los contactos para determinar el Hospital, y sobre el mes de Diciembre se comienza el trabajo en sí mismo.

La monografía que a continuación presentan los estudiantes es el fruto de su trabajo de campo y de sus opiniones.

Consideramos que el objetivo planteado al inicio del trabajo ha sido cumplido, y que el mismo podrá ser útil tanto para el Hospital como para los propios estudiantes y todos quienes participamos en éste proyecto. Vaya desde ya nuestro agradecimiento a CHPR y a todos los Directores y Funcionarios Técnicos y No Técnicos que amablemente nos dedicaron parte de su tiempo. Gracias por permitirnos participar de ésta valiosísima experiencia.

Cr. Jorge Triay

Cr. Martín Velarde

Abstract

El presente trabajo se realizó analizando diferentes aspectos teóricos referentes a: características del Sistema Nacional Integrado de Salud; desarrollos bibliográficos relacionados con definiciones de Contabilidad de Costos; y desarrollos vinculados a las características de los Sistemas de Información para la toma de decisiones.

El trabajo de campo consistió en el análisis de la situación actual, y de los sistemas de información del Centro Hospitalario Pereira Rossell. La metodología consistió en el relevamiento de información a través de la observación de documentación, consulta a su página web, y entrevistas realizadas a directores y encargados de los principales sectores. De esta forma, se lograron identificar necesidades y objetivos de información. También se realizó un análisis crítico de la situación evidenciada, y de la adaptación del sistema actual a las necesidades planteadas.

De la confrontación entre los aspectos teóricos y la realidad analizada, se concluyó que el sistema actual no es suficiente para la determinación del Costo por Paciente y Patología, el cual es planteado como un ideal teórico. En tanto, se plantean diferentes recomendaciones, que pueden servir de base para la determinación del Costo por Paciente, sentando un precedente para una futura determinación del Costo por Paciente y Patología.

PARTE I – Introducción Teórica

Página

Capítulo 1 – Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

- 1.1 Características del sector salud en Uruguay anterior a la reforma..... 3
- 1.2 Principales cambios introducidos por la Reforma..... 16
- 1.3 Características del sector salud en Uruguay posterior a la reforma..... 43
- 1.4 Requerimientos de información para el organismo de contralor (SINADI)..... 49

Capítulo 2 – Contabilidad de Costos

- 2.1 Definiciones: Costos, Teoría General de Costos, Modelos de Costos y Sistemas de Costos..... 54
- 2.2 Clasificación de Costos..... 56
- 2.3 Control financiero por centros de responsabilidad..... 62
- 2.4 Contabilidad de Gestión. Definición de Contabilidad de gestión. Presupuestación para la gestión. Cuadro de mando integral..... 68

Capítulo 3 – Sistemas de información para la toma de decisiones

- 3.1 Definición de Sistemas de Información..... 81
- 3.2 Sistemas de información de las instituciones asistenciales. Vinculación entre los diferentes subsistemas de información..... 89
- 3.3 El sub-sistemas informático como base de todo el sistema de información..... 95

PARTE II – Trabajo de Campo

Capítulo 1 – Necesidades y Objetivos de información del CHPR..... 100

Capítulo 2 – Relevamiento

- 2.1 Conocimiento del Hospital..... 111

2.2 Sub-Sistemas de información existentes.....	121
2.3 Centros de Costos existentes.....	135
2.4 Forma de asignación de los recursos.....	142

PARTE III – Análisis

Capítulo 1 – Análisis Crítico.....	147
---	------------

Capítulo 2 – Adaptación del sistema actual a las necesidades planteadas.....	181
---	------------

Capítulo 3 – Propuesta del sistema de información teórico, más adaptable a las necesidades planteadas.....	185
---	------------

PARTE IV – Conclusiones y Recomendaciones

Capítulo Único – Conclusiones y Recomendaciones.....	189
---	------------

PARTE V – Anexos

Capítulo Único – Anexos.....	198
-------------------------------------	------------

PARTE I

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPITULO 1: Sistema Nacional Integrado de Salud

Introducción a la primera parte

En esta primera parte se desarrolla los aspectos vinculados al sistema de salud uruguayo y su evolución a lo largo de los años.

Se enfoca principalmente en los aspectos vinculados a la implementación del llamado “Sistema Nacional Integrado de Salud” llevado a cabo por el gobierno nacional a partir del año dos mil cinco.

Este sistema está conformado por un conjunto de legislaciones, que representan la fuente normativa de las distintas modificaciones que se aplicaron en el área de la salud en nuestro país. La implantación de esta reforma ha permitido distinguir entre un antes y un después, debido al cambio que logró principalmente en cuanto a la administración de los recursos destinados a la salud, la definición de los prestadores de salud, el acceso de los usuarios mediante la elección libre entre distintos prestadores de servicios de salud y la pretensión de garantizar un nivel de asistencia básico a la salud de las personas.

Comienza este trabajo con una descripción de la conformación del sistema de salud vigente hasta el comienzo del proceso de reformas, para luego continuar con una descripción profunda en los aspectos relevantes de la normativa fuente de las modificaciones. Culmina con una aproximación a la situación actual, la cual se encuentra en plena fase de desarrollo y mejora.

Como se podrá apreciar en esta lectura, la legislación prevé distintos plazos y metas a alcanzar en los próximos años, lo cual le aplica un aspecto de dinamismo, más allá del que se pueda generar del propio proceso de corrección, mejora y perfeccionamiento del nuevo sistema implantado.

PARTE I – Introducción Teórica

1 – Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

1 - Características

1.1 - Sistema de salud en Uruguay, anterior a la reforma llamada: “Sistema Nacional Integrado de Salud”

1.1.1 - Reseña histórica

El sistema de salud en Uruguay está constituido por un conjunto de instituciones organizadas de diferente manera, tales como las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Hospitales Públicos y privados, Sanatorios, Seguros Parciales de Salud y Clínicas Privadas.

El primer hospital público fue el Hospital de Caridad fundado en 1788, convirtiéndose en 1911 en el Hospital Maciel. En 1857 se creó el Hospital Británico y en 1892 el Hospital Italiano.

En 1853 nació la asistencia médica colectiva con la fundación de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. En 1920 se fundó el Sindicato Médico del Uruguay y en 1935 se crea su Centro de Asistencia (CASMU), constituyendo un nuevo tipo de organización, en el cual los médicos participan de la conducción de la organización.

En 1934, por medio de la Ley 9.202 ¹, se crea el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de cumplir con dos cometidos generales (dispuestos como responsabilidad del Estado en el Art. 44 de la Constitución de la República) de velar por el mantenimiento de la Higiene Pública, y brindar atención en materia asistencial.

Las instituciones de asistencia médica colectiva se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX. Las mismas surgieron como una forma de respuesta de las colectividades de inmigrantes españoles e italianos ante las necesidades de atención en salud de sus comunidades en el país. Luego, extendieron sus servicios al resto de la población y se transformaron en actores clave del sistema de seguros de prepago.

En el interior del país el mutualismo ha sido muy escaso hasta la década del 60, en 1965 las IAMC del interior crean la Federación Médica del Interior (FEMI)

El sistema de salud uruguayo se ha configurado como una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integrada en un sistema mixto de atención.

¹ Ley 9.202: “Creación del Ministerio de Salud Pública”

1.1.2 - Estructura del Sector Salud anterior a la reforma

El sector salud estaba constituido por un conjunto de instituciones y servicios diferentes, desigualmente distribuidos en el país. Coexistían instituciones públicas y privadas con relaciones recíprocas en los aspectos económicos, financieros, jurisdiccionales y de cobertura. Los vínculos entre estas instituciones se fueron gestando de forma gradual, sin acuerdos previos y de forma no planificada.

En este sistema de salud se pueden identificar dos subsectores: el público y el privado.



1.1.2.1 – El Sector Público comprende:

a) Ministerio de Salud Pública (MSP)

La Ley Orgánica de su creación (Ley 9.202), le asigna distintos cometidos, dentro de los cuales se destacan:

En materia de Higiene:

- ✓ La adopción de medidas para mantener la salud colectiva;
- ✓ Determinar las condiciones higiénicas que deben cumplirse en los establecimientos públicos y privados;
- ✓ Difundir el uso de vacunas o sueros preventivos;

- ✓ Reglamentar y controlar el ejercicio de la medicina, farmacia y profesiones derivadas y los establecimientos de asistencia y prevención privados; y
- ✓ Ejercer una política higiénica de los alimentos y propender a la educación sanitaria del pueblo.

En materia asistencial:

- ✓ Organizar, administrar y controlar el funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos.
- ✓ Reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones y el funcionamiento de las instituciones de asistencia y sociedades mutuales.

La función normativa y de contralor del MSP, fue instrumentada por medio de la creación de la ***Dirección General de la Salud*** (DIGESA).

Son cometidos de esta Dirección:

- Elaborar y proponer la ejecución de planes, programas y proyectos de promoción y protección de la salud.
- Asesorar en la formulación, supervisión, control y evaluación de las políticas, planes, programas y normas vinculadas al sector salud.
- Promover la investigación científica en salud pública.
- Asesorar en la elaboración de una política nacional de recursos humanos para la salud.
- Participar en la definición de las políticas de salud a nivel nacional, regional e internacional y actuar a nivel de las organizaciones internacionales específicas.
- Definir áreas de intervención programática para resolver problemas de salud colectiva, determinando responsables, objetivos, principales actividades y plazos de ejecución.

La Ley 15.903 ² crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), mediante la cual, el MSP realiza las prestaciones asistenciales de la salud.

Compete a ASSE la administración de los establecimientos y servicios del MSP, la coordinación con otros establecimientos públicos para evitar la superposición de servicios y subutilización de recursos, y organizar la atención de salud.

La misma Ley, establece a ASSE la posibilidad de transferencia (total o parcial) del uso de sus establecimientos, a los Gobiernos Departamentales y o a las IAMC, con el objetivo de comenzar un proceso de descentralización.-

Es el mayor prestador público asistencial del país, posee 65 establecimientos de salud de distintos niveles de complejidad de atención (Policlínicas, Centros de Salud, Hospitales y Centros Departamentales de Salud). Cuenta con un total de 6200 camas de Agudos y 2300 de Crónicos.

También cuenta con un Centro Departamental de Salud en cada uno de los departamentos del interior del país.

² Ley 15.903: "Ley de Presupuesto Nacional – 1987"

La prestación de servicios asistenciales a sus usuarios, se organiza mediante la clasificación en 4 tipos de usuarios, a los cuales se les entrega distintos Carné de Asistencia:

- Gratuito: para quienes perciban ingresos menores 2,5 Bases de Contribuciones y Prestaciones (BPC)
- Bonificado, en dos categorías: con Arancel 30% y con Arancel 60%
- Carné Materno Infantil: para la asistencia de la mujer embarazada hasta 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen derecho a la asistencia gratuita.
- Carné gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral.

b) El Banco de Previsión Social (BPS)

Es un ente autónomo del Estado, cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. Actúa intermediando entre los aportes de los trabajadores y empleadores y contratando con las IAMC para la atención de su salud.

También es un prestador directo en la atención de embarazo, parto y a la infancia (hasta los 6 años) de los hijos de trabajadores dependientes de la actividad privada; para el caso de nacidos con malformaciones congénitas, la cobertura es sin límite de edad. También extiende la cobertura odontológica y de ortodoncia hasta los 9 años del hijo de trabajadores dependientes.

Posee un hospital propio y 6 centros materno-infantiles, 4 en Montevideo y 2 en el interior. En el interior del país, donde no se cuenta con estos Centros instalados, contrata servicios con el MSP o con IAMC. La principal fuente de ingresos está formada por los aportes de los trabajadores dependientes y patronos de la actividad privada.

c) Las Intendencias Municipales

Según el artículo 275 de la Constitución de la República, corresponde al Intendente Municipal: “velar por la salud pública”.

Brindan atención ambulatoria en el primer nivel (Policlínicas) a la población en general. También actúa como policía sanitaria sin perjuicio de las funciones del MSP. Su fuente de financiamiento son los recursos municipales.

La intendencia de Montevideo es la que ha desarrollado una red de atención de mayor cobertura, a través de 18 policlínicas municipales, policlínicas móviles y convenios con centros de salud.

En algunos lugares del interior las intendencias contratan los servicios de salud con las IAMC haciendo convenios de asistencia para sus funcionarios. También las respectivas asociaciones de funcionarios municipales, contratan ciertas coberturas de salud para sus afiliados y cuentan con móviles propios de traslado (ambulancias).

d) La Universidad de la República

A través de su Hospital Universitario “Dr. Manuel Quintela” que cuenta con 512 camas en uso, aunque está diseñado para trabajar con muchas más, presta servicios en casi todas las especialidades médicas.

Es un servicio público y general para pacientes agudos. Sus funciones son la docencia, investigación, y la prestación de servicios de salud. Es un hospital para pacientes de internación, breve salvo excepciones de interés docente, no admitiéndose personas que puedan pagar atención médica privada, ni asociados a mutualistas, cooperativas o instituciones similares; salvo ante razones de urgencia o cuando sólo ese hospital puede prestar un servicio en exclusividad.

Su organización depende del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República. Su principal fuente de ingresos son los de dicha institución. A pesar de ser un centro de referencia nacional, por falta de recursos financieros ha debido reducir el número de camas de internación disponibles; situación ésta, que está tratando de revertirse por parte de la actual administración.

e) Sanidad Militar y Policial

La Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, posee un Hospital Central de 450 camas, cubre el personal en ejercicio, familiares y retirados de las FFAA.

El servicio de Sanidad Policial, depende del Ministerio del Interior, posee un hospital de 70 camas y convenios con las IAMC del interior del país.

La principal fuente de ingresos son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Entre ambas instituciones se brinda una cobertura a más de 300.000 personas.

f) Banco de Seguros del Estado (BSE)

Creado en 1911, monopoliza la cobertura de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores del sector privado. Sus funciones son las de promover la seguridad e higiene laboral, pagar indemnizaciones en caso de incapacidad temporaria o permanente y las rentas a los causa – habientes en caso de fallecimiento.

Cuenta con un hospital de 160 camas en Montevideo y contrata servicios a terceros en el interior del país.

g) Entes Autónomos y Servicios Descentralizados

Varios de ellos como lo son ANCAP, Banco Hipotecario, etc. tienen servicios médicos propios a través de los cuales brindan atención a sus funcionarios y ex – funcionarios.

h) Fondo Nacional de Recursos

Comenzó a funcionar el 1 de diciembre de 1980 y actualmente se rige por la Ley 16.343 del 24 de diciembre de 1992. Es una persona pública no estatal que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada a toda la población.

Estos actos se efectúan a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), que son prestadores privados o públicos habilitados por el MSP, para realizar las técnicas cubiertas.

La medicina altamente especializada es aquella que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes, en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados en forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial.

Son beneficiarios quienes posean Carné de Asistencia otorgado por el MSP, los afiliados a las IAMC y los afiliados a otras instituciones con cobertura parcial integral.

El FNR vela por el correcto cumplimiento de cada técnica y hace un seguimiento de cada paciente, para garantizar la calidad de la asistencia. También está dentro de sus objetivos, el financiamiento de actos médicos que no se realizan en nuestro medio por razones de desarrollo tecnológico o porque la casuística no reúne el número de casos mínimo necesario para generar la experiencia técnica.

La cobertura económica se realiza por medio de los aportes de: el Estado, a través del MSP-ASSE; los Entes autónomos y Servicios Descentralizados, las IAMC que transfieren los aportes de sus afiliados, el aporte por afiliación directa de un seguro sobre estas prestaciones, el 5% sobre los premios a abonar a consecuencia de los aciertos producidos en el juego denominado “5 de Oro”, y el producto de un gravamen aplicado a las llamadas al 0900.

1.1.2.2 – El Sector Privado comprende:

a) Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Son instituciones que combinan dos tipos de funciones: seguro de salud y prestación de servicios médicos. Son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago, con cobertura de un paquete de prestaciones y cuyo número total de afiliados representa casi el 50% de la población del país.

Brinda a sus afiliados un paquete básico integral de asistencia que comprende: atención domiciliaria, ambulatoria, medicamentos, servicios de diagnóstico terapéutico y cirugía. La obligación de prestación de salud integral está regulada por el MSP.

Sus afiliados constituyen un conjunto de personas que aseguran los riesgos de su salud mediante pre-pago obligatorio y voluntario. Solo pueden plantearse distinciones, en cuanto a la capacidad de pago a través de la afiliación por la seguridad social. Las formas de afiliación pueden ser: Individual, Colectiva o a través de la Seguridad Social.

Formas jurídicas que pueden adoptar las IAMC (Ley 15.181)³

- ❑ **Asociaciones Asistenciales (Mutualistas):** inspiradas en los principios de la solidaridad y que, mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin.
- ❑ **Cooperativas de profesionales:** proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa.
- ❑ **Servicios de asistencia:** creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente a sus familiares.

De las 41 IAMC que existen en el país, 7 son mutualistas. La mayoría son Cooperativas de Profesionales. Existen pocas instituciones que no realizaron su transformación jurídica según las formas señaladas. Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí.

La mayoría de las IAMC están agrupadas en asociaciones de segundo grado (Federación Médica del Interior –FEMI-; Unión de la Mutualidad del Uruguay -UMU-; y el Plenario de IAMC).

b) Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)

Son organizaciones asistenciales propiedad de profesionales de la salud que operan dentro de un marco legal diferente al de las IAMC y pueden, por lo tanto, ofrecer seguros parciales de salud a precios no regulados por el Estado. Pueden contratar servicios con las IAMC siempre que sea autorizado por el MSP.

Han sido menos beneficiadas que las IAMC, en lo que respecta a exoneraciones fiscales y en lo referente a captación de beneficiarios a través del Seguro de Enfermedad. Asimismo han tenido en el último tiempo un crecimiento considerable, debido a la calidad del servicio que prestan.

c) Seguros privados con opciones diversas de cobertura

Se incluyen: Seguros Parciales de Salud, Hospitales Psiquiátricos Privados, las Clínicas y las Policlínicas Barriales privadas.

Son empresas comerciales con fines de lucro, las que mantienen un sistema de afiliación voluntario de pre-pago, con cuotas inferiores a las IAMC, brindando una asistencia parcial fundamentalmente asistencialista.

Han tenido un crecimiento en los últimos tiempos, debido a las dificultades planteadas en este tipo de asistencia por parte de las IAMC. La regulación por parte del Estado de

³ Ley 15.181: "Nuevas normas para la Asistencia Médica Colectiva Privada"; del 21 de agosto de 1981

estas instituciones, consiste básicamente en la autorización por parte del MSP para su funcionamiento y en la existencia de precios regulados.

d) Emergencias móviles

Constituyen una modalidad de seguro parcial, y están comprendidas por aquellas unidades equipadas para el tratamiento de pacientes, que por su gravedad, se encuentran con desequilibrio de uno o más sistemas fisiológicos principales, con o sin pérdida de auto-regulación o en eminencia de descompensación. Estas unidades deben estar equipadas para efectuar el tratamiento correspondiente en el sitio donde se encuentre el paciente, así como durante el traslado al lugar del tratamiento definitivo. Requieren de la autorización específica del MSP tanto para su creación como para su contratación por parte de una IAMC.

1.1.3 – Características del financiamiento del sistema de salud anterior a la reforma.

Como primera clasificación corresponde distinguir entre financiamiento público y privado. Todo financiamiento que no es público es considerado privado, es decir, se descarta la categoría de financiamiento mixto.

1.1.3.1 – Fuentes de financiamiento Público

Se entiende por financiamiento público el que proviene de los **Tributos** (impuestos, tasas y contribuciones) y de los **Precios** que se originan en las empresas públicas.

1.1.3.1.1) Tributos

Impuesto: es el tributo cuyo presupuesto de hecho es independiente de toda actividad estatal relativa al contribuyente. Constituye la principal fuente de ingresos del sector público y su destino es rentas generales. Los fondos provenientes de Rentas Generales, financian la mayor parte del gasto público que realiza el Estado. Los impuestos municipales, también se destinan en parte al financiamiento de la prestación de salud que realizan las intendencias municipales, por medio de sus policlínicas o para financiar la cobertura de salud de sus funcionarios.

Contribuciones a la Seguridad Social: son realizadas por los trabajadores, los empleadores y los pasivos. Cuando estas contribuciones no alcanzan a cubrir el total del gasto en salud, las brechas son cubiertas con transferencias desde el gobierno central.

- **Contribuciones personales y patronales:** antes de la reforma del sistema de salud, se aportaba para el Seguro de Enfermedad un 3% por parte del trabajador y un 5% por parte del empleador, también desde el año 1993 se estableció un Complemento de Cuota Mutua en el caso de que la aportación del 8% no fuera suficiente para financiar el valor de la cuota mutua pagada por el BPS a las IAMC.

- ❑ **Una excepción a este régimen de aportación** lo constituyen las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales. Éstas son personas jurídicas que pueden constituirse por Convenio colectivo entre empresas o conjuntos de empresas y por lo menos por adhesión de dos tercios de sus trabajadores. Estas personas jurídicas recaudan y administran sus propios fondos, contratando con una institución el servicio de asistencia de salud y aportando al Seguro de Salud del BPS un 0,5% de lo recaudado.
- ❑ **Otra excepción** al régimen de aportación al BPS, lo configuran las aportaciones de los trabajadores de los Ministerios de Defensa (S. Militar) y del Interior (S. Policial). En el caso de la sanidad militar la tasa promedio de aportación es del 6,8% (varía según el tamaño de la familia y el Grado del contribuyente); en tanto que para la sanidad policial el aporte es del 4%. En ninguno de los casos existe aportación del empleador; aunque gran parte de sus gastos es financiado con fondos presupuestales (Rentas Generales)
- ❑ **Otras contribuciones obligatorias:** las realizadas para financiar la asistencia del BSE, las contribuciones obligatorias a la Caja Notarial, al Seguro de Salud de OSE y del Banco Hipotecario.
- ❑ **Aportes de pasivos:** desde el año 1997, los pasivos de menores ingresos tienen el derecho a ser beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS. Deben para ello aportar el 3% del monto de su jubilación, en caso de optar por integrar el sistema, lo que los habilita a obtener cobertura en una IAMC de su elección. El resto de los pasivos que no acceden a este beneficio aportan el 1%.
- ❑ **Transferencias del Gobierno central a la Seguridad Social:** se realizan para financiar el déficit del Seguro de Enfermedad del BPS y el pago de las cuotas mutuales de los empleados públicos beneficiarios del seguro (Maestros y Judiciales). En el caso de Sanidad Militar y Policial el financiamiento proveniente de Rentas Generales también se considera como transferencias a la seguridad social.

1.1.3.1.2) Precios

Según la definición del Código Tributario, los Precios son: “La suma de dinero que el Estado percibe como contraprestación por la entrega de un bien, la concesión de su uso ó goce, la ejecución de una obra, ó la prestación de un servicio de naturaleza económica...”. Tienen denominaciones especiales: honorarios, peajes, proventos, intereses, recargos, primas, matrículas, etc.

En el caso del Servicio de Salud prestado por el MSP – ASSE a quienes no están registrados como usuarios, el precio cobrado tiene el nombre de “PROVENTOS” y constituyen una fuente de ingresos para este servicio de salud.

1.1.3.2 – Fuentes de financiamiento Privado

Está formado por todas las formas de financiamiento no público, sea por medio del pago contado o por el endeudamiento privado.

1.1.3.2.1) Cuota

Es la principal fuente de financiamiento, las mismas pueden ser de tres tipos:

- El pago individual, efectuado por particulares que contratan directamente con la IAMC.
- El pago por convenio colectivo, el efectuado por instituciones gremiales u asociaciones que contratan determinados servicios asistenciales con las IAMC para la atención de sus afiliados.
- El pago por seguridad social, es el que se realiza por medio del BPS, para la asistencia de salud a los trabajadores dependientes, a los titulares de empresas unipersonales y a los patronos del Sector Privado.

El valor del pago se componía de la cuota, fijada por el Poder Ejecutivo, más una sobre cuota por inversión que podía alcanzar como máximo un 7,5% del valor de la cuota. El valor de la cuota se fijaba en una base paramétrica donde el 67% eran salarios, 15% eran el índice de precios por mayor de productos manufacturados y el 18% restante se regulaba por el valor del dólar.

1.1.3.2.2) Co – pagos

Son los que deben realizar los afiliados para beneficiarse de la mayoría de los servicios (órdenes, estudios, medicamentos, etc.) excepto la internación. Estos co-pagos tuvieron su origen como Tasas Moderadoras, las cuales estaban reguladas por Poder Ejecutivo y su destino era “moderar” la utilización de los servicios asistenciales para casos innecesarios. En el año 1993 fueron liberadas las regulaciones, provocando un aumento en el precio de estos co-pagos y también sobre el precio final del servicio. Pero luego fueron regulados nuevamente por el estado, por medio del Ministerio de Economía y Finanzas, el cual fijaba periódicamente el valor y aumentos correspondientes de los mismos; cosa que se mantiene hasta la implementación de la Reforma.

1.1.3.2.3) Venta de servicios

Venta de servicios tales como: servicios de Internación Simple, Internación CTI, Servicios de Block Quirúrgico, etc.

1.1.3.3 – Proveedores de Servicios de Salud

Mientras la participación del sector público y privado en las fuentes de financiamiento son casi idénticas (aproximadamente 48% y 52% respectivamente), al considerar la participación relativa en tanto prestadores de servicios, la situación es muy diferente.

De datos del año 2004 se obtiene que el país destina el 25% de sus recursos en salud a los proveedores del sector público y el 75% a los del sector privado, a pesar de que ambos cuentan prácticamente con la misma cantidad de usuarios. En consecuencia, para ese año, el gasto promedio por usuario del sector privado es un 264% superior al correspondiente para los usuarios de ASSE.

1.1.4 – Situación general del sector salud en Uruguay anterior a la reforma.

Características más importantes:

- Pérdida continua de cobertura de asistencia médica, a través de la afiliación en IAMC. Hecho propiciado por la crisis sufrida en el país en el año 2002, que hizo que muchas personas quedaran desempleadas perdiendo de esta forma su cobertura mutual por el seguro de enfermedad y quedando sin una cobertura definida. En la práctica, eran asistidos por Salud Pública.
- Desfinanciamiento de las IAMC, debido fundamentalmente a: un envejecimiento de la población usuaria de sus servicios, mayores costos de tecnología para una atención basada en el diagnóstico y tratamiento, un enfoque asistencialista en lugar de uno preventivo o de promoción de la salud, competencia de los Seguros Parciales de Salud y Emergencias Móviles, deficiencias en el gerenciamiento de las instituciones, y por la diferencia surgida entre el costo de la atención integral mínima que están obligadas a servir a sus usuarios y el valor de la cuota fijada por el Ministerio de Economía y Finanzas, que perciben como ingresos.
- Distribución de recursos: el gasto o inversión en salud representaba el 8,96% del PBI, pero de todos modos Uruguay estaba en el lugar 65 a nivel mundial en cuanto al estado de la atención médica (según OMS). Es decir que, se configuraba un bajo resultado a pesar de la inversión realizada.

En cuanto al financiamiento del gasto en salud, según datos del 2004 ⁴, el presupuesto de salud se dividía: 25,4% para el sector público, y 74,6% para el sector privado.

El origen de los recursos estaba formado de la siguiente forma:

- El 50,4% provenía del sector privado, destinado: el 0,4% al sector público y el 50% al sector privado
- El restante 49,6%, provenía del sector público, destinado: el 25% al sector público y el 24,6% al sector privado

Las principales **fuentes de financiamiento** del sector eran: Hogares 49,6 %, Tributos 47,3%, Precios 2,3% y Endeudamiento 0,8%.

- Recursos destinados a la atención médica con alta tecnología en detrimento de la promoción y prevención. Producto de un modelo basado en un enfoque asistencialista y con poco énfasis en la promoción y prevención.
- Desorganización del sistema, superposición de servicios, carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control.⁵
- Las instituciones del sector, se destacaban por la ausencia de mecanismos de contralor, y donde existían, eran escasos e insuficientes.⁶

⁴ Cuentas de salud. http://www.msp.gub.uy/uc_523_1.html

⁵ Filgueira, Carlos, 1996. "Sobre revoluciones ocultas: las transformaciones de la familia en el Uruguay", documento de trabajo, Montevideo, CEPAL.

- Sistema inequitativo, en cuanto a financiación, distribución y uso de recursos en calidad y cantidad, salario y condiciones de trabajo de los dependientes, y en cuanto a las variable de ajustes y regulación.⁷
- Gran insatisfacción tanto de usuarios, médicos y funcionarios con respecto al modelo. Un medico del MSP ganaba en promedio la mitad que uno del área privada, y esto es lo que fundamentalmente contribuía al multiempleo, y dificulta la formación y el perfeccionamiento técnico y humano de la profesión. El multiempleo se materializaba a razón de 2,3 puestos o cargos por medico, en 2004.
*Por otro lado, Uruguay mantenía un viejo esquema de medicalizacion, consistente en la atención a la salud basada casi exclusivamente en el médico, con 5 médicos por cada enfermera (escaso numero de enfermeras como problemática)*⁸.
- Envejecimiento de la población: al ser un sistema basado en la solidaridad, donde el sano aporta por el enfermo y el joven por el anciano, el envejecimiento genera una baja en los resultados operativos de las instituciones, ya que incorporan la población de mayor riesgo y costo.
- Crisis de confianza de los usuarios en el sistema y los equipos de salud.⁹
- El sistema de salud, presentaba ciertas carencias respecto a las necesidades de la población uruguaya. La transformación demográfica, epidemiológica y social, termina por definir un nuevo perfil de necesidades (Aumento de la perspectiva de vida; reducción de la fecundidad; preponderancia de las patologías del tipo crónico degenerativas, Hipertensión y Diabetes).¹⁰
- Deficiente administración de algunas de las instituciones de salud. En las públicas, debido al limitado presupuesto otorgado por el MEF y la carencia de un perfil administrativo – contable de sus directores y administradores en general. En el ámbito privado, si bien se cuenta con Contadores, éstos no cuentan con un poder de decisión adecuado en el área financiera sobre inversiones, en general son atribuciones de las Direcciones de cada Centro.¹¹

⁶ Monografía: “Sistema Nacional Integrado de Salud – Impacto de la reforma” Autores: L. Cantera y A. Constantin; Montevideo Junio 2009; FCEA (Monografía 3893.1- Biblioteca)

⁷ Monografía: “Impacto de la reforma del sistema de salud sobre la estructura económica – financiera de las Instituciones de Asistencia Médicas Colectivas (IAMC) de Montevideo”; Autores: J. Siekavica; D. Techera y D Torino; Montevideo Marzo 2008 (Monografía 3677 – Biblioteca)

^{8, 9, 10 y 11} Monografía: “Sistema Nacional Integrado de Salud – Impacto de la reforma” Autores: L. Cantera y A. Constantin; Montevideo Junio 2009; FCEA (Monografía 3893.1- Biblioteca)

Reformas previas a la implantación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud:

- Concertación Nacional Programática (CONAPRO). Comisión creada para gestionar el diálogo de transición hacia la reinstalación del régimen político parlamentario en 1985. La comisión especializada en el tema Salud, planteó la necesidad de creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS), que permitiera brindar prestaciones igualitarias, integrales y accesibles para toda la población. También se planteaba la independencia entre el SNS (encargado de brindar asistencia) y el MSP (organismo que debería encargarse del control del sistema).
- Creación de ASSE, dependiente del MSP (Ley 15.903 del 10/11/87). En 1985 se envió al Parlamento un Proyecto de Ley para descentralizarla del MSP, el cual no fue aprobado.
- A partir de 1997, se incluye la afiliación a las IAMC, por medio del seguro de enfermedad, de los jubilados de menores recursos, por medio de un aporte personal del 3% de su jubilación y un aporte del 1% de los demás que no acceden.
- Implantación de un sistema de identificación de usuarios del sistema público. (años 90 – 95)
- Programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FIIS – MSP) financiado por el Banco Mundial. Dentro de sus objetivos se planteaban: 1) Equidad; 2) Eficiencia macroeconómica; 3) Calidad y 4) Enfoque en la asignación de recursos. Las alternativas para lograrlo eran una reducción en la tasa de crecimiento del gasto en salud y una serie de ajustes parciales. Se planteaba también, la creación de un Fondo Nacional que recibía y administraba los aportes financieros al sistema; así como también una “canasta de servicios de salud” mínima, que todos los efectores deberían garantizar a sus usuarios.
- En el año 2005, el gobierno inicia un plan de reforma, para lograr una concordancia de nuestro sistema de salud, con lo que expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cómo debiera ser un sistema de salud. La OMS expresa que los sistemas de salud comprenden los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. Plantea que los buenos sistemas de salud propenden al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible, para lo cual dicho sistema debiera ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención. (OMS, 2000:3-12). Se trata de que el nuevo sistema racionalice servicios, ahorre costos, mejore la justicia social en el acceso a las prestaciones y desarrolle la eficiencia del sistema.
- A partir del año 2005 se comenzaron a tomar otras medidas tendientes al fortalecimiento de ASSE. Con base de una política presupuestal, se incrementaron los gastos en inversiones, funcionamiento y salarios, tanto médicos como no – médicos.
- También en los años 2005 y 2006, se tomaron medidas tendientes a la rebaja de los tickets y órdenes que cobran las instituciones. Se lograron, entre otros, una rebaja en los tickets de medicamentos, gratuidad de acceso a la salud para pacientes diabéticos,

gratuidad de exámenes para el control de embarazo y de exámenes preventivos para las mujeres.

1.2 - Principales cambios introducidos por la Reforma

El concepto de salud que inspira esta reforma, deriva de la concepción de los Doctores Hugo Villar y Roberto Capote, quienes la definen como:

“una categoría biológica y social, en una unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológico y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”

El objetivo planteado por la reforma consiste en:

“asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.”

Se plantea que todas las personas puedan recibir atención integral en salud, mediante un sistema nacional integrado, mixto (público y privado) y financiado por un seguro nacional de salud. Financiado por cada ciudadano, según su capacidad contributiva y recibiendo del sistema, atención integral, según sus necesidades sanitarias.

Lineamientos y objetivos: surgieron a partir de las definiciones del gobierno nacional y se desarrollaron en el marco de la discusión amplia del MSP con los actores involucrados en el consejo consultivo para el cambio en salud. Este consejo se crea por medio de decreto, para promover la participación de los actores sociales con el fin de lograr el mayor consenso.

El proyecto de la reforma se basa en el slogan ***“no cuesta mas, ticket mas baratos, libertad de elección y nadie quedará fuera”***.

La propuesta consistió en transformar la organización del sector salud en un SNS obligatorio, sin que se la segmente en subsectores. Con esto, todas las personas tendrán derecho a una cobertura asistencial igualitaria, sin tener en cuenta el lugar donde se atienden sino la necesidad sanitaria de las mismas.

Al existir libre elección entre las prestadoras integrales de salud por parte de los beneficiarios del sistema, aquéllas compiten por la calidad de sus servicios y no por el volumen de afiliados, dado que se hace un seguimiento con el fin de detectar a tiempo los errores y las ineficiencias, tomándose las medidas correspondientes antes de que se produzcan situaciones que lleven a problemas mayores.

1.2.1 – Principales cambios

1.1.2.1.1) Definición de un nuevo modelo de atención de la salud

- a) **Orientación hacia una atención integral:** con principal énfasis en las acciones de *promoción y prevención*, se intenta asegurar la capacidad del diagnóstico precoz de enfermedades y su oportuno tratamiento, la adecuada recuperación, la rehabilitación y cuidados paliativos. Incluye también áreas hasta hoy parcialmente excluidas, como lo son la salud bucal, ocular y mental.
- b) **Fortalecimiento del primer nivel de atención:** básicamente de las policlínicas y los centros de salud que es donde se atienden aproximadamente el 80% de las consultas. También se plantea el fortalecimiento de la red hospitalaria, promoviendo la especialización por patologías más frecuentes, y el diseño de un Sistema Nacional de Urgencia y Emergencia.

1.1.2.1.2) Modelo de gestión

Conformación del llamado *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*, como forma de articular los servicios de salud públicos y privados, integrados en forma de red, con un órgano central de gobierno llamado “*Junta Nacional de Salud*”, niveles de atención definidos e interrelacionados y niveles de administración regionales y locales.

El Ministerio de Salud Pública será el responsable de conducir el proceso de construcción y de ejercer efectivamente la rectoría del Sistema de Salud en lo que se refiere a la definición de políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que eventualmente integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Según el Ec. Daniel Olesker¹², el gobierno nacional se ha planteado un cambio profundo en el país, transitando de un modelo definido como LACE (Liberal, Aperturista, Concentrador y Excluyente) hacia un modelo RADI (Rector, Autocentrado, Distributivo e Incluyente).

La reforma del sistema de salud intenta cambiar rotundamente las bases sobre las que está definido el modelo, por lo que puede ser considerada una reforma estructural, que lógicamente generara fuertes impactos desde el punto de vista económico, político y social.

¹² Olesker, Daniel. Sistema nacional integrado de salud. En: Transformación, Estado y Democracia. Revista de la oficina nacional del servicio civil N° 33 Año II – 2007

1.1.2.1.3) Cambio en el sistema de financiamiento y gasto del sector

El diseño del sistema tiende a asegurar la cobertura universal, mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad. Se basa en la justicia distributiva y se realizará a través de la creación de un **Seguro Nacional de Salud**, que contará con un fondo único (**Fondo Nacional de Salud - FONASA**) administrado centralmente al que contribuirán tanto el Estado como las empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo, los trabajadores, los pasivos y quienes perciban rentas, de acuerdo a sus ingresos, además de las partidas presupuestales y extra presupuestales que se le asignen.

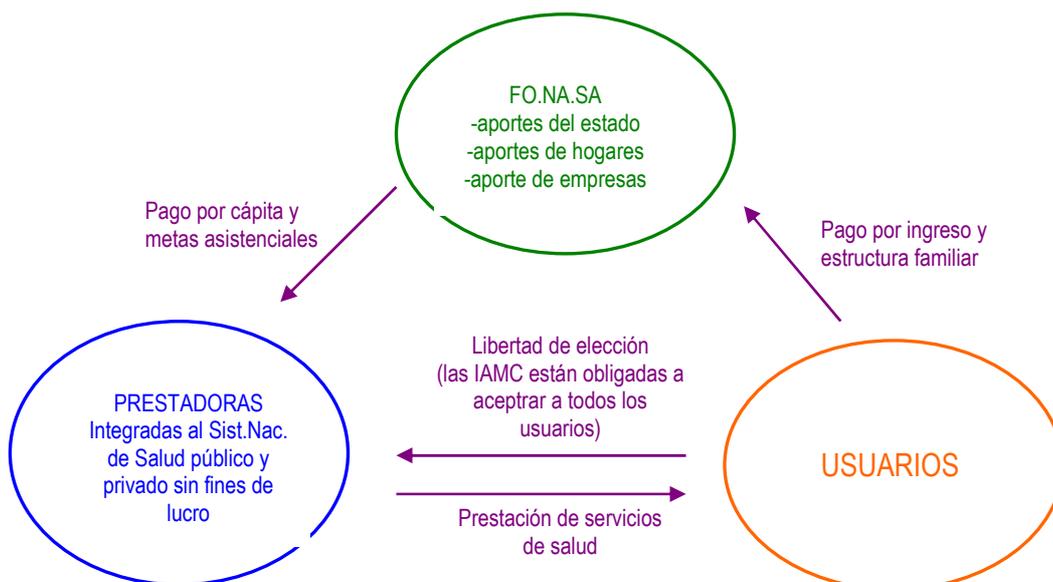
De este fondo se pagará a los distintos prestadores de salud, los servicios que brinden. Para este caso se ha fijado una “**cuota salud**” o “**cápita**”. La misma será fijada por el Poder Ejecutivo teniendo en cuenta, además de los elementos que la constituyen (cantidad, precio, calidad, disponibilidad) los riesgos de diferentes sectores de población, que en un principio, se han determinado por sexo y edad de los usuarios.

Este sistema de financiamiento reconoce un relacionamiento no monetario entre usuarios y prestadores de servicios, recibiendo simultáneamente de éstos los servicios prestados.

Esquema conceptual del Sistema

Los tres pilares del sistema son:

- Los **usuarios**, quienes aportan al FONASA y reciben atención integral
- El **FONASA** que recibe y administra los recursos aportados por las distintas vías
- Los **prestadores**, que brindan la atención integral a los usuarios y reciben del FONASA la correspondiente contraprestación



1.2.2 – Normativa fuente de los cambios

Se destacan las principales fuentes legales y normativas que fundamentan el nuevo sistema de salud Uruguayo.

a) Ley 17.930; Arts. 264 y 265 – Ley de Presupuesto Nacional (19/12/05)

El primer artículo citado, establece que el Ministerio de Salud Pública implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral, garantizando cobertura equitativa y universal. También aclara que lo logrará mediante la complementación público – privada y su estrategia será la atención primaria, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El segundo artículo citado, establece la creación por una Ley posterior de un Seguro Nacional de Salud, constituido por aportes públicos, privados y el aporte universal de los hogares beneficiarios del SNIS. En los incisos quinto y sexto se establece la forma de reembolso a los prestadores de servicios de salud, el cual se realizará a través de una cápita ajustada por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención. Los valores y mecanismos de ajustes serán fijados por el Poder Ejecutivo.

b) Ley 18.131 – Creación del Fondo Nacional de Salud – 18/05/07 y su Decreto Reglamentario N° 276/07 (02/08/07)

Esta Ley entró en vigencia el primero de Agosto de 2007, fecha desde la cual queda formalmente constituido el *Fondo Nacional de Salud*, el cual es administrado, según lo dispuesto, por el Banco de Previsión Social. Su principal cometido es financiar el régimen de prestación de asistencia médica de los trabajadores incluidos en el sistema.

Los trabajadores incluidos son: quienes desarrollen actividades amparadas por el Seguro de Enfermedad (BPS), los funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y el personal contratado a término. Se excluyen del sistema los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional, del Interior y de Salud Pública, por estar amparados por regímenes especiales de asistencia médica, asimismo se excluyen también los becarios y los pasantes.

Los recursos para el financiamiento de este Fondo, se obtendrán del aporte de los trabajadores que ingresan al sistema, por medio de un aporte personal del 3%, del aporte de los empleadores del 5% (ambos calculados sobre el monto imponible para el cálculo del montepío) y del aporte que realice el Banco de Previsión Social, por un monto equivalente al que el organismo abona a las prestadoras de servicio de salud a la fecha de vigencia de esta Ley.

El aporte del 3% de cargo de los trabajadores públicos será inicialmente de cargo de Rentas Generales y a partir del 1° de enero de 2008 aportarán a razón de un 1% acumulativo anual hasta alcanzar dicho 3%; la diferencia entre tanto también será de cargo de Rentas Generales.

Los nuevos beneficiarios del FONASA deberán optar por su afiliación a una IAMC o ASSE, en caso de no optar se les asigna directamente ASSE, aunque luego pueden modificarlo. Quienes tenían cobertura por ex – DISSE (actividad privada) o seguro convencional (actividad pública) deberán optar por una única afiliación. Si ejerce la opción como trabajador público, puede elegir otra IAMC distinta o por ASSE; en cambio, si ejerce la opción como trabajador de la actividad privada, deberá permanecer en la misma IAMC. Para todas estas variantes se fijan plazos perentorios. No se admite la doble cobertura.

Para el caso de los reingresos a la actividad, de quienes tenían cobertura por ex – DISSE, existen dos situaciones: si estuvieron en inactividad por menos de 120 días, deben continuar con la misma IAMC; en el caso de inactividad mayor a 120 días, puede elegir un nuevo prestador (IAMC o ASSE).

Otro tema planteado por esta Ley es la forma de pago a las instituciones prestadoras del servicio de asistencia. Se establece un pago por cápita, igual para cualquier tipo de institución, calculada en función de la edad y sexo, así como también un componente vinculado al cumplimiento de metas prestacionales. Se faculta al Poder Ejecutivo la fijación de las mismas y de los respectivos mecanismos de ajuste.

Como consideración final, el Art. 11 de esta Ley, tipifica como delito los actos de intermediación lucrativa, de promoción o publicidad, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones públicas o privadas, entregando a cambio dinero u otra ventaja lucrativa equivalente al socio o afiliado.

c) Ley 18.161 – Administración de los Servicios de Salud del Estado se crea como Servicio Descentralizado (29/07/07)

Esta Ley crea como organismo descentralizado a la Administración de Servicios de Salud del Estado, el cual se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y tendrá domicilio principal en la capital de la República. Estará dirigida por un Directorio compuesto de cinco miembros que serán designados mediante el sistema existente para entes autónomos y servicios descentralizados; en particular se establece que dos de estos miembros deberán ser representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE. En los primeros tres años de funcionamiento podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio.

Los principales cometidos de ASSE son:

- Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud
- Ejercer la coordinación con las demás entidades Estatales que prestan servicios de salud.
- Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley 17.930 de presupuesto nacional.
- Brindar los servicios de salud, que hasta entonces eran responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y que los prestaba a través de su órgano desconcentrado ASSE.

- Cumplir con el derecho en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución de la República, que obliga al Estado a atender a los carentes de recursos.
- Efectuar y mantener un adecuado diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que pueden condicionar sus niveles, elaborando estrategias adecuadas para la superación de los mismos.
- Contribuir, mediante planes adecuados de difusión. Al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

El tercer capítulo de esta Ley, contiene las disposiciones sobre el poder jurídico que tendrá el Directorio de ASSE y la forma en que se adoptarán las decisiones. La representación del Directorio será función de su Presidente, quien además, tendrá como principales facultades y responsabilidades: la ejecución de las resoluciones del Directorio, adoptar y disponer de medidas urgentes en caso de ser necesarias, presidir las sesiones del Directorio y firmar todos los actos y contratos en que intervenga el servicio descentralizado. Los miembros del Directorio no podrán ejercer cargos que dependan de este organismo, esta inhabilitación durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones. Tampoco podrán ejercer profesiones o actividades que se relacionen con ASSE a excepción de funciones docentes de carácter honoraria en institutos de enseñanza superior.

Se establece también, que se formarán un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Departamentales o Locales, que realizarán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones.

El patrimonio de ASSE, se formará con los Activos y Pasivos que posea el órgano desconcentrado ASSE a la fecha de vigencia de la presente Ley. Se formará también, de las donaciones o legados que reciba y con las transferencias de activo que le realicen el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro Organismo del Estado.

Los recursos de ASSE se conformarán con el producido de sus proventos, con las donaciones o legado que reciba, con un *Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios*, con las asignaciones del Presupuesto Nacional y con los aportes que realicen sus usuarios a través del FONASA. En el caso de existir excedentes, podrán destinarse al financiamiento de inversiones, a la creación de una reserva especial para cubrir futuros déficit operativos o ser transferidos al Gobierno Central.

El Art. 15, declara de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de la presente Ley. Dichas designaciones de bienes serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

En cuanto a recursos humanos, ASSE contará con los que, hasta entonces, fueran funcionarios de órgano desconcentrado ASSE. El ingreso de personal de cualquier categoría se registrará por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público. El Directorio de ASSE deberá formular un *Estatuto del Funcionario* y elevarlo al Poder Ejecutivo para su aprobación.

d) Ley N° 18.211 – Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (05/12/2007)

La presente Ley configura la normativa referente a la creación, funcionamiento y financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En su capítulo I se establecen las “Disposiciones Generales”. Establece como competencia del MSP la implementación del SNIS, dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Resumen de los Principios rectores del Sistema (Art. 3°)

- a) Promoción de la salud
- b) Intersectorialidad de las políticas de salud, dentro de las políticas de mejora de la calidad de vida de la población.
- c) Cobertura universal, accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- d) La Equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- e) Orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- f) Calidad integral de la atención, que respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- g) Respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- h) Elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- i) Participación social de trabajadores y usuarios.
- j) Solidaridad en el financiamiento general.
- k) Eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- l) Sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Resumen de los Objetivos del Sistema (Art. 4°)

- a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud, mediante actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente, que promuevan hábitos saludables de vida.
- b) Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- d) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- e) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- h) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Resumen de las competencias del Ministerio de Salud Pública (Art. 5°):

- a) Elaborar las políticas y normas para la organización y funcionamiento del Sistema y ejercer el contralor general de su observancia.

- b) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- c) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- d) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema.
- e) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- f) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- g) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- h) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- i) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- j) Las demás atribuciones que le otorga la presente Ley, la Ley 9.202 “Orgánica de Salud Pública” del 12/01/1934, y otras disposiciones aplicables.

Los artículos subsiguientes de este capítulo establecen otras disposiciones generales:

- La creación por parte del MSP de un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud, toda nueva incorporación de tecnología deberá ser autorizada por el MSP;
- Establecimiento de una política nacional de medicamentos, con el objetivo de promover su uso racional y sustentable. Son atribuciones de este Ministerio, la determinación de la obligatoriedad de la prescripción por denominación común internacional según sus principios activos, la inspección y la fiscalización de empresas farmacéuticas.
- El control de la calidad integral de la atención en salud que realice el MSP tomará en cuenta el respeto a los principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.
- El MSP promoverá en coordinación con los organismos competentes, el desarrollo profesional de los recursos humanos; también la armonización de los parámetros de calidad de bienes, servicios y factores productivos del área de salud.

El Capítulo II de esta Ley: “Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud”, establece:

- Quienes pueden integrar el Sistema: los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales, y las entidades a que refiere el Art. 265 de la Ley 17.930 (IAMC, IAMPP sin fines de lucro y los Seguros Integrales autorizados por el MSP).
- Para integrar el Sistema deberán contar con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. También con órganos de gobierno y con un Director Técnico.
- La Junta Nacional de Salud (JUNASA; que es creada por el Art. 23 de la presente Ley) será quien autorice como integrante del Sistema, en función de ciertos factores

-
- citados en el Art. 14° (cantidad de usuarios, de recursos humanos, planta física, equipamiento, programas de atención a la salud, estado económico-financiero, etc.). Esta Junta suscribirá contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema.
- Las entidades que se integren al sistema deberán recabar la autorización del MSP, quien oirá en todos los casos a la JUNASA, para:
 - a) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
 - b) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.
 - c) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

 - Las entidades que integran el Sistema, no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente Ley.

 - Las prestaciones incluidas en los programas integrales, podrán requerir el pago de tasas moderadoras, de las cuales fijará el máximo el Poder Ejecutivo. Éste promoverá la progresiva reducción del monto de las mismas, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

 - Las entidades privadas que no se incorporen al Sistema, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que cuenten con la habilitación del MSP. Los usuarios del SNIS que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud. Ésta pagará a los seguros integrales por la atención de esos usuarios, siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos: 1) que otorguen las mismas prestaciones que los Programas Integrales del MSP, y 2) que aporten al MSP y a la JUNASA información asistencial y económico-financiera que les sea requerida. El pago máximo que realizará la JUNASA será equivalente al aporte obrero y patronal del contribuyente. Estos Seguros verterán al FONASA el 6% de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración.

Capítulo III de esta Ley: “Junta Nacional de Salud” (JUNASA)

Art. 23°: “Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.”

Resumen de los cometidos de la JUNASA (Art. 24°):

- a) Administrar el Seguro Nacional de Salud.
- b) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema.

Composición de la JUNASA (Art. 25°):

Tiene carácter honorario y sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo.

Está compuesta por:

- a) Dos miembros representantes del MSP, uno de los cuales la Presidirá.
- b) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- c) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- d) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema.

- e) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema.
- f) Un miembro representante de los usuarios del Sistema.

En todos los casos por cada titular se designará un alterno. Los representantes incluidos en los literales D, E y F, permanecerán en el cargo un máximo de dos años. La reglamentación establecerá los mecanismos de selección de los mismos, garantizando la selección por mecanismos democráticos.

La JUNASA contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación, observando la participación de los prestadores de servicios de salud, sus trabajadores y sus usuarios. Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Resumen de las principales competencias de la JUNASA (Art. 28°):

- a) Suscribir con los prestadores privados los respectivos Contratos de Gestión.
- b) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral de salud que correspondan y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al FONASA.
- c) Disponer el pago de la cuota salud a los prestadores, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de sus obligaciones.
- d) Controlar la relación entre prestadores de salud y la de éstos con terceros.
- e) Disponer la suspensión del pago de la cuota salud, en caso de incumplimiento de las obligaciones por parte de los prestadores.
- f) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento, el cual quedará a la aprobación del Poder Ejecutivo, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- g) Las demás que le asigne la Ley.

Son competencias del Presidente de la JUNASA (Art. 29°): presidir las sesiones; ejecutar las resoluciones; tomar las medidas urgentes que entienda necesarias, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior; representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios; y las demás tareas que le sean encargadas por la junta.

En los Arts. 30° a 33° se establecen: la forma de sesionar y las mayorías necesarias para tomar las decisiones; se crea dentro del Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” el Programa “Administración del Seguro Nacional de Salud”, dentro del cual se constituye la JUNASA como su unidad ejecutora; y otras competencias y obligaciones de información que debe cumplir la JUNASA.

Capítulo IV: “Red de atención de la salud” (Arts. 34° a 44°)

Se establece que el Sistema de salud se organizará en “redes por niveles de atención, según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones”. Tiene como prioridad estratégica el primer nivel de atención, y es función de la JUNASA, de acuerdo a las normas que dicte el MSP, establecer y asegurar los mecanismos de referencia entre los distintos niveles de atención.

El **Primer Nivel de Atención** es definido por el Art. 36° como:

“...el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.”

Se destaca en el segundo inciso, que se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

El Art. 37° establece que el **Segundo Nivel** esta constituido por:

“...el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.”

El Art. 38° define el **Tercer Nivel**:

“...está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.”

Los siguientes artículos de este capítulo establecen que la JUNASA establecerá redes de atención de la salud, los prestadores de salud, integrantes de esas redes, podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido. Estas redes podrán coordinar acciones con centros educativos de cada zona, así como con las políticas sociales existentes dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población y con una perspectiva intersectorial.

Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema, podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el MSP. Dichos contratos deben ser sometidos a la aprobación de la JUNASA, quien analizará la capacidad y recursos de las instituciones, así como la inexistencia de deudas vencidas entre las entidades co-contratantes.

Las farmacias registradas y habilitadas por el MSP también se integran al Sistema, por medio de la dispensación de medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud, debiendo contratar con ellos. A dichos contratos se les aplica el mismo régimen de contralor por parte de la JUNASA.

Finalmente en el presente capítulo se establece la potestad al Poder Ejecutivo de fijar precios de referencia para las contrataciones citadas anteriormente. También se establece la incompatibilidad en el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento, en las entidades co-contratantes de las personas que ejerzan esas funciones, así como de socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad. Se exceptúa el caso en que se establezcan alianzas estratégicas o cuando uno asuma el gerenciamiento del otro, debiendo en ambos casos requerir la autorización de la JUNASA.

Capítulo V: “Cobertura de atención médica” (Arts. 45° a 48°)

En el Art. 45° se establece que las entidades públicas y privadas que integren el Sistema, deberán prestar a sus usuarios los programas integrales de prestaciones que apruebe el MSP, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- a) Actividades de promoción y protección de la salud dirigidas a las personas.
- b) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud por enfermedad detectados.
- c) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- d) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La ley establece la potestad al Poder Ejecutivo, para que en la reglamentación de la presente, establezca una lista taxativa de las prestaciones a servir. También establece que deberán brindar el servicio de emergencia médica incluida en los programas integrales aprobados por el MSP. La elección del prestador de este servicio de emergencia, se realizará por parte de los usuarios, siendo potestad del Poder Ejecutivo el establecimiento del plazo de establecimiento y la fijación del importe y el plazo, en que las entidades pagarán a los servicios de referencia.

Las prestaciones no incluidas en los programas integrales establecidos por el MSP, podrán contratarse en acuerdo entre prestadores y usuarios, siendo este Ministerio el encargado del contralor de aspectos técnicos sanitarios.

Finalmente, se establece que las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes. Los prestadores de salud integrados al Sistema, realizarán para sus respectivos usuarios las pericias técnicas que correspondan (ejemplo: certificación por enfermedad, para el BPS).

Capítulo VI: “Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud” (Arts. 49° a 54°)

El presente capítulo comienza con una descripción de quienes son los Usuarios del Sistema: “... las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la JUNASA ...”. La elección del prestador es a libre elección del usuario, el que además podrá modificar su elección en los términos que fije la

reglamentación. No se admite la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema.

Resumen de los derechos de los usuarios (Art. 51°):

- a) Recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.
- b) Recibir las prestaciones incluidas en los programas integrales dispuestos por el MSP.
- c) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- d) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio de la JUNASA, el MSP y el FNR.
- e) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- f) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema.
- g) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones.

Resumen de las obligaciones de los usuarios (Art. 52°):

- a) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- b) Cumplir con las formalidades requeridas para acceder a los servicios de salud.
- c) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- d) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.
- e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.
- f) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Se establece en el inciso final de este artículo, que el incumplimiento de estas obligaciones implicarán las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Finalmente se establece el derecho de los usuarios a participar en los órganos asesores y consultivos determinados por el Art. 12° de la presente Ley. La JUNASA podrá establecer mecanismos de recepción de quejas y denuncias de los usuarios del Sistema y podrá establecer mecanismos de solución de diferendos.

Capítulo VII: “Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud” (Arts. 55° al 74°)

Se establece que la prestación de los servicios de salud que realicen las entidades públicas o privadas integrantes del Sistema, dará derecho al cobro de una “Cuota Salud” por cada usuario registrado en sus padrones. La misma será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención de los Ministerios de Economía y de Salud Pública, oyendo a la JUNASA. El monto de esta cuota se establecerá en función de los costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y el cumplimiento de metas asistenciales.

El Art. 56° establece particularmente la obligación de ASSE de adecuar las prestaciones de salud que ofrece, a las exigidas a las restantes entidades integrantes del sistema, fijando como plazo máximo para ello, el 31 de diciembre de 2009.

Se crea el **Seguro Nacional de Salud**, el cual será financiado por el Fondo Nacional de Salud (creado por el Art. 1° de la Ley N° 18.131), y será de su cargo el pago de las cuotas salud correspondiente a cada prestador.

El Fondo Nacional de Salud se constituyó en el Banco de Previsión Social (BPS), que será el encargado de recepcionar los aportes y efectivizar el pago de las cuotas salud a los prestadores, de conformidad a las órdenes de pago que emita la JUNASA. Esta Junta es la administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El BPS será el encargado de los cometidos de administración tributaria del Fondo Nacional de Salud, actuando como Sujeto Activo de las contribuciones especiales de seguridad social, que constituyen los recursos del mismo.

El Art. 58° establece: “Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.”

El Art. 59° establece la forma en que se financiará ASSE, pasando de recursos obtenidos a través de “Rentas Generales”, a los recursos obtenidos por la cuota salud, a través de “Recursos con Afectación Especial”. La distribución de estos recursos para el pago de la mayoría de sus proveedores, se realizará por medio del Ministerio de Economía y Finanzas y de la Contaduría General de la Nación, según lo comunique ASSE para cada Unidad Ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión.

Resumen de los recursos que serán 100% para el Fondo Nacional de Salud (Art.60°):

- a) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- b) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- c) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- d) Aportes obligatorios de pasivos.
- e) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- f) El 6% de los ingresos recibidos por los Seguros Integrales, originarios del Propio fondo por concepto de costos de administración (según Art. 22°).
- g) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- h) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

En el inciso final de este artículo se autoriza al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

En el Art. 61° se establecen las distintas formas de aportación que realizarán: el Estado, las Personas Públicas no estatales y las empresas privadas. Dicho aporte se mantiene en un régimen similar al anterior a la Reforma, deben pagar el 5% del total de retribuciones sujetas a Montepío, que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud. Además el complemento de cuota salud que correspondiere, es decir la diferencia entre el total vertido por el organismo de seguridad social a los prestadores de salud, por los trabajadores amparados de la empresa, y el total aportado por concepto del 5% de las retribuciones sujetas a montepío antes mencionada.

Para el caso de las aportaciones de empresas rurales, se mantiene el régimen anterior en general; con la excepción de la Unipersonales Rurales optantes por la cobertura de salud bonificada, quienes aportarán el 45% de la **cuota mutual**. Aquellas que integren a la cobertura de salud, a sus hijos menores de 18 años, o mayores de 18 con discapacidad, aportarán el 69% de la **cuota mutual**. Cabe aclarar que la **cuota mutual**, se determina según lo previsto en el Art. 337 de la Ley N° 16.320, como un promedio de las cuotas a la afiliación individual y voluntaria, que cobran en promedio las entidades prestadoras de salud de Montevideo y del interior del país.

Los empresarios unipersonales rurales y los unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud.

Continúa este artículo, con la descripción del aporte que corresponde realizar a los trabajadores públicos y privados:

- a) 6% si las retribuciones superan 2,5 BPC (Bases de Prestaciones y Contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- b) 4.5% si las retribuciones superan 2,5 BPC mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- c) 3% si las retribuciones no superan 2,5 BPC mensuales con independencia de que tenga o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o concubino.

Finalmente, se plantea que para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud, por el Art. 2° de la Ley 18.131 (funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, las cuidadoras del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, los contratados a término; excepto los funcionarios de los Ministerios de Defensa Nacional, del Interior y de Salud Pública), el aporte será de un 1% anual acumulativo hasta alcanzar los siguientes porcentajes:

- a) 3% si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

- b) 1,5% si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad, genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Se consideran Usuarios del Seguro Nacional de Salud, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 BPC en el mismo período. También lo serán quienes no cumplan con dichos requisitos y sus patronos asuman el pago del complemento de cuota mutual al cual refiere el Art. 61.

Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro de Salud que se acojan al beneficio de jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar y a su nivel de ingresos.

El Art. 63° incluye al amparo del Seguro a los jubilados que se desempeñaron como no dependientes, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC mensuales y que además integren los hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere las 2,5 BPC. Aportarán para tal fin el 3% de su pasividad.

El Art. 64° establece que los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, tienen derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema, pudiendo ser incluso, distinto prestador que el de sus mayores usuarios amparados por el Seguro.

Los trabajadores beneficiarios del Seguro podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el Valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos.

Quienes dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar recibiendo atención de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

En el Art. 66° se establece el cronograma y las condiciones en que se integrarán al Seguro Nacional de Salud, el cónyuge o concubino a cargo de usuario amparado por el Seguro. Optarán por el pago del 2% adicional de sus retribuciones para incorporarlos a dicho seguro, que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores integrantes del Sistema. La incorporación se realizará de acuerdo a lo previsto en el siguiente cronograma:

- ◆ Antes del 31/12/2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.
- ◆ Antes del 31/12/2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.
- ◆ Antes del 31/12/2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

- ◆ Antes del 31/12/2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Las personas que hubieran realizado afiliaciones vitalicias con los prestadores de salud, anterior a la entrada en vigencia de la presente Ley y que permanezcan registrados en los padrones de dichos prestadores, están exoneradas de realizar los aportes a que refiere el Art. 61°. En caso de tener hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán el 2% de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto anteriormente.

Se incorporan al Seguro Nacional de Salud a partir del 01/01/2008, además de los comprendidos en lo dispuesto por el Art. 2° de la Ley 18.131, los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, del Poder Judicial, de la Administración Nacional de Educación Pública, de la Universidad de la República, de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores y los funcionarios de los organismos públicos nacionales; con excepción del Ministerio de Defensa Nacional y del Ministerio del Interior. Asimismo quedan incorporados desde esa fecha, los beneficiarios del Subsidio Transitorio por Incapacidad parcial servido por el BPS.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes. Esto no los exonera de realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente Ley.

En el Art. 69° se estipula que los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 01/01/2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables. Se faculta al Poder Ejecutivo a otorgar igual tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares, que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente Ley.

En el Art. 70° se establece la aportación obligatoria que deberán realizar quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia. Dicho aporte y la consecuente integración al Seguro Nacional de Salud, cuando no fueren beneficiarios del mismo, se realizará a partir del 1 de enero del 2011.

La aportación se calcula aplicando la tasa que corresponda, según estructura familiar y de ingresos, al saldo resultante de deducirle al total de ingresos percibidos, el 30% y los créditos incobrables según criterio de la Dirección General Impositiva (Régimen planteado por el Art. 34 del Título 7° del Texto Ordenado 1996). En caso que los ingresos hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades

Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas, sobre un ficto de 6,5 BPC. En el caso de las empresas que presten servicios fuera de la relación de dependencia. Este régimen se mantendrá hasta el 31 de diciembre del 2010; a partir de enero de 2011, se regirá por lo dispuesto en el artículo anterior.

Finaliza esta Ley, facultando al Poder Ejecutivo a postergar las fechas establecidas en la presente Ley, para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas y previo informe al Poder Legislativo con 120 días de antelación al inicio de cada año.

El Fondo Nacional de Recursos, mantendrá su autonomía administrativa, en tanto que los aportes de los beneficiarios, los recibirán por medio del Seguro Nacional de Salud y será una cuota única por cada beneficiario.

También se faculta al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente Ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los artículos 61 y 66 de la presente Ley.

e) Decreto 02/2008 de 8 de enero de 2008: reglamentario de la Ley 18.211

Comienza la redacción de este decreto, con la descripción de aspectos relacionados con la incorporación de los distintos colectivos de beneficiarios al Sistema Nacional Integrado de Salud y al amparo del Seguro Nacional de Salud.

En cuanto a plazos de incorporación, se establece que los funcionarios del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Poder Judicial (PJ), de la Universidad de la República (UdelaR), de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y del Poder Legislativo (PL), se incorporaran no más allá del 1 de marzo de 2008; cabe destacar que el artículo 68 de la ley que se reglamenta establecía como plazo de incorporación el 1 de enero de ese año; pero también facultaba al Poder Ejecutivo a modificar dicho plazo. Están exceptuados por la ley de la incorporación en esta primera instancia, los funcionarios de los Ministerios de Defensa Nacional (MDN) y del Interior (MI). El decreto expresamente exceptúa de la incorporación en dicho plazo a los funcionarios de la Administración de Enseñanza Técnico Profesional (ANEP); "...quienes se integrarán no más allá del 1 de julio del mismo año...", según establece.

Se incluyen al sistema los colectivos de la industria tabacalera y a otros que determine el Poder Ejecutivo en acuerdo con el MSP y con el MEF.

En cuanto al régimen de aportación se establece la obligación de declarar ante el Banco de Previsión Social (y en la forma que éste lo requiera) la inexistencia de hijos menores de 18 años, ni mayores de esa edad con discapacidad, a cargo de los beneficiarios del Seguro. De encontrarse en esta situación, se beneficia al aportante cuyos ingresos superen las 2,5 BPC, el cual aportará sólo el 4.5% de sus ingresos; de no declarar esta situación se le aplica el régimen de aportación del 6% sobre sus ingresos.

Los ingresos que se consideran materia gravada, son los determinados por los artículos 153 y siguientes de la Ley 16.713¹³ y su Decreto reglamentario N° 113/96¹⁴. Básicamente se incluyen las retribuciones personales recibidas en dinero y en especie y los fictos fijados por el BPS, sujetos al gravamen del Montepío. Para la determinación del monto imponible, no se consideran los topes de aportación establecidos para el régimen de Ahorro Previo (AFAP), ni el Sueldo Anual Complementario (Aguinaldo).

Para el cálculo del Complemento de Cuota Mutual, que realizan los empleadores sobre su personal dependiente, se computará en todos los casos solamente el 3% de aporte personal obrero. Es decir se computa para el cálculo un total de 8%: 3% de aporte personal obrero y un 5% de aporte patronal.

Finalmente, en cuanto a aportación, se establece la obligatoriedad de la retención por parte de los empleadores o titulares de obras de construcción, de retener a los trabajadores de este ramo (cuyo aporte a la Seguridad Social es por medio del Régimen Unificado), el adicional de 1,5% o 3% según corresponda a su estructura familiar de dependientes.

En lo referente a la elección del prestador de servicios de salud, se establece que:

- ✓ Los trabajadores públicos y privados, que al 1/1/08 no cuenten con cobertura integral de salud con cargo al Fondo Nacional de Salud, podrán elegir un prestador de los que integran el Sistema, en un plazo máximo de 30 días contados desde esa fecha; en caso de no optar serán registrados provisoriamente en ASSE, registro que quedará firme luego de transcurridos 90 días de efectuado. Quienes fueran inscriptos de oficio en ASSE contarán con un plazo de 120 días desde el 1/1/08 para cambiar de prestador.
- ✓ Quienes egresen de la actividad laboral por la cual estaban incluidos en el Seguro Nacional de Salud y se reintegren a la misma (o a otra que les conceda igual derecho) en un plazo menor a 120 días, serán registrados de oficio por el BPS, en el padrón de usuarios del mismo prestador. Esto es así, siempre que no se trate de un “prestador integral” de servicios de salud, el cual no se integra al Sistema.
- ✓ En el caso que sea un prestador integral o que el plazo de inactividad exceda los 120 días, podrá el beneficiario elegir cualquier prestador integrante del Sistema.
- ✓ Los trabajadores públicos que queden amparados por el Seguro Nacional de Salud y a la vez cuenten con otra cobertura a cargo del Estado al 1/1/08, deberán elegir bajo que cobertura quedarán amparados, contando para ello con un plazo de 90 días desde la fecha anteriormente citada. Quienes opten por permanecer en la cobertura pública, podrán elegir un nuevo prestador y no quedarán sujetos al régimen de amparo por el Seguro Nacional de Salud, de sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad.

¹³ Ley 16713, “Seguridad Social”; de 03 de setiembre de 1995.

¹⁴ Decreto 113/1996; de 27 de marzo de 1996.

- ✓ Los trabajadores a los que refieren los artículos 61, 63 y 68 de la Ley que se reglamenta (públicos, privados, jubilados de actividades no dependientes y de ingresos menores a 2,5 BPC, funcionarios de: MSP, PJ, ANET, Udelar, ASSE, PL; excepto MDN y MI), podrán elegir de entre los prestadores de salud integrados al Sistema.
- ✓ Los trabajadores en actividad que pasan a régimen de jubilación o prejubilación, permanecerán en el mismo prestador que tuvieran hasta entonces. Quienes estuvieran inscriptos en prestadores integrales, no integrantes del Sistema (Art. 22° - Ley 18.211) podrán optar por otro prestador integrado.

El Capítulo II de este decreto trata el amparo de los hijos a cargo de los beneficiarios.

En el Art. 13 se establece que: “...se entiende que están necesariamente a cargo de sus padres biológicos o adoptivos los menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, independientemente de que integren o no el mismo núcleo familiar e incluso sin que se verifique en los hechos la efectiva contribución económica para su manutención o la colaboración en la misma.”

Consecuentemente todo padre o madre, biológico o adoptivo, tutores, curadores y o titulares de guarda dispuesta judicialmente, que revista la condición de beneficiario del Seguro Nacional de Salud (y por lo tanto ampare a sus “hijos” en el mismo) deberá realizar los aportes al FONASA, según lo estipulado para cada nivel de ingresos y estructura familiar dependiente.

Los beneficiarios del Seguro podrán incluir a los hijos de su cónyuge o concubino que sean menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, exclusivamente en el caso que los padres (o al menos uno de ellos) biológicos o adoptivos de dichos hijos, carezcan de la condición de beneficiarios-atributarios del Seguro. Los aportes que corresponden son los previstos en el Art. 61 de la Ley, para personas con hijos a cargo.

La condición de “discapacidad” será dictaminada por los servicios especializados del Banco de Previsión Social.

Para acceder al régimen de amparo de hijos a cargo, detallado anteriormente, se requiere que el beneficiario del Seguro Nacional de Salud, realice los aportes correspondientes:

- 6% para trabajadores públicos y privados con ingresos superiores a 2,5 BPC (Ley Art. 61, Inciso 7°, apartado A.)
- 3% para trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro por aplicación del Art. 2° de la Ley 18.131 (Funcionarios de la Administración Central, Tribunal de Cuentas, de lo Contencioso Administrativo, Corte Electoral, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Contratados a Término, y demás establecidos).

Los colectivos de trabajadores no incorporados efectivamente al Seguro Nacional de Salud, no atribuyen tales derechos.

Continuando con el régimen de amparo a hijos menores, el Art. 17 establece que el amparo del Seguro cesará:

- a) El primer día del mes siguiente al que el amparado cumpla 18 años, siempre que no configure discapacidad. Sin perjuicio de la opción que puede hacer el beneficiario-
aportante, de incluirlo hasta los 21 años, haciéndose cargo del pago de la Cuota
Salud, más el aporte el Fondo Nacional de Recursos.
- b) Si el amparado ingresa a una actividad laboral que le conceda el mismo derecho.
También a partir del primer día del mes siguiente que sea notificada el alta por el
empleador al BPS.

El Art. 18 establece expresamente la obligación de los padres (tutores o curadores) de hijos (propios o de su cónyuge o concubino) menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, de registrarlos como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. Pueden elegir un prestador de servicios de salud, o en caso de estar registrados previamente en alguno, pueden optar por permanecer en el mismo pero siendo beneficiario del Seguro. Para la opción de mantener la cobertura hasta los 21 años del hijo que es mayor de 18, puede continuarse con el mismo prestador o elegir otro integrante del Sistema.

Los hijos de los beneficiarios del Seguro, quedan amparados desde el momento de su nacimiento y quedan registrados en el padrón del prestador donde está registrada la madre. Esta afiliación podrá cambiarse dentro de los 90 días posteriores al nacimiento, de no hacerlo el primer registro quedará firme. Cuando el recién nacido hubiera perdido la condición de beneficiario del Seguro, la cobertura inicial se extenderá como mínimo hasta el último día del segundo mes posterior al del parto.

El Capítulo III trata el aspecto de los beneficiarios “cónyuge o concubino a cargo”.

Se establece que están a cargo del beneficiario del Seguro Nacional de Salud su cónyuge o concubino que no integre ninguno de los colectivos incorporados efectivamente al mismo.

El Capítulo IV trata los aspectos vinculados con lo prestadores de servicio de salud. El Art. 22 establece que para ser integrantes del Sistema deberán cumplir acumulativamente con:

- a) Estar creadas y habilitadas según lo establece el Decreto 455/001 de 22/11/2001.
- b) Revistan cualquiera de las tipologías previstas por el citado Decreto.
- c) Brindaran a su población usuaria cobertura integral de salud en forma efectiva.

El MSP procederá a la recategorización correspondiente, previa comprobación de los requisitos establecidos anteriormente y siempre que medie petición expresa de la institución de que se trate. Las instituciones que al 31/07/2008 no cuenten con la correspondiente recategorización otorgada por el MSP, serán excluidas del Seguro Nacional de Salud y caducarán sus contratos con el BPS. No obstante podrán seguir funcionando brindando servicios en régimen de libre contratación, en la tipología en que están habilitadas.

Los seguros integrales creados y habilitados por el MSP con posterioridad a la fecha de vigencia del presente decreto, quedarán excluidos del Seguro, a excepción de aquellos que no tengan fines de lucro.

Finalmente se establece que la elección de prestador no podrá modificarse hasta que el Poder Ejecutivo dicte la reglamentación correspondiente. Se exceptúan de este régimen:

- Quienes eligieron prestador privado con posterioridad al 01/08/2007, quienes podrán trasladar su registro en cualquier momento a ASSE.
- Quienes ingresen o egresen de un seguro integral, podrán hacerlo en cualquier momento, sin perjuicio de las disposiciones de permanencia mínima obligatoria dispuesta por el BPS.

El Capítulo V refiere a los aspectos del pago que realiza el Seguro Nacional de Salud a los distintos prestadores.

El pago que efectuará el administrador del FONASA, por los beneficiarios amparados en el Seguro, se componen de un componente cápita y uno de metas prestacionales. (Definidos en el Art. 8 Dec. 276/07 de 2/8/2007).

El pago de cápitas se estructura en tramos según el sexo y la edad de los beneficiarios, según el siguiente detalle:

Sexo Edad	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
Masculino	6,52	1,90	1,11	1,08	1,00	2,07	3,99	5,26
Femenino	5,57	1,79	1,00	1,43	2,12	2,53	3,47	4,34

La cápita base es el valor de la cuota correspondiente al sexo masculino en el tramo de 20 a 44 años, dicho valor será de \$ 419.- y se ajustará en la oportunidad que determine el Poder Ejecutivo.

El valor correspondiente a metas prestacionales, será inicialmente de \$ 45.- y se ajustará en la misma oportunidad que la cápita base.

El Art. 27° establece que la cuota salud que deberán pagar los beneficiarios del Seguro que opten por incluir a sus hijos de entre 18 y 21 años, se compone de \$ 590.- por concepto de cápita (calculada en base a los costos diferenciales de este grupo de beneficiarios) más \$ 45.- por concepto de metas. Dichos valores se ajustarán en igual oportunidad que la cápita base.

Será de cargo del beneficiario, además, el valor de la cuota correspondiente al Fondo Nacional de Recursos.

Todos los pagos citados en el Art. 27, serán recaudados por el prestador de salud en el cual estén registrados como usuarios los hijos incluidos. El prestador actuará como agente de recaudación del FONASA, efectuando la transferencia de información que corresponda, a efectos de contabilizar los ingresos y egresos de estas partidas en el mismo.

Para el caso de beneficiarios del Seguro, que contraten con seguros integrales, se aplicarán los siguientes procedimientos para el pago de las cuotas salud correspondientes:

- a) Si el beneficiario no tiene hijos amparados en el Seguro, el Administrador del Seguro pagará el menor importe entre la cápita correspondiente al sexo y edad del beneficiario y el total de aportes personales y patronales realizados en función de sus ingresos.
- b) Si el beneficiario tiene hijos amparados en el Seguro, la comparación para el pago se efectuará entre el total de cápitaa que correspondan por todos los amparados en el Seguro, según sexo y edad, y el total de aportes personales y patronales del o los padres. El pago al prestador, al igual que en el apartado anterior, será por el menor de los importes.

En todos los casos el Administrador del FONASA pagará al Fondo Nacional de Recursos las cuotas que correspondan a los asegurados registrados en los seguros integrales de salud y deducirá del total a pagar al prestador integral, el 6% por concepto de Administración autorizado por la Ley que se reglamenta.

Este decreto finaliza con disposiciones generales, dentro de las cuales se establece que entra en vigencia desde la fecha de publicación del mismo en el Diario Oficial.-

f) Análisis del Decreto N° 465/08 de 03/10/08 (Decreto del Consejo de Ministros N° 568/08 de 03/10/03)

Este decreto reglamenta lo establecido en el artículo 45 de la Ley 18.211, donde se definen las características de los Programas Integrales de Asistencia en Salud (PIAS), que los prestadores de salud deben brindar a sus usuarios según lo contratado con la JUNASA.

En el texto del decreto y en sus Anexos se establecen taxativamente los programas integrales que deberán brindar a sus usuarios los prestadores que integren el SNIS. En los anexos del mencionado decreto, se incluye el Catálogo de Prestaciones determinado por el Ministerio de Salud Pública. Este Ministerio procederá a la actualización de dichas prestaciones en función de la evidencia científica, la realidad demográfica y epidemiológica de la población, así como del estudio de costos.

Dichas prestaciones, no dan derecho a las instituciones prestadoras a cobro alguno a los usuarios del mismo, a excepción de las tasas moderadoras que autorice el Poder Ejecutivo.

Los programas incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo a la tecnología y medicamentos aprobados e incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos.

Según se detalla en su página institucional,¹⁵ el Ministerio de Salud Pública ha desarrollado Programas que tratan de distintos temas relacionados con la salud, tales como:

- Programa prioritario ITS/SIDA,

¹⁵ http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html

-
- Programa nacional de prevención de accidentes,
 - Programa nacional de salud bucal,
 - Programa nacional de salud mental,
 - Programa nacional de salud adolescente,
 - Programa nacional de nutrición,
 - Programa nacional de mujer y género,
 - Programa nacional de discapacidad,
 - Programa nacional de diabetes,
 - Programa nacional de control de tabaco,
 - Programa nacional de control del cáncer,
 - Programa nacional de atención a la niñez,
 - Programa nacional de adulto mayor,
 - Programa nacional de salud ocular,
 - Plan integral de atención a la salud.

g) Análisis de Ley 18.355 (de 15 de agosto de 2008): “Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud”

Esta ley establece los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud, así como también las obligaciones que competen a los distintos prestadores de salud y a su personal dependiente.

Dentro de las disposiciones generales, se establece en el artículo segundo que: “Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.”

En el capítulo segundo se establecen las distintas definiciones. En líneas generales se definen:

- ✓ “Servicios de Salud”: cualquier organización conformada por personas físicas o jurídicas, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.
- ✓ “Trabajador de la salud”: toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud.
- ✓ “Usuario de servicio de salud”: se define así a toda persona física que adquiera derecho a utilizar bienes o servicios de salud.
- ✓ “Paciente”: toda persona que recibe atención de salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. En caso de incapacidad o imposibilidad de ejercer sus derechos y asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

El capítulo tercero establece el derecho a acceder a una atención integral, que comprenda las acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos.

Este derecho se amplía con otros como son: el de ser atendido por personal debidamente capacitado y habilitado para el trabajo en salud; el de acceder a medicamentos de

calidad, prescriptos y de conocer sus posibles efectos colaterales; y a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados, cuenten con el debido control de calidad.

También se reitera, lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley N° 18.211, de la libertad de elección del sistema asistencial más adecuado, por parte del usuario.

Se establece como obligación del Estado, la responsabilidad del contralor de la propaganda destinada al consumo de medicamentos, a informar públicamente sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional y a garantizar el acceso a los medicamentos.

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos médicos, se incluirá en la historia clínica y puede ser revocado en cualquier momento. Podrán realizarse procedimientos médicos sin el consentimiento informado del paciente, siempre que medien razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor, dejando constancia de ello en la historia clínica. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica.

Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de la investigación, también por la Comisión de Bioética de la institución de asistencia y previa comunicación al MSP. Este consentimiento puede ser revocado voluntariamente por el paciente en cualquier etapa de la investigación. Las actividades de docencia en el ámbito de la salud, podrán ser realizadas en cualquier servicio de salud.

En el capítulo cuarto, se establecen los derechos relativos a la dignidad de la persona. Para garantizar los mismos se establece:

- ✓ Que los servicios de salud integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por representantes de los usuarios.
- ✓ Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno, lo que incluye:
 - a) Recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir explicación clara de su situación y en tiempo, ser atendido en los horarios de atención comprometidos.
 - b) Procurar que se evite el dolor físico o emocional.
 - c) A estar acompañado por sus representantes o seres queridos, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes o con los procedimientos médicos imprescindibles.
 - d) A “morir con dignidad”, entendiéndose por tal, el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando anticipar la muerte o prolongar artificialmente la vida, cuando no existan razonables expectativas de mejoría.
 - e) Negarse a que su patología sea utilizada con fines docentes, cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, o acentuación del dolor o reiteración de procedimientos.

- f) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

En el capítulo quinto se trata el derecho al conocimiento de su situación de salud, por parte del paciente. El Art. 18° establece que el paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad, lo que comprende:

- a) Conocer la probable evolución de la enfermedad.
- b) Solicitar este conocimiento en forma escrita y a ser informado de los recursos no disponibles en la institución donde se realiza la atención. Se podrá establecer restricciones a este derecho, con consentimiento de los familiares o cuando el paciente lo haya expresado previamente (“derecho a no saber”). Podrá relevarse este derecho a no saber, cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.
- c) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad.
- d) Que se lleve una historia clínica completa, donde figure la evolución de su estado de salud. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma. La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica, el paciente y el MSP cuando lo considere pertinente.
- e) Que los familiares conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste. En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, deberá acordarse con el paciente el alcance de esa comunicación.
- f) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando la orden médica de “No Reanimar”, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.
- g) Conocer previamente el costo que tendrá el servicio de salud prestado (en el caso que corresponda), sin que se produzcan modificaciones durante el proceso de atención.
- h) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.
- i) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y las alternativas terapéuticas aplicables. Las consultas de carácter privado, serán de cargo del paciente.

Es responsabilidad de los servicios de salud contar con historias clínicas en medio físico o electrónico. En este último caso, también es su responsabilidad los mecanismos de seguridad de acceso a la información contenida en ella.

El capítulo sexto refiere a los derechos de privacidad y establece que el prestador de salud o el profesional actuante, deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria.

El capítulo séptimo detalla los deberes de los pacientes. En este sentido, reitera lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución de la República (deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad). También a someterse a las

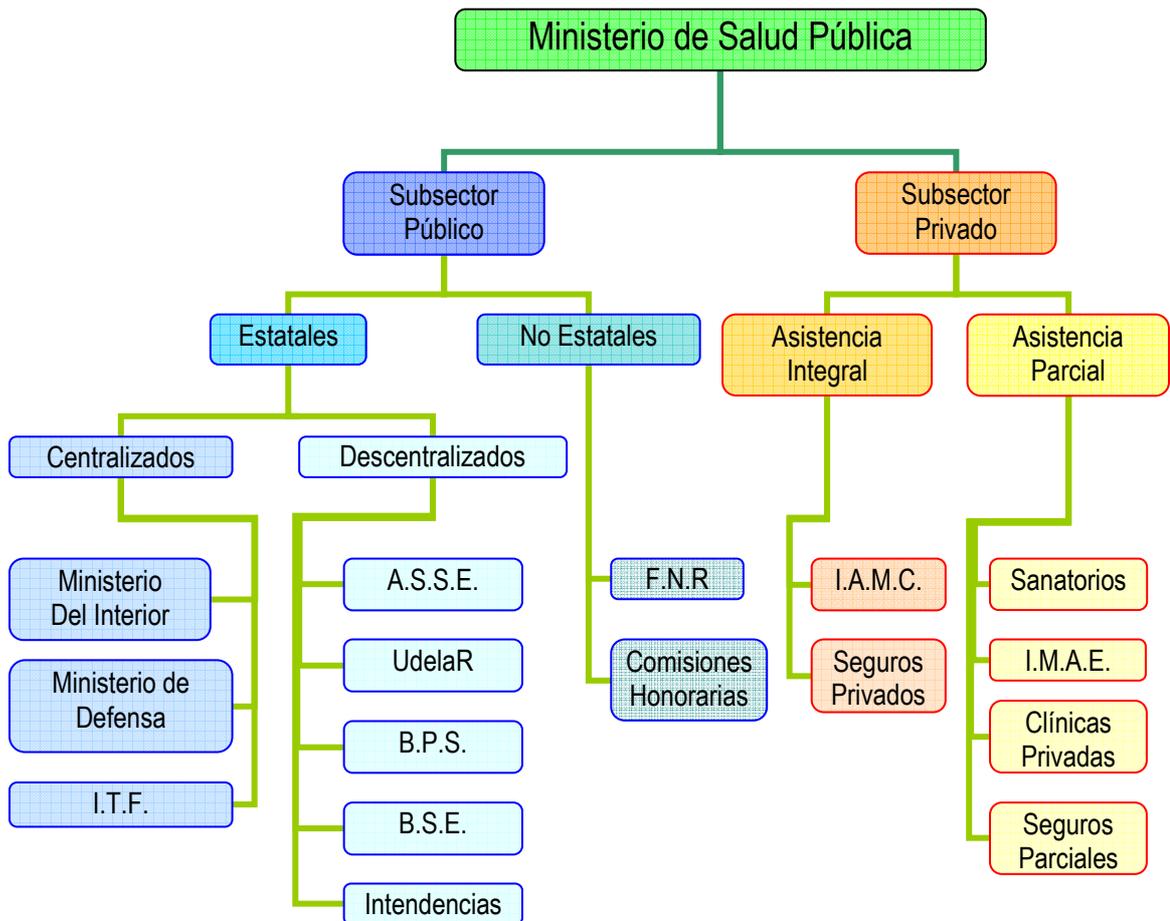
medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del MSP, pueda constituir un peligro público.

También son deberes del paciente: la continuación del tratamiento y controles según la prescripción médica, el uso adecuado de los servicios de salud, evitando utilización innecesaria de los recursos de salud.

Finalmente se establece que si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, se dejará constancia en la historia clínica y configurará “alta contra la voluntad médica”, quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

1.3 - Características del sector salud en Uruguay posterior a la reforma.

**Organigrama del Sector Salud del Uruguay
Situación posterior a la Reforma**



1.3.1 - Ministerio de Salud Pública – Organismo rector del Sector Salud

Este Ministerio, según la determinación de la Constitución y las Leyes, tiene como principales funciones en la nueva estructura del sector, las siguientes:

- Conducción del Sector Salud: definición de las políticas, estrategias, metas asistenciales, lograr condiciones de participación y consenso, así como cumplir con funciones de abogacía intrasectorial.
- Organización en la provisión de servicios: para conformar un sistema integrado, establecido sobre la base de distintos niveles de complejidad, logrando la complementariedad entre prestadores de salud, y definiendo las características de referencia para la determinación de los distintos niveles.
- Regulación del Sector: acreditación, certificación y fiscalización de profesionales, servicios, tecnologías e insumos, que intervienen en la asistencia de la salud.
- Vigilancia: de la cobertura sanitaria, de la situación económica financiera y contable de las instituciones prestadoras de salud.
- Funciones esenciales de salud pública: vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, desarrollo de recursos humanos en salud y evaluación de la calidad de los servicios.

1.3.2 - Subsectores de salud

Como se destaca en el organigrama, el Sector Salud en el Uruguay quedó conformado de una estructura similar a la que poseía con anterioridad a la reforma, en cuanto a los subsectores que la integran. La diferenciación entre los subsectores Público y Privado, tiene fundamento en el derecho que los rige, Derecho Público y Derecho Privado respectivamente, y por la voluntad de creación de los mismos: las Instituciones públicas son creadas por la Constitución y las Leyes; en tanto que las Instituciones Privadas son creadas por la voluntad de los particulares.

1.3.2.1 - Subsector Público

Los cambios se notan, en el caso del Subsector Público, en cuanto a la Descentralización o no de la institución prestadora de salud, con respecto al Estado.

Considerando al Estado en su definición de sentido estricto, son **Organismos Estatales**, los dependientes de cualquiera de los tres Poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. En tanto, se consideran **Organismos No Estatales** a los dependientes de otras ramas del Estado, como son: La Corte Electoral, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo y el Tribunal de Cuentas de la República.

Se entiende por **Organismos Centralizados**, a aquellos donde existe un único centro de jerarquía y de decisión sobre los demás componentes del sistema. Luego de la reforma de salud, quedan como organismos centralizados el Servicio de Sanidad Policial

(Ministerio del Interior), el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Defensa Nacional), y el Instituto Técnico Forense (Ministerio del Interior), que ofrece peritajes forenses, que sirven de base para los procesos judiciales (Poder Judicial).

Se entiende por **Organismos Descentralizados**, a aquellos que poseen un mayor grado de autonomía en la gestión, con respecto a la administración del Estado. El control de estos Organismos se realiza en base a los resultados alcanzados y el uso de los recursos. Conforman esta rama descentralizada, las tradicionales instituciones: Universidad de la República, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado y los Servicios de Asistencia de las Intendencias Municipales. En el marco de la reforma, se descentraliza a la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con la finalidad que continúe brindando una asistencia integral de salud y para que quede en igualdad de condiciones que las instituciones privadas, en cuanto a recursos y regímenes de contralor.

Formando parte de la rama de **“Organismos No Estatales”** continúan: el Fondo Nacional de Recursos y las distintas Comisiones Honorarias. La Comisiones Honorarias tienen el cometido de promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas expuestas o afectadas.

1.3.2.2 - Subsector Privado

La diferenciación entre las instituciones privadas de salud, está fundamentada en la integridad, o no del servicio de salud que brinden a sus beneficiarios. La integridad de la asistencia es reconocida por la Junta Nacional de Salud y en acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, en función de las prestaciones mínimas que deben brindar, según lo establecido por dicho Ministerio.

Como prestadores integrales de salud se encuentran:

- Las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas, conformadas por distintos modos societarios, como son: Asociaciones Asistenciales, Cooperativas de Profesionales Médicos, y Servicios de Asistencia de empresas privadas o de economía mixta.
- Los Seguros Privados, las cuales continúan con su régimen de afiliaciones particulares, tanto individuales como colectivas; pero además, a partir de la reforma, estos Seguros pueden ser elegidos por los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud (SNS), pero pagando la diferencia entre el costo de servicio de salud recibido y la cápita correspondiente abonada por el SNS.

Como prestadores de asistencia parcial, se encuentran:

- Los Sanatorios, los cuales pueden ser de cualquier naturaleza jurídica y venden servicios de asistencia finales e intermedios. Sus clientes son particulares, I.A.M.C., e instituciones del Estado.
- Instituciones de Medicina Altamente Especializada (I.M.A.E.), las cuales continúan brindando atención médica para el diagnóstico y tratamiento de

afecciones cuya complejidad y costo requieran ser tratados mediante actos de medicina altamente especializada, con gran concentración de recursos y en los que esta en juego el pronóstico vital o funcional.

- Clínicas privadas, que brindan atención médica, de diagnóstico y tratamiento, bajo el régimen de libre contratación y libre ejercicio de la profesión médica.
- Seguros Parciales, según el Decreto 495/89, éstos pueden brindar 5 tipos de asistencia: médica, quirúrgica, de emergencia, de diagnóstico y de asistencia odontológica. Estos Seguros Parciales también se clasifican en función de la titularidad de los mismos, es así que se tienen:
 - a. Brindados por las I.A.M.C: prestan asistencia de internación, tratamiento médico y o quirúrgico, estudios y servicios de emergencia. Están dirigidos a una población de usuarios de menores recursos que no pueden acceder al costo de una prestación integral de salud paga.
 - b. Brindados por empresas comerciales con fines de lucro: con la finalidad de brindar servicios complementarios a una población de mayores recursos que ya cuenta con asistencia integral. (Por ejemplo, internación en habitaciones individuales)
 - c. Seguros parciales complementarios de la cobertura de otros sectores: como por ejemplo, los servicios de asistencia médico móvil de emergencia y traslado.
- Policlínicas de atención primaria a la salud, pertenecientes a determinadas Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

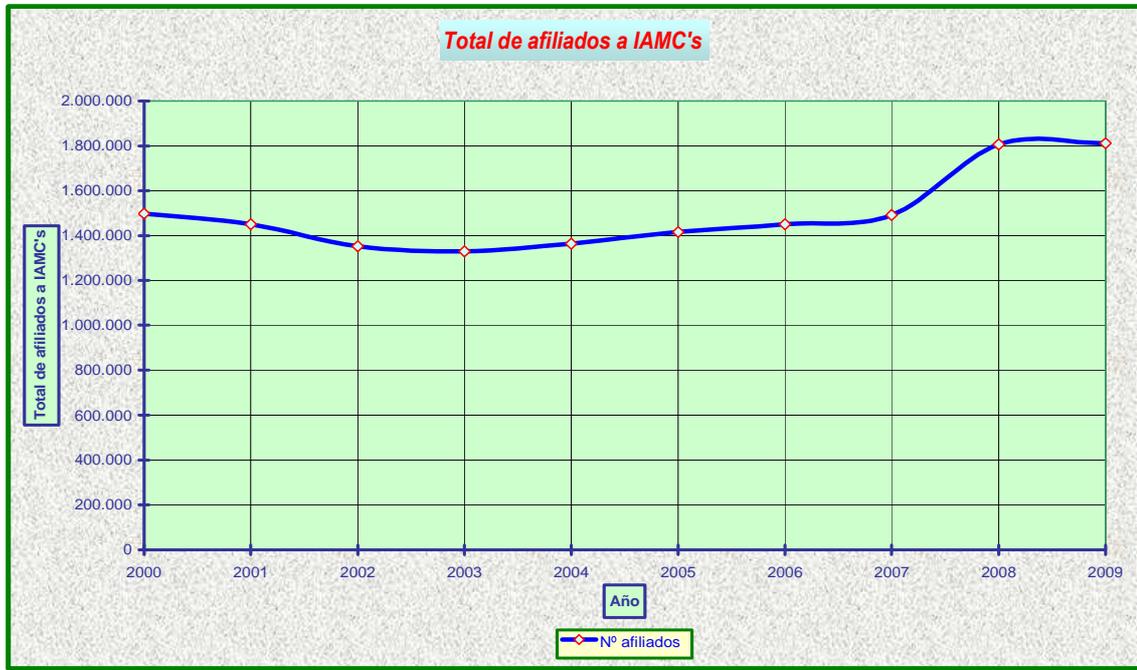
1.3.3 - Evolución de afiliaciones a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

A mediados de la década del 90 los afiliados a las IAMC eran aproximadamente 1.500.000, luego de unos años de estabilidad, en 1999 se alcanza el que sería un máximo de aproximadamente 1.550.000, desde entonces y como consecuencia de la crisis comienza un período de caída sostenida hasta el año 2003, perdiéndose en total más de 200.000 afiliados respecto al año 1999.¹⁶

A partir del año 2004 se revierte esta tendencia decreciente de afiliación, alcanzando en ese año aproximadamente 1.360.000 afiliados, lo que representaba un 41% de la población total del país. Este crecimiento tiene su fundamento en la reactivación de la economía, que retornó la afiliación por medio del régimen de seguridad social, de los trabajadores que vuelven al mercado formal de trabajo.

¹⁶ "El desempeño del Sector Mutual 2004 – 2009"; Autores: Arbulo, Bugliolli, Jorcin, Pradere, Raffaele, Reyes y Touriño; División Economía de la Salud, MSP; Octubre 2009.

El crecimiento experimentado entre los ejercicios 2007 y 2008, se fundamenta en la puesta en marcha de la Reforma de la Salud. El mayor crecimiento lo experimentan los tramos que corresponden a menores de 18 años situación que se explica por la entrada de los menores al FONASA en enero de 2008. De los 4 tramos correspondientes a menores de edad, el de mayor crecimiento fue el de entre 5 y 14 años.¹⁷



Afiliaciones a las IAMC en el total del país discriminadas por sexo y edad

SEXO	EDAD	AÑOS			
		2000	2001	2002	2003
HOMBRES	0 - 9	74.137	66.943	60.606	56.408
	10 - 14	35.983	35.788	30.667	28.891
	15 - 44	348.926	325.375	300.850	288.672
	45 - 64	177.695	178.562	168.444	169.186
	65 Y MAS	106.050	112.552	104.089	104.216
	sin dato	3.891	3.165	2.507	4.891
	TOTAL	746.682	722.385	667.163	652.264
MUJERES	0 - 9	70.668	63.556	57.458	53.260
	10 - 14	34.048	33.969	29.381	27.937
	15 - 44	299.343	282.268	263.928	256.250
	45 - 64	181.539	179.434	171.687	176.572
	65 Y MAS	162.945	166.083	160.855	160.991
	sin dato	3.332	2.617	1.869	2.915
	TOTAL	751.875	727.927	685.178	677.924
Total General		1.498.557	1.450.312	1.352.341	1.330.188

¹⁷ Ídem anterior.

SEXO	EDAD	AÑOS					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
HOMBRES	< 1	6.046	7.274	7.501	7.333	12.377	12.311
	1 a 4	22.078	21.411	20.806	19.844	48.764	48.994
	5 a 14	54.128	54.909	53.136	52.515	129.604	130.543
	15 a 19	33.477	36.891	38.208	40.255	59.830	59.203
	20 a 44	276.181	298.192	312.725	327.270	342.689	338.927
	45 a 64	176.045	183.211	190.859	199.809	212.112	212.773
	65 a 74	60.351	59.046	58.359	58.242	60.498	61.013
	> 74	45.859	46.207	46.671	47.850	49.423	50.293
	s/d	1.802	1.643	688	663	177	154
	Total	675.967	708.784	728.953	753.781	915.474	914.211
MUJERES	< 1	5.670	6.854	6.941	6.965	11.537	11.546
	1 a 4	21.219	20.739	20.297	19.146	46.494	46.523
	5 a 14	51.685	52.395	50.879	50.095	124.207	124.987
	15 a 19	30.377	31.588	32.429	34.578	54.709	55.064
	20 a 44	237.381	250.180	261.371	270.090	286.555	288.973
	45 a 64	174.780	180.094	185.161	190.395	199.118	201.060
	65 a 74	81.585	78.820	77.591	76.810	77.036	77.472
	> 74	83.933	85.145	86.687	89.284	90.853	91.874
	s/d	1.272	950	558	736	130	122
	Total	687.902	706.765	721.914	738.099	890.639	897.621
Total General	1.363.869	1.415.549	1.450.867	1.491.880	1.806.113	1.811.832	

* La información contenida en la tabla fue extraída del Sistema Nacional de Información (SINADI), publicada en la página institucional del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, en la sección Estadísticas (www.msp.gub.uy).

1.4 - Requerimientos de información del organismo de contralor SINADI

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION (SINADI)

Sistemas de Información

Según la definición de Samuelson, K. (1977), un Sistema de Información es:

“la combinación de recursos humanos y materiales que resultan de las operaciones de almacenar, recuperar y usar datos con el propósito de una gestión eficiente en las organizaciones.”

El sistema se conforma de varias operaciones como son: la recolección de los datos, el procesamiento de dichos datos para obtener información, la transmisión, interpretación y finalmente el uso de la información como base para la toma de decisiones.

Los sistemas de información tienen su utilidad para el análisis de ciertos indicadores, elaborados en base a la información recolectada. Estos indicadores permiten realizar distintos análisis como por ejemplo:

- Analizar la evolución de indicadores en el tiempo, determinando una tendencia.
- Realizar una comparación entre diferentes entidades de un mismo giro de actividad.
- Determinar los Valores promedios y las desviaciones con respecto a dicho valor.
- Detección de valores fuera de rango.
- Realizar simulaciones y proyecciones de tendencia a futuro.

Sistema de Información de Salud en Uruguay

El diseño del SINADI tiene su base en las experiencias de los sistemas de información de salud de Costa Rica, Chile y del Reino Unido. Dentro de éstos, los sistemas de Costa Rica y Chile, son considerados entre los primeros lugares de calidad en Latinoamérica.

Está conformado por un sistema de recolección sistemática, que obtiene los datos por medio de distintas fuentes en función del tipo de información, tales como:

1) Salud poblacional: información recolectada, analizada y publicada por el Ministerio de Salud Pública, referente a:

- Datos departamentales y del total del país sobre:
 - Mortalidad: causa, sexo y edad.
 - Natalidad: sexo del nacido vivo y edad materna
- Enfermedades de denuncia o notificación obligatoria.

2) Administración de los Servicios de Salud del Estado: información sobre los prestadores públicos de salud, pertenecientes a la red asistencial de ASSE.

Esta información refiere principalmente a elementos de producción, los rendimientos y los costos de los Centros de atención. Se obtienen datos de la capacidad instalada de recursos de cada centro, del total de consultas y procedimientos realizados en el período de análisis y de los costos incurridos. Esta información se obtiene mensualmente de cada centro, en forma estandarizada y detallada.

El sistema de costeo utilizado es el de costos por Centros de Costos, en el cual se determinan el costo total por centro y en función de la producción realizada (atención de pacientes, estudios, procedimientos, entre otros) se determina un costo promedio por unidad de costo (por ejemplo por: paciente atendido, estudio de laboratorio, procedimiento realizado, etc.)

3) Sistema Nacional de Información (SINADI): es el sistema de información que los Prestadores de Salud Privados deben remitir en forma mensual al organismo de contralor, el Ministerio de Salud Pública.

Son prestadores privados obligados a informar, los siguientes:

- Las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC)
- Los Seguros Privados Integrales, Parciales y las Emergencias Médico Móvil
- Los Instituciones de Medicina Altamente Especializadas (información contable principalmente)

Objetivos del SINADI

- Contar con la información que permita al Ministerio de Salud Pública evaluar el desempeño institucional y sectorial en materia de asistencia a la salud.
- Posibilitar a las Instituciones el análisis comparativo de su desempeño, con el resto del sector o con grupos homogéneos de Instituciones.
- Posibilitar el control de aspectos técnicos y contables de las instituciones de asistencia médica colectiva.

Marco Regulatorio del SINADI

- **Decreto 271/81 (23/06/81):** establece como fecha obligatoria de cierre de Ejercicio Económico, el 30 de setiembre de cada año civil, atendiendo a la conveniencia de dicha fecha por coincidir con el fin de un trimestre civil y la finalización del invierno.
- **Resolución Ministerial del 09/12/81:** establecía la obligatoriedad a las IAMC's, de presentar al 25 de enero de 1982 un censo de la población afiliada al 31 de diciembre de 1981, clasificado según los grupos de edad/sexo que se establecían. También se solicitaba información sobre el total de egresos hospitalarios ocurridos en dicha población, en el año civil 1981.

- **Resolución Ministerial del 06/12/82:** Establecía como modelos para la presentación de información económica financiera, los siguientes: Balance, Estado de Situación Patrimonial, Estado de Resultados, Anexo Clasificación Analítica del Gasto, Anexo Cuadro de Bienes de Uso y Anexo Estado de Evolución del Patrimonio. La información citada debería ser presentada ante el Ministerio de Salud Pública antes del 31 de Diciembre de cada año.
- **Decreto No. 93/83 (22 -03-1983):** Se reglamenta Decreto-ley No. 15181 de 21 de agosto de 1981, en lo referente al control de los aspectos técnicos y contables de funcionamiento de las instituciones de asistencia médica colectiva. Se establece que las IAMC's deberán presentar la información estadística en las formas y condiciones que requiera el MSP, quien tendrá facultades de inspección para verificar la veracidad de la información contenida. Este organismo emitirá un Certificado que acredite el adecuado cumplimiento por parte de la IAMC, el cual será requerido para realizar cualquier trámite ante ese Ministerio.
- **Decreto del Poder Ejecutivo N° 95/001:** dispone que las IAMC's definidas en el artículo 6° del decreto ley 15.181, deberán presentar ante el Ministerio de salud Pública y antes del 31 de diciembre de cada año sus Estados Contables con dictamen de Auditoria Externa.
- **Decreto del Poder Ejecutivo del 08/10/02:** establece que las IAMC's deberán publicar anualmente sus estados de situación patrimonial y resultados contables.
- **Decreto del Poder Ejecutivo del 16/10/02:** establece nuevas normas para la presentación de estados contables e información financiera de las IAMC's.
- **Decreto del Poder Ejecutivo del 05/08/03:** las instituciones privadas de asistencia médica deberán presentar ante el MSP, información sobre beneficiarios, recursos humanos, indicadores asistenciales, económicos, etc., con carácter de declaración jurada.

Proceso de implementación del SINADI

A partir del Decreto del Poder Ejecutivo del 05/08/03, se planteó una implementación en forma gradual y evolutiva, comprendiendo los siguientes pasos:

1. Participación voluntaria de las IAMC sobre determinado tipo de información estadístico asistencial no obligatoria.
2. Obligatoriedad de las IAMC de informar sobre dichos aspectos.
3. Inclusión gradual de: Seguros Privados Integrales, Emergencias Móviles, e IMAE's

A partir del año 2004, se fijo la obtención de información obligatoria sobre aspectos tales como:

- 1) **Recursos Humanos:** información detallada sobre los recursos que posee la institución.

- 2) **Tasas Moderadoras:** detalle de las tasas moderadoras que efectivamente cobra la institución a sus afiliados.
- 3) **Estructura de Costos de Atención a los Socios**
- 4) **SINADI - Asistencial:** Indicadores relacionados con las siguientes informaciones:
 - Año 2004: indicadores sobre afiliaciones y variaciones; número de consultas, internación y egresos; número de análisis de laboratorio y recetas expedidas.
 - Año 2005: se amplía la información sobre población afiliada; Producción y uso de Servicios (atención ambulatoria, internación, procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico); Utilización de recursos; se incluyen indicadores de calidad de las prestaciones y de accesibilidad a los servicios.
- 5) **SINADI - Económico – Financiero:** en este caso, los indicadores utilizados son del tipo:
 - Resultados: ingresos y resultados operativos por usuarios.
 - Estructura de Ingresos: tipos de ingresos (ticket, órdenes, prepago, ventas) sobre total de ingresos operativos.
 - Liquidez: Razón Corriente, Capacidad de Repago, Prueba Ácida Mayor.
 - Estructura de egresos: Costos operativos discriminados por rubros; Gastos de administración, otros egresos financieros, extraordinarios y diversos.
 - Solvencia: pasivo total por usuario; Leverage; pasivo corriente sobre pasivo total.
 - Estructura del pasivo: tipos de deudas (operativas, diversas, financieras y extraordinarias); provisiones; y la representación de cada rubro en el pasivo total.

Utilización de la información recolectada y procesada

Existen diferentes niveles de utilización de la misma, principalmente es fuente para la toma de decisiones y el contralor por parte de las autoridades sanitarias, y como medio de gestión por parte de la institución que la emite.

La utilización por parte de la autoridad sanitaria, implica considerar la información como una herramienta de gestión. Le permite realizar auditorias de diversos tipos, como son: de calidad asistencial, de calidad de información, y de gestión operativa de las instituciones (Economía de la Salud).

En tanto la utilización a nivel institucional, implica utilizar la información como herramienta de gestión institucional. De esta forma se pueden realizar comparaciones con las demás instituciones del sector salud y una comparación entre distintos períodos de tiempo, de la gestión de una misma institución.

PARTE I

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPITULO 2: Contabilidad de Costos

2.1 - Definiciones: Costos, Teoría General de Costos, Modelos de Costos y Sistemas de Costos

Costo:

- es el valor de la riqueza (recurso escaso) entregada y/o transformada y/o consumida y/o resignada a cambio de la producción de un bien físico, de la prestación de un servicio, del desarrollo de una actividad, de la obtención de un goce físico, intelectual o espiritual, o de cualquier otro objetivo o finalidad propios de la satisfacción de necesidades humanas, que en virtud de la escasez de recursos propios del medio físico, no pueden alcanzarse sin que sea a cambio de tales recursos escasos.
- es el valor de los bienes consumidos y esfuerzos realizados para la obtención de un fin determinado.
- es el recurso que se sacrifica o al que se renuncia para alcanzar un objetivo específico

La Teoría General del Costo:

Debe tener como objetivos la interpretación de la verdadera naturaleza de los hechos económicos vinculados con la generación de los costos, su comportamiento, sus causas y sus efectos. La Teoría General del Costo es un conjunto de conocimientos que aspira a concentrar los principios que explican, dan fundamento y respaldo a las Técnicas de Costeo. Trata de descubrir “la naturaleza de las relaciones que vinculan:

- a) a los factores o recursos necesarios con las acciones que componen el proceso
- b) a los resultados productivos con las acciones que componen el proceso de donde se obtiene
- c) a las acciones que componen el proceso entre sí”

Las técnicas de costeo:

Son “herramientas” que aportan información (relativa al costo) que ayuda a resolver racionalmente los problemas planteados por la realidad de la gestión.

Modelo de costeo:

Es el conjunto de supuestos y relaciones conceptuales básicas, vinculadas con las consideraciones de “necesidad de los factores”, en que se sustentan los sistemas de costeo.

Un modelo de costeo supone la definición de criterios que interpretan la necesidad cualitativa (determina que factores considerar como integrantes del costo), como la necesidad cuantitativa (cuantifica el costo del factor a incorporar en su componente físico y monetario) de los factores utilizados en el proceso de creación del valor.

Diferentes Modelos de costeo:

- **Modelo de costeo completo:** considera como cualidad necesaria de un factor la sola condición de haber sido usado en el proceso generador de valor donde se obtiene el objetivo costeadado, independientemente del comportamiento de ese factor.
- **Modelo de costeo variable:** asume un doble criterio, incorporando el comportamiento del factor como “cualidad necesaria” para integrar el costo de

un objetivo. El factor debe haber sido usado en el proceso generador de valor donde se obtiene el objetivo deseado, y también debe ser sensible ante los cambios en los volúmenes de objetivo obtenido

Existen también dos criterios alternativos y excluyentes para determinar la cantidad necesaria de un factor:

- **Modelo de Costeo Resultante:** considera la cuantía real utilizada del factor en el proceso generador de valor del que surge el objetivo a costear.
- **Modelo de Costeo Estándar:** considera la cuantía que debería, en condiciones de máxima eficiencia posible, ser utilizada en el proceso del que surge el objetivo a costear.

Estos cuatro modelos puros descriptos anteriormente se pueden combinar, conformando cuatro combinaciones de modelos.

Sistemas de costos y métodos de costeo

Definición de sistema de costeo: es el conjunto de procedimientos específicos y particulares utilizados para la determinación de un costo, ineludiblemente basados en uno o varios modelos de costeo. Estos refieren a una aplicación concreta de la teoría.

Los sistemas habituales de costeo se pueden clasificar en función del momento en que se determina el costo o de acuerdo a la característica de los procesos productivos:

- En función del momento en que se determina el costo:
 1. **Costos predeterminados o estándar:** se costea ex ante, es decir antes de que se incurra en el gasto o se produzca el bien o servicio. Proporciona: datos referidos al costo real del proceso productivo, permite fijar el precio de venta con la debida antelación, y verificar el grado de eficiencia de la gestión, analizando los desvíos originados entre la presupuestación y la ejecución para corregir los precios de una prestación o producto.
 2. **Costos históricos o reales:** brinda un costo ex post, después de realizado el gasto, utiliza los costos reales incurridos en un determinado período de tiempo. Proporciona el costo final de un servicio o prestación asistencial considerando la capacidad instalada y su costo incurrido directo e indirecto en un período determinado.
- De acuerdo a las características de los procesos productivos:
 1. **Sistema de costos por proceso:** costea principalmente la producción relativamente homogénea realizada durante un determinado período y sus costos asociados a la misma. Se calcula el costo promedio general incurrido en distintos centros de costos para producir bienes y servicios considerados relativamente homogéneos. Obtenido el costo total y las producciones de cada centro de costos, se estima la alícuota de costo de

cada uno de los centros de costos que intervienen en el producto final para obtener el costo unitario promedio. Los costos hallados, son costos promedios de los productos obtenidos por cada centro de costos.

2. Sistema de costos por producto o por orden: se identifica cada orden (un tipo de bien o servicio específico) y se le adiciona el costo incurrido en las diversas etapas o procesos por los que pasa, como si fuera una cuenta corriente individual. A estos efectos es necesario: identificar los insumos que requiere cada departamento y a que orden se deben imputar; cada funcionario debe indicar para que orden está trabajando; los restantes gastos indirectos se aplican mediante un criterio de distribución a cada orden.

2.2 - Clasificación de Costos

1. Según el tipo de sensibilidad del factor ante cambios en los volúmenes de objetivo logrado:
 - **Costo fijo:** es el que para una capacidad dada de producción y ventas, no reacciona frente a aumentos y disminuciones del nivel de producción y/o ventas
 - **Costo variable:** es el que para una capacidad dada de producción y ventas, reacciona en forma proporcional ante variaciones en el nivel de producción y/o ventas

Muy frecuentemente los costos son semifijos o semivARIABLES, según que la variación sea o no proporcional a la variación del nivel de producción y/o de las ventas.

2. Según el grado de objetividad en la vinculación entre el factor y el objetivo costeadado:
 - **Costo directo:** se asigna por un seguimiento del costo del factor hasta el costo del objeto de costeo cuando el costo de ese factor está evidente, clara e inequívocamente vinculado al objeto de costeo
 - **Costo indirecto:** en el caso de factores que no pueden relacionarse, vincularse o identificarse con un objetivo de costeo determinado, por su naturaleza o por razones funcionales en forma evidente, clara e inequívoca. En estos casos se realizará la adjudicación del costo del factor mediante la selección de algún método.

Un costo en si, no es directo ni indirecto, sino solamente con relación a un determinado objeto de costo.

Una perspectiva diferente sobre el tratamiento de costos¹⁸

Los autores Kaplan y Cooper, en relación al tratamiento de la presupuestación basada en actividades, proponen una variante al planteo tradicional de Costos Fijos y Variables.

Su propuesta consiste en la consideración de dos nuevos tipos de costos que entremezclan partes de los considerados costos fijos con los que se consideran variables. Definen:

- **Costos Comprometidos:** son los que la empresa ha contratado con proveedores externos o internos, antes de que se efectivice la utilización de los mismos realmente. Son ejemplos: edificios, equipos, maquinaria y la mano de obra contratada en condiciones de efectividad durante un período de tiempo largo.
- **Costos Flexibles:** son los recursos que la empresa puede adquirir en la medida que le sean necesarios para realizar la producción o la prestación del servicio. Son ejemplos: materias primas, materiales, energía, telecomunicaciones, trabajadores temporales, horas extras de los trabajadores efectivos, etc.

Esta distinción entre costos Comprometidos y Flexibles sólo existe en un corto plazo, en el cual no se puede modificar la dotación de recursos comprometidos. Esto es así debido a que las construcciones de infraestructura, ciertos equipos, las maquinarias y la mano de obra por lo general, se contratan para un largo plazo.

En un período largo de tiempo, todos los recursos y consecuentemente sus costos, pasan a ser Flexibles. Esto es así debido a dos factores:

- a) La demanda de los recursos se modifica por el cambio en los niveles de actividad. Ello produce una variación en la cantidad del recurso utilizado, haciendo que exista capacidad ociosa de producción o faltante de capacidad.
- b) La empresa cambia el suministro de los recursos comprometidos, para satisfacer el nuevo nivel de requerimiento de dichos recursos (menor o mayor requerimiento).

En una situación de corto plazo, dónde se produzca una disminución de la actividad se podrá observar que, la reducción de la actividad, reduce la demanda de recursos; pero como los recursos son comprometidos en este lapso, no se reduce la dotación de recursos (ni el gasto, ni el costo), generándose una capacidad ociosa de producción. Se reducirá el gasto y el costo, por la decisión de la dirección, en el largo plazo. Sólo en el caso en que la dirección no pueda disminuir los recursos, serán considerados como costos fijos.

¹⁸ Planteo extraído del Libro "Costo y Efecto"; Capítulo 7; R. Kaplan y Cooper)

Centros de Costos

Centros de costos: son unidades donde se realiza una actividad relativamente homogénea y repetitiva para la cual existe una clara definición de autoridad y cuyos costos se desean calcular.

Para determinar los costos Totales y Unitarios, y obtener una presentación desagregada de los datos, es necesario agrupar los centros de costos de acuerdo a su relación con los objetivos últimos del establecimiento. Por lo tanto existen centros de costos asociados a actividades finales, intermedias, y de apoyo, que se describirán a continuación, tomando como ejemplo una institución prestadora de servicios de salud:

- Centros de costos asociados a actividades finales: son aquellos donde se materializa la oferta de servicios que constituyen el quehacer principal de la organización. Por ejemplo, en el caso de las instituciones prestadoras de servicio de salud, un centro de costo final es básicamente el que atiende pacientes mediante consultas e internaciones. Para brindar estos servicios se requiere el apoyo de otros servicios de diagnóstico, tratamientos y logística asistencial (servicios intermedios), y también los que constituyen el costo de estructura de funcionamiento del hospital (servicios de apoyo).
- Centros de costos asociados a actividades intermedias: estos están integrados por sectores auxiliares de diagnóstico y tratamiento complementando la atención médica brindada por los servicios finales.
- Centros de costos asociados a servicios de apoyo: son actividades que sirven de apoyo a las tareas que se realizan en los dos grupos de centros de costos descriptos anteriormente. Son aquellos cuya producción es necesaria para el funcionamiento del hospital y constituyen en su mayor parte un costo de estructura. Este costo se distribuye entre todos los centros de costos de actividades finales e intermedias por elementos definidos y determinados criterios definidos en sistemas de cálculo y distribución.

Los productos/servicios prestados y los costos por paciente y patología¹⁹

a) La operativa de una empresa de salud, sus productos/servicios y la medición de los mismos

Una empresa de salud es una organización muy compleja, existen diferentes tipos de instituciones pero los productos/servicios se “fabrican” de la misma manera. Todos tienen las siguientes características:

- Son intangibles: los elementos que se utilizan para prestarlos son tangibles, pero el producto en si no lo es.

¹⁹ Velarde Martín; “Costos para la gestión en empresas de Salud”; Tomo Teórico II; Cátedra Contabilidades Especiales; Oficina de Apuntes del CECEA; 2009.

- No son homogéneos: un mismo producto puede variar en sus costos dependiendo de la patología de cada paciente.
- Son manuales: no se pueden fabricar en una cadena de producción, los hace la mano del hombre.
- No es fácil hallar una unidad de medida: es difícil de cuantificar su producción.

Los productos/servicios

Cuando una persona va a una empresa de salud por lo general lo hace por alguno de estos motivos:

- Necesita una consulta con un médico.
- Requiere una internación, que puede ser convencional, cuidados intermedios o cuidados intensivos.
- Se realiza una intervención quirúrgica.
- Necesita atención en emergencia

Estos productos/servicios se pueden clasificar en:

- Servicios de Internación: cuidados intensivos, cuidados intermedios, convencional médicos, convencional quirúrgicos.
- Otros servicios: intervenciones quirúrgicas, emergencia, consultas.

Los productos/servicios no se prestan solos, sino que requieren del apoyo de otros servicios sin los cuales no podría funcionar la empresa.

En suma, los servicios operativos de una empresa de salud pueden clasificarse de la siguiente forma:

I) Servicios Finales

- Internación
- Otros

II) Servicios de Apoyo Médico:

- Laboratorio
- Imagenología
- Hemoterapia

III) Servicios de apoyo no médico:

- Cocina
- Lavadero
- Recursos Humanos
- Contabilidad

b) Sistema de costos por Paciente y Patología

Fundamentos para su utilización

Es la realidad de una empresa de salud, ya que está dedicada al tratamiento de las enfermedades (patologías) de sus pacientes, y eso es lo que hay que costear. Por su heterogeneidad, a pesar de poder atender a más de un paciente con la misma patología, sus reacciones pueden ser diferentes y por lo tanto, sus costos no serán los mismos.

La mayoría de los sistemas de salud del mundo, están organizados de forma tal, de que tanto sus ingresos (lo que se cobra por cada persona) como sus costos, estén en relación con la patología de cada afiliado al sistema. Porque este tipo de empresas son Aseguradoras, por el valor de una cuota mensual cubren una cantidad de riesgos de salud. Se entiende conveniente que para lograr el equilibrio económico, se debería calcular un costo por patología.

El protocolo médico: cuanto se gastó, frente a cuanto se debió gastar

El protocolo médico es el conjunto de medidas terapéuticas que se le aplican a un paciente en bases a la o las patologías que presenta y que determinan su tratamiento, la valuación en dinero de dicho protocolo es el “Standard” de costos del paciente.

Se debe comparar que lo que se gastó en el paciente sea lo correcto, no solo desde un punto de vista económico, sino que debe verificarse que la calidad del servicio sea la adecuada, es decir que cumpla el protocolo médico en cuanto a las características de la atención brindada.

El protocolo médico y su valuación económica, integrados en un sistema informático, permiten que el control se realice de dos maneras:

- Durante el tratamiento médico: para asegurarse de alguna manera que el médico tratante no se desvíe de lo establecido en el protocolo, en cuanto a atención de la salud.
- Posteriormente: al analizar la información, luego de terminado el tratamiento.

La metodología de cálculo

El sistema de costos que proponen los Cres. Velarde y Montico en el trabajo citado, es similar al de Costos por Órdenes de Producción.

Se comienza clasificando todos los costos por su variabilidad en:

- **Costos asignables al paciente:** son los costos variables; todos aquellos que se pueden imputar sin problema alguno y directamente al paciente. Si no hay paciente estos costos no existen. (por ejemplo: mano de obra –destajos-, medicamentos, materiales)
- **Costos por utilización de los servicios:** son los costos fijos por utilización de las instalaciones de la empresa. Aunque no esté el paciente igual existen. (por ejemplo: día/cama internación, derecho de mesa)

Para los costos asignables a pacientes: debe considerarse que el paciente es como una “Orden de producción”, todo lo que en su tratamiento vaya consumiendo se irá asignando a su orden. Estos costos se deben captar en el momento en que se producen.

Para el cálculo de los costos por utilización de servicios: es necesario llevar una contabilidad de costos. Estos costos deben ser calculados mediante el sistema de costos por proceso, utilizándose el método ABC para la distribución de los costos indirectos. Por lo tanto la contabilidad debe ajustarse a este sistema de costos particular.

Se destacan del mismo las siguientes características:

- Definición de centros de costos: de acuerdo al objetivo de obtener costos por productos/servicios. (Servicios Finales, Servicios de Apoyo Médico, Servicios de Apoyo no Médico).
- Distribución de costos: deben llevarse todos los costos desde los servicios de apoyo médico y no médico, a los servicios finales, utilizando la metodología de costeo ABC.

Una vez obtenidos los costos totales calculando el cociente entre el total de gasto de cada servicio y la producción de cada servicio, se obtiene el costo promedio unitario de los costos por utilización de servicios.

Los costos asignables a pacientes o costos variables no se incluyen en este procedimiento, ya que por su naturaleza, no se incluyen en este cálculo sino que se asignan directamente al paciente. Los mismos deben registrarse en cuentas contables diferentes, aunque deben estar dentro del centro de costos que corresponda.

El período de cálculo, debe ser representativo de la realidad. Se puede testear mensualmente, pero para calcular un costo que sea representativo se debe tomar un período en el cual se eliminen fluctuaciones temporarias. Los autores sugieren un período mayor a tres meses, dentro del cual estén comprendidos los meses desde marzo hasta setiembre.

Los reportes para la gestión

Un reporte necesario para la gestión basada en paciente y patología, debería mostrar los desvíos entre el gasto realizado y el protocolo médico, a partir de determinado porcentaje. Por ejemplo: desvíos mayores al 5% de los gastos realizados, en relación a lo establecido en el protocolo médico.

También es necesario obtener información sobre:

- El costo originado por la atención de cualquier paciente por el período que se desee, los costos por paciente clasificados por patología, por edades y de ambas maneras conjuntamente, en el período que se desee.
- Los costos clasificados en función de los diferentes sectores o servicios que conforman la institución prestadora de servicios de salud.
- Los costos fijos por utilización de los servicios de la institución.
- El costo de un determinado producto mutual definido.

2.3 – Control financiero por centros de responsabilidad ²⁰

A medida que la gestión empresarial es más compleja, es conveniente que las empresas aumenten progresivamente el grado de descentralización de sus decisiones en los responsables de las diferentes unidades.

La **descentralización** supone dividir la organización en diferentes unidades organizativas o centros de responsabilidad (ya sea en toda o parte de la empresa) y otorgar una mayor responsabilidad a las personas encargadas de gestionar cada unidad. Supone una **delegación** en dichas unidades, de ciertas responsabilidades.

Centro de Responsabilidad (CR): es la unidad organizativa que está dirigida por un responsable en quien se han **delegado** determinadas funciones y en quien se han **descentralizado**, de forma explícita, un determinado nivel de decisión.

A partir de la descentralización, al otorgar una mayor autonomía y discrecionalidad, se hace necesario el tener un mayor control específico de cada uno de los centros de responsabilidad. Este control se deberá ceñir a las variables concretas en las que puede incidir la gestión descentralizada de cada uno de los diferentes responsables. Para ello, deben identificarse los aspectos que dentro de cada centro pueden ser objeto de control por parte de su responsable.

A partir de la definición de los CR y de sus indicadores de control se hace necesario el diseño del sistema de información que permita medir la actuación de cada unidad y su contribución a la rentabilidad global de la organización.

En estructuras organizacionales descentralizadas, el control de los diferentes centros debe realizarse a través del Control por Resultados. El **Control por Resultados** se basa en la especificación de una serie de objetivos y estándares respecto al resultado esperado, y se evalúa el comportamiento de un responsable en función del resultado obtenido con respecto a aquéllos.

El diseño de la estructura de control formal, consiste en determinar para cada centro de responsabilidad y en función de sus variables claves, tres aspectos:

- El nivel de responsabilidad financiera que tiene cada uno de los CR que se han definido,
- Los indicadores de control que pueden permitir la medida de su actuación, y
- El sistema de medición de su actuación, para la realización de la evaluación.

Debe señalarse que además de los indicadores financieros (que permiten una medición en términos monetarios), deben existir indicadores no financieros, ya sean cuantitativos o cualitativos, que complementen a los financieros. Tales pueden ser: indicadores de control de calidad, de la innovación, de la productividad, etc.

²⁰ Joan M. Amat - Control de Gestión – Ediciones Gestión 2000 SA – Barcelona 1992

Tipos de Centros de Responsabilidad

Según el citado autor, el grado de responsabilidad de un centro puede diferenciarse de acuerdo con su incidencia en los aspectos financieros, lo que permite definir distintos tipos de CR:

- **Centro de Costos:** es el CR que tiene poder de decisión para influir en los costes pero no en los ingresos. Cuando estos costos no están relacionados con la actividad de la empresa se tendrá un **CR de Costos Discrecionales**. En cambio, cuando los costos están relacionados con las operaciones que realiza la empresa, se tendrá un **CR de Costos Operativos**. (El control puede realizarse en base a costos unitarios por unidad o totales por centro)
- **Centro de Ingresos:** es cuando el CR tiene poder de decisión para influir en el volumen de ventas de la empresa. (Se le puede controlar, por ejemplo, en base al nivel de ventas obtenido).
- **Centro de Beneficios:** es cuando el centro tiene poder de decisión e influencia en las ventas y en los gastos de la empresa a la vez. (Se le puede controlar a través de los beneficios obtenidos).
- **Centro de Inversión:** se trata del centro que tiene poder de decisión para afectar la rentabilidad de la organización. (Se puede medir, en base a la rentabilidad obtenida sobre la inversión realizada).

Controles sobre los distintos Centros de Costos

Centros de Costos Discrecionales: en éstos, sólo se pueden medir los recursos consumidos sin existir una relación directa ni con la actividad ni con el resultado obtenido. El responsable puede influir en el importe de los gastos, por ende debe controlarse la eficiencia en el consumo de acuerdo a lo presupuestado. Es un control ex – post.

Centros de Costos Operativos: en éstos, existe una relación directa entre los recursos consumidos y la producción lograda. El responsable influye directamente sobre los costos de los productos a través de sus decisiones. Para el control de este tipo de centro, pueden utilizarse herramientas de contabilidad analítica: asignación de costos por productos, directos e indirectos.

Centros de Ingresos: en este caso el responsable controla únicamente las variables que condicionan un mayor o menor nivel de ingresos, sin afectar los costos. La actuación dependerá de la composición de las ventas que se realicen y del nivel de ingresos de cada venta. La contabilidad de gestión, como medio de control, deberá basarse en la rentabilidad por clientes, productos o por mercado.

Centros de Beneficios: el responsable controla, total o parcialmente, las variables de ventas y costos, que condicionan la consecución de un mayor o menor beneficio. La función no es el maximizar el ingreso ni la de minimizar los costos; sino la de

maximizar el beneficio. La definición del modelo de cálculo del beneficio, es el aspecto principal de la contabilidad de gestión para ejercer el control.

Centros de Inversión: el responsable controla, total o parcialmente, las variables que permiten obtener una mayor o menor rentabilidad. Estas variables pueden referirse a ingresos, costos y activos. La autonomía respecto a decisiones que afectan a los activos es el centro del control. La responsabilidad financiera consiste en optimizar la rentabilidad del centro. Una medida utilizada es la ROI: Rendimiento sobre la inversión).

Coordinación entre centros descentralizados

Cuando la organización se ha descentralizado en distintos centros de responsabilidad, es necesario establecer relaciones entre las mismas. Cómo estas relaciones pueden afectar la actuación y el resultado que obtiene cada centro, deben definirse mecanismos de coordinación para que cada una optimice su objetivo específico y a la vez, los objetivos globales de la organización.

Este autor cita como mecanismos de coordinación:

- **Mecanismos Burocráticos:** constituidos por el conjunto de normas y procedimientos establecidos en la estructura organizativa.
- **Mecanismos culturales:** son el conjunto de valores y la cultura organizativa, los que determinan la forma de realizar las relaciones entre unidades.
- **Precios de Transferencia:** es el más adecuado para organizaciones que utilizan sistemas de control financiero y en las que existe una evaluación e incentivos ligados específicamente al resultado obtenido por cada unidad.

El Precio de Transferencia como mecanismo de coordinación

La necesidad y utilidad de su utilización, se manifiesta cuando existen unidades independientes y descentralizadas a las que se les evalúa (o incentiva) individualmente, pero que tienen transferencias internas de productos, recursos o servicios con otras unidades de la propia organización que afectan su cuenta de resultados.

Existen dos cuestiones a definir para este sistema de control: en primer lugar, se necesita determinar si el producto o servicio puede ser comprado a una entidad externa a la organización; en segundo lugar, debe determinarse el precio por el cual se valora esta transferencia.

El precio de transferencia puede ser determinado: anualmente o para cada operación específica; puede ser determinado por la dirección de la organización o estar sujetos a negociación entre las unidades que realizan operaciones internas.

La fijación del valor puede darse mediante distintos criterios:

- *Precio de Mercado:* cuando existe una base de comparación exterior que sea representativa y no hay diferencias importantes entre el producto o servicio que se fabrica internamente y el que se puede adquirir en el exterior.
- *Costo más margen de resultado:* que incluye el costo de producción más un margen que es proporcional al aporte de cada unidad al margen global.
- *Costo Estándar más un margen:* en este caso se valoriza un costo estándar, con la finalidad de no transferir “ineficiencias” en el manejo de los costos, de una unidad a otra.

La selección del precio de transferencia debe realizarse de acuerdo con el grado de descentralización (según los distintos centros: costos, beneficios o ingresos), la existencia de un mercado exterior (para conocer un valor de mercado) y las características de la cultura de la organización (en lo que refiere a negociación o centralización de ciertas decisiones).

Definición de indicadores de control por centro de responsabilidad

El diseño de la estructura de control requiere definir los indicadores (unidades de medida) que serán utilizados para establecer los objetivos iniciales de las diferentes unidades y evaluar a posteriori la actuación (del responsable de cada centro). Esto se realiza en función de la identificación de las “*variables clave*” de la empresa en su conjunto y de cada centro en particular.

La definición de las variables clave es importante para explicar el éxito o fracaso de la unidad. La orientación de las unidades, hacia sus particulares variables clave, favorece el logro de los objetivos de las unidades y de los organizacionales.

Una vez identificadas las variables clave, se procederá a seleccionar aquellos indicadores que permiten su seguimiento. Así cada centro dispondrá de una serie de indicadores de gestión, los cuales pueden ser financieros (basados en la contabilidad de gestión) o no financieros (basados en aspectos cualitativos). Dado que los indicadores son medidas simplificadas de la realidad, es necesaria la complementación entre ambos tipos de indicadores.

Para que el sistema de medición y evaluación de los resultados obtenidos por un determinado centro de responsabilidad sea adecuado, es conveniente fijar aquellos indicadores que midan más apropiadamente el logro de los objetivos que ha asumido cada responsable. Es necesaria la coherencia entre los objetivos establecidos y los indicadores de la eficacia en su consecución.

Aspectos en el diseño del sistema de medición de la actuación de cada Centro de Responsabilidad

Un sistema de información puede servir tanto para facilitar el proceso de decisión, como para la realización del control de la actuación del responsable. El sistema de

información financiero puede medir la contribución económica que cada centro hace al resultado global de la organización. También permite comparar y analizar las desviaciones respecto a un período anterior y respecto al presupuesto inicial. Es aconsejable que el sistema de control financiero sea complementado con sistemas de información no financieros.

La *Contabilidad Financiera* tiene como objetivo obtener información contable básica sobre la situación económica (Estado de Resultados) y sobre la situación financiera de la organización (Estado de Situación Patrimonial). Esta información puede ser suficiente para controlar una empresa que no tenga una excesiva complejidad o que no requiera demasiada sofisticación

Para entidades con mayor complejidad organizativa (varios departamentos o productos) es conveniente disponer de un sistema de *Contabilidad Analítica*. Ésta persigue la obtención de los costos por actividad (o por productos, mercados, clientes, etc.), con el objetivo de facilitar el control de dichas actividades. Para ello es necesario calcular el costo unitario de fabricación o el costo variable unitario por cada unidad fabricada y o vendida, mediante la aplicación de unos determinados criterios objetivos que facilitan la distribución los gastos por departamento a los distintos productos y unidades que se han procesado en un período.

El nivel de control que permite la contabilidad analítica es sensiblemente superior al que permite la contabilidad financiera, principalmente cuando se utiliza información provisional, pues permite calcular las desviaciones respecto a lo previsto.

Para poder realizar el control de la actuación de un centro, es fundamental asignar a cada centro los conceptos que le son atribuibles (costos, ingresos, activos) por medio de criterios objetivos de asignación e imputación. Al respecto, es necesaria la aceptación de dicho criterio de asignación, por parte del responsable del centro que se evalúa.

También es importante la separación entre conceptos *controlables* y *no controlables* dentro de las partidas de la cuenta de resultados de cada CR. Es necesario aislar los factores que realmente están bajo la influencia del responsable de un determinado centro, tratando de excluir aquellos que están fuera de su control y que, por lo tanto, tiene una responsabilidad más limitada. Esta consideración es fundamental cuando se decide la implantación de un sistema de control presupuestario mediante costos estándares y en función de los cuales, se calculará y evaluará la desviación producida.

Es conveniente la definición de una *Cuenta de Resultados* específica para cada CR. Para ello hay que considerar cuales son las variables que inciden en el resultado y cual es el grado de control que el responsable del CR tiene sobre ellas. En el caso de existir costos (variables o fijos) que sean controlables por el responsable, éstos serán tomados por sus valores reales para la comparación respecto a lo presupuestado; en tanto que por los costos que no sean controlables directamente por el responsable, deberían tomarse los valores presupuestados (o estándares) para que no influyan en su cuenta de resultados particular, las desviaciones de variables que no controla. Del mismo modo, es necesario discriminar los costos fijos que son controlados por cada responsable (sobre los cual tiene responsabilidad), de los costos fijos que le son asignados al centro de responsabilidad, por la vía de algún criterio de distribución de costos fijos totales y que

no sobre los cuales, no tiene poder de decisión (no son de su responsabilidad y se tomarán por los valores presupuestados).

Ejemplo de una Cuenta de Resultados por Centro de Responsabilidad

RUBROS	PREVISTO	REAL	DESVIACIÓN
VENTAS	Monto previsto	Monto Real	= Real – Previsto
(-) COSTOS VARIABLES			
a) Controlables	a) Presupuestado	a) Real	a) = Real – Pptdo.
b) No Controlables	b) Presupuestado	b) Presupuestado	b) = Ø
MARGEN	=Vtas. – Cto. Var.	=Vtas. – Cto. Var.	= Real – Previsto
(-) COSTOS FIJOS			
1- Ctro. Responsabilidad	1.a) Presupuestado	1.a) Real	1.a) = Real – Pptdo.
1.a) Controlables	1.b) Presupuestado	1.b) Presupuestado	1.b) = Ø
1.b) No Controlables			
2- Asignación de gastos generales	2- Presupuestado	2- Presupuestado	2- = Ø
RESULTADO	= Margen – C. Fijos	= Margen – C. Fijos	=Real – Previsto

2.4 - Contabilidad de Gestión

I - Definición de Contabilidad de Gestión

Amat y Soldevilla ²¹, establecen la siguiente definición:

“Contabilidad de Gestión pretende aportar información relevante, histórica o provisional, monetaria o no monetaria, segmentada o global sobre la circulación interna de la empresa para la toma de decisiones. Por tanto, trata de aportar luz sobre interrogantes que no tienen respuesta en la Contabilidad Financiera”

Definición de la Comisión de Contabilidad de Gestión, de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas:

“Es una rama de la contabilidad que tiene por objeto la captación, medición y valoración de la circulación interna, así como su racionalización y control, con el fin de suministrar a la organización la información relevante para la toma de decisiones empresariales.”

La Contabilidad de Costos sirve de base para dos ramas de la contabilidad: la Contabilidad Tradicional (Patrimonial) y la Contabilidad de Gestión.

La Contabilidad Tradicional, es un sistema de información que tiene por objetivo la valuación de los bienes y servicios derivados de la actividad productiva de la organización, con sujeción a principios de contabilidad generalmente aceptados. La información que emite, esta destinada al uso de usuarios internos y externos, con la finalidad de servir de base para la comparación entre distintas organizaciones.

En cambio, la Contabilidad de Gestión, es un sistema de información acerca de la actividad productiva de la organización, que es relevante para la planificación y control exigidos para gestión, en los distintos niveles de toma de decisiones. Sus principales funciones son las de permitir: planificar, organizar, motivar, coordinar y controlar todas las actividades y recursos que se poseen. Para ello, trata de identificar, cuantificar, registrar y analizar los ingresos generados por los distintos centros de actividad que conformen una organización productiva.

Su misión consiste en hacer comprensible un análisis en términos económicos del total de costos y relacionarlos con los ingresos del ejercicio, haciendo uso de las variables externas e internas de la empresa. Los datos de la contabilidad interna son interpretados de forma subjetiva y se trata de orientar sus conclusiones hacia aquellos sujetos que tienen poder de decisión sobre la actividad de la organización, mejorando el proceso de toma de decisiones.

Hace uso de herramientas como: el **Coste de Oportunidad**, Costes del Capital o la valoración del Riesgo que le son de utilidad a la organización en la toma de decisiones.

²¹ AMAT, Oriol y SOLDEVILLA, Pilar: “Contabilidad y Gestión de Costes”; Editorial Gestión 2000; año 1997.

Básicamente centra su estudio en todos los procesos que componen la **cadena generadora de valor** de la organización, otorgando una visión a corto, medio y largo plazo.

Dado su carácter interno, cada empresa puede utilizar el sistema de Contabilidad de Gestión que le sea más adecuado a su realidad organizacional y a sus necesidades de información.

En tanto la Contabilidad Financiera se enfoca en una perspectiva histórica; la de Gestión se enfoca en el futuro, proporcionando presupuestos y proyecciones posibles, además de los informes históricos.

II - El control de gestión²²

Control: está relacionado con los objetivos que la empresa se ha planteado previamente. Se realiza por medio de indicadores, entendiendo que, si se puede medir, se puede controlar. También los indicadores dependen de los objetivos planteados, tienen su efecto para cada objetivo.

Existen distintos tipos de controles, el que interesa destacar en relación al presente trabajo es el control por medio de la planificación. Es así que existen distintos tipos de planificaciones como medios de control: Estratégica, Presupuestaria y Operativa.

Cada tipo de planificación tiene sus objetivos propios, así como los indicadores particulares para evaluarlos. El siguiente cuadro es un resumen genérico de los distintos tipos de controles por planificación:

Concepto	Planificación Estratégica	Planificación Presupuestaria	Planificación Operativa
Horizonte temporal	Más de 1 año	1 año	Diario, semanal o mensual
Finalidad	Objetivos de Largo Plazo	Objetivos de Corto Plazo	Objetivos rutinarios
Nivel de dirección afectado	Alta dirección	Alta dirección y gerentes	Gerentes y mandos medios
Complejidad	Mucha	Media	Baja
Actividad a controlar	Resultados globales	Desvíos presupuestarios	Operaciones en comparación con estándares
Punto de partida	Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)	Planificación estratégica y objetivos	Estándares técnicos
Contenido	Amplio, general y cualitativo	Específico, detallado y cuantificado en pesos	Específico y cuantificado en unidades de producción
Naturaleza de la información	Externa e intuitiva	Interna y financiera	Interna y técnica
Grado de predicción	Bajo	Medio	Alto
Estructura de las decisiones	No programadas e imprevisibles	Relativamente programadas	Muy alto

²² AMAT, Joan M; *El Control de Gestión: una perspectiva de Dirección*; Capítulo 1; Ediciones Gestión 2000 S.A.; Barcelona. 1992

Al gerenciar una empresa, cualquiera sea su actividad y número de dependientes, lo que se debe hacer es **“alinear”** el comportamiento de todos y cada uno de sus dependientes, en pro de la consecución del objetivo organizacional planteado.

Para ello existen herramientas formales como lo son la definición de una estructura organizacional, la definición de tareas para cada cargo, la planificación específica de procesos y la explicitación de objetivos planteados.

También existen herramientas informales, como lo son las relaciones personales y la de mayor influencia, la cultura organizacional.

Para el control de cada objetivo se utilizará una mezcla de varios de ambos tipos de instrumentos.

La elección de la combinación óptima de instrumentos, depende de los factores que inciden en cada empresa y de la complejidad de la misma, además del tamaño y el entorno en el cual desarrolla su actividad. Es de destacar, aunque excede el objetivo de este trabajo, que la cultura organizacional, es el factor determinante para el logro de cualquier objetivo.

El proceso de planificación y de evaluación

Este proceso puede esquematizarse de la siguiente manera:



Dependiendo del tamaño y del giro de negocio de la organización, así como de su estructura organizativa, este proceso de planificación y de evaluación, puede estar más o menos formalizado.

III - Planificación presupuestaria como herramienta de gestión ²³

El presupuesto:

Es la expresión en términos cuantitativos y monetarios del conjunto de planes definidos para el logro de las metas establecidas.

Es fundamental que dicho proceso esté vinculado a la estrategia y estructura de la organización.

La planificación presupuestaria debe estar basada en una estrategia adecuada (fundamentada con un análisis FODA), clara y vinculada con la estructura organizacional a través de la definición de objetivos para cada centro de responsabilidad.

Es necesaria la previsión de variables económico-financieras, tales como:

- Previsión del entorno: tecnológico, socio-cultural, político, económico, proveedores, clientes, gobierno, competencia, etc.
- Previsión de ventas e ingresos.
- Previsión de gastos y de costos.

Algunas técnicas de previsión:

- Técnicas cualitativas: investigación de mercado, analogía, intuición, consulta a expertos.
- Series temporales: tendencia, etc.
- Modelos causales: Regresión, modelos econométricos, técnica del ciclo de vida del producto, etc.

El proceso organizativo de la planificación presupuestaria

Como toda planificación, se compone de un proceso de varias etapas consecutivas. Al respecto, pueden plantearse las siguientes etapas:

1) Iniciación del proceso presupuestario: realizar una reunión con todas las Áreas de la organización convocadas por la Dirección. La dirección debe clarificar la orientación de corto y largo plazo, es importante el rol y compromiso que la dirección debe mantener, ya que es la que posee la visión global del negocio. También es necesario definir un calendario predeterminado, que sea monitoreado para asegurar la elaboración y finalización en el período acordado.

2) Elaboración del presupuesto: debe tener un carácter participativo, permitiendo la participación de todas las áreas de la organización. Éstas, deben elaborar sus presupuestos particulares y clarificar las variables que son controladas por ellas. También es necesario definir criterios de elaboración comunes a todas las áreas, como forma de facilitar luego la etapa de discusión.

3) Negociación y consenso: la dirección debe revisar con los responsables jerárquicos de cada área, los presupuestos elaborados. Es importante lograr la negociación y el

²³ AMAT, Joan M. *Control Presupuestario; Capítulos 1 y 2*; Ediciones Gestión 2000 SA. Barcelona. 1992.

consenso con cada área y entre cada una de ellas, para asegurar el compromiso de todos los participantes. Es necesario que la dirección asegure la coherencia.

4) Consolidación de los diversos presupuestos: el área de finanzas y control, es la más indicada para realizarla. La dirección debe evaluar la introducción de posibles ajustes. Puede ser conveniente realizar reuniones que incluyan a todas las áreas para lograr la visión global.

5) Aprobación del presupuesto: es importante cumplir el calendario definido, también en lo que respecta a la decisión de la aprobación o no del presupuesto. Se debe comprender la importancia de esta etapa, en relación al compromiso que implica en cuanto a inversiones, gastos, desembolsos de efectivo, etc.

6) Revisión del presupuesto: finalmente, es conveniente destacar esta etapa, la cual sólo es conveniente realizar en caso que existan circunstancias que modifiquen sustancialmente las bases del presupuesto. O sea, circunstancias que impliquen una variación de las bases utilizadas para la presupuestación original.

Evaluación, control y medidas correctivas

Estas actividades implican el cálculo de desvíos respecto de los objetivos establecidos, a nivel global y a nivel de cada área. Para que el control sea válido debe realizarse en forma oportuna y periódica.

El objetivo es comprobar que las metas establecidas sigan siendo realistas, distinguir los desvíos causados por factores externos o ajenos a la organización, debe permitir analizar y determinar las causas de los resultados obtenidos, así como contribuir a reflexionar sobre los criterios seguidos para la confección del presupuesto.

La verificación de los desvíos, se realiza por medio de los indicadores definidos, de esta forma se compara lo real obtenido con lo presupuestado. Las variables a considerar son variables de cantidad de unidades de producción, rubros contables y financieros.

Son ejemplos de variables para la comparación: Estados de Resultados y Estados de Situación Patrimonial reales y presupuestados, así como Flujos de Caja y Presupuestos de Inversiones.

Una vez realizada la comparación de los resultados reales y presupuestados, se deben tomar las medidas correctivas correspondientes.

IV – Cuadro de Mando Integral (CMI) ²⁴

El modelo tradicional de la contabilidad financiera

El proceso de informes financieros fue desarrollado para la contabilidad de empresas que se manejaban en un ambiente de igualdad entre entidades. Lo ideal hubiera sido que

²⁴ KAPLAN, Robert y NORTON, David. *El Cuadro de Mando Integral*. Ediciones Gestión 2000. Barcelona. Año 1997.

este modelo de contabilidad financiera se hubiera expandido hasta incorporar la valoración de los activos intangibles de una empresa (productos y servicios de alta calidad, empleados calificados, procesos internos predecibles y sensibles, clientes leales y satisfechos). Si la contabilidad reconociera estos activos, las organizaciones que los aumentarían podrían mostrar esta mejora a sus partes interesadas. Por el contrario cuando las empresas se vacían de activos intangibles y capacidad, también quedaría registrado como un alerta.

La limitación de este reconocimiento está basada en la dificultad de medición confiable y determinable del valor de dichos activos. Sin embargo, estos son los activos y capacidades críticas para alcanzar el éxito en el entorno competitivo de hoy y del mañana.

Finalidad del Cuadro de Mando Integral

Surge como elemento conciliador, entre la contabilidad financiera tradicional y la consideración de los activos intangibles que se poseen. Complementa los indicadores financieros de la actuación pasada, con medidas de los inductores de actuación futura.

Permite medir la forma en que sus unidades de negocio crean valor para sus clientes presentes y futuros, y la forma en que deben potenciar las capacidades internas y las inversiones en personal, sistemas y procedimientos que son necesarios para mejorar su actuación futura. El CMI captura las actividades críticas de generación de valor en tanto que mantiene la perspectiva financiera.

El CMI como herramienta de gestión:

Representa un conjunto equilibrado de indicadores, que permiten gestionar en su totalidad las actividades de la organización.

En un intento de “definición gráfica” podría decirse que un CMI es como un Tablero de un automóvil, en el cual existen un conjunto de indicadores de los distintos elementos que permiten controlar el funcionamiento del coche: luces, tacómetro, cuenta revoluciones, frenos, nivel de aceite y de agua, temperatura del motor, etc.

Su función es transformar el objetivo y la estrategia de una unidad de negocio en objetivos e indicadores tangibles. Representa un conjunto equilibrado entre indicadores externos para accionistas y clientes, y los indicadores internos de los procesos críticos de negocios, innovación, formación y crecimiento.

Este conjunto equilibrado se conforma de: **indicadores** de los resultados (pasados) y los **inductores** que impulsan la actuación futura.

El CMI está equilibrado entre las medidas objetivas y fácilmente cuantificadas de los resultados pasados, y las subjetivas, y en cierto modo críticas, que conforman los inductores de las acciones a futuro.

Las empresas innovadoras utilizan el CMI como un sistema de gestión estratégica, para llevar a cabo procesos de gestión decisivos, como son:

a – Clarificar y traducir la visión y la estrategia

El proceso del CMI comienza cuando el equipo de alta dirección se pone a trabajar para traducir la estrategia de su unidad de negocio en unos objetivos estratégicos específicos.

Una vez establecidos los objetivos de clientes y financieros, la organización identifica los objetivos y los indicadores para su proceso interno.

El centro está en los indicadores de aquellos procesos que son más decisivos e importantes para alcanzar una actuación realmente extraordinaria de cara a los clientes y accionistas, así como alguno nuevo.

La vinculación con los objetivos de formación y crecimiento revela la razón fundamental para realizar inversiones importantes en el perfeccionamiento de empleados, en tecnología y sistemas de información y en procedimientos organizativos.

El proceso de construcción del CMI clarifica los objetivos estratégicos e identifica los pocos inductores críticos de su logro. Es importante debido a la falta de consenso existente entre los distintos responsables de áreas, con respecto al objetivo organizacional; debido a la especialización funcional, cada uno tiende a fijar su visión particular de cómo lograr el objetivo. El CMI crea consenso y trabajo en equipo entre los integrantes de la alta dirección y de los mandos medios, para lograr el objetivo organizacional, evitando visiones sesgadas del objetivo final a lograr.

b – Comunicar y vincular los objetivos y los indicadores estratégicos

La comunicación sirve para indicar a todos los empleados los objetivos críticos que deben alcanzar si se quiere que la estrategia organizacional tenga éxito. Esta comunicación se da con los niveles operativos, los ejecutivos de las unidades de negocio y con el consejo de administración. El CMI proporciona las bases para la comunicación y para conseguir el compromiso de los integrantes de la organización.

Al final del proceso de comunicación y vinculación, todo el mundo en la organización debe comprender los objetivos a largo plazo de la unidad de negocio, así como la estrategia para conseguir estos objetivos.

c – Planificación, establecimiento de objetivos y alineación de iniciativas estratégicas

En el CMI se incluyen objetivos de largo plazo (3 a 5 años), de los cuales se espera tener mejoras extraordinarias, las que se verán reflejadas por medio de indicadores financieros (precio de las acciones, rentabilidad sobre inversión, etc.).

Para alcanzar estos objetivos financieros tan ambiciosos, los directivos deben identificar objetivos de extensión para sus clientes, procesos internos y objetivos de formación y crecimiento. Para ello deben tenerse en cuenta las expectativas de los clientes actuales y de los potenciales nuevos clientes.

Definidos los objetivos estratégicos, debe comenzarse con una Reingeniería para lograr avances espectaculares. Éstos no deben medirse solamente por medio de un ahorro de costos, sino que deben considerarse sus resultados, en función de la percepción de

mejora que puedan percibir los clientes o usuarios finales (reducción del tiempo de atención al cliente, reducción del tiempo de llegada al mercado, ciclo de cumplimiento con los pedidos, etc.)

Además deben fijarse **metas anuales** a lograr, como forma de control del desarrollo y avance de la estrategia para el logro de los objetivos finales.

El proceso de planificación y de gestión del establecimiento de objetivos permite a la organización:

- Cuantificar los resultados a largo plazo que desea alcanzar,
- Identificar los mecanismos y proporcionar los recursos necesarios para alcanzar estos resultados, y
- Establecer metas a CP para los indicadores financieros y no financieros del CMI.

d – Aumentar el *feedback* y la formación estratégica

Este proceso, es el más importante de todos para una la gestión. El CMI permite vigilar y ajustar la puesta en práctica de sus estrategias y, si fuera necesario, hacer cambios fundamentales en la propia estrategia.

Por medio de revisiones periódicas mensuales y trimestrales, pueden examinarse los resultados financieros y no financieros obtenidos. Examinar de cerca si la unidad de negocios está consiguiendo sus objetivos en cuanto a clientes, procesos, motivación interna, y en cuanto a empleados, sistemas y procedimientos. Los directivos en función de esa información, no sólo evalúan el pasado, sino que plantean expectativas a futuro y toman las medidas necesarias para encaminar la organización hacia los objetivos estratégicos finales.

Los directivos necesitan un *feedback* (retroalimentación de información) sobre si la estrategia que habían planeado sigue siendo una estrategia viable y de éxito. Necesitan información para poder cuestionar si las asunciones fundamentales que se hicieron cuando lanzaron la estrategia son válidas.

Este proceso de recogida de datos, comprobación de hipótesis, reflexión, formación estratégica y adaptación, es fundamental para la implantación y puesta en práctica con éxito de la estrategia empresarial.

Los indicadores financieros

Los indicadores financieros, como es el rendimiento sobre capital invertido (entre otros tantos), sólo sirven para medir el logro de los objetivos de corto plazo (anuales o menos) de las actividades y estrategias desarrolladas por la empresa, en el período que finaliza y se analiza. O sea, utiliza información histórica de hechos pasados y motiva al logro de objetivos financieros de corto plazo; esto puede llevar a que se desestimulen inversiones y gastos atendiendo a una perspectiva empresarial de mayor plazo.

El CMI conserva la medición financiera como un resumen crítico de la actuación gerencial, pero realiza un conjunto de mediciones más generales e integradas, que

vinculan al cliente actual, los procesos internos, los empleados y la actuación de los sistemas con el éxito financiero de largo plazo.

Los indicadores financieros nos dicen algo, pero no todo, sobre la historia de las acciones pasadas, y no consiguen proporcionar una guía adecuada para las acciones que hay que realizar hoy y el día después, para crear un valor financiero futuro.

El CMI proporciona a los ejecutivos un amplio marco que traduce la visión y estrategia de una empresa, en un conjunto coherente, de indicadores de actuación.

Muchas empresas han adoptado la declaración de **misión**, como forma de transmitir a sus integrantes, los objetivos fundamentales de la existencia de la misma. La Misión es una declaración de las creencias fundamentales de la organización, e identifica mercados objetivos y productos fundamentales. Por ejemplo: “Ser la línea con más éxito en el mercado regional”. Pero esta declaración no logra coordinar las acciones específicas que se deben realizar a nivel operativo del día a día, en la atención al cliente o en la venta de producto, como para lograr cumplir con la misión propuesta. La forma de cumplir con la misión, queda a criterio de cada encargado de área, lo que implica una descoordinación y falta de cumplimiento al fin.

El CMI transforma la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas (Financiera, Clientes, Procesos internos, y Formación y crecimiento). Proporciona así, un marco, una estructura y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia; utiliza las mediciones para informar a los empleados sobre los causantes del éxito actual y futuro.

Los indicadores del CMI, no solo sirven como medida para controlar el desempeño pasado, sino que sirven para articular y comunicar la estrategia empresarial, del negocio y para alinear las iniciativas individuales de la organización y multi-departamentales con el fin de lograr un objetivo común. Debe ser utilizado como un sistema de comunicación, de información y de formación, y no como un sistema de control.

Las cuatro perspectivas de CMI permiten un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, entre los resultados deseados y los inductores de actuación de esos resultados, y entre las medidas objetivas, más duras, y las más suaves y subjetivas. Aunque la multiplicidad de indicadores en un CMI, aparentemente puede confundir, contienen una unidad de propósito, ya que todas las medidas están dirigidas hacia la consecución de una estrategia integrada.

Perspectiva Financiera

Indican si la estrategia de una empresa, su puesta en práctica y ejecución, están contribuyendo a la mejora del mínimo aceptable. Son valiosas para medir las consecuencias económicas de la estrategia.

Perspectiva del cliente

Permite identificar los segmentos de clientes y de mercado, en los que competirá la unidad de negocio, y las medidas de la actuación en esos segmentos seleccionados. Los indicadores fundamentales son: satisfacción del cliente, retención del cliente,

adquisición de clientes nuevos, rentabilidad del cliente y la cuota de mercado en los segmentos seleccionados.

Perspectiva de procesos internos

Se identifican los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Estos procesos permiten a la unidad de negocio:

- Entregar las propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes de los segmentos de mercado seleccionados, y
- Satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos financieros de los accionistas.

Además debe tratarse de identificar nuevos procesos que permitan alcanzar de forma eficiente los objetivos financieros y de los clientes.

Se plantea la incorporación de la **innovación** en los procesos internos. El enfoque tradicional, intenta mejorar las operaciones existentes, o sea la **onda corta de la creación del valor** (*empieza con la recepción del pedido por parte del cliente, y finaliza con la entrega del producto a un costo menor que el precio que se cobra por él*).

El CMI se centra en la creación de valor de **onda larga** (*crear unos productos y servicios completamente nuevos, que satisfagan las necesidades emergentes de los clientes actuales y futuros*).

La habilidad de la empresa de lograr productos nuevos para nuevos clientes pasa a ser de gran importancia en la actuación económica futura.

Perspectiva de formación y crecimiento

Identifica la infraestructura que la empresa debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo. La formación y el crecimiento de una organización proceden de tres fuentes principales: las personas, los sistemas de información y los procedimientos de la organización.

Vinculación de los indicadores múltiples del Cuadro de Mando Integral para formar una sola estrategia

Relaciones causa efecto

Una estrategia es un conjunto de hipótesis sobre la causa y el efecto. El sistema de medición debe establecer de forma explícita las relaciones entre los objetivos en las diversas perspectivas, a fin de que puedan ser gestionadas y validadas.

Inductores de la actuación

Un buen CMI debe tener una mezcla de medidas de resultados (medición acerca de si se consigue o no la estrategia propuesta) e inductores de gestión (por ejemplo: tiempo de los ciclos, tasas de defectos); de esta forma se puede controlar si las mejoras operativas a corto plazo se logran o no, y si se han transformado en el negocio en un aumento de clientes nuevos y actuales.

¿Deberían eliminarse los indicadores financieros?

La mejora en los procesos internos de producción y prestación de servicios, no tienen valor si sólo logran generar una capacidad ociosa inutilizada, sin que se aplique una real reducción de los costos (x costos fijos). Asimismo, las mejoras en los procesos de

atención al cliente, entrega en tiempo y forma de productos, reducción de reclamos, etc., no tiene porqué transformarse en mayores ventas; basta con que los clientes decidan no incrementar el volumen de transacciones con su proveedor para no depender tanto. O sea que, las estrategias de mejoras internas son el medio para lograr un fin, que es la mejora financiera de la empresa para sus accionistas.

Pueden lograrse mejoras sustantivas, pero debe controlarse mediante indicadores financieros que realmente las mejoras internas, se traduzcan en resultados para la organización y sus accionistas. Son ejemplos de Indicadores Financieros: mayores volúmenes de ventas, mayores márgenes, rápida rotación de stock, menores gastos operativos, etc.

Cuatro perspectivas: ¿son suficientes?

Nada dice que las cuatro perspectivas de CMI sean las necesarias y suficientes. Se han planteado como objeciones, que no incluye ciertas partes interesadas como son los empleados, la comunidad o los proveedores.

Se entiende que los intereses de dichos grupos están integrados dentro de las perspectivas que la organización se fija. Así, los empleados están considerados dentro de Formación y desarrollo; los proveedores dentro de Procesos Internos; y la comunidad dentro de la perspectiva de Clientes.

La unidad organizativa para un cuadro de mando integral

El criterio para definir si una unidad de la organización debería tener un CMI, es averiguar si la unidad tiene (o debería tener) una misión, una estrategia, unos clientes (internos o externos) y procesos internos que le permitan realizar su misión y estrategia. Si es así, la unidad es un candidato válido para un CMI.

Las unidades candidatas naturales son la Unidades Estratégicas de Negocios (UEN), que se identifican por atender alguna característica en particular (segmento de mercado, línea de producción, canales de distribución, etc.). Para estas UEN se establecen CMI, de los cuales se derivan CMI particulares para cada centro de responsabilidad o departamento que formen la UEN.

Por otra parte, es frecuente que se establezca un CMI con el objetivo de coordinar la misión general de la organización con las particulares de cada una de las UEN que la conforman.

El CMI le proporcionará un mecanismo para traducir esa estrategia en objetivos, medidas y fines concretos, y para controlar y vigilar la puesta en práctica de esta estrategia durante períodos subsiguientes.

Limitaciones de las mediciones financieras de la actuación de negocios

El usuario se centra en el futuro, mientras que los informes de las empresas actuales se centran en el pasado. A pesar de que la información sobre el pasado es un indicador útil de la actuación futura, los usuarios también necesitan una información que mire hacia delante.

Se entiende que las empresas adopten un enfoque más equilibrado para emitir información y con un enfoque a futuro:

- Proporcionar más información sobre planes, oportunidades, riesgos e incertidumbres.
- Centrarse en los factores que crean valor a largo plazo, incluyendo las medidas no financieras que indiquen cómo se están realizando los procesos clave de la empresa.
- Equiparar mejor la información publicada externamente con la información proporcionada internamente a la alta dirección para gestionar la empresa.

PARTE I

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPITULO 3: Sistemas de Información para la toma de decisiones

3 – Sistemas de información para la toma de decisiones

3.1 - Definición de Sistema²⁵

Un sistema es un conjunto de componentes que interactúan entre si para lograr un objetivo común.

Un sistema de información es un conjunto de personas, datos y procedimientos que trabajan coordinadamente, para alcanzar el objetivo de apoyar el funcionamiento de la organización, para cumplir con los objetivos, haciendo posible que la empresa mantenga contacto con el medio ambiente que la rodea.

Los sistemas de información sirven para responder a las necesidades de una organización, para apoyar, soportar y viabilizar el logro de sus metas y objetivos.

El sistema de información debe permitir controlar el adecuado funcionamiento de las áreas o actividades que deben funcionar de manera correcta para que sea posible alcanzar los objetivos propuestos (factores críticos del éxito)

Uno de los problemas mas frecuente para los administradores, está relacionado con la calidad y cantidad de la información que usan para tomar decisiones. Tanto información que manejan en la organización como la que intercambian con otras instituciones.

Se habla de problemas **con** la información y de problemas **de** la información.

Los problemas **con** la información, tienen su origen (entre otras causas) en la falta de esfuerzo para diagnosticar las necesidades de información.

La información constituye la materia prima del proceso a través del cual se toman las decisiones

Los problemas **de** la información se dan, por ejemplo, cuando la información que necesitamos nos llega tarde o con errores.

Los sistemas de información administrativa pueden ser muy valiosos para mejorar las decisiones institucionales y también la eficiencia en las funciones directivas, gerenciales y de supervisión, y así lograr los objetivos.

La información es el resultado del proceso de organizar datos, de manera ordenada y lógica, con el fin de proporcionar a las personas que la utilizan, un mejor conocimiento de la realidad que esos datos representan.

El tipo y valor de la información que se obtiene como consecuencia del tratamiento de datos, depende de las relaciones que se establecen entre los mismos.

²⁵ Walter Perez Decarolis; "Aspectos Organizacionales del análisis y diseño de Sistemas de Información": Doc. N° 15 Organización y Métodos Administrativos; Oficina de Apuntes del CECEA.

Sistema de información gerencial

Los sistemas están compuestos por diferentes elementos que se relacionan entre si y que generan actividades conjuntas, con el fin de posibilitar el logro de determinados objetivos.

En el caso de los sistemas de información, esos objetivos están orientados, básicamente, a atender las necesidades de información que tienen los usuarios del sistema.

Para atender las necesidades de los usuarios, las actividades de un sistema de información, son básicamente:

- Recopilación o captura de datos
- Procesamiento de los datos recopilados,
- Análisis de los datos para transformarlos en información
- Distribución de la información procesada y elaborada, en función de las necesidades de información del destinatario,
- Almacenamiento de la información procesada y elaborada,
- Recuperación de la información a través de mecanismos prediseñados, y
- Seguridad del proceso de recopilación y elaboración de la información, así como también de los soportes de información utilizados.

Elementos de un sistema de información

- Insumos o entradas
- Unidad de procesamiento
- Productos o salidas
- Control
- Retroalimentación

• Insumos:

Los insumos de un sistema de información, son los elementos vinculados con la recopilación o registro de datos y de información. Las entradas pueden hacerse en forma manual, electrónica o mixta.

• Unidad de procesamiento:

Las entradas se procesan y se transforman en salidas. Para lograrlas, el procesamiento puede requerir tareas de cálculo, verificación, comparación, análisis y coerción.

• Productos:

Representan el resultado del procesamiento o transformación de los datos o informaciones entradas al sistema.

• Control:

Es un proceso que permite comparar los resultados que se alcanzan con los resultados deseados. Cuando se hace referencia a estos resultados deseados, es porque fueron previamente fijados, y necesitan ser controlados para determinar su grado de cumplimiento.

El Control verifica si los insumos que ingresan al sistema, las actividades que se realizan en la unidad de procesamiento, o los resultados obtenidos de esa conversión, son los que se proyectaron previamente. Esta información que se obtiene de comparar los hechos reales con los esperados, facilita la retroalimentación.

- **Retroalimentación**

Consiste en utilizar la información que se obtiene del proceso de control, para analizar las relaciones entre causas y efectos, y realizar (si son necesarios) ajustes o cambios en las entradas, en el procesamiento, o en los productos.

Los cambios pueden servir para corregir errores, rectificar acciones a futuro, y darle más seguridad al sistema.

Al detectarse errores, la retroalimentación permite corregir errores a través de la información que suministra el control. Para ello se necesita intervenir en las entradas, en el procesamiento o en las salidas, y lograr mayor veracidad de la información del sistema, mejorando las decisiones que puedan tomarse basados en esa información.

Las salidas de un sistema, pueden transformarse en la entrada de otros sistemas. Los sistemas de información pueden ser manuales, computarizados o mixtos. Se debe tener en cuenta que si un sistema tiene fallas, no por computarizarlo, estas fallas serán corregidas. La computación, es una herramienta, y permitirá informatizar los procesos, pero mantendrá las mismas fallas, si no son corregidas previamente.

Valor y requisitos de la información

No resulta fácil determinar el valor de la información; este va a estar condicionado, en gran medida, por la subjetividad de quien valora la información. Seguramente la valúe según los resultados que obtendrá del uso de la misma.

La información puede estar disponible para quien la necesita, en el momento, formato y contenido correctos, pero si contiene errores, estos le quitarán valor y confiabilidad. Y lo que es peor, en caso de utilizarse, puede conducir a tomar malas decisiones.

Las fallas de la información pueden provenir de cualquier elemento del sistema que la generó.

Hay ciertos requisitos de la información, que de cumplirse, aseguran buena calidad y general valor a los administradores, a la organización y para quienes sean usuarios externos de la misma.

Requisitos:

- **Oportunidad**

Se dice que la información es oportuna, cuando llega a quien la va a usar, o cuando quien la va a usar, puede acceder a ella en el momento en que la necesita. De lo contrario, el valor de la información como recurso puede llegar a ser escaso o nulo.

Una manera de lograr la oportunidad de la información, es mediante el acceso directo de los administradores a la misma, o mediante las redes de computación.

- **Confiabilidad**

La información debe reflejar con total exactitud, las operaciones u aspectos a los que refiere.

La confiabilidad de un sistema de información, esta referida no solo a la calidad de la información que produce, sino también a la eficiencia con la que funciona.

Para un administrador, un sistema de información será confiable cuando el conocimiento que le proporciona, no tenga errores, y además, le permita saber que la información la tendrá en el momento y en la forma que la necesita.

Las primeras veces que se ponen a funcionar los sistemas de información, suelen no ser confiables, pero a través del entrenamiento del personal, de sucesivas pruebas y ajustes del sistema, así como también con consultas frecuentes a los usuarios de la información, se puede obtener personal mas capacitado, mejores programas informáticos, mejores diseños de entrada y salida y de este modo, obtener un sistema mas confiable.

- **Claridad**

Debe ser información tal, que no ocasione confusiones para quien la utiliza. Tanto el lenguaje, la terminología, el formato o los símbolos que se usan deben ser de fácil comprensión y no posibilitar múltiples interpretaciones.

Si la información es confusa, esto le quita valor, interés y utilidad.

- **Selectividad**

La información gerencial debe ser racionalmente dosificada, en cantidad prudente. El mayor volumen de información, puede agregar valor si esa información es significativa para quienes la utilizan y a su vez, está presentada en forma que estos tengan el tiempo y la habilidad para poder analizarla.

Tanto la falta, como el exceso de información, pueden ser perjudiciales, afectando la racionalidad de las decisiones. En el caso de ser excesiva, perjudica, por el hecho de que los administradores no disponen del tiempo necesario.

La información debe ser selectiva, es decir, que el contenido de la misma debe ser adecuado a las necesidades, intereses y capacidades de interpretación de quienes la utilizan.

- **Periodicidad**

Muchas veces, la información que los administradores requieren para controlar la ejecución de un plan, por ejemplo, requiere de un flujo periódico, a veces anual, mensual, semestral, o de plazos mas cortos, hasta incluso, en el mismo momento en que los hechos se producen.

Si la información esta disponible en ciertos periodos, y en otros no, ese administrador tendrá dificultades para conocer y comparar hechos, y así poder tomar decisiones oportunas.

Al analizar un sistema de información, debe considerarse con que frecuencia o periodicidad, los usuarios necesitan determinados tipos de información.

- **Uniformidad**

Los datos deben ser tratados con criterios uniformes en todas las etapas del proceso (captura, ordenamiento, elaboración y análisis). De este modo, se asegura el procesamiento fiel de los datos y se contribuye a elaborar información que pueda ser correctamente interpretada en relación a lo que pretende mostrar.

Para evitar situaciones en que falta uniformidad, pueden utilizarse manuales, o instructivos que expliquen claramente los procedimientos y el significado de los términos que se utilizan.

- **Accesibilidad**

Quienes necesitan información, deben tener fácil acceso a las fuentes donde pueden obtenerla.

El inconveniente hoy día, no es como y donde conseguir la información, sino saber como manejarse con tantos datos disponibles.

Metodología para el análisis y diseño de sistemas de información

Para lograr que los administradores dispongan de información de calidad, se recurre habitualmente a los sistemas de información.

A través de los sistemas de información, se trata de atender las necesidades de información de los usuarios del sistema, pretendiendo que las salidas de dicho sistema cumplan con los requisitos de la información (oportunidad, confiabilidad, claridad, selectividad, periodicidad, uniformidad y accesibilidad).

Hay 6 etapas para el análisis y diseño, y ellas constituyen la metodología para el diseño o actualización de los sistemas de información.

Si bien estas etapas tienen una secuencia lógica, es posible que se esté cumpliendo con una etapa, pero se este volviendo a considerar aspectos de etapas anteriores.

Etapas:

- Determinación de los objetivos y el alcance del sistema de información
- Identificación de los centros usuarios de información
- Determinación de las necesidades y las carencias de información
- Localización de las fuentes de datos y de información
- Determinación de las comunicaciones y los portadores de información
- Determinación de las normas y los procedimientos

Determinación de los objetivos y el alcance del sistema de información

Deben formularse con claridad los fines con los que se concibe la creación del sistema (objetivos).

Dichos objetivos pueden ser muy generales (a nivel gerencial), o muy específicos (a nivel de área), por ello es necesario que al formular los objetivos del sistema, también se defina el alcance del mismo.

Es importante destacar que, si bien es conveniente establecer los objetivos del sistema en la etapa inicial de análisis, no implica que deban ser los mismos a medida que se avanza en el estudio.

Una de las formas más eficaces de establecer los objetivos y el alcance en forma explícita es a través del trabajo conjunto entre los analistas y quienes serán los usuarios de la información de salida.

Identificación de los centros usuarios de información

Es identificar las unidades donde se toman las decisiones, y las personas que tienen a su cargo dicha tarea, o que colaboran en ella.

También se deben ubicar las unidades y las personas encargadas de programar y poner en práctica las decisiones tomadas, así como las que realizan el seguimiento, el control y la evaluación de los resultados alcanzados.

Determinación de las necesidades y las carencias de información

Luego que se localizaron los centros usuarios, se debe conocer el tipo de información que necesitan para cumplir con las tareas a su cargo, y los requisitos que debe reunir esa información para que aporte valor agregado a las tareas que realizan los involucrados.

Esos requisitos pueden referirse al cuándo (oportunidad y periodicidad), al cómo y qué (forma de presentación y contenido) y al cuánto (cantidad de información).

Es posible que esas informaciones que se necesitan, no estén disponibles, o no reúnen los requisitos de oportunidad y claridad, o que si bien se dispone de información abundante, no es exactamente la que se necesita.

Del diagnóstico que se realice sobre la determinación de necesidades de información, se conocerán posiblemente:

- las necesidades de información que existen en los centros usuarios identificados
- las disponibilidades de información, en relación a esas necesidades
- las carencias de información, es decir, aquellas informaciones que se necesitan pero que no se dispone de ellas
- las informaciones que llegan y que no se utilizan porque no se las necesita

El propósito principal de los sistemas de información, es atender de la mejor manera posible, las necesidades de información que se detectan en los distintos niveles.

Algunos administradores, no conocen con claridad que resultados o decisiones esperan de él, por ende no identifica la información específica que necesita.

Otro inconveniente es el manejo de información verbal, indocumentada y que resulta muchas veces, desconocida para los analistas.

Los analistas deben averiguar que informaciones necesitan, con que características, de que información se dispone y de cual no, a donde recurre para conseguirla y como las obtiene.

Esta tarea es conjunta entre quienes analizan y diseñan el sistema, y quienes serán los usuarios de las salidas del mismo

1- Localización de las fuentes de datos y de información

Luego de identificados los centros usuarios del sistema y la información que requieren, deben localizarse las fuentes donde se pueden obtener los datos que deberán recogerse y procesarse, o la información ya procesada, lista para disponer de ella.

Estas fuentes pueden ser internas o externas. También podemos clasificarlas en físicas o virtuales.

Las internas pueden ser primarias, intermedias o finales. Las primarias son donde se registran los datos en su estado primario o bruto, con poco grado de procesamiento. Las intermedias son las unidades donde se reciben los datos primarios y se elabora información a partir de ellos. Las finales o de consolidación son aquellas que reciben la información de las fuentes intermedias y elaboran la información final.

La existencia de uno y otro tipo de fuentes internas, depende del ámbito institucional y geográfico del sistema de información y también de la política de centralización o descentralización que se establezca para administrar la información. En organizaciones pequeñas, la fuente de datos puede ser la misma que procesa y elabora la información final. También ocurre que en una misma empresa, haya varias fuentes primarias y una unidad central que releve esos datos y los procese.

Las externas pueden ser públicas o privadas, pueden estar en el país o fuera de él. Ejemplo de fuentes externas son los indicadores financieros, económicos y sociales. Este tipo de información externa es de fácil acceso, gracias a las oportunidades tecnológicas actuales.

2- Determinación de las comunicaciones y los portadores de información

Debe determinarse los canales de comunicación que permitan el flujo informativo desde las fuentes primarias o intermedias, hasta llegar a los usuarios. También deben determinarse o revisarse, (en caso de existir) los portadores que se pueden utilizar para registrar esos datos o información. Estos portadores pueden ser formularios en papel, electrónicos, documentos, informes, libros, folletos, cintas magnéticas, diskettes, discos, microfilms o consultas en pantalla.

Estos portadores permiten registrar, ordenar, clasificar, elaborar, presentar, analizar, distribuir, almacenar y recuperar información.

El diseño o rediseño del sistema de información, requiere conocer la estructura administrativa del ámbito institucional que lo rige.

En el análisis del sistema también debe tenerse en cuenta que los cambios en los procedimientos de recolección y procesamiento de datos, como en los de almacenamiento y recuperación, pueden convertir en obsoletas las formas de trabajo en uso y hacer necesaria la revisión y ajuste de los portadores de información.

Al analizar la información de los portadores en uso, puede llegarse a ciertas conclusiones, como por ejemplo:

- que existen portadores que se llenan con datos que luego no se procesan ni utilizan
- Que algunos de los datos que se registran, no se procesan y por lo tanto, no se entregan a centros donde esa información se necesita.
- Que los datos que se procesan y la información que elabora, se entregan en centros donde no son necesarios
- Que los datos que se registran, si bien tuvieron su razón de ser en el pasado, ya no se necesitan y sin embargo, se sigue registrando y procesando por rutina.

Cuando se incorporan nuevas tecnologías electrónicas que sustituyen métodos manuales o mecánicos de procesamiento de datos, deben revisarse los portadores vigentes y ajustarlos a los requerimientos de nuevas tecnologías.

Del mismo modo, nuevos portadores de información que deban diseñarse para capturar y procesar datos a través de sistemas computacionales, pueden requerir el ajuste de los procedimientos y operaciones vigentes.

3- Determinación de las normas y los procedimientos

El conjunto de normas y procedimientos es uno de los elementos que puede asegurar el flujo sistemático de datos entre las fuentes que los generan, las unidades que los procesan y los usuarios que los utilizan.

Este conjunto de normas y procedimientos determinan en forma clara lo siguiente:

Las funciones de las unidades administrativas que intervienen en las diferentes fases del proceso de administración de la información, las actividades específicas que el cumplimiento de esas funciones implica para cada una de las unidades y las formas de comunicación entre ellas.

Las tareas y responsabilidades de quienes están al frente de esas unidades y de los demás integrantes de las mismas, que de una manera y otra, desempeñan roles dentro del funcionamiento del sistema de información. También resulta conveniente complementar la descripción de los cargos con la identificación de los requisitos mínimos para su correcto desempeño.

Los procedimientos y métodos de trabajo, las correspondientes operaciones y los medios necesarios para poner en marcha y asegurar la actualización y mantenimiento permanente del sistema de información.

Es conveniente que las normas, los procedimientos y los métodos se establezcan por escrito para que su conocimiento e interpretación resulten fácilmente accesibles.

Es importante establecer los tiempos en que deben registrarse los datos primarios, y los respectivos plazos para que esos datos se hagan llegar a las unidades de tratamiento posterior. También deben marcarse los límites de tiempo, para que la información se encuentre disponible para los usuarios.

El cumplimiento de esas normas que sistematizan los flujos de datos y de información entre los centros que la elaboran y distribuyen y centros que la reciben y utilizan, contribuye a asegurar la oportunidad de la información.

Los analistas deben documentar el sistema a través de manuales o instructivos, donde se expresen los objetivos y el ámbito institucional del sistema, se clarifiquen los roles de las unidades que intervienen en las distintas fases de tratamiento de los datos y de la información. Esta base normativa sirve además para entrenar al personal que actúe como soporte humano del sistema, para evaluar periódicamente la calidad de la información de salida y ajustar los aspectos operativos que lo ameriten.

Cuando, por el volumen de datos que se manejan, o por la velocidad con que se necesita la información, se debe recurrir a tratamiento electrónico, el analista deberá preparar un manual de uso, con la descripción del sistema (requerimientos, instalación y ejecución), y las instrucciones de operación del mismo.

Las etapas posteriores al diseño de un sistema de información son:

- Aprobación del proyecto de diseño
- Programación de la puesta en práctica
- Puesta en práctica con carácter de prueba
- Evaluación de los resultados de la puesta en práctica
- Realización de ajustes al diseño (si son necesarios)
- Implementación del sistema
- Mantenimiento del sistema

Es necesario evaluar periódicamente la calidad de las salidas en relación a las necesidades planteadas inicialmente o a las necesidades que surgieron una vez que el sistema ha comenzado a funcionar.

3.2 – Sistemas de información de las instituciones asistenciales. Vinculación entre los diferentes subsistemas de información

Sistema de Información Hospitalaria

Es un sistema de información orientado a satisfacer las necesidades de generación de información, para almacenar, procesar y reinterpretar datos médico-administrativos de

cualquier institución hospitalaria. Permitiendo la optimización de los recursos humanos y materiales, además de minimizar los inconvenientes burocráticos que enfrentan los pacientes.

Todo sistema de información hospitalaria genera reportes e informes dependiendo del área o servicio para el cual se requiera, dando lugar a la retroalimentación de la calidad de la atención de los servicios de salud.

El **Sistema de Información Hospitalaria** está conformado por un conjunto de subsistemas de información, que corresponden a cada uno de los *Servicios* o *Centros de Costos* definidos para cada centro asistencial.

En una institución asistencial, cada servicio de atención final, intermedio o de apoyo, debe ser considerado como una “mini-fábrica” dentro de una gran industria. Es así que es necesario gestionar cada una de ellas por medio del control de costos y de la producción que cada una realiza.

Para la gestión de cada servicio, en estas condiciones, se requiere de una conformación estructural jerárquica y directiva de cada uno, de forma tal que se pueda identificar un responsable por los resultados obtenidos. Para ello cada dirección en particular, debe poder controlar tanto los costos y la cantidad de los recursos para lograr la producción obtenida. Esta concepción estructural – directiva requiere de un sistema de información interna a cada servicio, que permita conocer los costos incurridos y la producción lograda.

Cuando los sistemas de información sobre producción son diferentes entre los distintos servicios, y o el sistema de costo es manejado a nivel central, se requiere de una instancia de confrontación de los dos tipos de información (Producción y Costos) para lograr un análisis detallado de costos unitarios. La diversidad de formas y de sistemas de medición de la producción, implica que se realicen estimaciones razonables para lograr un costo estimado unitario. La razonabilidad o no de los criterios aplicados para la determinación de dichas estimaciones, afectará directamente la confiabilidad o no de la información obtenida.

También, esta instancia de confrontación requiere de nuevos recursos materiales y humanos, así como de tiempo para la obtención de la información acabada.

Subsistemas de Información

Entre los tipos de subsistemas de información podríamos plantear la siguiente clasificación general:

1) Subsistemas Económicos-Financieros

Los subsistemas económicos-financieros en medicina, se pueden clasificar de la siguiente forma:

1.a) Subsistema de Recursos Humanos (de personal):

Es el sistema que permite el manejo del factor “recurso humano”, debiendo identificar a cada funcionario y su historia laboral dentro del centro hospitalario. Para ello debe contar con datos tales como: número de identificación, cargo que ocupa, función que desempeña, fecha de nacimiento y de ingreso a sus funciones, horarios de trabajo, licencias, días libres y un “legajo” sobre la evaluación de su desempeño.

1.b) Subsistema de manejo de materiales y medicamentos:

De este sistema, lo más importante es la dinámica de la información ya que se obtienen: control sobre inventarios, cotizaciones, información de precios, proveedores, registro de proveedores, contratos, control de inflación, de abusos, tasa de inflación y decisiones de concurso para aprobar la compra de un artículo y evitar abusos, etc.

También se orienta mucho al inventario en farmacia, ayudando así a mantener el control de medicamentos, el control de los médicos que emiten la orden correspondiente, asignación al servicio de atención que corresponda y la administración de los medicamentos a los pacientes registrados.

1.c) Subsistema de costos y determinación de precios a cobrar:

Este sistema debe permitir el manejo de las deudas que mantienen los usuarios, el Estado u otras instituciones de salud con el centro asistencial, que tengan origen en la prestación de servicios de atención en salud, o por la realización de estudios médicos por parte del centro asistencial. Es necesario que permita una identificación del paciente o usuario directo del servicio, del obligado al pago por dicho servicio (el cual puede no ser el propio usuario), detalles de la prestación del servicio y, lo más importante, una estimación fidedigna del costo del servicio prestado o del estudio realizado, lo que configura la base de cálculo, conjuntamente con un beneficio sobre costo (si corresponde), del importe a cobrar al obligado.

1.d) Subsistema de pagos a proveedores:

Este sistema debe permitir identificar las obligaciones que el centro asistencial ha contraído con sus proveedores de materiales, insumos o servicios. También debe brindar seguridad y respuesta al procedimiento de pagos, permitiendo obtener los documentos respaldantes de la operación de pago.

1.e) Subsistema de contabilidad:

Este es el sistema de información que debe brindar información histórica acerca de la situación patrimonial y el resultado económico del período bajo análisis. Esta información es la base de la toma de decisiones para la gestión de las empresas. En particular, para las empresas de salud, es muy importante la representación fidedigna de los costos totales incurridos y con un nivel de detalle suficiente, que permita gestionar los costos incurridos por cada rubro presupuestario.

2) Subsistemas Administrativos

Los subsistemas administrativos, se pueden clasificar de la siguiente forma:

2.a) Subsistema para registro central de pacientes

Este sistema debería ser uno de los sistemas medulares, debe permitir tener una base de datos de tipo demográfico, información de asegurados, datos clínicos, estadísticos y algunos otros datos de interés administrativo. Se caracterizan por utilizar una identificación numérica para cada uno de los pacientes. Normalmente actúan como sistema base para todos los demás sistemas, ya sean clínicos, financieros o administrativos relacionados con el paciente.

2.b) Subsistema para admisión, altas y transferencias de pacientes

Este tipo de sistemas, debe permitir una gestión integral de los usuarios de los servicios de salud. A partir de su ingreso al centro, debe incluirse en él toda la información acerca de su atención, su internación, el alta y o la transferencia a otro centro asistencial, así como su fallecimiento en caso de corresponder.

2.c) Subsistema para el control de citas y programación de servicios

El diseño de un sistema de este tipo, corresponde a la necesidad de organización de las consultas médicas, de realización de estudios y otros procedimientos médicos, que los pacientes requieren. La programación con fechas y horas determinadas de atención, permite la optimización de los recursos disponibles para la atención; así como también, brindar al paciente la atención requerida en determinado tiempo y forma.

2.d) Subsistema para el procesamiento y edición de documentos (Registros Médicos y Estadística)

Este sistema debe cumplir con la función principal de recopilación, procesamiento, respaldo y emisión de informes, sobre determinados documentos. Por ejemplo un sistema de emisión de Historias Clínicas: deberá identificar el paciente, crear su archivo único, e incluir en él todos los documentos e información asistencial del paciente.

2.e) Subsistema de procedimientos y sistemas de organización del trabajo humano, para la prestación de servicios y la atención a los pacientes

Este sistema debe contemplar los recursos humanos, los materiales e insumos, así como el espacio físico para brindar el servicio. Para la gestión de recursos humanos es necesaria la definición de: funciones, tareas, actividades, responsabilidades, métodos y procedimientos de trabajo.

2.f) Subsistema Informático

Este sistema constituye la base fundamental del soporte de información de todos los subsistemas. Si bien persisten aún sistemas tradicionales manuales y en soporte papel, el avance de las tecnologías en informática y el descenso en los precios de los equipos, hacen que su utilización sea casi total. Este subsistema será tratado en profundidad en la siguiente sección del presente capítulo.

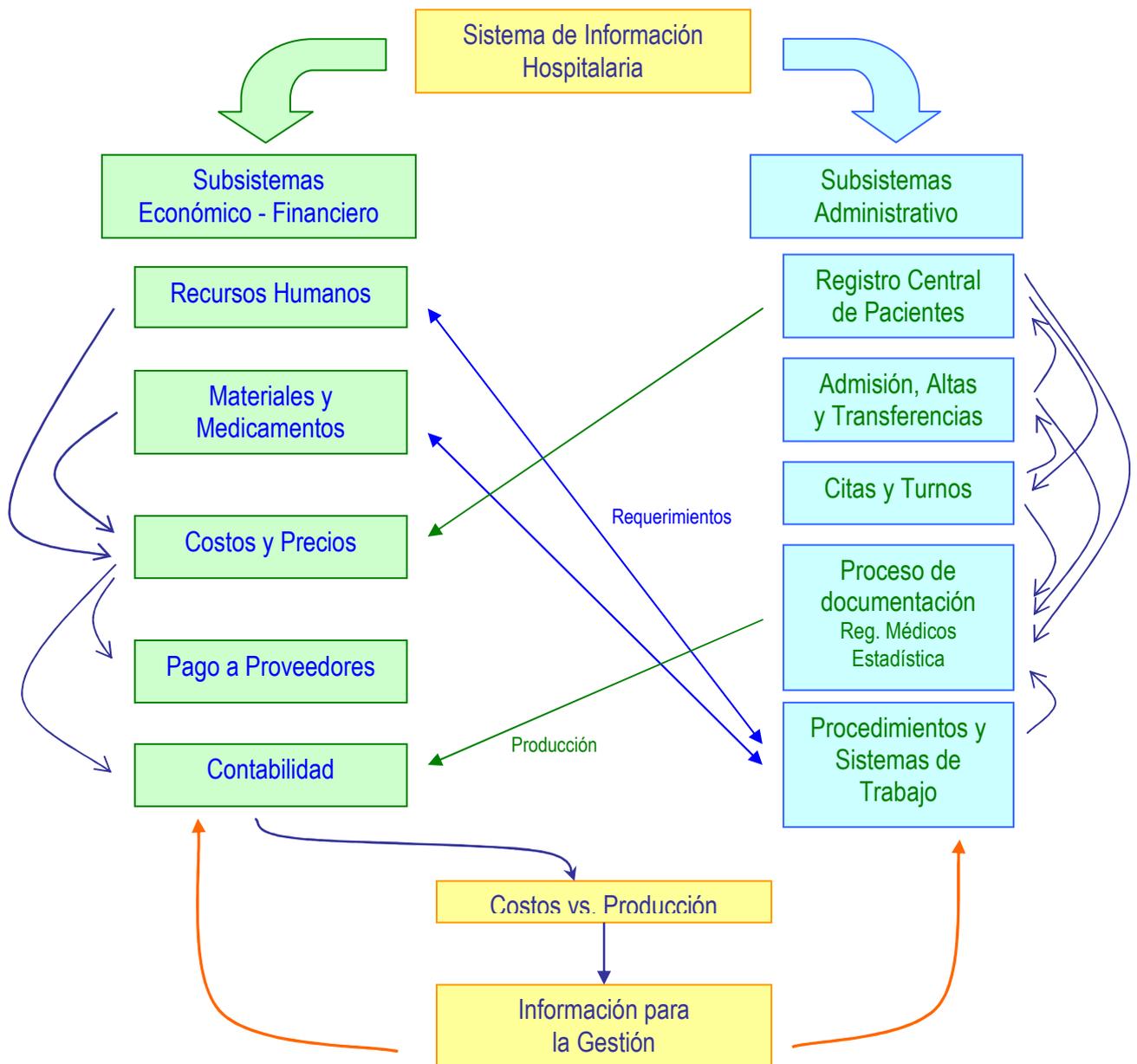
Vinculación entre los diferentes subsistemas de información

Entre los diferentes subsistemas se producen flujos de información de distinta índole y en distintas direcciones. Además de las informaciones operativas, órdenes, verificaciones, autorizaciones y coordinaciones que son necesarios para el funcionamiento de los distintos servicios, se manejan dos flujos de operación

importantes: información de costos, e información sobre la producción lograda. Éstos son los que interesa destacar en esta sección.

La información de costo se compone de cantidad de recursos y de costo del recurso. En general este tipo de información siempre se tiene en forma conjunta; no obstante, en algunas organizaciones la información de cantidad se administra por un medio diferente, al que administra el costo. Cuando esto sucede se requiere de una instancia de conjunción, que por lo general se da en el ámbito administrativo – financiero.

La información sobre la producción lograda en cada servicio, es medida en distintas unidades en función del tipo de servicio que se brinde. Cada unidad de medida guarda una relación con la atención brindada y el beneficiario del servicio. Es así que se tiene por ejemplo: para internación – DCO; Policlínicas – Consultas; Laboratorio – UVL; Radiología – UVR; etc.



El esquema anterior muestra un conjunto mínimo y simplificado, de relaciones y vinculaciones que se pueden dar entre los distintos subsistemas de información. La realidad de los hechos es mucho más rica y complicada de representar en un sucinto esquema como es el anterior. Se ha omitido incluir en él, al subsistema informático debido a que será tratado en profundidad en la siguiente sección del presente capítulo.

Las relaciones se pueden dar entre los subsistemas clasificados como económicos – financieros, entre los clasificados como administrativos, y entre subsistemas pertenecientes a distintos grupos.

El sistema de Recursos Humanos, se vincula con el de procedimientos y sistemas de trabajo para lograr la determinación de la cantidad de recurso productivo necesario. También se vincula con el de Costos, para la consideración del gasto en este recurso al momento de determinar el costo y el precio del servicio. Una similar vinculación mantiene el sistema de Materiales y Medicamentos, con el de Sistemas y procedimientos de trabajo, debido a los requerimientos de recursos de la atención a pacientes.

El sistema de Costos y Precios, toma de los anteriores, información sobre los costos y las cantidades del recurso utilizado, en tanto que obtiene del Registro Central de Pacientes la información acerca de los beneficiarios. De esta forma puede determinar un costo del servicio prestado y fijar el precio adeudado por el paciente a quien se le brindó asistencia.

De la información de costos obtenida, mediante la correspondiente gestión administrativa financiera, el sistema de Pagos se nutre de la información requerida para proceder a pagar a los proveedores.

El sistema de Contabilidad, en líneas generales, recibe la información de los costos incurridos y de la producción real lograda por cada servicio, para obtener información que sea útil para la gestión. Es así que puede informar, con mayor o menor grado de confiabilidad, debido a las estimaciones necesarias, un determinado costo por unidad de “producto” para cada servicio. De la confrontación entre costo versus producción se puede obtener un costo por: DCO; Paciente Atendido en las distintas áreas; Costo del determinado estudio médico o procedimientos realizado; costo por análisis; etc.

Esta información, planteada en términos de unidades de producto de cada servicio, con la limitación de la salvedad de las estimaciones, es útil para la gestión de cada servicio o sector en particular, y en general para la gestión del centro asistencial.

Los subsistemas que conforman el grupo “Administrativos”, manejan básicamente información sobre los recursos disponibles para prestar el servicio, los usuarios y sobre la producción lograda en cada servicio.

El Registro de Citas, apoyado en la identificación de los beneficiarios o usuarios, informa sobre los pacientes a quienes se les coordinó atención. De esta forma el sistema de admisión, informa acerca de la atención brindada al Registro Central de Pacientes. Los detalles de la atención brindada son recogidos por el Sistema de Registros Médicos, para cumplir con las obligaciones legales y funcionales de mantenimiento del registro

de sanidad de los usuarios. La forma práctica como se instrumenta la información que recopila Registros Médicos, es por medio de informes escritos (o electrónicos) de las atenciones realizadas, los estudios, los procedimientos y los “movimientos” de los pacientes dentro de la institución.

Sin intención de agotar todas las posibles vinculaciones, este ha sido un planteo simplificado del basto conjunto de relaciones que pueden darse entre subsistemas de información hospitalaria.

3.3- El Subsistema Informático como base de todo el sistema de información

El sistema informático es un conjunto de recursos físicos y lógicos que permiten, por medio de aplicaciones informáticas, obtener, procesar, analizar, almacenar y recuperar información. Esta información es un conjunto de datos procesados y elaborados que sirven como base para la toma de decisiones.

Actualmente los sistemas informáticos son el soporte de todo el proceso de manejo de la información, desplazando en gran medida al “soporte en papel” que era el más utilizado. Esto se debe a distintos factores inherentes al costo y la capacidad de procesamiento que permiten tecnologías más eficientes, seguras y económicas.

Entre los factores que implicaron la utilización generalizada de sistemas informáticos, se pueden citar:

Hardware: disminución de precios, aumento de la potencia y velocidad en el procesamiento de datos, mayor oferta de proveedores de equipos, mayor complejidad de los equipos y distintos niveles de seguridad requeridos.

Software: en sus distintos componentes: SW Base, SW de aplicación y Middleware (para el desarrollo y ejecución de aplicaciones). Como principales tendencias se tienen: disminución en el precio, facilidad de uso, mayor utilización de SW libre, desarrollos a medida, integración entre distintos sistemas, paquetes de aplicaciones, mejor funcionalidad, mayor utilización y por consiguiente mayores referencias.

La incorporación de tecnología en una empresa tiene un impacto en tres niveles:

- A nivel de usuarios finales, cambian los procedimientos habituales, se requiere de capacitación, reorganización de tareas y rediseño de funciones.
- A nivel jerárquico, exige un compromiso de cambio de la dirección, una clara visión del negocio y una determinación de objetivos ¿incorporar tecnología para qué? ¿a dónde queremos llegar como empresa? ¿cuáles son nuestros objetivos? La incorporación de tecnologías de la información debe estar alineada con los objetivos, debe soportar y permitir el proceso de cambio y crecimiento hacia los objetivos.
- A nivel organización, las tecnologías de la información impactan en el modelo de negocios, permitiendo su cambio y apertura a nuevas oportunidades.

La función de un sistema de información en el ámbito de una institución hospitalaria, es la de apoyar las actividades en los niveles operativos, tácticos y estratégicos dentro de un Hospital. Para tal efecto, se utilizan los equipos informáticos (computadoras) para recabar, almacenar, procesar y comunicar información clínica y administrativa.

Existen diferentes tipos de sistemas de información dentro de un hospital, pero es importante considerar tres grandes grupos:

1) Los que apoyan a prestar los servicios de salud: es el conjunto de aplicativos enfocados al exterior de la institución. Es decir, los que soportan las áreas de la institución que estén en contacto directo con el paciente. Por ejemplo: solicitud y coordinación de consultas, turnos, horarios, fechas, etc. Frecuentemente son llamados sistemas “Frontoffice”.

2) Los que soportan el funcionamiento de las diferentes áreas del hospital: es el conjunto de aplicativos enfocados al interior de la institución. Es decir, los que están dando soporte a las áreas de la institución que no estén en contacto directo con el cliente paciente; sino que sirven a la organización interna de los distintos sectores y permiten la recopilación de la información sobre costos y sobre la producción lograda. Frecuentemente son llamados sistemas “Backoffice”.

3) Los que automáticamente recaban datos clínicos del paciente (sistemas clínicos): son básicamente los que permiten mantener actualizados los registros médicos o historias clínicas de los pacientes. Pueden acceder directamente a la obtención de la información desde los equipos de análisis o estudios, o pueden requerir de una instancia de ingreso de los datos en forma manual.

El sistema informático es la base fundamental sobre la que se apoyan tanto el sistema de información hospitalaria, así como todos y cada uno de los subsistemas existentes. Cada uno de los subsistemas económico-financiero y administrativo, tendrán su base en un sistema informático en propio para el registro y manejo de cada servicio, sector o función.

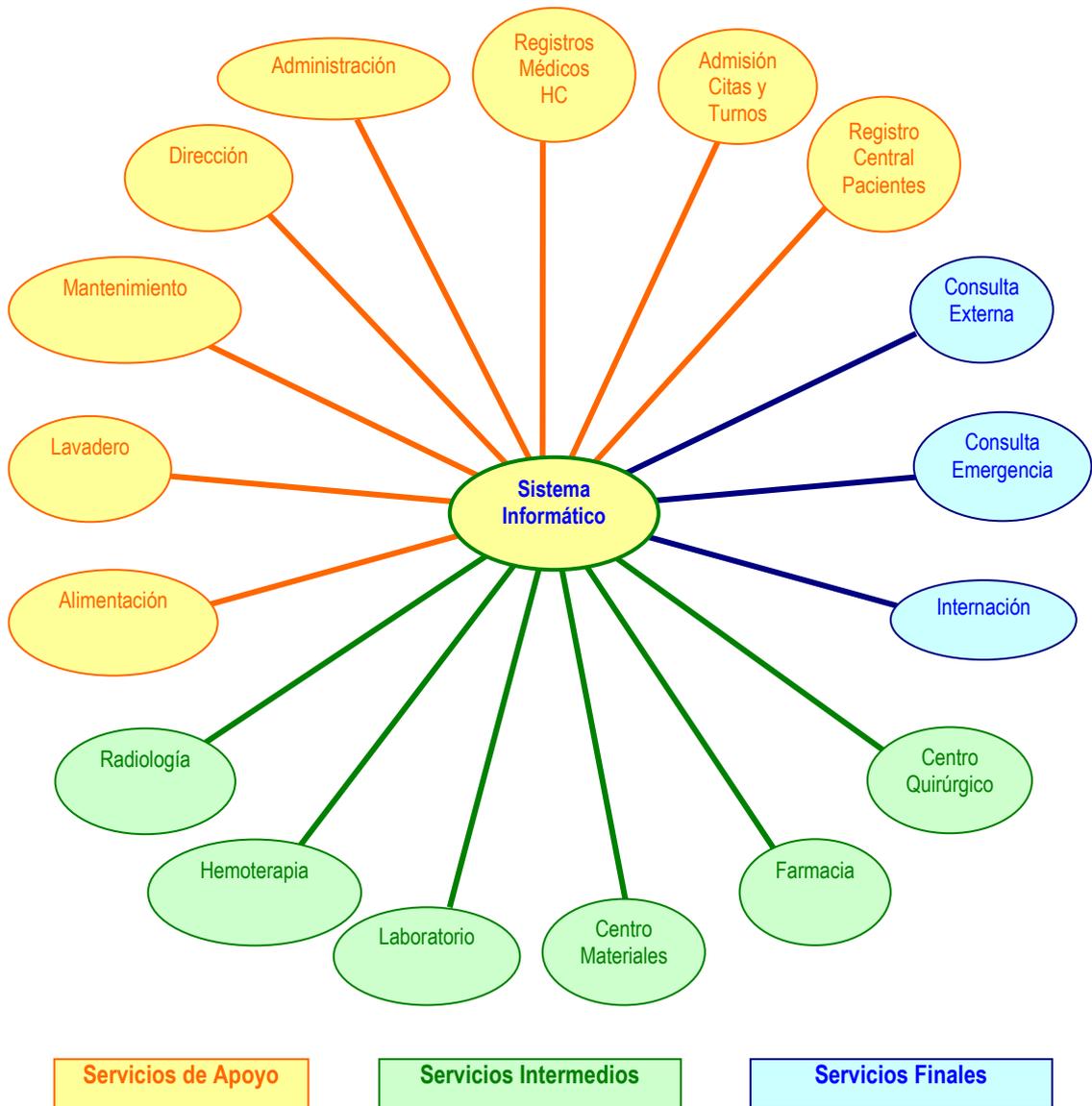
En la actualidad se cuenta con una diversidad de sistemas que atienden las necesidades particulares de cada servicio o sector. El ideal para cualquier institución o empresa, pero en particular para una institución de salud, es contar con un sistema integral, que permita gestionar todos y cada uno de los servicios por medio de módulos integrados. Una alternativa a un sistema integrado, es que los distintos sistemas particulares permitan compartir la información que contienen, con un sistema central, por medio de una interfase que considere aspectos de seguridad en la transmisión de los datos.

La función principal que deben cumplir los sistemas informáticos es permitir contar con la información necesaria, en forma segura y oportuna. Las necesidades de información implican poder acceder a todos los datos que conforman el sistema, realizar cruzamientos de información y permitir la emisión de la misma en distintos formatos y por distintos medios.

Un aspecto fundamental en cualquier sistema de información es la seguridad. En particular, en las instituciones de salud, es importante que el sistema informático cuente

con aplicaciones de seguridad a distintos niveles: de SW base, de aplicaciones y a nivel de usuario para el ingreso y acceso a los datos. La seguridad podrá evidenciarse desde la identificación del operador del sistema, pasando por la verificación del derecho de asistencia del paciente, el manejo de stock de materiales e insumos, el manejo confidencial de la historia clínica (en acuerdo con las disposiciones legales vigentes), hasta llegar finalmente a la emisión de información confiable y en las formas que sean necesarias para la gestión de la institución.

Es tarea del profesional de sistemas de información y en particular del profesional de sistemas informáticos, el diseño y determinación de los distintos “módulos” de un sistema integrado de gestión. Pero, en el caso de una institución de salud es necesario que se representen a través de módulos, los distintos servicios en los que se presten servicios, sean finales, intermedios o de apoyo. Debe tenerse en cuenta que existen, entre otros, dos flujos importantes de información: información sobre producción, e información sobre gastos y costos. La tendencia actual en el ámbito de los sistemas informáticos es que se cuente con una única base de datos donde se concentre toda la información de la institución y predefinir los accesos a los distintos tipos de informaciones por cada módulo.



Esquema: Subsistema informático como base y soporte de los demás subsistemas y servicios de una institución prestadora de servicios de salud.

PARTE II

TRABAJO DE CAMPO

CAPITULO 1: Necesidades y objetivos de información del Centro Hospitalario Pereira Rossell

Necesidades y objetivos de información del CHPR

De las entrevistas realizadas como parte del trabajo de campo realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y de la observación de la documentación y soportes de información que este Centro maneja, surgen las siguientes necesidades y objetivos de información:

- 1) Mejora en la implementación y el manejo del Sistema de Gestión de Salud (SGS).
- 2) Reorganización de la información mensual elaborada para cumplir con los requerimientos del SINADI y evitar el manejo manual de la misma.
- 3) Correcta asignación del gasto de medicamentos a cada servicio.
- 4) Identificación de los usuarios que se atienden en el CHPR.
- 5) Revisión profunda y detallada de la base de determinación de las Unidades Relativas de Valores (de Laboratorio UVL) y de Radiología (UVR).
- 6) Completar el proceso de implementación de la Contabilidad Patrimonial.
- 7) Conocer el costo por paciente y por patología.
- 8) Conocer la asignación de recursos que correspondería si la distribución se realizara por medio de “Capitas”.
- 9) Diseño de un sistema de reposición de medicamentos por utilización real.
- 10) Regularización de los cargos de los funcionarios con respecto a las funciones que efectivamente cumplen.
- 11) Mejorar el manejo del stock de insumos y de materiales médicos.
- 12) Replanteo en la definición de Centros de Costos.
- 13) Determinar el “Costo por tipo de Egreso”.
- 14) Definición de precios de transferencia.
- 15) Información actualizada de los recursos limitantes.
- 16) Determinación de un sistema formal de coordinación y registro de actividades de médicos del Hospital Pediátrico, en el Hospital de la mujer.
- 17) Centralizar la administración y emisión de información directamente desde los Dptos. de Registros Médicos (RRMM)
- 18) Mejora del registro y codificación de enfermedades.
- 19) Implementación de un sistema de Historia Clínica digital.

1) Mejora en la implementación y el manejo del Sistema de Gestión de Salud (SGS)

De la entrevista con la Directora General del CHPR, Dra. Beatriz Silva, surgió esta necesidad de mejora en la implementación y el manejo del Sistema de Gestión de Salud (SGS), por parte de los centros de atención de salud de primer nivel de ASSE, de forma tal que permita una comunicación directa con el SGS implantado en el CHPR, que es un centro de referencia por brindar asistencia de Tercer Nivel de atención. Dicho sistema es utilizado, básicamente para el manejo de la agenda de turnos y consultas de cada centro; su implementación generalizada permitiría el acceso a la coordinación y reserva de consultas en el SGS instalado en el Hospital Pediátrico. Esta mejora permitirá mejorar la disposición de consultas y de turnos para los usuarios, permitiendo también una mejora en el manejo de los recursos médicos destinados a la atención de pacientes.

También, la Directora del Hospital Pediátrico, Dra. Marina Stoll, plantea como necesidad la finalización del proceso de implantación del SGS para registro y control en el Departamento de Tomografía y Resonancia Magnética. Actualmente se lleva un registro manual sólo de la producción lograda (estudios realizados) pero no se tienen en cuenta los costos en dichos registros.

Según la Directora de Registros Médicos del Hospital Pediátrico, Lic. San Martín, es necesaria la extensión del sistema de registro SGS para el registro de todas las consultas e internaciones del HP. Requiere ser implantado en las distintas salas de internación en reemplazo de los sistemas Nóbel y del PediaSis (utilizado para el registro en salas de internación también). Para la implantación del SGS son necesarios mayores recursos informáticos, humanos e instancias de capacitación al personal.

El Director del Dpto. de Tomografía y Resonancia Magnética, Lic. Mario Curbelo, dijo que debido a que existe la obligación por parte de la Dirección de ASSE, de comenzar a utilizar el SGS como sistema de gestión del Dpto. de Tomografía y Resonancia, se están realizando gestiones para mejorar ciertos aspectos en el módulo de “Agenda de turnos” de dicho sistema. También, para evitar registraciones y brindar mayor seguridad al servicio, se trata de lograr que el SGS tome los datos de la base de Identificación de Usuarios de ASSE directamente.

2) Reorganización de la información mensual requerida por el SINADI y evitar el manejo manual de la misma

Otra necesidad que surgió de la entrevista con la Directora General del CHPR fue respecto a la información mensual requerida por el SINADI, si bien se dispone de los datos por medio de los distintos sistemas de información que se manejan dentro del Centro, es necesaria una reorganización de dicha información para presentarla de acuerdo a lo solicitado por el órgano de contralor. Es necesario disponer de un sistema unificado y que brinde aspectos de seguridad y eficiencia, para evitar la compilación y el manejo manual de la información para lograr la información requerida.

3) Correcta asignación del gasto de medicamentos a cada servicio

Esta es otra necesidad que surgió de la entrevista realizada a la Directora General del CHPR.

Ella planteó como necesaria la correcta asignación del gasto de medicamentos a cada servicio. Ello es necesario para poder determinar el costo por servicio, en principio y para luego determinar una estimación de costo por paciente en función de la producción alcanzada. Al respecto el Sistema Winfarma utilizado por Farmacia para el manejo de medicamentos, permite identificar a cada médico y correlacionarlo con sus respectivos recetarios así como con un determinado Servicio, en el cual se entiende que cumple sus funciones. Debido a la alta movilidad entre Servicios de los médicos, en particular de los Médicos Residentes, es necesaria una instancia de verificación de cual es el Servicio desde el cual se emitió la receta por parte del médico. El Dpto. de Farmacia ha desarrollado una planilla electrónica con la información de consulta frecuente sobre los médicos y servicios; pero se entiende que lo conveniente es que exista un único registro y evitar esta instancia de doble verificación.

Dijo también con respecto a la determinación de costos, que es necesario mejorar el sistema de registro y contabilización de medicamentos. Este aspecto tiene particular relevancia para cuando se necesita establecer el costo para la venta de servicios, en particular, es un punto crítico el gasto de medicamentos en CTI.

Tanto la Directora del hospital Pediátrico como la Directora del Departamento de Farmacia, QF. Luciana Nanni plantean como indiscutible la eficiencia del sistema de “Unidosis” (dosis unitaria de medicamento, relacionada directamente con el consumo real del paciente); más que nada por el aprovechamiento al máximo de los medicamentos. Para la Directora del Departamento de Farmacia permitirá una disminución sensible de los costos en medicamentos, puesto que muchos de los costos actuales son generados por ineficiencias y pérdidas en el manejo inadecuado de los medicamentos. También el sistema de Unidosis, implica una mayor seguridad para el paciente, al recibir específicamente lo que tiene indicado médicamente, así como también implica una disminución del riesgo sanitario por un adecuado manejo de los medicamentos. Ambas consideran que es inconveniente el sistema actual de economatos de medicamentos por piso. Sin embargo la Directora del hospital Pediátrico considera que aún falta para que se pueda implantar el sistema de “Unidosis”. Es imprescindible incrementar los esfuerzos para lograr su pronta implantación.

El otro aspecto esencial para mejorar el desempeño del manejo de medicamentos, es la generalización del uso del sistema informático “Winfarma” (que actualmente se está utilizando parcialmente en cuanto a su capacidad del manejo de información), o de algún otro sistema de similares características y prestaciones

Como complemento para asegurar las condiciones de seguridad del Winfarma (o similar), es necesario que se modifique el pliego de condiciones que actualmente utiliza la Unidad Centralizada para la Compra de Medicamentos y Afines del Estado (UCAMAE). Entre los requisitos de la actual redacción del pliego no se incluye la obligatoriedad de que los medicamentos sean identificados por medio de códigos de barras que puedan ser interpretados por scanner. El Winfarma (y también el Dpto. de Farmacia) cuenta con los elementos necesarios para leer e interpretar dichos códigos de

barra, lo que permitiría realizar el registro y manejo del total del stock de medicamentos, sin necesidad de recurrir a registraciones manuales, que son más susceptibles a contener errores.

Otro aspecto que se plantea como necesidad, es poder registrar la expedición de medicamentos en tiempo real en el horario de la mañana. Actualmente las expediciones realizadas en las mañanas son registradas en el sistema, recién en horario de la tarde por las limitaciones de personal, recursos informáticos, instancias de capacitación para el manejo del sistema y la gran afluencia de usuarios que se registra.

Para completar las prestaciones que este sistema informático puede brindar, es necesario que exista una base única de identificación de usuarios. Y de esta forma, con sólo identificar con su número de CI al usuario, el sistema permita ver el conjunto de datos filiatorios del usuario, así como verificar sus derechos a recibir atención y medicación.

De la conjunción de las prestaciones del Winfarma con el sistema de Unidosis, se logra un manejo eficiente del stock de medicamentos, así como la identificación casi total de los beneficiarios de los mismos. La limitación actual se encuentra en los Economatos de medicamentos de los distintos Servicios. Los medicamentos son asignados a dichos Economatos, pero de allí en adelante no se identifica el destino del medicamento; o sea no se sabe a que paciente se le suministra o si queda en stock.

4) Identificación de los usuarios que se atienden en el CHPR

La Directora General del CHPR entiende que esta es una necesidad que ha sido parcialmente solucionada.

Existe una Oficina de Registro Civil emplazada en el propio CHPR, que permite una identificación de los niños recién nacidos, a los cuales se les asigna un número de cédula de identidad ficto (número que luego mantendrán) para la identificación personal y como usuarios. La necesidad en este caso es la generalización de identificación por CI en todos los sectores del CHPR y en cuanto a la reubicación espacial de la oficina dentro del Centro. Es necesaria que dicha forma de identificación de usuario, sea también considerada en la individualización de la historia clínica para su administración por parte del Departamento de Archivo Médico.

La Directora del Hospital Pediátrico y la Asistente de la Directora del Hospital Pediátrico, Sra. Alicia Aguilar plantean la necesidad de avanzar con la implementación del SGS en lo que respecta al registro de usuarios al momento de ingresar al hospital. Actualmente se utiliza en Emergencia y en Admisión, se pretende extender su nivel de uso, para registrar a los pacientes internados; registro que actualmente se maneja por medio de otro sistema particular. Para éstos se utiliza el sistema informático NOBEL, cuya principal prestación es la de emisión de una especie de Orden de Compra con datos del paciente, que es necesaria para la internación en CTI o para la contratación de Estudios externos al CHPR. De integrarse esta emisión de Orden de Compra como una función más del SGS, perfectamente puede unificarse el sistema de registro total del CHPR, a través del SGS.

La Directora de Registros Médicos del Hospital Pediátrico planteó como objetivo y necesidad la implementación de una Historia Clínica única por cada paciente que se asiste en el Hospital Pediátrico. De esta forma se pretende reducir la duplicidad de registros que por motivos de organización histórica del trabajo se han ido creando, incluso en distintos sectores. Es de notar que dado que el número de cédula de identidad, configura un medio único y fidedigno de identificación, debería constar el mismo, aunque sea como dato, en la historia clínica.

También se considera necesario el desarrollo de un sistema único de identificación de usuarios de ASSE, del cual se puedan obtener los datos completos de los usuarios y de los beneficios de atención que cada uno posea. Es necesario eliminar la duplicación de registros que se genera debido a la presentación de distintos documentos por parte de los pacientes, o incluso, por la mala lectura de los datos del documento por parte de los funcionarios encargados de registrar la consulta.

El Director del Dpto. de Tomografía y Resonancia Magnética mencionó como necesidad, la implementación de un Registro Único de Usuarios, que permita identificar de la misma forma e inequívocamente a todos los usuarios del CHPR y en particular de los servicios de tomografía y resonancia. Se considera conveniente una oficina única de registro, en la cual se traten los casos comunes de registro y se atiendan, mediante un procedimiento predefinido las excepciones que pudieran existir. Al respecto se entiende que el número de cédula de identidad, es un instrumento idóneo para la identificación del usuario.

También mencionó que es necesario avanzar con la utilización del sistema informático “Modulab Win” (o uno de similares características) y dejar de lado, para este servicio de laboratorio, el SGS, cuyo módulo de laboratorio es muy limitado en cuanto a sus prestaciones. No obstante, es necesario dejar de utilizar la base de datos de identificación de usuarios propia que tiene el Modulab Win, y en su lugar importar dicha información del Sistema de Identificación de Usuarios de ASSE, como forma de obtener un único registro de los usuarios y beneficiarios de ASSE. Esto permitirá brindar mayor seguridad al sistema y evitar duplicaciones de registros de usuarios.

La necesidad de identificación única e inequívoca del usuario tiene particular importancia desde el punto de vista de la seguridad del propio usuario – paciente. De existir un registro fidedigno de cada uno, una vez identificado puede tener la seguridad que cada resultado de estudio de laboratorio o radiología realizado, sea el suyo y no el de otro usuario. También importa, dado el alto costo de ciertos estudios, que por medio de la identificación única, se conozca en tiempo real quienes son los usuarios – beneficiarios de los servicios de ASSE.

En la entrevista realizada al Centro de Afiliaciones de Usuarios de ASSE, el Jefe de la Dependencia CHPR, Sr. Edward Cabral, confirma la importancia de la unificación de criterios al momento del registro de los usuarios. Esta oficina es la entidad específicamente encargada del registro de los usuarios de ASSE y de la determinación del tipo de cobertura que corresponda a cada uno. Se utiliza para ello, un sistema informático desarrollado por ASSE para el Centro de Afiliaciones.

La existencia de diferentes criterios en los distintos Servicios y sectores del CHPR, para la evaluación de la correspondencia o no de cobertura al usuario, ha planteado la

necesidad de establecer una especie de “Oficina Única de ingreso y registro de usuarios del CHPR”, de forma tal que dicha Oficina especializada, pueda atender las situaciones normales de afiliaciones y atender con criterio predefinidos, los casos particulares que puedan plantearse al régimen normal de afiliación. De esta forma, una vez afiliado cada usuario, mediante su número de cédula de identidad y determinada su tipo de cobertura, el paciente pueda recibir atención médica, realizarse estudios y recibir medicación en el CHPR, sin más trámite que presentar su documento de identidad.

Para lograr formar una Oficina con el cometido anteriormente planteado, se destaca la inconveniencia de la ubicación física dentro del CHPR que actualmente tiene esta oficina, así como también la que tiene la Oficina de Registro Civil, que es sumamente inconveniente para ciertos pacientes. Se destaca también la carencia de un Licenciado en Trabajo Social, que pueda atender las situaciones particulares de pacientes indocumentados y de grupos familiares; careciendo de una opinión técnica acorde. Se reconoce la necesidad de una guardia policial que brinde apoyo y contención para algunas situaciones de intolerancia que permanentemente tienen algunos usuarios al momento de plantear disconformidades.

Se entiende inconveniente el actual sistema de emisión de Carné de Asistencia, entendiéndose que con acceso al sistema informático de consultas y verificando los datos con la CI, se tiene un medio fidedigno de comprobación de la condición de usuario.

5) Revisión profunda y detallada de la base de determinación de las Unidades Relativas de Valores (de Laboratorio UVL) y de Radiología (UVR)

Se requiere de una revisión profunda y detallada de la base de determinación de las Unidades Relativas de Valores de Laboratorio y de Radiología (UVL y UVR), según surgió de la entrevista con la Directora General del CHPR. Los avances tecnológicos de los procedimientos y equipos, así como las modificaciones en los valores han determinado una desactualización en dichos indicadores. Esto afecta directamente la determinación del costo por estudio realizado.

6) Completar el proceso de implementación de la Contabilidad Patrimonial

También es necesario completar el proceso de implementación de la Contabilidad Patrimonial a nivel de ASSE y del CHPR en particular. Principalmente para permitir la contabilización de los bienes de uso que el Centro posee y de los cuales no se tiene una estimación actualizada del valor.

7) Conocer el costo por paciente y por patología

Se destaca la utilidad para la gestión, de conocer el costo por paciente y por patología.

8) Conocer la asignación de recursos que correspondería si la distribución se realizara por medio de “Capitas”

En cuanto a la asignación de recursos, es necesario conocer la asignación que correspondería si se realizara por medio de “Capitas” (según la nueva definición del FONASA). Ello permitiría dejar de utilizar la asignación presupuestal en base a Presupuesto Histórico, el cual actualmente, se estima con un atraso de más de un año.

9) Diseño de un sistema de reposición de medicamentos por utilización real

En cuanto al manejo de materiales y en particular de los medicamentos, es necesario el diseño de un sistema de reposición de medicamentos por utilización real, además de los análisis de necesidad por servicio y según la época del año que influye la demanda. Se entiende inconveniente el manejo de materiales por medio de los economatos, que solicitan reposiciones en base a estimaciones de uso, lo que genera faltantes en algunos y excesos de stock en otros, obligando a iniciar un proceso de compra sin ser necesario.

10) Regularización de los cargos de los funcionarios con respecto a las funciones que efectivamente cumplen

Esta necesidad surge de la entrevista con la Gerente Financiera del CHPR, Cra. Mónica Esteves. Se entiende necesaria la regularización de los cargos de los funcionarios con respecto a las funciones que efectivamente cumplen. El Dpto. de Recursos Humanos utiliza un sistema informático en el cual se registran los funcionarios y sus respectivos Cargos Presupuestales, en función de los cuales, se abonan las remuneraciones. Si bien la elaboración de la planilla de costos no se altera por la diferenciación entre cargo o función, ya que se asigna cada funcionario a determinado sector en base a la función que desempeña y no al cargo presupuestal, es necesario la coincidencia en esos aspectos para mejorar la real asignación de los recursos humanos a los distintos sectores.

11) Mejorar el manejo del stock de insumos y de materiales médicos

De la entrevista con la Gerente Financiera también surge esta necesidad. Para la elaboración de la información requerida por la Dirección de Costos de ASSE, es necesario mejorar el manejo del stock de insumos y de materiales médicos que actualmente realiza el Sector de Almacén Central. Para ello es necesario profundizar en la implementación de un sistema informático que brinde seguridad y control. El Winfarma se ha utilizado en forma parcial, sería conveniente profundizar en su implementación y en la capacitación del personal para su manejo.

La Directora de Recursos Materiales del CHPR, Sra. Andrea Pías, mencionó la necesidad de diseño y establecimiento de un sistema de registro y mantenimiento de existencias, que permita mejorar el manejo del stock de materiales existentes, así como de las necesidades de reposición y de las entregas realizadas. También es necesaria la planificación de recuentos e inventarios físicos de forma periódica.

También se requiere de una definición clara y precisa de los stocks de seguridad a mantener y de Lotes óptimos de compra, que brinden seguridad y eficiencia en el manejo de los recursos materiales y financieros. Debe tenerse en cuenta que la demanda de materiales y los stocks de seguridad, se ven influenciados por los períodos estacionales del año, aumentando la demanda de ciertos recursos principalmente en los meses de invierno.

Como sistema de información adecuado para el manejo del stock, se ha estado probando el Winfarma (originalmente desarrollado para farmacia). En particular se entiende que este sistema puede ser muy conveniente pero requiere de ciertas modificaciones como son: la ampliación de la base de datos de rubros de recursos que puede manejar (no sólo materiales médicos); y también es necesario que permita identificar y asignar los recursos a Centros de Costos y no a Servicios, como lo hace el sistema original. Actualmente para lograr la información por CC se requiere de una instancia de reagrupación del gasto de los servicios.

Finalmente se cree conveniente y necesaria la creación de una base de datos de proveedores, que permita tener: información actualizada sobre los antecedentes de cumplimiento de los proveedores; y medios de contacto rápidos, por medio de los cuales invitar a participar a los proveedores. Se espera lograr una mayor participación de los mismos y con ello obtener mejores ofertas y menores precios.

De la entrevista al Director del Dpto. de Tomografía y Resonancia Magnética, surge la necesidad de mejorar el sistema de información de forma tal que pueda determinarse el costo de los estudios que se realiza. Con la información que actualmente se maneja, esto no es posible, dado que solo se maneja información asistencial y de producción, en tanto que no se tiene registro de los costos incurridos, excepto por alguna contabilización de cantidades de insumos utilizados.

12) Replanteo en la Definición de Centros de Costos

Esta necesidad también surgió de la entrevista con la Gerente Financiero, pero también de la entrevista con la Directora General del Hospital de la Mujer. En cuanto a la definición de Centros de Costos, se definió para el conjunto del Centro Hospitalario un determinado número de centros de costos. Se entiende conveniente la diferenciación entre hospitales (Mujer y Pediátrico) para la definición de sus particulares Centros de Costos y que se informe y se permita gestionar en forma individual a cada Hospital.

Es necesaria la definición de Centros de Costos para cada Hospital en particular. El manejo de la información en función de ellos es más conveniente y cercano para la gestión. Cada hospital maneja diferentes servicios y la producción obtenida de cada uno de ellos es bien diferente. Incluso, dentro del Hospital de la Mujer, existen diferentes tipos de egresos, para los cuales es conveniente poder determinar el costo.

Incluso al plantear una definición de Centros de Costos debería tenerse en cuenta que ciertos servicios que en principio aparecen como finales, pueden tratarse, para una mejor gestión y asignación de costos, como centros Intermedios. Un ejemplo de ello es caso del Block Quirúrgico del Hospital de la Mujer, teniendo en cuenta que es un centro de tercer nivel de atención, las patologías que se atienden requiere de una internación

post operatoria. Desde este punto de vista sus egresos pasan a sala de internación, aunque sea por un tiempo mínimo (en esta óptica debería considerarse servicio intermedio y no final).

Según la Directora del Hospital Pediátrico se considera conveniente contar con información sobre ciertos indicadores de costo, como lo es el DCO. También es importante poder determinar el costo por paciente y por patología para aquellas patologías más comunes y costosas., teniendo en cuenta que como centro de tercer nivel de atención, las patologías que se atienden son muy variadas y costosas.

13) Determinar el “Costo por tipo de Egreso”

En la entrevista con la Directora General del Hospital de la Mujer, Dra. Ima León, surgió esta necesidad. El costo generalizado en Costo por paciente o día cama ocupado (DCO) es muy general para poder realizar una gestión de ciertos centros. Se entiende más conveniente poder determinar el “Costo por Egreso” de los diferentes sectores (Ginecología, Maternidad, Recién Nacidos). La conformación de dichos costos debería contener como mínimo los grandes grupos de gastos que representan la mayor parte del gasto total, como lo son: Medicamentos, Material Médico Quirúrgico, Laboratorio, Radiología y el gasto de Estudios externos contratados. No obstante la definición del costo por paciente y en particular por patología sería el óptimo para la gestión.

14) Definición de Precios de Transferencia

Es necesaria la definición de algún tipo de “Precio de Transferencia” (según planteo la Directora del Hospital de la Mujer) que permita asignar los costos de los servicios y estudios que son prestados por Servicios y Sectores del CHPR que no dependen directamente del HM y de los cuales no se tiene una certeza sobre su costo. Es el caso de las prestaciones servidas por los Servicios dependientes de la Dirección de Servicios Técnicos Intermedios.

15) Información actualizada de los recursos limitantes

La Directora del Hospital de la Mujer comentó que para la gestión adecuada, también es necesario contar con información actualizada de cuales son los recursos limitantes para cada servicio o sector; de tal forma de poder prever posibles limitaciones en la producción de los servicios. Por ejemplo los recursos humanos son limitantes en algunos servicios (como por ejemplo Neonatólogos y Anestesiastas). El factor limitante es específicamente la disposición de RRHH, no los rubros presupuestales para su contratación.

16) Determinación de un sistema formal de coordinación y registro de actividades de médicos del Hospital Pediátrico, en el Hospital de la mujer

Esta necesidad la comentó la Directora del Hospital Pediátrico. Ella ve como necesaria la determinación de un sistema formal de coordinación y registro de las actividades que

realizan ciertos profesionales del HP en y para pacientes del HM. En este caso se encuentran los Cirujanos, Fonoaudiólogos, Médicos Radiólogos y Oftalmólogos. Sus servicios a pacientes del HM son coordinados directamente entre médicos y no existe una instancia de registro de dichas actividades, por ende tampoco existe la contabilización de la transferencia de estos recursos entre hospitales.

17) Centralizar la administración y emisión de información directamente desde los Dptos. de Registros Médicos (RRMM)

Es necesario conocer diariamente el nivel de actividad de las consultas en emergencia, así como la cantidad de ingresos a internación que se posean. Esta información es imprescindible para las coordinaciones del llamado “Plan Invierno” (meses de junio a octubre) y para realizar las previsiones de recursos necesarios para llevarlo adelante. Es importante para garantizar la fidelidad de la información y evitar duplicación de registros, que los datos sean recopilados, administrados e informados directamente por el Dpto. de Registros Médicos.

18) Mejora del registro y codificación de enfermedades

Según la Directora de Registros Médicos, otro aspecto que se plantea como necesidad es la mejora del registro y codificación de enfermedades, en función del nomenclátor internacional de patologías. Actualmente no es utilizado en forma sistemática por parte de los médicos, que se limitan a plantear una descripción sucinta de la patología atendida. Esto genera que existan registros de consultas “no clasificadas”, que requiere de una instancia posterior de codificación y no permite un manejo estadístico de la información sobre patologías atendidas.

19) Implementación de un sistema de Historia Clínica digital

De la entrevista con el Director del Dpto. de Tomografía y Resonancia magnética surge como una necesidad de mayor plazo la implementación de un sistema de Historia Clínica digital y on-line, sin soporte papel. La misma permitiría un notable abatimiento de costos, ya que se podría mantener el registro de los estudios de tomografía y resonancia realizados, en su versión digital, sin necesidad de incurrir en los altos costos de películas (placas) que actualmente se utilizan como comprobación de los resultados del estudio realizado. Para ello se requiere, además de los avances tecnológicos necesarios, de un cambio cultural que acepte como válido el resultado de un estudio visualizado a través de un monitor. Como ventaja extra se señala la posibilidad de acceder a distancia y en tiempo real del resultado del estudio.

PARTE II

TRABAJO DE CAMPO

CAPITULO 2: Relevamiento de información

2.1 – Conocimiento del hospital

Para conocer el Centro hospitalario, fue necesario recurrir a distintos medios, entre ellos se consultó la pagina web del hospital, folletería al respecto, mapa de campo, y el organigrama.

También se concretaron visitas, y entrevistas, en algunas de las cuales se pudo conocer verbalmente la institución, en tanto que en otras se pudo observar los sistemas informáticos existentes.

En base a toda la información que se recabó, se puede plantear la siguiente descripción:

El Centro Hospitalario Pereira Rossell surgió a partir de la donación del predio, para que allí se construyera un hogar para niños pobres, y luego, en base también a donaciones, se logró la construcción del primer hospital pediátrico del país y tiempo después se realizó la construcción del hospital de la mujer.

Al principio fue un hospital de pabellones aislados entre sí. Actualmente es uno de los principales hospitales infantiles del país. Es así que el centro está dividido en dos grandes sectores, el Hospital Pediátrico y el de la Mujer (Dra. Paulina Luisa).

Según indicadores del año 2008, se registraron los siguientes datos:

En el **Hospital de la Mujer** se registraron un total de 7.762 nacimientos. Se cuenta con 279 camas de internación ginecológica y obstetricia y 58 cunas de internación de neonatología. En Emergencia se registraron 29.318 consultas. En Block Quirúrgico se registraron 4.973 procedimientos. En Policlínica se registraron 103.793 consultas.

En el **Hospital Pediátrico** cuenta con 291 camas de Internación para cuidados moderados y 20 camas para cuidados intensivos (UCIN-CI). En Emergencia se registraron 55.119 consultas. En Block se realizaron 3.354 intervenciones quirúrgicas. Las consultas en Policlínica ascendieron a 5.634 para Policlínica General, 59.087 en Especialidades médicas, 8.507 Oncológicas y 11.947 Odontológicas.

Los niños ingresan al centro principalmente derivados desde otros centros asistenciales, muchas veces debido a accidentes de todo tipo, en su mayoría registrados dentro de su hogar.

El Centro Hospitalario Pereira Rossell depende de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Además de los hospitales Pediátrico y de la Mujer, se ubican allí varias cátedras de la Facultad de Medicina y la Escuela de Parteras. También se realiza investigación científica.

Este Centro tiene como población objetivo de atención, actores sociales de gran vulnerabilidad, como lo son los niños y las mujeres, y dentro de estos grupos, los sectores de menores recursos. Es así que el Hospital tiene un carácter eminentemente social, cumpliendo un rol central dentro del Sistema de Salud Pública.

Actualmente se apuesta a lograr la equidad y a la calidad en la Asistencia en salud.

La MISION del centro hospitalario es:

- Contribuir a *mejorar la situación* de salud de las mujeres y niños, brindando los mejores cuidados en un ambiente humano y hacer del usuario el centro de la atención.
- Asumir un *rol de liderazgo* en el cambio de modelo de atención, con referencia a las especialidades propias del CHPR.
- Ser el Hospital de referencia nacional en sus especialidades, contando con una complejidad de 2° y 3° nivel, para brindar en la red de ASSE, una atención oportuna, eficaz y de calidad, inserto en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
- Ser el principal Centro de formación y capacitación de Recursos Humanos, en el ámbito de las especialidades que se desarrollan a este nivel. Existiendo actividades de educación medica continua, acreditadas por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.
- Desarrollar planes de investigación en el marco de actividades asistenciales específicas, y en los problemas prioritarios de salud.
- Ser reconocido como un bien nacional, por las características y calidad de los servicios, y participar en forma conjunta con organizaciones sociales en acciones de fortalecimiento comunitario.
- Promover la participación de usuarios y trabajadores en el proceso de transformación del modelo de gestión.

En cuanto a los OBJETIVOS, se ha definido un objetivo general, que consiste en posicionar al CHPR como eslabón esencial en la red de servicios de ASSE, como efector destacado dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud por su calidad asistencial, docente y de investigación.

Luego, como objetivos específicos se han planteado:

- Mejorar la calidad del proceso de atención introduciendo entre otros el enfoque de seguridad del paciente.
- Mejorar la calidad del sistema de documentación clínica, para contribuir a establecer un sistema de información oportuno, eficaz y eficiente.
- Identificar prestaciones de distintas especialidades con potencialidad de desarrollo que permitan diversificar la oferta de servicios al resto del sistema.
- Coordinar con los Servicios de la Facultad de Medicina el desarrollo de sus actividades asistenciales, docentes y de investigación a fin de que se orienten hacia la Misión y Objetivos del Hospital

Existen fundaciones y asociaciones voluntarias que apoyan el trabajo del CHPR, estas son:

- Fundación de Amigos del CHPR
- Fundación Alvarez Caldeyro Barcia (Hospital de la mujer)
- Fundación Peluffo Giguens (Hospital Pediátrico- Hemato ontología)
- Asociación civil de voluntarias (Hospital pediátrico)
- Voluntarias de coordinación social (Hospital de la mujer)
- Asociación S.E.R (salud, entretenimiento y recreación)

En cuanto a los servicios que componen cada uno de los mencionados hospitales, se destaca el siguiente detalle:

HOSPITAL DE LA MUJER:

CTI de recién nacidos.

Servicios de alta complejidad para la atención de cuidados intensivos e intermedios, con Recursos Humanos y Tecnológicos especializados en Recién Nacidos.

Emergencia de Maternidad.

Servicio de referencia nacional para la atención gineco-obstétrica.

Maternidad.

Salas remodeladas y dispuestas para la atención en el trabajo de parto, puerperio y el tratamiento para el embarazo con patología. Acondicionamiento de 8 Salas de Nacer para el cambio en el modelo de atención de los partos.

Servicio de Tomografía y Resonancia Magnética.

Tomógrafo helicoidal que permite la reconstrucción en diferentes planos, y un sistema de baja dosis de radiación que mejora la atención en el paciente.

Resonador abierto, especialmente útil en el paciente pediátrico, ya que disminuye el requerimiento de anestesia en comparación con los equipos cerrados.

Servicio de Imaginología y Ultrasonografía.

Adquisición mediante acuerdo técnico OPS/OMS – Gobierno Italia de equipamiento de alta tecnología para la realización de estudios ecográfico, radiológico y radioscópico.

Hogar de Padres de CTI de Niños.

Es un espacio físico destinado exclusivamente al alojamiento de los padres de niños internados en dicho sector, que provengan del interior del país, o que por la complejidad del caso, se requiera que los padres del niño internado permanezcan cerca en todo momento.

Hogar de Madres.

Espacio destinado a madres adolescentes, provenientes del interior del país, con pacientes internados en sectores de cuidados críticos de recién nacidos. Tiene como finalidad facilitar la estadía de la madre durante la internación de su recién nacido, de manera de fomentar la lactancia y lograr su participación en los cuidados.

Departamento de Medicina Transfusional.

De referencia nacional en la atención de las mujeres y los niños. En él funciona el Programa Nacional de Hemofilia. Se inauguró recientemente su Banco de Sangre, que recibe a los generosos donantes de lunes a viernes de 7:30 a 12:00 y de 16:00 a 18:00 hs (entrada principal por calle Lord Ponsonby).

Endoscopía Ginecológica.

Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos endoscópicos, que han demostrado claras evidencias de menor agresividad para el paciente y reducción del tiempo de internación.

Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer.

Diagnóstico y tratamiento de pacientes con patología oncológica que requieren tratamiento onco-específico (Acelerador Lineal, Curietron, Servicio de Mamografía, entre otras).

Servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

Servicio que brinda atención dirigido a las mujeres, en particular a aquellas que requieren servicios especializados en el área.

Departamento de Patología Clínica – Laboratorio.

Existe en este departamento, además del laboratorio de emergencia que realiza los análisis de emergencia e internación, un área denominada Laboratorio Central, en la cual se realizan distintos estudios de laboratorio, incluyendo aspectos vinculados con la investigación científica.

Oftalmología.

La retinopatía del prematuro (ROP) es la primera causa de ceguera en la infancia. Desde el año 2001 se realiza en el CHPR el screening oftalmológico de todos los recién nacidos con peso al nacer menor a 1500gr, o con hasta 32 semanas de edad gestacional. Mediante el examen fondo de ojo, se puede detectar esta patología y realizar un tratamiento oportuno que evite la progresión a la ceguera o a un serio compromiso visual. El CHPR cuenta con equipos de Crioterapia y Láser Diodo para el tratamiento de la ROP en todos sus niños.

HOSPITAL PEDIATRICO:

Unidad de Cuidados Intensivos de Niños (UCIN).

Servicios de alta complejidad para la atención de cuidados intensivos e intermedios, con Recursos Humanos y Tecnológicos especializados en Niños.

Block Quirúrgico Pediátrico.

Cuenta con seis salas con el equipamiento adecuado para la realización de intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en niños y recién nacidos.

UNIQUER.

Servicio de Quemados y Cirugía reparadora, Instituto de Medicina Altamente Especializado (IMAE), destinado a la atención del paciente quemado pediátrico.

Servicio de Tomografía y Resonancia Magnética.

Tomógrafo helicoidal que permite la reconstrucción en diferentes planos y un sistema de baja dosis de radiación que mejora la atención en el paciente. Resonador abierto especialmente útil en el paciente pediátrico ya que disminuye el requerimiento de anestesia en comparación con los equipos cerrados.

Servicio de Imagenología y Ultrasonografía.

Adquisición mediante acuerdo técnico OPS/OMS – Gobierno Italia de equipamiento de alta tecnología para la realización de estudios ecográficos, radiológicos y radioscópicos.

Hogar de Padres de CTI de Niños.

Espacio físico especialmente acondicionado para la permanencia de padres de pacientes internados en áreas de cuidados críticos.

Hogar la Campana de la Fundación Peluffo Giguens.

Lugar que alberga pacientes y familiares provenientes del interior en un ambiente con todas las comodidades.

Departamento de Medicina Transfusional.

Es un departamento único que atiende a los pacientes de ambos hospitales, por lo que para los niños que se atienden en el Hospital Pediátrico, se cuenta con las prestaciones detalladas.

Unidad de reconstrucción y fraccionamiento de inyectables.

Para la preparación de dosis unitarias de inyectables; permite mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente disminuyendo sensiblemente los costos.

Centro Hemato Oncológico Pediátrico.

Brinda una atención completa e integral al paciente hemato-oncológico como único centro de referencia nacional.

Departamento de Patología Clínica – Laboratorio.

Se realizan todo tipo de estudios de laboratorio de distintas complejidades, incluyendo actividades de investigación.

Emergencia Pediátrica.

Se atiende en general cualquier tipo de consultas de emergencia; pero en particular se coordina la recepción de emergencias derivadas de otros centros asistenciales de ASSE, así como de pacientes que requieran atención en ciertas especialidades e incluso internación.

Ortopedia y Traumatología.

Es un centro de referencia en dicha especialidad, en la cual participa también la Facultad de Medicina a través de la cátedra correspondiente.

Odontología.

El servicio atiende niños, adolescentes, púerperas y embarazadas. Se realizan todo tipo de restauraciones a niños y adolescentes menores de 15 años, se atienden niños con capacidades diferentes y se integra la actividad odontológica a otras especialidades

pediátricas. Se incluyen dentro de las prestaciones del Servicio, los tratamientos de ortopedia Dento - Maxilo - Facial con aparatología removible.

Policlínica de Pediatría de Referencia.

La Policlínica de Pediatría General de Referencia tiene como objetivo principal el abordaje interdisciplinario del niño y adolescente con patología. El equipo de salud, liderado por pediatras, está integrado por: gastroenterólogo, endocrinólogo, licenciado en enfermería, licenciado en nutrición, psicólogo, asistente social y auxiliar de enfermería.

A modo de ejemplo, se destacan algunos problemas de salud, que son atendidos en esta Policlínica: apoyo nutricional del paciente con patología crónica, tratamiento del niño y adolescente obeso, educación del niño diabético, diagnóstico y tratamiento del paciente con inmunodeficiencias, diagnóstico y tratamiento del fallo de crecimiento.

Policlínicas de Especialidades Pediátricas.

Abarcando una amplia gama de especialidades médicas, en estas policlínicas se reciben niños que son derivados de otros centros de atención de ASSE. Una vez ingresados, continúan la atención y controles a través de dichas policlínicas, situación ésta que se extiende hasta la extinción de la cobertura de asistencia al cumplir el paciente los 15 años de edad.

Programa de Despistaje Precoz de la Displasia y Luxación de Cadera.

A través de la realización del screening ecográfico de cadera, se asegura el correcto diagnóstico del recién nacido; este estudio se realiza entre los 2 y los 4 meses de edad.

Investigación de la Hipoacusia Neonatal.

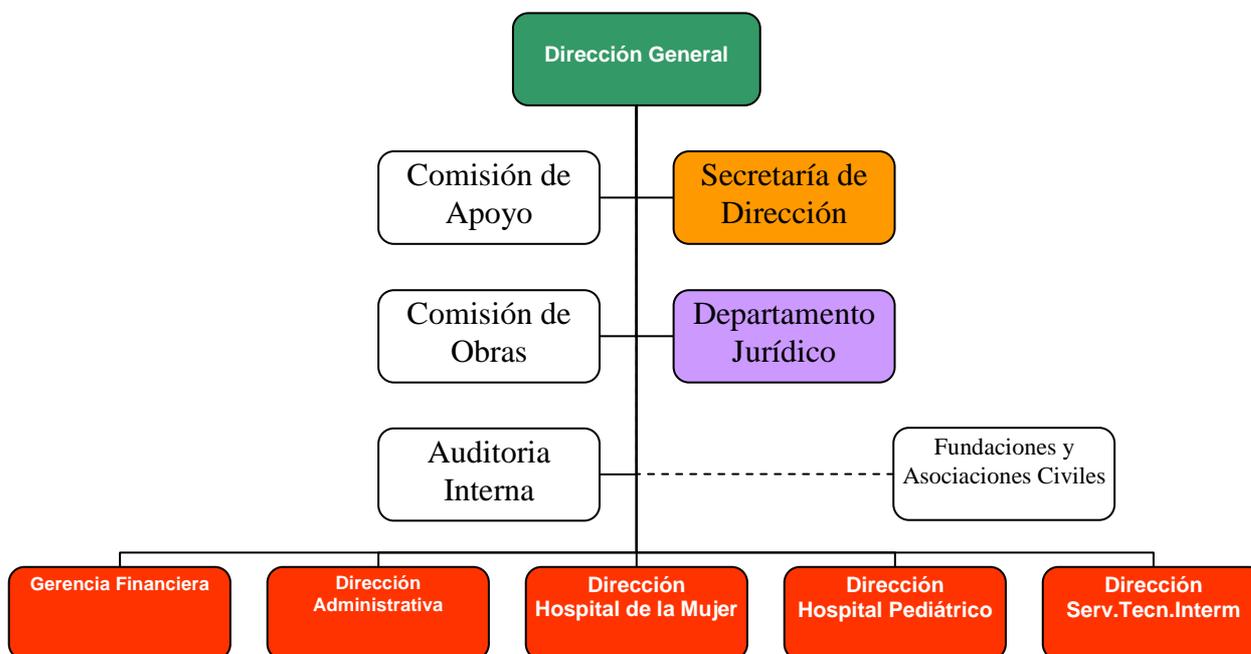
Se realiza el screening de emisiones otoacústicas a todos los Recién Nacidos en el Hospital, en el marco del cumplimiento de la normativa vigente y con el objetivo de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos auditivos en el niño.

Oftalmología

La retinopatía del prematuro (ROP) es la primera causa de ceguera en la infancia. Desde el año 2001 se realiza en el CHPR el screening oftalmológico de todos los recién nacidos con peso al nacer menor a 1500gr, o con hasta 32 semanas de edad gestacional. Mediante el examen "Fondo de ojo", se puede detectar esta patología y realizar un tratamiento oportuno que evite la progresión a la ceguera o a un serio compromiso visual. El CHPR cuenta con equipos de Crioterapia y Láser Diodo para el tratamiento de la ROP a todos los niños que se asisten.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL CHPR

En cuanto a la **estructura jerárquica**, la misma está plasmada en el **organigrama** institucional, que a continuación se expone resumido (solo a nivel de las autoridades superiores):



Gerencia Financiera: Cra. Mónica Esteves

Tiene a su cargo:

- Departamento de Tesorería con los servicios que lo componen (incluye: Pago y Recaudaciones).
- Departamento de Costos.
- Servicio de Facturación y Cobranza de venta de servicios.
- Departamento de Contaduría, con los servicios que lo componen (incluye: Registros y Conciliaciones).

Dirección Administrativa: Soc. Rodolfo Levin

Tiene a su cargo:

- Departamento de Recursos Materiales (incluye: servicios de Compras y Almacenes).
- Departamento de Servicios Generales (incluye: servicios de Lavadero y ropería, Intendencia, seguridad y conserjería, Higiene ambiental y sector Imprenta).
- Departamento de Centro de Cómputos.
- Departamento de Mantenimiento, Arquitectura e Ingeniería (incluye: servicios de mantenimiento, arquitectura e ingeniería biomédica).
- Departamento de nutrición y dietética.
- Servicio de identificación de usuarios.
- Sector Oficina de Atención al usuario.
- Departamento de Recursos Humanos (incluye: servicios de oficina de personal, desarrollo humano, relaciones laborales y salud ocupacional y presupuesto de sueldos).

Dirección Hospital de la Mujer: Dra. Ima De León

Tiene a su cargo:

- ❖ Área de Internación obstétrica y neonatología. Comprende el Departamento de Maternidad, con sus servicios de:
 - Emergencia gineco-obstétrica (incluye sectores Sala de Nacer y Block Quirúrgico de Maternidad).
 - Servicio de Recién Nacidos (incluye sectores de internación cuidados moderados y cuidados críticos)
- ❖ Área de Interacción Ginecológica y Especialidades quirúrgicas. Comprende :
 - Departamento de Ginecología, con sus servicios de Ginecología, Endoscopia Ginecológica, y Unidad de ginecología oncológica. Para Servicio de ginecología y para Block, existe convenio de ASSE con la facultad de medicina.
 - Departamento de Anestesia, con sus sectores Hospital de la mujer y hospital pediátrico (este departamento es compartido).
 - Departamento de Registros Médicos, que incluye los sectores de admisión y archivo, y también el Servicio de sistemas Sistema de información (que comprende el sector Estadísticas).
- ❖ Área Ambulatoria y Servicios de Apoyo Técnico. Comprende:
 - Servicio de anatomía patológica.
 - Servicio de salud sexual y reproductiva (convenio con Facultad de Medicina).
 - Servicio obstétrico.
 - Servicio de ultrasonografía.
 - Sector Gestión de Consultas Ambulatorias (con su unidad de coordinación de agenda y citas, y unidad de coordinación Referencia-Contrareferencia).
 - Sector salud mental.
 - Sector coordinación técnica, consulta ambulatoria, con sus policlínicas generales de Obstetricia y ginecología (convenio con ASSE) y policlínica de especialidades.
 - Sector de tracto genital inferior, con sus policlínicas de PAP y de Colposcopia.
- ❖ Área de Enfermería. Comprende:
 - Departamento enfermería de Maternidad, con sus distintos Servicios y Sectores:
Servicios de:
 - Salas de Nacer y
 - Servicio de Recién Nacidos (comprende un Sector de supervisión para áreas críticas.
 - Sector supervisión de maternidad.

- Servicio de Ginecología y Ambulatorio con sus distintos Servicios y Sectores:
 - Sector supervisión ginecológica.
 - Sector supervisión de block quirúrgico de ginecología.

Cabe mencionar que existen convenios de ASSE con la Facultad de Medicina en cuanto a clínicas obstétricas, Neonatología, Ginecología, Servicio de salud sexual y reproductiva.

También cuenta con el apoyo de la Fundación Alvarez Caldeyro Barcia y de Comisiones como Comisión de seguridad del paciente, Comité de infecciones hospitalarias, Comité de gestión de área.

Dirección Hospital Pediátrico: Dra. Marina Stoll

Tiene a su cargo:

- ❖ Área de Cirugía y Especialidades. Comprende los servicios de:
 - Servicio de cirugía pediátrica y block quirúrgico.
 - Servicio UNQUER.
 - Servicio ORL.
 - Servicio Fonoaudiología.
 - Servicio Odontología.
 - Servicio Ortopedia y Traumatología.
 - Servicio de Neurocirugía.
 - Servicio Fisiatría.
 - Servicio Oftalmología.
- ❖ Área de Pediatría y Especialidades. Comprende:
 - Dpto. Emergencia Pediátrica, con sus coordinadores y sus áreas (Unidad de reanimación, Observación, y Urgencias).
 - Dpto. Pediatría y Especialidades :
 - Dermatología.
 - Gastroenterología (incluye el sector Endoscopia Digestiva).
 - Neuropediatría (incluye el sector Electrofisiología).
 - Cardiología.
 - Nefrología.
 - Infectología.
 - Contaminantes Químicos Ambientales.
 - Neumología (incluye el sector Oxígeno-Dependientes).
 - Policlínica Pediatra de Referencia.
 - Servicio de Hemato-Oncología.
 - Psiquiatría.
 - Inmunología.
 - Genética.
 - Dpto. Cuidados Intensivos de niños

❖ Área Servicios de Apoyo Técnico. Comprende:

- Dpto. de Imagenología (servicios de Tomografía y Resonancia, y de Radiología y Ecografías).
- Sistema de información del Hospital Pediátrico.
- Dpto. de Registros Médicos (con sus sectores, Admisión, Archivo y Estadística).
- Dpto. de Patología Pediátrica.

Cuenta con el apoyo de:

- *Comité de seguridad del paciente. Comisión de participación de usuarios y trabajadores*
- *Coordinación del equipo de abuso y maltrato infantil*
- *Coordinación de convenios complementación de servicios y contratación de servicios externos.*

❖ Área Enfermería. Comprende:

- Dpto. Enfermería de Cirugía y Especialidades, con los siguientes Servicios:
 - Servicio UNQUER.
 - Servicio de Block Quirúrgico.
 - Servicio de Cirugía Pediátrica (con sus sectores de Supervisión de internación por cirugía, supervisión de Imagenología y supervisión de Policlínica Pediátrica y Cirugía**).
- Dpto. Enfermería de Pediatría y Especialidades, con los siguientes Servicios:
 - Servicio de Pediatría (con sus sectores supervisión de Internación Pediátrica y Supervisión de Policlínica Pediátrica y Cirugía**).
 - Servicio UCIN.
 - Servicio Emergencia Pediátrica.

***Ambos departamentos tienen en común el Sector de supervisión de Policlínica Pediátrica y Cirugía.*

Dirección Servicios Técnicos Intermedios: Dra. Beatriz Silva

Tiene a su cargo:

- Instituto de Radiología y Centro de lucha contra el Cáncer (incluye: Servicios de Ontología médica, Imagenología, y Radioterapia).
- Departamento de patología clínica (incluye: Servicios de Biología molecular, Microbiología, Hematología, Bioquímica, Inmunología, Urgencia, y Sector Extracciones y Ventanilla).
- Departamento de Farmacia (incluye: Servicios de Dosis Unitaria, Droguería, Dispensación y CIEM).
- Departamento de medicina transfusional (incluye: Servicios de Banco de Sangre, Aféresis, Laboratorio de inmunohematología, y Asistencia).
- Departamento de trabajo social (incluye: Servicios de: Cuidadores Hospitalarios, Hospital de la Mujer y Hospital Pediátrico).
- Servicio Centro de Materiales que incluye el sector Proceso de Material Limpio.

2.2 - Subsistemas de información existentes

De las entrevistas realizadas y de las visitas que se realizaron en el CHPR, se obtuvo información acerca de los distintos subsistemas de información que se utilizan para la gestión.

La mayoría de los subsistemas han sido desarrollados y aplicados a la gestión de cada sector o servicio en particular. En general se han considerado las necesidades de información que requiere cada sector para la gestión. Es así que, por ejemplo, muchos de los sistemas sólo refieren a un solo tipo de información, como lo es la información sobre la producción lograda (servicios asistenciales: consultas, estudios, etc.).

Debido a la organización jerárquica burocrática que caracteriza a la actividad pública en general y a esta institución de salud en particular, los sistemas de información se limitan a permitir el manejo de la información referente a la atención a usuarios, dejando de lado la información sobre costos, la cual es procesada por otros departamentos o secciones cuya función es, por lo general, el manejo de recursos financieros.

La situación actual, denota una sumatoria de una variada gama de subsistemas de información, sistemas informáticos y soportes de información, que se han implantado en función de las necesidades de cada sector y con la finalidad de permitir la gestión individual. La gran mayoría de los sistemas tienen base en sistemas informáticos desarrollados internamente o adquiridos a desarrolladores de software externos. También subsisten algunos sistemas con soportes de información en papel y con planillas que se completan en forma manual.

Se destaca la necesidad de una instancia de confrontación de los distintos tipos de información (como por ejemplo de costos versus producción), para determinación de indicadores que pueden ser tenidos en cuenta para la gestión. Incluso para la elaboración de la información sobre costos que se exige desde la Dirección de Costos de ASSE, se requiere de un reprocesamiento de la información de producción y de la confrontación con la de costos. Este aspecto se ve influenciado también por la remisión de la información del total del Centro Hospitalario, abarcando el total de información generados por los dos hospitales que lo conforman.

En función del planteo teórico realizado en el capítulo tres de la primera parte de este trabajo monográfico, se citarán los subsistemas de información existentes, en función de la clasificación en dos grupos generales: subsistema económico – financiero, y subsistemas administrativos.

2.2.1 - Subsistemas económicos – financieros

Subsistema de Recursos Humanos

El departamento de Recursos Humanos es único para el Centro Hospitalario, en él se centraliza la registración del total del personal de los dos hospitales que conforman el Centro. Depende directamente de la Dirección Administrativa y su principal cometido, en cuanto a información, es el mantenimiento actualizado del padrón de funcionarios, con sus respectivos legajos de actividad, el contralor de asistencias y la evaluación de aspectos disciplinarios y de formación para las tareas.

-
- Sistema informático que maneja
 - Mecanismos de control de asistencia
 - Informes que emiten
 - Procesos sumariales
 - Contralor de funcionarios no CHPR

Subsistema de Medicamentos

La gestión de medicamentos es función específica del Departamento de Farmacia, dependiente de la Dirección de Servicios Técnicos Intermedios.

La gestión de existencias, comienza con la elaboración de un listado de las necesidades mensuales de medicamentos incluidos en el Vademécum; éstos son adquiridos mediante licitaciones que se realizan a nivel central de ASSE, por medio de la Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado (UCAMAE). En el listado se incluyen: el nombre específico del medicamento y la cantidad necesaria. El listado lo firma en forma de autorización el director del Servicio que lo solicita.

Para la solicitud de medicamentos no incluidos en el Vademécum, se tiene un proceso de Compra Directa, el cual tiene un proceso diferente al de la compra centralizada y que tiene un tiempo promedio de gestión de 3 meses. Dada la urgencia de la situación de compras de ciertos medicamentos, se realiza la compra directamente con autorización del Dir. del CHPR. Se debe hacer la solicitud en un formulario especial a la UCAMAE (Comisión de Vademécum), que depende de ASSE, y esta determina si se autoriza o no la compra. En general estas compras son autorizadas, y la UCAMAE pide opinión al Centro de Información y Evaluación de Medicamentos (CIEM) del CHPR, el cual está conformado por un equipo multidisciplinario de Médicos y QF. Esta es otra actividad de la farmacia, como “componente del servicio asistencial”, la “farmacia clínica”. Depende del CHPR y brinda una opinión idónea, objetiva y calificada, a la Comisión de Terapéutica para decidir si se incorpora un medicamento al vademécum del CHPR o no.

Este proceso de Compra Directa es gestionado íntegramente por la Unidad de Compras del CHPR; desde Farmacia se le envía el detalle de los medicamentos y las cantidades a adquirir, el plazo de entrega (en general son compras urgentes), una referencia al último precio manejado para cada medicamento y una lista de tres o cuatro posibles proveedores.

Se cuenta con el sistema informático “Winfarma” el cual es utilizado como base para la gestión del stock de medicamentos.

Este sistema permite registrar:

- Las recepciones de medicamentos: instancia en la cual se verifica la coincidencia de la entrega en cantidades y precios, con la orden de compra correspondiente. También se registran de acuerdo al detalle de la Orden de Entrega, los medicamentos proveídos por el MSP a través de ciertos Programas Nacionales (VIH, Oncología, etc.) y los suministrados por el laboratorio Fármaco Dorrego, institución dependiente de ASSE.
- Permite mantener y controlar el stock que contablemente existe, permitiendo emitir informes sobre cantidades, descripciones, vencimientos, números de lotes y precios de las existencias valuadas al precio de la última compra. Debido a que

no se utilizan escáneres para la identificación electrónica de los medicamentos, se generan diferencias entre las existencias contables y las reales. La causa fundamental es una deficiente registración en la expedición de los medicamentos, al no contabilizar bien las cantidades entregadas.

- Las expediciones de medicamentos se realizan por dos vías:
 - 1) A través de Ventanilla a pacientes ambulatorios que concurren con Receta Médica, registrándose: CI y Nombre del paciente, nombre del medicamento, cantidad, Firma y N° CJP del Médico autorizante, y sello del Sector donde se realizó la consulta. Todas las Recetas tienen una Serie y un Número, también hay de distinto color: las amarillas (HP), recetas rosadas (HM). El sistema también permite administrar las Recetas de Psicofármacos, las que son asignadas y registradas mediante la individualización de cada médico.
 - 2) Con destino al suministro de pacientes internados y de la atención en emergencia. En este caso existen dos formas:
 - a. Dosis Unitaria: son de dos tipos: comprimidos e inyectables. Farmacia levanta las Historias Clínicas (HC) y prepara la medicación justa y necesaria para el paciente. Se registra por paciente, nombre medicamento, cantidad, médico tratante; todo se registra en el Winfarma. Solo hay dosis unitaria de comprimidos en Maternidad del Hospital de la Mujer; dosis unitaria de comprimidos e inyectables en 2° piso del Hospital Pediátrico. La dosis unitaria tiene la ventaja de optimizar costos, ser más segura y mayor asepsia. Sale del stock directamente de farmacia, y es autorizada por el jefe del Servicio
 - b. Entrega a los Economatos: los pedidos los elabora cada sector, con una planilla de pedido firmada por el jefe del servicio que autoriza el pedido. Solo se identifica el nombre medicamento, cantidad y sector, no el paciente. No se tiene registro de a que paciente se le suministra el medicamento. Se ha observado la inconveniencia del manejo que realizan los economatos pues, almacenan de manera incorrecta, dejan vencer los medicamentos, por lo que se genera un stock de riesgo sanitario para el paciente y el personal.
- Seguridad del Sistema: el Winfarma permite la definición de distintos niveles de usuarios con las respectivas limitaciones a las funciones a realizar en el sistema. También permite modificar los movimientos del mes corriente y del mes inmediato anterior, se bloquean definitivamente los movimientos con dos meses de realizados.
- Informes que emite el sistema: para usuarios ambulatorios que hayan pedido medicamentos, y para los pacientes internados en los sectores donde está instalado el sistema de dosis unitaria, los cuales son identificados a través de su documento de identidad, se puede conocer el detalle de medicamentos en cantidades y precios, para cualquier período de tiempo. También se puede identificar el servicio de donde se expidió la Receta Médica. En el caso de los medicamentos entregados a los Economatos, se puede conocer el detalle de

entregas realizadas para cada servicio; pero no existe una identificación directa con los pacientes a quienes son suministrados.

Subsistema de Recursos Materiales

En la estructura organizacional está dispuesto el Dpto. de Recursos Materiales dependiente de la Dirección Administrativa y abarcando el área de Compras y de Almacén Central. En el Almacén Central es dónde se administran los materiales médicos quirúrgicos, insumos y demás materiales para la operativa del centro asistencial (higiene, mantenimiento, papelería, etc.).

En cuanto al manejo de stock de materiales no existe un sistema informático específico para ello. En particular para el Almacén Central se está tratando de utilizar el sistema informático Winfarma (el mismo que se utiliza en Farmacia), aunque requiere de ciertos ajustes para poder incorporar todos los rubros que se son necesarios manejar.

Aunque se han contemplado aspectos de seguridad de acceso a los depósitos y de condiciones de seguridad para la conservación de los mismos, surge el problema de la deficiencia en ciertas instalaciones y de la falta de locales y espacios adecuados.

El registro que se tiene de las recepciones de la mercadería es la copia de las Ordenes de Compra (OC) y de las facturas y remitos; las entregas son comprobadas por las boletas de solicitudes que envían los sectores, en las cuales se confirma la recepción. No existe un sistema de registro de permanencia de inventario que permita saber en tiempo real las existencias y permitir la comparación con la realidad. Está prevista la realización de recuentos físicos anuales (y semestrales), de los cuales el primero se realizó a fines de diciembre del pasado año. Aunque no se realiza un inventario físico cada vez que se realiza una compra, si se controla a grandes rasgos las existencias con las compras y consumos realizados.

Cabe destacar que el sistema Winfarma permite emitir los mismos informes y con el mismo nivel de detalle que se detalló en el manejo de medicamentos.

Subsistema de Compras

Como se mencionó anteriormente, el Servicio de Compras depende jerárquicamente del Dpto. de Recursos Materiales. No obstante se mantiene un vínculo funcional directo con la Gerencia Financiera, con la Dirección del CHPR y para el desarrollo de sus funciones, cuenta con el apoyo de un Adjunto de Dirección, que es un profesional técnico (Médico Anestesiista) que interviene en los procedimientos de compra, atendiendo los aspectos específicamente técnicos.

También son funciones de este Servicio, el contralor de los servicios tercerizados contratados, como son: Alimentación, Limpieza, Vigilancia y Mantenimiento de Maquinaria (no de equipos médicos).

En líneas generales, internamente se recibe el pedido de compra de materiales de cada uno de los Servicios del Hospital, autorizado por su responsable (director o encargado; por lo general vienen autorizados también y finalmente por los directores de cada hospital HM o HP). Cada pedido se plantea en función de las necesidades que cada servicio tiene y en función de las expectativas para cada parte del año (existen períodos de mayor demanda – invierno por ejemplo).

El Servicio de Compras inicia el procedimiento que corresponda al tipo de compra y emite una Orden de Compra, la cual es enviada al proveedor para que entregue el pedido. El pedido es recibido por cada servicio en particular, el cual controla Orden de Compra versus Factura o Remito. En el caso de existir errores en los precios facturados, respecto a la OC, se solicita la refacturación al proveedor. Si el error es en las cantidades o en la especificación de los materiales o insumos, se solicita la modificación de la OC.

En cuanto al sistema informático que emite las Órdenes de Compra, permite la definición de usuarios y contraseñas, pero no discrimina entre niveles de usuarios, por lo que cualquiera de los usuarios puede crear o modificar las OC. No obstante esta deficiencia, el sistema deja pistas sobre las modificaciones y anulaciones realizadas. En compensación de dicha debilidad, este sistema es manejado sólo por funcionarios del área de Compras.

Recibidos los pedidos de los Servicios y generada la OC se comienza con el procedimiento que corresponda:

Si está Licitado el tipo de compra (existe la obligación de licitar por las compras mayores a cierto monto):

- Licitación por UCAMAE: las compras deben ajustarse a los detalles de precios y especificaciones establecidas en los respectivos pliegos; la única influencia en este tipo de procedimiento es participar en la formulación del listado genérico de materiales a licitar según las necesidades del Centro Hospitalario (instancia previa a la licitación). Los técnicos del CHPR van a la comisión de adjudicaciones de la licitación, para poder intervenir en las mismas. En general estas licitaciones se realizan en forma anual, pero debido a las demoras en el proceso general, se extienden más de lo previsto. Por ejemplo actualmente se está manejando una licitación del año anterior.
- Licitación propia del CHPR: para compras que superen determinados montos deben realizarse licitaciones (Abreviadas o Públicas). En este tipo se tiene una mayor participación en el detalle de las compras a realizar. Permite lograr mejores precios y condiciones de compra. En el caso de los Servicios los contratos por licitación se firman por un período de un año prorrogable automáticamente. En el caso de las de insumos se firman por un año, no prorrogable.
- Compra Directa: es el procedimiento más utilizado. Ésta se puede plantear para compras hasta determinados montos; pero debido a la caída de ciertas licitaciones, demoras en los procesos y otras necesidades de urgencia, se realizan muy a menudo y sin respetar dichas limitaciones. Esto genera que reiteradamente se generen “observaciones de gasto” por parte de la dirección económica financiera de ASSE, las cuales deben ser “levantadas” de forma justificada por la dirección del centro hospitalario con intervención de su dirección. La consecuencia práctica que tienen estas observaciones es, que hasta tanto no se termina el proceso de levantamiento de las observaciones no se comienza con el procedimiento de pago (vía SIIF) al proveedor. Esto genera retrasos considerables en el pago, entendiéndose que se plantea la compra financiada a 90 días, pero en lo general el plazo de pago es mayor a dicho lapso. Ello influye en los precios de las siguientes cotizaciones donde intervienen los mismos proveedores.

- Pagos por Fondo Rotatorio: son compras por importes menores y se pagan al contado. En este tipo de compras, se solicitan al menos tres cotizaciones y el pago se realiza al contado. Esto permite una mejor negociación con los proveedores tanto de precios como de condiciones de entrega y productos.

El criterio en general es adjudicar la compra a la cotización más baja; pero en caso de existir fundamentaciones técnicas, que impliquen la conveniencia de comprar a un proveedor que no sea el de cotización más baja, debe fundamentarse y puede procederse a la compra.

Existe en el ámbito del Ministerio de Economía y Finanzas, la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA). Por medio de ella, se realizan las adquisiciones (para este hospital) de alimentos secos (azúcar, harina, etc.). Esta unidad realiza licitaciones y permite el pago a los proveedores en un plazo de 15 días, lo que permite un abastecimiento asegurado y mejores precios. El procedimiento que se utiliza en este caso es el siguiente:

- Cada 4 meses se emite en una planilla de Excel, el detalle de los requerimientos de compra, teniendo en cuenta los “Manuales Estandarizados” elaborados por la UCA.
- Se emite una orden de compra y se comienza el procedimiento en el SIIF (Afectación, Compromiso y Constancia de Afectación). También se genera una Constancia de devolución de Garantía (garantía exigida en el proceso licitatorio para el cumplimiento de las condiciones).
- El proveedor entrega la mercadería, según lo requerido, cada receptor verifica contra la orden de compra emitida, la factura y la mercadería entregada.
- La factura emitida por el proveedor es derivada a la Gerencia Financiera (SIIF: Obligación); de allí pasa a ASSE (SIIF: Priorización del pago) y finalmente pasa al MEF para que realice el pago a través del BROU al proveedor.

Subsistema de Pagos

Al ser una institución dependiente de una institución del Estado y financiada en gran parte por recursos públicos, debe ajustarse al sistema de pagos que utiliza el Estado en su conjunto. Debido a ello, el principal sistema informático utilizado para la gestión de pagos, es el utilizado por el Estado Central y es el Sistema Integrado de Información Financiera (S.I.I.F.).

Emitida la Orden de Compra, que en el caso del CHPR es emitida por medio de un programa particular que funciona en base DOS, se genera un “compromiso” en el SIIF, para reservar el crédito para cuando se tenga que realizar el pago. Lo que se entiende por una “Afectación del crédito” para ese determinado gasto. De esta forma el proveedor puede verificar que tiene seguro el dinero a cobrar, en el plazo pactado, si cumple con las condiciones de entrega. Una vez realizada la entrega de la mercadería por parte del proveedor, se forma la factura, que se asocia al “compromiso”, se ingresa al SIIF, y así inicia el proceso de pago.

El SIIF permite manejar, entre distintos tipos de créditos existentes, los que en particular se manejan para las unidades dependientes de ASSE, los cuales son de dos tipos:

- a) Financiamiento 11- Crédito presupuestal
- b) Financiero 12- Fondos propios del CHPR

Los Fondos propios ingresos generados por:

- Hospitalidades (de acuerdo a un arancel establecido)
- Venta de servicios (particulares, mutualistas, MSP)
- Venta de consultas (también a particulares o a mutualistas)

En particular el financiamiento 11 tiene tres modalidades de pago:

- a) Concepto del gasto 7 (Gastos en alimentación),
- b) Concepto del gasto 8 (medicamentos, insumos, estudios), refiere a licitaciones realizadas por la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA).
- c) Concepto del gasto 2 (refiere a compras directas y licitaciones propias, pagos a 90 días).

Subsistema de Costos

La División Costos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ha diseñado una planilla de costos estándar, que se adapta a través de la definición de distintos Centros de Costos, a todas y cada una de sus unidades ejecutoras. A través de la misma se pretende estandarizar la información que cada centro asistencial debe remitir a ASSE para que ésta pueda cumplir en tiempo y forma con los requisitos de información que exige el SINADI.

Para tal fin, ha desarrollado una planilla electrónica de recopilación de la información, la cual se acompaña de un manual explicativo de la forma de presentación de los datos en la planilla.

En el manual se definen como responsabilidad del Equipo de Gestión de cada unidad ejecutora, la preparación de la Planilla de Distribución del Gasto. El Gerente Financiero debe aportar los datos de los gastos en pesos totales del período solicitado, la distribución de ese gasto por Centro de Costos está bajo la órbita de la Dirección del centro asistencial. Aquellos Gerentes Financieros que posean la Gerencia de Centros Departamentales y Auxiliares tienen que informar las cifras anteriormente mencionadas de todos sus Centros.

Es imprescindible que las Direcciones Técnicas y Administrativas gestionen ante sus servicios la obtención de todos los datos restantes solicitados en la planilla, en particular los relacionados con los datos de producción y con los factores de distribución de los gastos. Los mismos deben elevarse al Gerente Financiero en tiempo y forma para poder consolidar la planilla.

La Planilla está construida sobre la base de un libro Excel que relaciona varias hojas entre sí, generando una última hoja en la que se obtienen valores relativos a los costos hospitalarios. En el caso que la Unidad Ejecutora (UE) requiera por su complejidad adaptar la planilla, solicitará los cambios necesarios de modo formal a la División Costos.

El detalle de la conformación de los Centros de Costos del CHPR y el detalle de datos a incluir en la planilla de costos, serán tratados en el siguiente capítulo de esta parte del trabajo monográfico, razón por la cual, no se tratará aquí en profundidad.

Subsistema de Contabilidad

También en cuanto al sistema contable, al ser una de las unidades dependientes de ASSE, debe ajustarse al plan contable definido para todo el conjunto de Unidades Ejecutoras que conforman dicha red asistencial.

En función de ello, se tiene predefinido la utilización del sistema informático “Contawin” para la registración de los movimientos contables. El plan de cuentas es único para cualquier unidad ejecutora con el objetivo final de permitir la consolidación y obtener una contabilidad central a nivel de ASSE.

Actualmente se está llevando a cabo la implementación por etapas de una Contabilidad Patrimonial a nivel de cada unidad y con una instancia de consolidación para lograr una contabilidad patrimonial a nivel central. Se ha creado en ASSE, la División Contable Patrimonial que gestiona la implementación de la misma. En el CHPR hay un contador designado que está a cargo de la implementación de la misma.

Una nueva versión del software Contawin es utilizado para la contabilidad con un plan de cuentas único y que no puede ser modificado por parte de la unidad ejecutora. Como avances en la implementación se han ingresado: disponibilidades, deudores, acreedores y el stock inicial de bienes de consumo al 01/01/10. Aún no han sido contabilizados los bienes de uso, esto se debe a las dificultades de estimación de sus valores y en cumplimiento de la planificación estipulada de implementación.

Para registrar en el Contawin, se importan desde el SIIF los asientos sobre las facturas de los conceptos de gastos 7 y 8, así como el correspondiente pago de dichas facturas. Asimismo, se ingresan de forma manual y directa a este sistema, los gastos correspondientes al concepto 2. Actualmente se está trabajando en las conciliaciones de proveedores y deudores para determinar la posible existencia de errores de registración contable.

2.2.2 – Subsistemas Administrativos

Subsistema de Registro de Pacientes

Existe en la órbita de ASSE el Centro Nacional de Usuarios de ASSE, el cual administra el Sistema de Identificación de Usuarios. Éste sistema es único para todas las unidades ejecutoras que conforman la red de atención y cada una de ellas tiene asignados recursos humanos, destinados a la tarea específica del manejo del sistema para la identificación de usuarios. El usuario puede realizar las gestiones necesarias ante cualquier Centro dependiente de ASSE, para integrarse a la cobertura por medio de los distintos tipos de afiliaciones.

Actualmente se utiliza para realizar las afiliaciones, un sistema informático desarrollado internamente por ASSE y se llama “Afiliaciones ASSE”. Funciona en ambiente Windows y con conexión on-line con la base de datos central del Centro Nacional de Afiliaciones. El mismo cuenta con tres módulos que permiten acceso a distintos tipos de información y a diferentes posibilidades de manejo de la información.

Estos módulos son:

- 1) ***Consulta de Usuario:*** a este módulo acceden los usuarios del sistema, autorizados para realizar las afiliaciones (específicamente son los funcionarios del

Centro de Afiliaciones). Se ingresan todos los datos filiatorios del usuario y de su grupo familiar, domicilio, teléfono, etc. El sistema en forma automática indica que tipo de cobertura corresponde. La clave de identificación es por medio del número de Cédula de Identidad (CI), aunque también permite realizar búsquedas por apellidos, nombres, fechas, etc. Se aclara que todos tienen número de CI, pues hasta los recién nacidos pueden acceder a un número de CI ficto, que lo otorga la Oficina del Registro Civil emplazada en el CHPR, el cual es registrado en la partida de nacimiento del niño. Para personas indocumentadas, la Oficina de Registro Civil otorga CI “Provisorias”, con las cuales se procede a identificar a los usuarios. Como falencia de este módulo, se destaca que el sistema permite por ejemplo la afiliación (o alta) de los niños o menores a cargo, sin completar los datos del jefe del núcleo familiar, lo que hace que queden incompletos los datos de los niños, pues no se les vincula con ningún mayor responsable. No obstante los datos económicos de ingresos familiares se ingresan por una pestaña específica para ello, por lo que dicha información siempre está y se toma en cuenta para determinar el tipo de cobertura.

- 2) **Consulta Padrón de ASSE:** a este módulo tiene acceso cualquier funcionario autorizado mediante clave y contraseña. A este módulo tienen acceso distintos servicios y sectores del CHPR (Emergencia, Recaudaciones, etc), los cuales lo utilizan básicamente para verificar la vigencia de cobertura de los usuarios (se realiza una confrontación del Carné de Asistencia con los datos del sistema). Como falencia, se destaca que en este módulo se pueden realizar modificaciones a ciertos datos complementarios de los afiliados (domicilio, teléfono). Que si bien no configura un riesgo importante de la información; se entiende que se desvirtuó el manejo de dicha información ya que muchas veces se limitan a borrar esos datos de los afiliados. De esta forma se desvirtúa la finalidad de estar permanentemente actualizado (en estos datos).
- 3) **Banco de Previsión Social:** mediante este módulo los usuarios del Centro de Afiliaciones (exclusivamente) realizan las consultas on-line sobre el estado de afiliación por medio del FONASA, de los usuarios beneficiarios. De allí se obtiene casi la totalidad de los datos del “usuario FONASA”, lo que se completa con las declaraciones de dicho usuario sobre su situación familiar y afiliación de hijos o menores a cargo.

Los usuarios pueden ser beneficiarios por medio del FONASA, por medio de la obtención del Carné de Asistencia (gratuito o arancelado) y, a partir de la descentralización de ASSE y el nuevo régimen impuesto por la reforma de la salud, puede optarse por una afiliación particular, mediante el pago de una Cuota Salud. Los valores a Junio 2010 de dichas cuotas mensuales de afiliación particular, son los siguientes: Individual \$ 912; Familiar \$ 892; Convenio \$ 862.

En la situación actual del CHPR, se ha evidenciado que muchos de los Servicios y Sectores de dicho Centro, crean y gestionan su propia base de datos y registros de los usuarios que son atendidos, o a los cuales se les realizan estudios y se les expiden medicamentos. En todos los casos siempre se requiere una constancia de acreditación de su condición de beneficiario, lo que se comprueba a través de la presentación del Carné de Asistencia (gratuito, bonificado, FONASA o de afiliación particular), además de la verificación de la identidad del usuario, que se realiza a través de su cédula de identidad.

Subsistema de citas y turnos

Para la administración de los turnos de consultas con médicos especialistas es gestionada por medio del sistema informático Sistema de Gestión en Salud (S.G.S.). Este sistema ha sido desarrollado específicamente por ASSE y en sus inicios tenía la finalidad de utilizarse en el servicio de atención de emergencias “RapASSE”. El desarrollo del mismo con un formato de sistema integrado de gestión, ha permitido extender su uso a la administración de los turnos y consultas con especialistas, así como también, incluir la administración de los turnos para estudios y análisis. Debido a ciertas limitaciones en los módulos específicos de estudios, aún no ha sido utilizado por los servicios de radiología, tomografía y resonancia.

Este sistema permite crear y administrar su propia base de usuarios, permitiendo identificar a los beneficiarios mediante todos sus datos personales: nombres, apellidos, número de historia clínica, número de documento de identidad, domicilio, etc. Dentro de las prestaciones que el sistema brinda, se puede buscar y emitir informes mediante la identificación de usuario (CI, apellido, número de HC, etc.), por consultas atendidas por cada médico, por los distintos Servicios, etc.

Las reservas se pueden administrar por día y hora. El sistema informa sobre las consultas anteriores del usuario en las distintas especialidades. Permite también, definir diferentes cantidades de consultas por médico, por consulta y por día, según las diferentes especialidades. Para ello debe considerarse la cantidad de tiempo que insume las distintas consultas en cada especialidad médica. También permite dejar constancia sobre la inasistencia del usuario a la consulta, así como registrar usuarios que se atendieron por coordinaciones directas del médico y que no figuraban con turno de atención.

Las reservas de turnos de pacientes derivados de los centros asistenciales del interior del país, son gestionadas mediante comunicación telefónica o mediante correo electrónico y por intermedio de dicha unidad. Los pacientes que ya alguna vez han sido atendidos (y registrados) en el CHPR, pueden solicitar consulta, directamente en Admisión.

A pesar de que el sistema informático lo permite, debido a la falta de tiempo y de recursos humanos, se realiza en forma parcial la codificación de enfermedades, de acuerdo al nomenclátor internacional de enfermedades, limitándose los médicos a redactar una sucinta descripción de la patología observada y atendida.

Finalmente se destaca como prestación del SGS, la emisión de distintos tipos de informes, mediante un cruzamiento total de los datos registrados en su base de datos única. Es así que se pueden discriminar: las patologías atendidas (en la medida que estén bien codificadas) por médicos, por especialidad, por usuario, por rango de fechas, de edad, de sexo, por Servicios, etc.

Subsistema de admisión, altas y transferencias de pacientes

A pesar de las prestaciones destacadas del SGS para la identificación y registración de los usuarios, debido a dificultades de escasez de recursos humanos e informáticos, no se ha logrado una implementación total del sistema en ciertas áreas del CHPR, como por ejemplo en las salas de internación.

El SGS, es utilizado para la admisión de usuarios para su consulta con las distintas especialidades médicas. Como se explicó, la coordinación puede ser por comunicación con el centro asistencial del interior del país que deriva el paciente, o por medio del paciente ya registrado en el CHPR. La admisión de usuarios es atendida por el Departamento de Registros Médicos en el horario de 7 a 19hrs. Fuera de dicho horario y en días domingos y feriados, la admisión es administrada por el servicio de Emergencia.

Puede destacarse como deficiencia del SGS, que se suceden errores por duplicación de registros (numeración de HC), por permitir ser modificado sin inconvenientes, por falta de documentación, cambio de apellidos y o nombres de niños adoptados y por errores en el momento de ingresar lo datos.

Debido a las dificultades señaladas, no es el SGS el único sistema utilizado para la registración de la admisión, internación y transferencia o alta del paciente. En las salas de internación se continúan utilizando dos sistemas informáticos que brindan ciertas ventajas particulares que no contempla el SGS y que limita su implantación total, dichos sistemas son el “Nóbel” y el “PediaSis”.

Para las salas de internación común, se utiliza el sistema informático “Nóbel”, el cual presenta como principal ventaja que permite emitir una especie de Orden de Compra, con la cual se solicita la realización de estudios especializados en instituciones privadas (porque en el CHPR no se realizan) o la internación en un CTI externo (cuando el del CHPR está completo). Como desventaja de este sistema, debe destacarse que identifica al usuario mediante un número de historia clínica, en tanto que es de uso común la identificación mediante número de documento de identidad en otros sectores y servicios del CHPR (laboratorios, radiología, tomografía, etc.). El Dpto. de Registros Médicos (RRMM), debe importar mediante una planilla electrónica los datos de este sistema, para poder consolidar la información con la emitida por el SGS y así cumplir con los requerimientos de información del SINADI.

El sistema “PediaSis” fue desarrollado internamente por un funcionario del CHPR y para la utilización específica de las salas de internación de cuidados intermedios e intensivos del hospital pediátrico. Se le destaca como ventaja que permite identificar por separado la conformación de cada área de internación, brindando detalles sobre: pacientes internados, su diagnóstico y los datos de ingreso, estadía y alta. La identificación del paciente se realiza mediante el ingreso de datos personales tales como: nombre, apellido y N° HC. Como desventaja se destaca que no toma como dato de identificación del usuario el número de documento de identidad. Se estima que se discontinuará su uso, en la medida que el SGS comience a implementarse en los diferentes pisos de internación.

Subsistema de procesamiento y emisión de documentos – informes

Al tratarse de una entidad de carácter estatal, se rige por un sistema de control de tipo burocrático, en el cual todo debe estar debidamente documentado y autorizado. Este sistema de control, que se basa en una estructura organizacional jerárquica, tiene preestablecido el flujo de información descendiente, en lo que refiere a las órdenes y directivas, y un flujo de información ascendente en cuanto a la información de los resultados logrados y procedimientos cumplidos. Además de estos flujos de información, existen solicitudes puntuales de información y de verificación y constatación de los hechos que se informan.

Todos y cada uno de los sectores y servicios de este centro hospitalario, gestionan en forma particular la información necesaria para el desempeño de sus funciones. La información que cada sector maneja es inherente a la administración del propio servicio, por lo que generalmente es información sobre identificación de usuarios, información de producción realizada (estudios, análisis, consultas, etc.) y también cierta información procesada en forma de indicadores. Por lo general la información sobre costos, es administrada por los sectores que tienen como función principal el contralor de los recursos económicos financieros, así como los presupuestales.

Cada uno de los sectores o servicios emite distintos tipos de informes, los que son elevados, en general, a los ámbitos directivos (de cada hospital y del Centro Hospitalario) donde se realiza la compilación y cruzamiento de la información final, necesaria para la gestión en ese nivel.

Existen informes con requisitos de presentación estandarizados exigidos por las distintas direcciones administrativas de ASSE, los cuales son responsabilidad de cada Dirección de cada unidad ejecutora. También se exigen informes particulares y puntuales, que son complementados con reuniones de coordinación de acciones sobre ciertos aspectos asistenciales y económicos financieros.

En esta sección, interesa destacar la información asistencial referida al usuario y a su estado de salud, o sea el subsistema de Registro Médico y de Historia Clínica.

Como se destacó existe un Departamento de Registro Médicos, cuya función principal, entre otras, es la creación del registro médico y la administración de las Historias Clínicas de los pacientes.

En dicho Dpto. se preparan diariamente para las consultas con los diferentes especialistas las HC de los pacientes que tienen agendada consulta para ese día. Estas HC son enviadas a las distintas policlínicas para que el médico proceda a registrar su actividad allí. Una vez completada la consulta son devueltas a registros médicos.

A pesar de que existen policlínicas de diferentes especialidades, que por razones de desarrollo operativo y debido a sus características de atención, tienen HC propias de cada paciente, se está tratando de implantar un sistema de HC único para todos los pacientes y que sea manejado a nivel central por el Dpto. de Registros Médicos.

Se identifica al usuario por medio de un número de HC que es único y particular para cada uno. La numeración de la HC utilizada es un referente internacional estándar en cuanto a identificación de usuarios de la salud, al igual que el nomenclátor de enfermedades. No es común el uso del documento de identidad del usuario como forma de identificación de la HC, aunque puede dejarse registro del mismo y establecerse algún mecanismo de correlación e interfase para la identificación por cédula de identidad.

También es función de este departamento, el relevamiento, compilación, análisis y preparación de información acerca de la producción de los distintos sectores del hospital, fundamentalmente con la finalidad de emitir la información que cada dirección hospitalaria debe remitir a ASSE para cumplir con los requerimientos del SINADI.

Para ello, se ha dispuesto que el propio personal de registros médicos (en particular del Hospital Pediátrico), realice el Censo Diario en las salas de internación, principalmente con el objetivo de brindar mayor fidelidad a la información que se emite. También se extraen datos de producción de los distintos sectores: cantidad de respuestas dadas, control de movimiento de la sala de lectura de HC, cantidad de HC preparadas para consultas, cantidad de fotocopias realizadas.

Finalmente corresponde aclarar que cada hospital (HM y HP) tiene su propio departamento de registros médicos; los mismos, tienen en común que son responsables de la elaboración de la información que la Dirección de cada Hospital debe presentar ante ASSE. En cambio, las direcciones de cada hospital, tienen distintas necesidades de información, principalmente por los diferentes tipos de especialidades que atienden, y en función de ello, solicitan distintos tipos de informes y con distinta periodicidad. El factor común es que toda la información asistencial es manejada por el equipo de registros médicos en particular.

Subsistema informático

Del relevamiento realizado en las distintas áreas del Centro Hospitalario, se denota la existencia en varias de ellas, de sistemas informáticos como base del procesamiento de la información que se administra. No obstante también existen sectores que mantienen registros en formularios en soporte papel y completados manualmente, por lo general la información recogida en los mismos es de carácter primaria, o sea datos básicos con descripciones específicas, que luego servirán de materia prima para posteriores análisis.

La gama de sistemas informáticos utilizados es amplia, abarcando desde planillas electrónicas (Excel), sistemas que funcionan en ambiente DOS (Nóbel, sistema de emisión de Ordenes de Compra), sistemas específicos desarrollados para su utilización en ciertos servicios (Winfarma - Farmacia, Modulab Win – Laboratorio); alcanzando hasta sistemas que pretenden ser mas integrales (SGS – contiene módulos específicos para cada servicio).

Así como existe esta variedad de sistemas informáticos, también existen distintos recursos y equipos con distintas capacidades de procesamiento de datos. Además de las limitaciones en la capacidad y velocidad de procesamiento de algunos de los equipos existentes, ha sido reiterada la necesidad de contar con mayor cantidad de equipos y de personal capacitado para su manejo.

Detalle de sistemas informáticos existentes:

- Sistema de Gestión de Salud: si bien pretende ser un sistema “integrado” de gestión, su desarrollo está requiriendo de distintas modificaciones y adaptaciones a las necesidades de cada servicio en el que se pretende implantar. Una limitación importante que se está enfrentando al pretender instalarlo en ciertos sectores, son las características de especificidad de la información e interfaces con otros equipos que son necesarios (como es el caso del laboratorio).
- Winfarma: es un software desarrollado para la administración específica de sectores de Farmacias hospitalaria o particulares. De origen argentino, cuenta con versiones actualizadas que permite un eficiente manejo de la información

del área de medicamentos y de recursos e insumos médicos. Debido a las prestaciones que este sistema posee, se pretende extender su utilización a otros sectores vinculados, pero no específicos del manejo de material médico, como es el caso de Almacén Central.

- Modulab Win: es un software importado desde España, que ha sido utilizado y probado en instituciones de asistencia médica privada. Es un sistema diseñado para la administración de áreas de laboratorio y se le destaca como principal fortaleza, la comunicación directa o mediante interfaces, con los equipos de análisis clínicos computarizados. Este sistema toma los datos y resultados de los diferentes análisis directamente desde los equipos; esta es la limitación principal que debe enfrentar el SGS en su módulo Farmacia para ser útil en este sector.
- Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF), es un software desarrollado para la administración económica financiera de entidades dependientes de un Gobierno Central o Estado. Debe tenerse en cuenta que este sistema informático ha sido específicamente desarrollado para la administración de información financiera a diferentes niveles y que es de uso común e integrado para todas las dependencias del Estado, y no de uso exclusivo las instituciones de salud dependientes del mismo.
- En el desarrollo de este capítulo se han citado otros, como es el caso de: Nóbel, Emisión de Ordenes de Compras y Pediasis. Los mismos tienen como factor común, que operan en entornos DOS y que se prevé sean suplantados por el SGS una vez que se logren las adaptaciones necesarias al mismo.
- Planillas electrónicas: son de uso común y generalizado en distintos ámbitos del Centro, ofician como el avance obligado del registro de actividad, una vez dejado de lado los registros manuales y en soporte papel.

El SIIF y el SGS (veremos el de RRHH y el de Reg. De Usuarios) son los únicos sistemas que actualmente permiten la conexión en red en tiempo real, y en particular el SIIF permite un acceso on-line.

Según surge de las entrevistas realizadas, es una necesidad poder contar con un sistema de identificación única de usuarios de ASSE, con la cual poder conectarse en tiempo real, para acceder a la información sobre los derechos de los usuarios a su atención. También se pretende con esta identificación única, evitar la reiteración de registración de los usuarios en cada uno de los sistemas informáticos específicos utilizados. Se plantea como ideal, la existencia de una base de datos única de beneficiarios de ASSE, por la cual pueda identificarse directamente al usuario – paciente. Este aspecto, permitiría una asignación específica de los costos directos generados en la atención de cada paciente.

En suma, no existe un sistema integrado de gestión en el CHPR. Lo que se evidencia es una sumatoria de subsistemas informáticos parciales y específicos para cada sector o servicio, en función de sus necesidades puntuales de administración de información.

2.3 - Centros de Costos existentes

2.3.1 Definición de los Centros de Costos

Los Centros de Costos (CC) que se utilizan en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) fueron definidos por la Dirección de Costos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se crearon en función de la información que deben brindar sus Centros asistenciales dependientes, al Sistema Nacional de Información (SI.NA.DI.).

2.3.2 Centros de Costos

Como se expresó en capítulos anteriores de este trabajo, los CC pueden ser definidos según sean asociados a las actividades como: Finales, Intermedios y de Apoyo. Los CC que existen en el CHPR son los siguientes ¹:

- **Asociados a actividades Finales:**
 - Policlínica
 - Emergencia – Urgencia
 - Internación Corta Estadía - Hospital de Día
 - Cuidados Moderados – Internación
 - CTI-CI Adultos (contratado)
 - CTI-CI Pediátrico y Neonatológico (propio)
 - CTI-CI Pediátrico y Neonatológico (contratado)
 - Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE)
 - Venta de Servicios Intermedios
 - Odontología
 - Block Quirúrgico
 - Block de Partos

- **Asociados a actividades Intermedias:**
 - Laboratorio
 - Imagenología
 - Hemoterapia
 - Fisioterapia
 - Anatomía Patológica
 - Resonancia Magnética
 - Tomografía

- **Asociados a actividades de Apoyo:**
 - Alimentación (propio)
 - Lavadero (propio)
 - Intendencia y Mantenimiento
 - Administración y Dirección
 - Indeterminado General

¹ Información obtenida de la Planilla de Costos elaborada por la División de Costos de ASSE y del correspondiente Manual de Costos.

2.3.3 Planilla de costos

Cada centro asistencial dependiente de ASSE debe completar una planilla de costos elaborada por la División Costos de ASSE. Se adjunta la planilla como Anexo en el presente trabajo. Esta planilla se envía anualmente (en el mes de octubre de cada año) a la División de Costos. En el caso del CHPR la información se presenta en forma compilada por el total del Centro Hospitalario, abarcando la información de los dos hospitales que lo integran.

La planilla es acompañada por un “Manual de Costos” en el cual se indica de donde se debe extraer la información para elaborar cada hoja de la misma y de quien es responsabilidad preparar o emitir la información.

Los CC son definidos para el total del CHPR, no discriminando CC para cada uno de los hospitales existentes en el mismo.

Dado que los CC definidos por la División Costos de ASSE son para todos los Centros de Salud del Estado, cada uno de los Centro de Salud, como lo indica la planilla de costos en su Hoja 1, utiliza dentro del total de los CC definidos, los CC que existen en su Centro de Salud.

La planilla de costos es responsabilidad del Equipo de Gestión de cada Unidad Ejecutora. El Gerente Financiero debe aportar los datos de los gastos en pesos totales del período solicitado de cada Hoja de dicha planilla.

La Planilla está realizada sobre la base de un libro Excel que relaciona varias hojas entre sí, generando una última hoja en la que se obtienen valores relativos a los costos hospitalarios. Se expresa que esta Planilla no debe sufrir modificaciones de forma. En todas las hojas sólo se completará las celdas de color verde claro.

A continuación se presenta un resumen de los datos más importantes de cada una de las hojas de la planilla de costos, relacionada con las indicaciones contenidas en el Manual de Costos.

Datos Básicos (Datos aportados por el Equipo de Gestión) - Hoja 1-

Se debe completar el nombre de la Unidad Ejecutora y el período al que corresponden los datos de la planilla. También deben completarse los restantes datos solicitados en la hoja y marcar con un número 1 los CC existentes en el Centro, y deben marcarse con un número 0, los CC con los cuales no se cuente.

Recursos Humanos (RRHH) (Datos aportados por la Dirección Administrativa) - Hoja 2-

En esta hoja se debe completar el monto nominal relacionado a los RRHH médicos y no médicos por Centro de Costos y según la Fuente de Financiamiento que corresponda, dentro de las existentes.

En caso de que los RRHH realicen tareas en distintos Centros de Costos, se deberá determinar alguna forma de distribución de sus haberes entre los mismos. Por ejemplo

se plantean como opciones, las distribuciones en base a: criterio porcentual, por cantidad de horas, etc.

Gastos según Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) (Datos aportados por la Gerencia Financiera) - Hoja 3-

Se debe colocar el gasto en pesos totales del período, de los diferentes rubros referidos específicamente en las celdas de color verde claro, extraídos los datos del sistema informático S.I.I.F. Tres de los conceptos que se solicitan completar en esta hoja, exigen las siguientes aclaraciones:

- El concepto “**Varios menores**” debe contemplar todos los demás objetos del gasto que no están en están específicamente citados en la lista (por ejemplo supergas).
- El concepto “**Insumos Varios Comisión de Apoyo Local**”, corresponden a insumos que el hospital haya comprado con fondos de la Comisión de Apoyo Local (Transferidos desde ASSE).
- Por otra parte, en el concepto “**Servicios Varios Comisión de Apoyo Local**” se deben cargar los importes pagos por contrataciones de servicios, ya sea de mantenimiento, traslados, etc. con fondos de su Comisión de Apoyo Local transferidos desde ASSE.

Distribución del Gasto (Datos aportados por la Dirección Administrativa y Técnica) - Hoja 4 -

Se hace referencia a que el ingreso de los datos solicitados en esta Hoja son imprescindibles para lograr la distribución que se efectúa en forma automática, en la última hoja.

En algunos ítems de esta hoja se presentan varias opciones de llenado, de modo que cada Unidad Ejecutora (UE) pueda elegir completar la planilla con los datos más certeros que posea o los que consideren más adecuados.

a) Medicamentos

Para medicamentos las opciones son:

- Comprados por la UE: Porcentaje de medicamentos despachados a cada Centro de Costos, de acuerdo con la información obtenida del sistema informático “Winfarma”.
- Proporcionado por el Laboratorio Fármaco Dorrego, por Instituto Nacional del Cancer (INCA), o por el Servicio de Infecciones y Enfermedades Crónicas (SIEC): Asignar un porcentaje a cada Centro de Costos, de acuerdo a los medicamentos que ha entregado Farmacia a cada Centro de Costos, identificando su correspondiente procedencia de origen (Borrego, INCA o SIEC).

b) Material Médico Quirúrgico (MMQ) y c) Reactivos

Se plantean dos opciones:

- Estipular el porcentaje de MMQ o reactivos entregado a cada Centro de Costos según la información emitida por el sistema Winfarma.
- Si la Unidad Ejecutora no utiliza el Winfarma, deberá buscar una forma lo más realista posible para repartir porcentualmente el MMQ o los reactivos, entre los distintos Centros de Costos.

d) Insumos proporcionados por el Servicio Nacional de Sangre (SNS)

Se debe realizar la asignación porcentual de los insumos provenientes del SNS entre los distintos Centro de Costos.

e) Ponderación o Porcentaje de Oxígeno (Determinado por el equipo técnico del hospital)

Se plantean dos opciones de distribución:

- Ponderación: Deben asignarle un puntaje a cada Centro de Costos (definido en hoja 1 – Datos Básicos), que tiene consumo de oxígeno.
- Porcentaje: Fijar porcentajes con relación por ejemplo a los picos de oxígeno, estimaciones, experiencia, otros, adoptando la base que el equipo técnico crea más próxima a la realidad.

f) Importe en Pesos o número de Estudios Contratados y g) de Traslados Contratados

Dos opciones de distribución para cada uno de estos:

- Asignar el gasto en pesos en Estudios o Traslados Contratados, al Centro de Costos que haya solicitado el Estudio o Traslado.
- Distribuir los estudios según el número de Estudios o Traslados requeridos por cada Centro de Costos.

h) Importe en pesos o Días Cama Ocupado (DCO) de Internación Contratada (No CTI)

Dos opciones de distribución:

- Asignar el gasto en pesos de la Internación Contratada, al Centro de Costos que haya pedido la internación del paciente
- Cantidad de Día Cama Ocupado contratado, asignado al Centro de Costos que ordenó la internación.

i) Metros Cuadrados

Se debe cargar el metraje cuadrado que ocupa cada Centro de Costos y en función del mismo, plantear la distribución.

j) Horas o Metros Cuadrados Servicio de Limpieza y k) Horas o Metros Cuadrados Servicio de Vigilancia

Se plantean dos opciones de distribución para estos dos gastos:

- Horas del Servicio de Limpieza o Vigilancia distribuido por Centro de Costos. En caso de un Servicio Contratado seguramente tengan la cantidad de horas asignadas por área, por piso, etc.
- Metros cuadrados por Centro de Costos, se deben considerar también los espacios abiertos que tenga ese servicio.

l) Porcentaje o Metros Cuadrados de Residuos Hospitalarios.

Dos opciones de distribución:

- Distribuir de forma porcentual la generación de residuos hospitalarios por Centro de Costos.
- Relacionar la asignación a los metros cuadrados de los servicios generadores.

m) Porcentaje o Metros Cuadrados de: Energía Eléctrica, n) de Agua Corriente, o) de Gas por Cañería

Se plantean dos formas de distribución para estos tres gastos:

- Asignación porcentual.
- Metraje cargado en punto i) anterior, en los Centros que tengan gastos de energía eléctrica, Agua Corriente o Gas por Cañería.

p) Importe en pesos o número de Líneas Telefónicas (ANTEL)

Dos opciones, que son:

- Asignar gasto en pesos de teléfono por Centro de Costos.
- Cargar el gasto en función del número de líneas telefónicas que posee cada Centro de Costos.

q) Importe en pesos o porcentaje de Combustible consumido

Plantea dos opciones:

- Completar directamente con el gasto en pesos por Centro de Costos.
- Porcentaje de gasto de combustible por Centro de Costos.

r) N° Raciones Contratadas

Se debe cargar el número de raciones compradas distribuidas en los Centros de Costos que las consumen.

s) N° Raciones de Elaboración Propia.

Se debe cargar el número de raciones entregadas por la cocina propia en cada Centro de Costos. Tomando en cuenta la siguiente fórmula de cálculo:

$$\text{N}^\circ \text{ de desayunos} \times 0.1 + \text{N}^\circ \text{ de almuerzos} \times 0.5 + \text{N}^\circ \text{ de meriendas} \times 0.1 + \text{N}^\circ \text{ de cenas} \times 0.3 = \text{N}^\circ \text{ de raciones.}$$

t) Kilogramos de Ropa Lavada – Lavadero Contratado

Se carga la cantidad de Kilos de Ropa Lavada Contratada en el período para cada Centro de Costos.

u) Kilogramos de Ropa Lavada – Lavadero Propio

Se carga la cantidad de Kilos de Ropa Lavada para cada Centro de Costos por el Lavadero propio de la Unidad Ejecutora.

v) Pesos o Porcentaje de Mantenimiento Contratado

Tiene dos opciones de distribución:

- Ingresar el gasto en mantenimientos contratados realizados en cada Centro de Costos.
- Asignar porcentaje a los Centros de Costos que tuvieron el beneficio o solicitaron el mantenimiento.

w) Valor monetario de Amortizaciones

Se debe determinar las amortizaciones en pesos, de los equipos de cada Centro de Costos y colocarlo en la hoja de cálculo (Pendiente a la espera de realizar el Inventario). Este gasto no se esta ingresando por el momento en el CHPR.

Unidad de Valor Relativa de Laboratorio (UVRL) (Responsable del Laboratorio) - Hoja 5 -

Laboratorio debe cargar los estudios que realizó para cada Centro de Costos solicitante.

Unidad de Valor Relativa de Imagenología (UVRI) (Responsable de Imagenología) - Hoja 6 -

Imagenología debe cargar los estudios que realizó para cada Centro de Costos solicitante.

Hemoterapia (Responsable de Hemoterapia) - Hoja 7 -

Hemoterapia debe cargar las transfusiones por paciente y por tipo que realizó para cada Centro de Costos. También debe ingresar las actividades realizadas por el Banco de Sangre en el período.

Anatomía Patológica - Hoja 8 -

Debe cargar el detalle de los productos realizados por el Servicio de Anatomía Patológica en el Centro de Costos solicitante del mismo. También debe ingresarse el monto en pesos de los sueros de Inmuno consumidos.

Resto de servicios Intermedios - Hoja 9 -

- Procedimientos de Fisioterapia

- Fijar el número de procedimientos de Fisioterapia efectuados para cada Centro de Costos solicitante.

- Producto de Centros de Costos Intermedios Opcionales (definidos en hoja 1):

1-Resonancia Magnética, y 2-Tomografía

En caso de haber optado por definir los Centros de Costos opcionales en la – Datos Básicos Hoja 1 (Resonancia Magnética y Tomografía)-, se le deberá asignar un producto en esta Hoja y distribuirlo por Centro de Costos.

Producción de Servicios Finales - Hoja 10 -

En esta hoja existen datos que fueron cargados en la División Costos y aportados por la Unidad de Información de ASSE. La Unidad Ejecutora deberá corroborar estos datos e ingresar la producción por Centro de Costos en las celdas verdes únicamente, según las siguientes instrucciones:

- En la columna “D” denominada Valor 1, tomando en cuenta la unidad de medida de la columna “E” (consultas, DCO día cama ocupado, procedimientos de parto, procedimientos quirúrgicos, número de carné, número de estudios, etc.).
- En la columna “F” llamada Valor 2, colocar la producción relacionada a los Egresos y UVR de Laboratorio e Imagenología (“Unidad 2”).
- Por último en la columna “H”, denominada Valor 3, deben ingresarse la cantidad de camas disponibles (“Unidad 3”) en cada Centro de Costos que cuente con internación (Hogar de Ancianos, Cuidados Moderados, CTI Adultos propio, CTI Pediátrico propio).

Distribución del Gasto - Hoja 11 -

Esta Hoja no debe ser modificada por la Unidad Ejecutora. Es una hoja de enlace que realiza los cálculos automáticamente.

Una vez completada esta Planilla de Costos por parte de la Unidad Ejecutora, deberá ser enviada a la División Costos de ASSE vía e-mail, a la dirección: costos_asse@misp.gub.uy. Posteriormente la División Costos cotejará los valores de la Planilla con los datos que existen a nivel central y en el caso de detectar diferencias, inconsistencias o dudas, la División Costos reenviará la planilla a la Unidad Ejecutora con las hojas de cálculo denominada: “Observaciones S.I.I.F y Observaciones Producción”, indicando las diferencias.

Como se expuso los Centros de Costos definidos, son útiles al CHPR para emitir los datos que son necesarios para completar esta planilla de costos y parte de la información enviada al SINADI, pero no son de mayor utilidad para la gestión. Dado que los CC son definidos para el total del CHPR y no para cada hospital en forma separada. Por tanto es difícil poder extraer de los mismos, información de un solo hospital y brindarla a cada Dirección Hospitalaria, para ser utilizada en la gestión de cada uno de los hospitales.

2.4 – Forma de asignación de los Recursos

A partir de la llamada “Reforma de la Salud” desarrollada en los últimos años, se transformó a la **Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)**, en un Organismo Descentralizado del Estado.

Dentro de los cambios que implicó dicha reforma, se destaca el cambio en el sistema de financiamiento y gasto del sector salud en general, abarcando tanto al ámbito público como al privado.

El diseño del actual sistema tiene como objetivos: asegurar la cobertura universal, mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad del sector salud en el Uruguay. Fundamentado en la justicia distributiva, se creó el **Seguro Nacional de Salud**, que cuenta con un fondo único (**Fondo Nacional de Salud - FONASA**) administrado centralmente, al que contribuyen: el Estado, las empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo, los trabajadores, los pasivos y quienes perciban rentas, de acuerdo a sus ingresos, además de las partidas presupuestales y extra presupuestales que se le asignen.

De este Fondo se pagará a los distintos prestadores de salud, los servicios que brinden. Para ello se ha determinado una forma de pago a través de una “**cuota salud**” o “**cápita**”. La misma es fijada por el Poder Ejecutivo teniendo en cuenta, además de los elementos que la constituyen (cantidad, precio, calidad, disponibilidad) los riesgos de diferentes sectores de población, que en un principio, se han determinado por sexo y edad de los usuarios. Este sistema de financiamiento reconoce un relacionamiento no monetario entre usuarios y prestadores de servicios, recibiendo simultáneamente de éstos los servicios prestados.

De acuerdo con lo dispuesto por la Ley 18.161 ², el patrimonio de A.S.S.E, se formará con los Activos y Pasivos que posea el órgano desconcentrado ASSE a la fecha de vigencia de dicha Ley. Se formará también, de las donaciones o legados que reciba y con las transferencias de activo que le realicen el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro Organismo del Estado.

Los recursos de ASSE se conforman con el producido de sus proventos, con las donaciones o legado que reciba, con un Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios, con las asignaciones del Presupuesto Nacional y con los aportes que realicen sus usuarios a través del FONASA. En la Ley también se establece que en caso de existir excedentes, podrán destinarse al financiamiento de inversiones, a la creación de una reserva especial para cubrir algún posible déficit operativo o ser transferidos al Gobierno Central.

El Art. 15, declara de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en esta Ley. Dichas designaciones de bienes serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

² Ley 18.161 – Administración de los Servicios de Salud del Estado se crea como Servicio Descentralizado (29/07/07)

En cuanto a recursos humanos, ASSE contará con los que, hasta entonces, fueran funcionarios de órgano desconcentrado ASSE. El ingreso de personal de cualquier categoría se registrará por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado, como prestador de asistencia de salud integrante del Sistema Nacional de Salud, recibe los recursos a través del FONASA, por medio de “Cápitales” por usuario, según determinados rangos de edad y sexo de su población usuaria, al igual que cualquiera de los demás prestadores integrantes del sistema.

ASSE, como Organismo Desconcentrado, tiene la potestad de distribuir sus recursos y organizar la forma de financiamiento de sus actividades. La distribución de los recursos se realiza a través de la identificación de Unidades Ejecutoras, a las cuales se les asignan partidas presupuestales de gastos, en función del nivel de asistencia a la salud que cada una brinda. Es así que se definen dentro de las distintas Unidades Ejecutoras: Centros Departamentales de Salud, Hospitales, Centros Auxiliares, Policlínicas Rurales y Policlínicas Barriales (o zonales); cada una de las cuales cuenta con determinado presupuesto asignado de gastos.

El **Centro Hospitalario Pereyra Rossell** (CHPR), es la Unidad Ejecutora N° 004 dependiente de ASSE y está categorizado como Centro de Asistencia de Tercer Nivel. De acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 18.211³ en su Artículo 38, el Tercer Nivel de atención de salud:

“...está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.”

Como Centro de Tercer Nivel de atención, los recursos presupuestales que tiene asignados, son presupuestados en función de los gastos que se prevé, sean necesarios y suficientes como para atender las necesidades de atención especializada en dicho nivel.

La asignación de recursos al CHPR, como a cualquiera de las UE dependientes de ASSE, se realiza a través de partidas presupuestales, las cuales actualmente están siendo determinadas en función de los gastos y presupuestos calculados en base a datos de los años 2008/2009.

Por medio de la Ley de Presupuesto Nacional se realiza la asignación de ciertos montos de dinero para todas y cada una de las diferentes “Partidas Presupuestales” y “Objetos de Gasto”, definidos para todas las dependencias del Estado en general y dentro de las cuales, se incluyen los recursos para ASSE.

³ Ley N° 18.211– Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (05/12/2007)

La Administración de los Servicios de Salud del Estado ha sido definida, dentro del esquema de finanzas públicas, como el Inciso N° 29, y se le han asignado diferentes partidas de gastos, con sus respectivas fuentes de financiamiento ⁴:

- Gastos de Funcionamiento: Retribuciones Personales; Suministros; Otros Gastos.
- Inversiones: Retribuciones Personales; Suministros; Otros Gastos.
- Suministros: Combustibles; Electricidad; Teléfono; Agua; Gas; Alquileres.
- Otros Gastos: Materiales; Servicios No Personales; Otros Gastos.

La administración financiera del CHPR, conjuntamente con la Dirección General, definen, en función de los recursos presupuestales disponibles, determinados montos de dinero para cada Objeto de Gasto. La distribución financiera, así como el detalle de su ejecución, se realiza a través del Sistema Informático de Información Financiera (S.I.I.F.).

Como forma de control de los recursos, se han determinado importes monetarios para distintos sectores o servicios que pueden obligar ciertos tipos de gastos, como lo son las Direcciones Hospitalarias, Técnicas y Administrativas que conforman el CHPR. De esta forma se establecen topes al gasto total que pueden realizar, y por sobre los cuales, es necesaria la solicitud de refuerzos presupuestales, dando lugar al análisis de las variaciones que generaron tal solicitud.

Asimismo, cada una de las Direcciones, asignan a sus departamentos o servicios dependientes, determinados montos presupuestales para hacer frente al gasto de funcionamiento, de forma tal de tener una medida de control de la evolución de los mismos y de las necesidades de refuerzos.

A nivel operativo, dentro del CHPR, una vez superadas las instancias de control financiero de los servicios, se comienza con un proceso de asignación de recursos, pero por medio de “recursos físicos” y no monetarios. De esta forma, se deja de lado la consideración financiera para dar lugar al manejo de cantidades de: Medicamentos, Material Médico Quirúrgico, Oxígeno, Reactivos, Materiales de mantenimiento y limpieza, etc.

El control principalmente de cantidades de recursos, se administra a través del Departamento de Farmacia o el Departamento de Almacén Central, que son los principales sectores encargados de la gestión inicial de solicitudes de compra. Asimismo, se mantiene a nivel de Dirección de cada uno de los Hospitales (Hospitales: de la Mujer y Pediátrico) la autorización del gasto en estudios especializados e internaciones en CTI, que requieran de contratación en instituciones externas al CHPR.

Uno de los principales factores de costos que se administra, es el gasto en Recursos Humanos: Médicos, Técnicos, de Servicio, Administrativos, etc.

A pesar de existir determinado cupo asignado de cargos y de recursos financieros para atender el gasto en recursos humanos; se cuenta con fuentes de financiamiento

⁴ Datos extraídos de la página web de la Contaduría General de la Nación – Ejecución Presupuestaria – Ejercicio 2010 – Junio 2010: Ejecución Presupuestaria y Comparativos de Ejecución de los ejercicios 2009 y 2010. (www.cgn.gub.uy)

extraordinarias al presupuesto de ASSE. Son ejemplo de tales fuentes de financiamiento:

- La Comisión de Apoyo de ASSE: la cual, a pesar de que obtiene sus recursos financieros desde ASSE; tiene una forma de contratación y gestión diferente a la que utilizan las UE dependientes directamente de ASSE.

- UdelaR – Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería: estas instituciones son fuentes de financiamiento de parte de la dotación de RRHH que cumplen servicio en el CHPR, los cuales a pesar de influir directamente en la calidad de atención a la salud, no son tenidos en cuenta como un gasto de funcionamiento de los diferentes servicios al momento de la presupuestación. Cabe aclarar que en la información sobre costos que se envía a la División de Costos de ASSE, sí se incluyen los distintos tipos de financiamientos, del total de los RRHH que prestan funciones en el CHPR.

- Otra fuente de financiamiento del gasto en RRHH y en distinta medida, en cuanto a Inversiones, la configuran las diferentes Comisiones de Apoyo con que cuenta el CHPR. El gasto en inversiones se canaliza principalmente en adquisición de equipamiento médico, medios de transporte y mejoramiento y ampliación de la infraestructura edilicia.

En cuanto a la asignación de recursos materiales, necesarios para el normal funcionamiento de los diferentes sectores, en general se utiliza un sistema de solicitud y entrega de material, en función de las necesidades que cada jerarca de sección considere adecuada, teniendo en cuenta factores estacionales que puedan incidir en una mayor o menor demanda. Es así, que por ejemplo, se solicitan compras al Dpto. de Farmacia desde: el Dpto. de Resonancia y Tomografía (por las películas utilizadas), el Dpto. de Laboratorio Central y de Urgencia (reactivos y materiales), el Almacén Central (en lo referente a material médico), los Economatos de medicamentos que existen varios de los pisos de internación.

Como mecanismos de previsión de necesidades y asignación de recursos, se plantean distintos tipos de “Planes” (Invierno, Vacunación, Controles de embarazo, etc.), los cuales son coordinados mediante reuniones en las que participan representantes de los servicios asistenciales médicos y técnicos, conjuntamente con las respectivas direcciones hospitalarias y la dirección general.

En función de la información estadística sobre cantidad y evolución de las consultas y demanda de atención; se proyectan los recursos necesarios para poder atender dichos requerimientos. Para ello, como se mencionó, es necesaria una perspectiva extra-hospitalaria, que abarca la consideración de factores estacionales y hasta climatológicos que puedan influir en distinta medida en la demanda de los servicios de salud.

Otro aspecto que influye directamente en la asignación o desviación de los recursos, es la existencia de contingencias de demandas de carácter laboral. Como ejemplo se señala que el conflicto planteado por los Médicos Neonatólogos, fundamentado en un reclamo de mejora salarial, obligó en el comienzo del presente año, a la contratación de internación en Centro de Tratamientos Intensivos Neonatológicos externos al Hospital de la Mujer, aspecto que afectó directamente, la previsión inicial y la asignación que se preveía de los recursos.

PARTE III

ANÁLISIS

CAPITULO 1: *Análisis Crítico*

1 – Análisis Crítico

Análisis FODA de las necesidades y objetivos de información del Centro Hospitalario Pereira Rossell

El presente capítulo se plantea mediante el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) de esta Institución, enfocados a las necesidades y objetivos de información mencionadas en el capítulo 1 de la Segunda Parte del presente trabajo.

1) Mejora en la implementación y el manejo del Sistema de Gestión de Salud (SGS).

FORTALEZA:

- Existe el software en el CHPR

Este SW, fue implantado en forma experimental en este Centro Asistencial, lo que ha permitido una continua adaptación a las necesidades planteadas en cada servicio y sector en particular.

En líneas generales, se destaca su funcionalidad en cuanto al manejo de la información de carácter asistencial, así como la administración de la agenda de citas y consultas. Otra de las características, es que permite mantener un registro actualizado de los pacientes y la administración de las Historias Clínicas de los mismos.

OPORTUNIDAD:

- Posibilidad de comunicarse directamente con ASSE

Al ser un sistema diseñado para las necesidades asistenciales de ASSE, permite la intercomunicación con los demás Centros Asistenciales dependientes de ASSE. Actualmente la comunicación se limita a la interconexión para reservas de turnos desde el servicio de emergencia médica del área metropolitana “RapASSE”.

La generalización y extensión de la interconexión y reserva de turnos, a través del propio sistema SGS, permitiría la oportunidad de reducir los costos que actualmente se afrontan, por la utilización de otros medios de comunicación; los cuales, a pesar de ser económicamente factibles (caso de solicitudes vía correo electrónico) siempre se requiere de recursos humanos destinados a dicha tarea específica.

DEBILIDAD:

- Falta de recursos informáticos y RRHH

Las carencias en cuanto a equipos informáticos adecuados, así como de disponibilidad de acceso a Internet e interconexión con otros equipos, es la debilidad que oficia de recurso limitante para lograr una implementación integral de este sistema en el CHPR.

Complementariamente, se tienen carencias en cuanto a recursos humanos e instancias de capacitación de los mismos, de forma tal que se pueda explotar al máximo las prestaciones del sistema, así como contribuir a la mejora continua del mismo.

Otro aspecto que puede citarse como debilidad, es la existencia de ciertos Módulos del Sistema, que no logran superar las prestaciones que brindan los sistemas informáticos particulares utilizados en ciertos sectores del Centro. Es el caso del Winfarma (sistema utilizado en farmacia) y del Modulab Win (utilizado en Laboratorio). Particularmente, la desventaja más destacada que se menciona, es que el SGS, en particular su módulo de Laboratorio, no permite la comunicación directa con los equipos de análisis clínicos, aspecto que sí contempla el Modulab Win, por lo que de implantarse su utilización, sería necesaria una instancia de carga manual de la información o mediante algún tipo de interfase informática.

AMENAZA:

- La no utilización de un único sistema de gestión podría afectar algunos atributos de la información recopilada

La principal amenaza podría llegar a ser, que a pesar de estar desarrollado como un sistema integral de gestión para este tipo de instituciones de salud, la existencia de prestaciones parciales en determinados Módulos, como los citados anteriormente, impiden su implementación generalizada, hasta tanto no se contemplen las mejoras necesarias en esos aspectos. La parcialidad y particularidad de los distintos sistemas informáticos, que funcionan en paralelo al SGS, implican una necesidad de recopilación de los datos administrados por los diferentes sistemas, esta situación podría afectar ciertos atributos de la información, como lo son la oportunidad de emisión y la integridad de la misma.

2) Reorganización de la información mensual elaborada para cumplir con los requerimientos del SINADI y evitar el manejo manual de la misma.

FORTALEZA:

- Existe la información que se necesita para cumplir con los requisitos del organismo de contralor (SINADI)

Como fortaleza debe destacarse la existencia de sistemas de información que permiten obtener de forma fidedigna, la información necesaria para cumplir con los requerimientos de información del SINADI.

También debe destacarse la existencia de departamentos de Registros Médicos, de cada uno de los hospitales que conforman el Centro, que permiten administrar en forma especializada, la información referente a producción y en cuanto a información médico asistencial.

OPORTUNIDAD:

- Contar con esta información para la gestión interna del CHPR

Como oportunidad, debe destacarse la posibilidad de centralizar la información médico asistencial, de producción, así como la centralización de las Historias Clínicas (logrando la HC única), lo cual permite aplicar el potencial de la especialización de los Departamentos de Registros Médicos en cuanto a las características de la información que pueden brindar.

Otra oportunidad, es evitar el reprocesamiento que actualmente se requiere de la información, para cumplir con los requisitos, lo cual incide directamente en mayores costos administrativos, de recursos humanos y de tiempo. El ahorro que puede lograrse en cuanto a costos por estos aspectos, configuran recursos disponibles para invertir en otros rubros.

DEBILIDAD:

- Inexistencia de un sistema informático que compile toda la información generada de diferentes formas

La debilidad actual se basa en la multiplicidad de instancias de registros, así como de existencia de necesidades particulares de información cubiertas. Esto conlleva a una parcialidad y disgregación de las instancias de registro, que al momento de reunir la información para su presentación en forma compilada, a nivel de cada hospital en particular y a nivel del Centro Hospitalario en general, requiere de una instancia de compilación y readministración de toda la información.

Actualmente, en la mayoría de los casos, esta instancia de compilación y armado de la información, se realiza mediante procedimientos manuales, o por medio de planillas electrónicas, notándose una carencia de un sistema informático, que permita dicha compilación agregando características de confiabilidad, oportunidad y seguridad a la información emitida como producto.

AMENAZA

- Deficiencias de seguridad en la eficiencia y eficacia de la información que se remite

Al requerirse para la compilación de información de procedimientos manuales, la información emitida corre el riesgo de no cumplir con los requisitos de una buena información. Al ser el ingreso de la información en forma manual se ve mas perjudicada por los errores cometidos que si se realizara con un software que contara con un sistema de autocontrol. También existe la posibilidad de la aplicación de ciertos criterios de interpretación, que pueden ser subjetivos para cada uno de los funcionarios actuantes, y pueden implicar una multiplicidad y diversidad de criterios, que pueden influir en la información final emitida.

3) Correcta asignación del gasto de medicamentos a cada servicio.

3.1) Implantación del sistema Unidosis:

FORTALEZA:

- **Ya existe los recursos para la implantación**
- **Hay una visión conjunta de la Dirección y la QF de la necesidad de implantación**

Se ha implantado en forma experimental y con muy buenos resultados obtenidos, el sistema de unidosis en dos sectores del Centro Hospitalario: de comprimidos en

Maternidad del HM, y dosis unitaria de comprimidos e inyectables en el segundo piso del Hospital Pediátrico.

Como fortaleza cabe destacar la existencia de equipamiento de tecnología avanzada que permite el fraccionamiento de inyectables; así como asegurar las condiciones de seguridad y asepsia necesarias para el manejo y fraccionamiento de los medicamentos.

La existencia del sistema Winfarma, en el cual se registran todos los movimientos de medicamentos, asignándolos directamente a un identificado paciente, incluyendo detalles de cantidades y de costos de los medicamentos suministrados, complementa las prestaciones y ventajas que puede brindar el sistema de unidosis.

A pesar de que no se ha logrado, existe una visión conjunta por parte de la Dirección del CHPR, las direcciones hospitalarias y de la directora del Dpto. de Farmacia, en la indiscutida eficiencia que puede brindar en cuanto al abatimiento de costos y seguridad en el manejo de medicamentos que este sistema puede brindar.

OPORTUNIDAD:

- Mejor aprovechamiento de los medicamentos

La oportunidad que más se destaca, es la sensible reducción de costos que puede lograrse mediante la implementación de este sistema, por medio de correcto y máximo aprovechamiento de los medicamentos, y de los recursos destinados a su adquisición.

Otra oportunidad, no menos importante, es que la complementariedad que brinda el sistema Winfarma, permite la identificación y la asignación del costo de los medicamentos suministrados a través de un sistema de unidosis, a cada paciente en particular.

La mejora en las condiciones de asepsia y de conservación y mantenimiento del stock de medicamentos existentes, influyen directamente en la calidad de los servicios asistenciales que se brindan, pudiendo constituir una ventaja comparativa ante otras instituciones dependientes o no de ASSE.

DEBILIDAD:

- Según la Dirección, faltan elementos para su implantación

Como debilidad, se ha destacado la carencia de recursos humanos correctamente capacitados, como para lograr una implementación integral de este sistema a nivel del Centro asistencial.

Las carencias abarcan desde la disposición de recursos humanos en sí, pasando por una carencia organizativa en cuanto a los procedimientos de su implementación, hasta llegar a la disposición de recursos informáticos y espacios físicos adecuados, todos necesarios para lograr una correcta implementación de un sistema de Unidosis.

AMENAZA:

- Pérdidas de medicamentos, falta de seguridad para el paciente cuanto a la higiene en la manipulación de los medicamentos.

Como amenaza, debe destacarse las posibles pérdidas o faltantes de medicamentos que pueden ocurrir, debido a que no se identifica directamente el medicamento suministrado, con un paciente determinado (esto ocurre principalmente en las salas de internación y en los servicios donde existen economatos).

3.2) Registro del stock de farmacia en tiempo real

FORTALEZA:

- Se cuenta con el software y el scanner para dar ingreso y salida a los medicamentos con código de barras; también con funcionarios capacitados en el manejo del software.

Como fortaleza debe destacarse que actualmente se utiliza en el Dpto. de Farmacia el sistema informático Winfarma, que permite una administración completa de todo el ciclo de los medicamentos que se manejan en dicho sector. Este sistema permite registrar el medicamento al momento de ingresarlo al stock, pudiendo identificar no sólo aspectos tales como: cantidad, precio, fecha de vencimientos, números de lotes, etc.; sino que permite también identificar los medicamentos a través de la lectura de códigos de barra, mediante escáner (aspecto de seguridad del sistema).

Otra fortaleza a destacar, es la capacitación que se ha logrado dar al personal, así como el uso intensivo que este sistema tiene, a través de los varios años que tiene de implantado y utilizado en este Dpto. El sistema Winfarma, ha sido probado, evaluado y aprobado a través de los años de uso en Farmacia, lo que configura un aspecto de seguridad en el manejo de la información.

OPORTUNIDAD:

- Manejo e ingreso del stock de medicamentos a farmacia en tiempo real

De lograrse el acceso a los datos de un sistema único de identificación de usuarios y poder evitar la identificación a través de módulo específico del sistema Winfarma, permitiría obtener todos los datos del paciente, mediante una forma de identificación sencilla, como lo puede ser el número de cédula de identidad, y evitar el tiempo en crear registros propios de los usuarios en el sistema.

El hecho de contar con los datos identificatorios de los usuarios, complementado con un refuerzo de recursos humanos en los horarios de mayor demanda, que enfrenta el Dpto. de Farmacia (horario de la mañana), permitiría la registración en tiempo real de la entrega de medicamentos. Paralelamente se podría acceder a información actualizada de existencias y de la planificación de las necesarias compras.

DEBILIDAD:

**- No tener una base única para el registro de los usuarios,
- Falta de obligatoriedad de incluir el código de barras dentro de los requisitos, en el pliego de la licitación de compra de medicamentos.**

Una de las debilidades es la inaccesibilidad que se tiene a una base de datos única y actualizada de los usuarios – beneficiarios de ASSE; evitando de esta forma el registro

en el módulo de registro de pacientes, que tiene el Winfarma. Esta situación conlleva a que se realicen duplicaciones de registros u otros errores, además de las demoras que genera cualquier procedimiento de registros. De contarse con acceso a una base de datos única, administrada por un sector especializado en dicha tarea (como lo es el Centro de Afiliaciones de Usuarios de ASSE), bastaría con identificar al paciente mediante algún documento fidedigno, como puede ser el número de cédula de identidad, así la farmacia puede identificarlo en el Winfarma al entregar la receta con los medicamentos despachados en tiempo real

Otro aspecto de orden técnico, que configura una debilidad en cuanto al manejo del stock de medicamentos, es la inexistencia de obligatoriedad en la identificación de todos los medicamentos, por medio de códigos de barra, (en el Pliego de Condiciones del llamado de Compras de Medicamentos, que se realiza a través de la UCAMAE). Estos códigos de barra serían interpretados por el escáner que se comunica directamente con el Winfarma. Al no exigirse la inclusión de códigos de barras en los envases de los medicamentos, el ingreso de los mismos al stock de Farmacia, debe realizarse en forma manual, lo que implica mayores tiempos, riesgos de errores y costos.

AMENAZA:

- Faltante de datos de los usuarios al ingresarlos al sistema; diferencias de stock no reconocidas por falta de información en tiempo real

Como amenaza puede citarse la falta de completitud de los datos identificatorios de los usuarios, debido a que por razones de alta demanda del Dpto. de Farmacia en algunos horarios de gran afluencia de público, el registro de los usuario en la base de datos propia del sistema Winfarma, se realiza por medio de los datos básicos del paciente: apellidos, nombres y número de cédula; no contemplando otros datos que el sistema permite ingresar, y que pueden resultar necesarios para evitar repetición de registros.

4) Identificación de los usuarios que se atienden en el CHPR.

4.1) Identificación de cada usuario por su Cédula de Identidad y a través de oficina única de ingreso y registro de los mismos.

FORTALEZA:

- Ya existen: la oficina de registro civil en el CHPR y el software SGS para ingresar los datos.

Una de las principales fortalezas es el desarrollo de un sistema informático on-line, específicamente para el registro de los usuarios de ASSE, el Sistema de Afiliaciones de ASSE. Este sistema que es administrado por el Centro de Afiliación de Usuarios de ASSE permite el registro de todos los pacientes beneficiarios de ASSE, mediante una identificación completa del usuario y de los integrantes de su núcleo familiar. Este sistema se ha diseñado con tres módulos, uno de los cuales es de consulta y al cual puede acceder cualquier sector habilitado de cualquier hospital, para verificar las características y correspondencia de la cobertura de asistencia de cada usuario. Ello se logra a través de la identificación por medio del número de cédula de identidad.

Otro aspecto que configura una fortaleza es la disposición dentro del recinto del CHPR, de una Oficina de Registro Civil, en la cual se atienden las emisiones de números de Cédula de Identidad ficta a los niños recién nacidos, así como la expedición de dicho documento al realizar el correspondiente trámite.

Complementan las fortalezas anteriores, las prestaciones de identificación de los usuarios que tiene previsto el Sistema de Gestión de Salud (SGS), la cual se realiza mediante el número de cédula de identidad del paciente.

OPORTUNIDADES:

- **Todos los usuarios del CHPR cuenten con su CI;**
- **Dar seguridad a los usuarios sobre la pertenencia de los resultados de sus exámenes;**
- **Conocer cuales son los usuarios que se realizan los estudios con altos costos.**

Al contar todos y cada uno de los usuarios del CHPR con una forma de identificación única, como puede ser el número de CI, el cual incluso, es determinado en forma ficta e incluido en la partida de nacimiento de los niños recién nacidos, permite brindar seguridad al paciente sobre su identificación a la hora de recibir atención médica, suministrárseles medicación, emitir resultados de estudios, análisis de laboratorio, etc.

Este aspecto adquiere relevancia en cuanto a la seguridad que se pueda ofrecer al paciente de la correspondencia de los estudios o resultados de exámenes en cuanto a su pertenencia.

DEBILIDAD:

- **Poco práctico el lugar de la oficina de registro civil y de registro de usuarios**

Como debilidad puede citarse la inconveniencia de la actual ubicación de la oficina de Registro Civil así como la oficina del Centro de Afiliaciones de ASSE. Ambas oficinas se encuentran en la parte trasera del recinto Hospitalario, y el acceso es mediante calles internas que exponen a los usuarios a las condiciones climáticas que existan.

Se entiende que la oficina del Centro de Afiliaciones en particular, así como la Oficina de Registro Civil, deberían estar en una ubicación geográfica que coincida con el acceso principal de usuarios al Centro Hospitalario. En el caso de la Oficina de Afiliaciones es una necesidad que se ubique de forma accesible y en un sector de ingreso fluido de usuarios, ya que es la encargada de observar y decidir en forma específica y a nivel de esta organización, sobre los aspectos de la cobertura de asistencia médica que pueda tener cada uno de los usuarios que concurran a asistirse.

Otra debilidad referente a la identificación de usuarios, es la existencia de distintos criterios al momento de evaluar el alcance de cobertura médica que corresponde, principalmente en cuanto a: la verificación de la identidad (por medio de Carné de Asistencia, o con el número de CI verificado en el sistema informático), vigencia o no del Carné de Asistencia, cambios de afiliación por FONASA al pasar a desempleo el mayor que originaba la cobertura, y también en cuanto a tipo de arancel o la cuota salud, que en ciertas condiciones de ingresos económicos y conformación del grupo familiar corresponden.

Estos diferentes criterios, se presentan continuamente en el Dpto. de Recaudaciones, en Farmacia, en Admisión de Emergencia, así como en otros sectores. Como forma de compensar y de obtener una opinión formal, se ha implantado la solución de que el usuario en cuestión concurra hasta la oficina del Centro de Afiliaciones para obtener una certificación escrita del tipo de cobertura que le corresponde. Al respecto, se entiende conveniente, que dicha oficina debe ser la primera que tendría que tomar contacto con el usuario y definir de antemano, con un criterio único para atender las excepciones que puedan plantearse, así como los casos normales de afiliación.

AMENAZA:

- Usuarios mal identificados; falta de seguridad en la pertenencia de los resultados de los exámenes recibidos; diferentes criterios para determinar la cobertura correspondiente al usuario.

La amenaza latente, vinculada con la incorrecta identificación de usuarios, es sobre la seguridad que a los mismos puede brindarse. Este aspecto abarca desde una definición clara del tipo de cobertura que corresponde, hasta la identificación de estudios y análisis que deban realizarse; por ejemplo debe tenerse en cuenta los riesgos que implican identificar sólo con un nombre y un apellido las muestras entregadas para análisis en ciertos sectores y servicios del Centro.

Otro aspecto que se plantea como amenaza, es que por medio de los distintos tipos de cobertura existentes y la diversidad de criterios que se utilizan actualmente en los diferentes sectores, puede brindarse atención gratuita a usuarios que según el tipo de cobertura deberían pagar; o a la inversa, que se dificulte o demore la atención de usuarios que tienen cobertura formalmente establecida como gratuita. Aspectos que influyen directamente en la atención del usuario y en distinta medida, en la disponibilidad de recursos financieros.

4.2) Implantar el SGS en todo el CHPR

FORTALEZA:

- Ya funciona el software SGS en algunas áreas de CHPR.

Dadas las destacadas prestaciones que este sistema provee, teniendo en cuenta sus limitaciones y complementado con la experiencia de uso que se tiene en algunos sectores del Centro Hospitalario, debe considerarse como fortaleza la existencia del mismo y la factibilidad de su extensión a otros servicios del Centro.

Este sistema permite el manejo de la información de agenda de turnos, permitiendo identificar varios aspectos de la consulta, tales como: identificación del paciente, de médico, de horarios, de cantidad de pacientes, de tiempos de consulta, etc. Esta es una de las prestaciones que es una fortaleza que puede extenderse a todos los servicios del Centro.

Otro aspecto favorable es el adecuado manejo que permite sobre la información médico-asistencial referente a consultas y al detalle de internación de pacientes. Este sistema mejora las prestaciones que brindan los sistemas existentes, en tanto que brinda

información adecuada para la administración de datos que debe realizarse a nivel de Registros Médicos.

OPORTUNIDAD:

- Implementación de este sistema en todos los pisos de internación internación.

La implementación del SGS en todos y cada uno de los pisos y sectores de internación, permitirá una adecuada administración de la información médico-asistencial de los pacientes internados. Cabe destacar que este sistema permite emitir diferentes tipos de informes, a partir de datos que pueden ser actualizados permanentemente. Este es un aspecto fundamental para la gestión de los distintos servicios y para el cumplimiento de requerimientos de información exigidos por el SINADI. (DCO, camas disponibles, capacidad de internación, etc.).

DEBILIDAD:

- Existencia de otros programas en uso (Nobel, Pediasis)

La existencia de ciertos programas, que actualmente se mantienen en uso por motivos de habitualidad, limitan el proceso de implementación generalizado del sistema SGS, a pesar de las reconocidas prestaciones que este sistema brinda.

Si bien tanto el sistema “Nóbel”, como el “Pediasis”, fueron desarrollados para atender necesidades particulares de los servicios de internación donde funcionan, se encuentran desactualizados, y la mayoría de sus prestaciones han sido contempladas dentro de los distintos módulos que conforman el SGS. De hecho de existir alguna prestación en particular que no esté incluida, debe identificarse la oportunidad de mejora de éste sistema.

AMENAZA:

- Doble registro de usuarios; usuarios que se atienden en nombre de otros; error en los datos de los usuarios

La amenaza que se plantea con la actual utilización de distintos sistemas de administración de información asistencial, como sucede con el uso en conjunto del SGS, del Nóbel y del Pediasis, es la multiplicación de registros de pacientes y el mantenimiento de información parcializada en cada sector, de acuerdo a las necesidades propias de cada uno.

Se corre el riesgo de que un mismo usuario o paciente sea registrado en distintos sistemas, mediante datos diferentes, lo que puede perjudicar la información, al tratar de compilarse en alguna instancia la información asistencial o de costos por paciente. Por ejemplo, si un paciente es identificado de distintas formas en distintos servicios y sistemas, en la instancia de compilación de la información, será dificultoso, sino imposible, la asignación de la información que interese a un usuario o paciente en particular.

La multiplicidad de registración de pacientes, en sistemas independientes y no integrados, puede perjudicar directamente la asignación de costos por pacientes,

implicando un obstáculo para el logro de un objetivo final de asignación de costos por pacientes y por patología.

4.3) Historia clínica única por paciente y para el total del Centro Hospitalario.

FORTALEZA:

- El Departamento de Registros Médicos reconoce la importancia de que exista una única HC para cada paciente

Existe un reconocimiento por parte de la Dirección del Centro Hospitalario, así como por parte de la Dirección de Registros Médicos del Hospital Pediátrico, de la necesidad de contar con una Historia Clínica única por paciente.

Al respecto, el Dpto. de RRMM, como unidad especializada en el manejo de la información asistencial, entiende la inconveniencia del actual sistema de HC particulares de ciertos sectores, que por razones de servicios, históricamente han desarrollado su propio centro de registros médicos a través de HC de los pacientes que atienden. Esta parcialidad de la información se entiende inconveniente, incluso desde el punto de vista de la compilación de la información, que es necesaria para emitir una HC fehaciente sobre el total de la atención brindada por el CHPR, a cualquier paciente asistido.

OPORTUNIDAD:

- Que cada paciente cuente con una única historia clínica donde se incluya su número de documento de identidad y toda su información médico asistencial.

Teniendo en cuenta que el registro que se realiza del usuario de los servicios de ASSE, el cual se realiza a través del Centro Nacional de Afiliaciones de ASSE, y por medio de las distintas oficinas dispuestas en todos los centros asistenciales dependientes, tiene como dato identificador principal del paciente su número de cédula de identidad (por entenderse que es único y directamente vinculable con el titular), debe considerarse la posibilidad de extender esta forma de identificación a todos los servicios y sectores del Centro Asistencial; incluyéndolo también, aunque más no sea como dato complementario en la Historia Clínica, ya que en ésta se compila el total de información médico-asistencial de cada paciente o usuario.

DEBILIDAD:

- Dificultad de acceso a un sistema de identificación único de usuarios.

Si bien, con la disposición actual de, disgregación de los centros de información y multiplicidad de instancias de registración de los usuarios, es difícil acceder a una única forma de identificación del usuario; debe tenerse en cuenta que el desarrollo del Sistema informático del Centro de Afiliaciones de Usuarios de ASSE, permite un acceso por medio de su módulo de consultas, a través del cual puede identificarse y corroborarse la calidad de usuario, con solo identificar al usuario con su número de CI. Por lo que, de acceder en todos los servicios del Centro a este módulo de consulta, esta debilidad estaría siendo parcialmente reducida o eliminada.

AMENAZA:

- Falta de datos en la historia clínica general del paciente al ser atendido, por tener varias HC en diferentes servicios o sectores.

Como se expresó anteriormente, la diversidad de HC parcializadas desarrolladas y mantenidas en ciertos servicios del Centro Hospitalario, puede implicar la emisión de información incompleta, si no se tienen en cuenta, o al menos si no se verifica la existencia de HC parciales por servicios para compilar, al momento de emitir una HC que incluya todas las atenciones y prestaciones recibidas por el paciente.

La amenaza más destacable, es a la cual se expone el propio paciente, al no contar con una información sobre su historia médico-asistencial completa.

5) Revisión profunda y detallada de la base de determinación de las Unidades Relativas de Valores (de Laboratorio UVL) y de Radiología (UVR).

FORTALEZA:

- Existencia de nuevos equipos y procedimientos para realizar los estudios.

Como fortaleza debe destacarse, el reconocimiento de la necesidad de una revisión profunda de las bases de cálculo de las Unidades Relativas de Laboratorio y de Radiología, en función de los avances tecnológicos, que han determinado una nueva correlación en cuanto a los costos relativos entre los distintos estudios o análisis.

OPORTUNIDAD:

- Ajustar los valores al costo y a los valores del mercado.

Como oportunidad, debe destacarse, que de dicha revisión profunda en la base de cálculo, pueden determinarse los costos de cada estudio o análisis. Conjuntamente con la obtención de los valores correlativos, puede tenerse en cuenta la información de los costos internos de realización, para confrontar con los costos que se incurrirían si los estudios o análisis se hicieran en instituciones externas al Centro Hospitalario. Este aspecto puede evidenciar, o bien una posibilidad de ahorro de recursos, por medio de contratación externa a menor costo, o bien, la oportunidad de la venta de servicios a instituciones externas que sean menos eficientes en cuanto al costo de realización de estudios o análisis.

DEBILIDAD:

- Se maneja básicamente cantidades y no los costos de los estudios y análisis realizados.

Como debilidad, debe destacarse la desactualización de la correlación entre los distintos valores relativos, pues los avances en las técnicas y los avances tecnológicos, han influido principalmente en menores costos de realización de ciertos estudios; en tanto que la aparición de nuevas enfermedades y los avances del conocimiento, han requerido de nuevos, más complejos y costosos métodos de diagnósticos.

AMENAZA:

- Cobrar por la venta de servicios, un importe menor que el costo del estudio

La amenaza está configurada, por la posibilidad de estar vendiendo servicios a un precio menor al que realmente se incurre, al fijarse el mismo en base a una paramétrica de costos que está desactualizada. A la inversa, esta mala determinación de los costos y de las unidades relativas, puede hacer parecer conveniente la realización de estudios o análisis en el Centro, cuando la realidad actual del mercado y la tecnología, evidencien una inconveniencia de realizarlo con recursos propios, ante la posibilidad de contratación externa a un menor costo.

6) Completar el proceso de implementación de la Contabilidad Patrimonial.

FORTALEZA:

- Se cuenta con recursos humanos (Contador) y software específico para ello.

Como fortaleza debe destacarse el reconocimiento de la conveniencia de su implementación y los esfuerzos económicos realizados para que la misma sea llevada a buen término. Cabe destacar la implementación de un software específico para el manejo de la información contable, así como la contratación de profesionales contables para llevar adelante el proceso de implementación.

OPORTUNIDAD:

- Conocer la situación patrimonial y económico-financiera del CHPR.

Como oportunidad, se tiene la posibilidad de poder tener una estimación fidedigna del real patrimonio que tiene actualmente el CHPR en particular y ASSE en general. Actualmente no se cuenta con una estimación confiable del total de bienes de capital que posee el CHPR, el cual puede, en una primera instancia, estimarse como muy importante.

Otro aspecto no menos importante, es poder determinar claramente cuales son sus activos y cuales sus pasivos, teniendo en cuenta que la fortaleza y estabilidad de cualquier institución, es un adecuado balance entre ambos conceptos.

DEBILIDAD:

- Estimación fidedigna de los valores de los bienes de capital que se poseen.

La potencial debilidad está configurada por la dificultad de estimación de los valores de los activos que se poseen. Esto se debe a la gran variedad de activos, a los métodos y criterios de valuación aplicables.

AMENAZA:

- Falta de determinación fehaciente del patrimonio con el que se cuenta y de la situación económico-financiera.

El no contar con una estimación fidedigna de los activos que se poseen (en valores monetarios), aunque se conozcan los pasivos, no es posible una determinación del patrimonio con que se cuenta. Este desconocimiento, si bien, no configura una amenaza

a la continuidad de una institución dependiente del Estado, dificulta una adecuada gestión administrativa financiera y la comparación con otras instituciones prestadoras de salud del medio; incluso se dificulta la comparación relativa, con otras instituciones dependientes de ASSE, en lo referente al desempeño económico financiero.

7) Conocer el costo por paciente y por patología

FORTALEZA:

- Existen varios sistemas que permiten la correcta asignación de los recursos consumidos por cada paciente.

Varios de los sistemas utilizados en los principales sectores donde se manejan recursos materiales y medicamentos cuentan con sistemas informáticos que permiten la administración de información sobre: beneficiarios, cantidades y costos.

Tal es el caso del Winfarma, utilizado por farmacia, este sistema permite identificar cada expedición de medicamentos directamente a un paciente, de los registrados en su base de datos. La información que se puede asignar al paciente, se compone de descripción, cantidad y precio (actualizado a valores de la última compra ingresada al stock). Cabe acotar, que este sistema se utiliza en Farmacia para la expedición de medicamentos; pero también permite la inclusión de reactivos, oxígeno, materiales médicos quirúrgicos y puede extenderse su uso al Almacén Central para el manejo de otros materiales.

Similares prestaciones permite el Modulab Win, utilizado actualmente en los servicios de laboratorio.

Para el caso de las expediciones de medicamentos o materiales que deban asignarse a servicios o a sectores, en los cuales en principio no se identifique inicialmente un paciente, ambos sistemas permiten la definición de Servicios a los cuales se les puede asignar dichos gastos.

OPORTUNIDAD:

- Determinar el costo de determinadas enfermedades y así evaluar desvíos en los diferentes tratamientos por parte de los médicos (una especie de protocolo).

La identificación de los costos por pacientes y por patología, permite realizar una evaluación de lo realmente consumido, con lo que se pueda determinar como estándar para determinadas patologías. Este aspecto debe incluir al menos los costos que pueden afectarse directamente al paciente, dejando de lado en un principio, la asignación de costos indirectos que requieran de algún criterio de distribución, y los cuales tienden a ser comprometidos o fijos en un corto período de tiempo. En esta consideración, la afectación que puedan tener los costos fijos o comprometidos, no provocarán variaciones importantes en períodos cortos de tiempos; en cambio requeriría de una revisión periódica para períodos más largos de tiempo, principalmente en cuanto a los costos y a los criterios de distribución utilizados.

La comparación de lo realmente consumido, con algún tipo de “Protocolo Médico Valorizado” de patologías, no solo permite una eficiente gestión de costos y financiera; sino que también configura un aspecto de seguridad sobre la atención que corresponde brindar al usuario y la que realmente se brinde.

DEBILIDAD:

- Dificultad de la asignación del gasto en recursos humanos al paciente.

Como debilidad debe destacarse las dificultades de determinación certera de ciertos costos. Tal es el caso de los recursos humanos, especialmente las retribuciones de médicos y de ciertos técnicos, que desempeñan funciones en distintos servicios del Centro Hospitalario y para los cuales se requieren de instancias de control y distribución del gasto total en remuneraciones, por medio de algún criterio, el cual generalmente son las horas afectadas a cada servicio.

Otra debilidad, es el grado de subjetividad que puedan tener los criterios de asignación de los costos fijos, comprometidos o indirectos, al momento de asignarlos a los pacientes. Debe tenerse en cuenta que un sistema de distribución de costos fijos, además de la determinación de criterios adecuados, se ve afectado por el grado de confiabilidad e integridad de la producción lograda y registrada en cada Servicio. En función de ello, es indispensable una correcta identificación y registración de las consultas, estudios o análisis realizados.

AMENAZA:

- Que los médicos se excedan en la cantidad de estudios, que a veces son innecesarios para la enfermedad planteada. Facturación por un importe menor al costo incurrido.

Una limitación que puede plantearse, es la rigidez que pueda implicar la utilización de un protocolo médico valorizado, el cual tiende a ser un estándar, pero el cual no puede ser considerado como una meta a lograr, pues si bien se describe una patología, la realidad de los hechos y otras afecciones que puedan tener los pacientes hacen variar la atención que el paciente requiere.

8) Conocer la asignación de recursos que correspondería si la distribución se realizara por medio de “capitas”

FORTALEZA:

- Se cuenta con datos de cantidad de pacientes usuarios del servicio, y se conoce el valor de la cápita que se abona por ellos.

A pesar de que la distribución de recursos desde ASSE a sus Centros Asistenciales dependientes se realiza a través de partidas presupuestales, se entiende conveniente conocer cual es el aporte en cuanto a Cápitas, que implica la población usuaria del CHPR, a ASSE a través del FONASA.

OPORTUNIDAD:

- Si el ingreso que recibiesen considerando las capitas fuera mayor al presupuesto histórico, podría generarse un replanteo en el armado del presupuesto por parte de ASSE.

Teniendo en cuenta que la población usuaria del CHPR son niños menores de 15 años de edad y mujeres en edad reproductiva (entre otras), y que en éstos rangos de edad y sexo es en los cuales, las Cápitas pagas por el FONASA son más altas, se entiende conveniente poder realizar una comparación entre el monto de cápitas FONASA y los recursos que se le transfieren presupuestalmente. De esta forma podrían realizarse las gestiones necesarias en cuanto a una más ajustada asignación de recursos.

También es una oportunidad, para una comparación con otras instituciones asistenciales, el hecho de poder considerar un mismo tipo de ingreso vía cápitas.

DEBILIDAD:

- La asignación del presupuesto, se realiza en base al gasto histórico de años anteriores.

Actualmente, aunque puede identificarse los usuarios del CHPR y calcularse por ende las cápitas que corresponderían, deben tenerse en cuenta que los usuarios de ASSE acceden a atención médica gratuita a través de Carne de Asistencia; también existen actualmente una cuota de salud, que sustituirá definitivamente al Carné Arancelado, que configuran otra fuente de recursos.

Además, la asignación de recursos presupuestales se realiza en base a estimaciones calculadas sobre datos de años anteriores. Lo que dificulta aún más una comparación certera de las diferencias de asignación de recursos que pudieran surgir entre ambos sistemas de pagos.

AMENAZA:

- La asignación de presupuesto en base al histórico, sea mayor o menor que la necesaria para cumplir con las metas asistenciales dispuestas para el nuevo SNIS.

Como amenaza puede plantearse una incorrecta asignación de recursos en relación a las necesidades financieras de la asistencia que este Centro Hospitalario debe brindar en el marco del nuevo SNIS. La presupuestación con base en datos históricos, puede ser mayor o menor a las necesidades de recursos requeridos.

9) Diseño de un sistema de reposición de medicamentos por utilización real.

FORTALEZA:

- Se dispone de un sistema informático que emite informes sobre cantidades de medicamentos asignadas a cada sector.

El sistema informático Winfarma utilizado en farmacia, permite un sistema de mantenimiento real del stock de medicamentos; permitiendo administrar entre otros datos: cantidades, lotes, fechas de vencimientos, proveedor, precios (el sistema actualiza

los valores, al último precio ingresado – LIFO), usuario a quien se le entrega medicamentos, y sector al cual se remite el medicamento o dónde se expidió la receta.

OPORTUNIDAD:

- Reposición de medicamentos en base a consumo real.

Se tiene la posibilidad de reponer medicamentos según lo que realmente se consume, considerando la necesidad del servicio y la época del año.

La eficiente utilización de los recursos en las necesidades reales de medicamentos, permite liberar y utilizar recursos para atender otras necesidades.

Evitar el mantenimiento de stock en los economatos, permite utilizar medicamentos que no se van a utilizar en servicios a los que se asignó en un principio y evita la necesidad de iniciar nuevos procesos de compras innecesarios.

DEBILIDAD:

- Incorrecta estimación de utilización y de necesidades.

- No existe control sobre el vencimiento del stock de medicamentos en los economatos.

Como debilidad debe destacarse que las estimaciones se realizan en base a los criterios de cada director o encargado del servicio que solicita la reposición de medicamentos. Ello implica la existencia de criterios diferentes de determinación de necesidades y de faltantes o sobrantes de stock. También se plantea la necesidad de iniciar procedimientos de compras de medicamentos, cuando los mismos están en existencias en otros sectores.

Se entiende inadecuado el manejo de medicamentos y de material médico que realizan los Economatos. En los mismos, no existe un control sobre los vencimientos de los medicamentos y se entiende que las condiciones de asepsia no son las adecuadas. Estos aspectos además de generar compras innecesarias, implica realizar devoluciones de medicamentos vencidos.

AMENAZAS:

- Necesidades insatisfechas de medicamentos en épocas de gran demanda, debido a las demoras en los procedimientos de compras o por demoras en la entrega.

La falta de medicamentos en momentos en que sea muy necesario, como lo son la temporada invernal, que cuando se incrementa sensiblemente el nivel de consultas; implica que deban iniciarse procedimientos de compras de urgencia y en pequeñas cantidades, lo que significa malos precios (precios altos).

10) Regularización de los cargos de funcionarios con respecto a las funciones que efectivamente cumplen

FORTALEZA:

- Se conocen las funciones y el cargo presupuesta de cada uno de los funcionarios, independientemente de su fuente de financiamiento.

A través del sistema Lotus Notes que se utiliza en la Oficina de Personal del CHPR se tiene información actualizada de la denominación de los Cargos Presupuestales de cada funcionario y de las reales Funciones que cada uno presta dentro del Centro, aspectos que en la práctica no son coincidentes.

OPORTUNIDAD:

- Que cada funcionario figure con el cargo que realmente desempeña.

El trámite administrativo conocido como “Regularización de Cargo” permitiría que coincidiera cada cargo presupuestal con la función que efectivamente cumple cada funcionario. Este aspecto adquiere importancia a la hora de evaluar el aspecto de idoneidad técnica para el desempeño de las funciones, así como para adecuar el pago a las reales tareas cumplidas.

DEBILIDAD:

- Deben acotarse al presupuesto según cargos, sin importar las funciones

La presupuestación del gasto en recursos humanos, así como la distribución de los mismos como costos a los distintos sectores, debe realizarse en el marco de los salarios establecidos para cada Cargo, sin tener una vinculación directa con las funciones que realmente se cumplen.

AMENAZA:

- Inadecuados requisitos solicitados para cubrir cargos, e inadecuada retribución en función de la tarea desempeñada

Como amenaza puede plantearse la posibilidad de que los requisitos establecidos para cubrir determinado cargo, no coincidan con los necesarios para la función que efectivamente se terminará cumpliendo. Esto puede implicar una distorsión en cuanto a la idoneidad técnica requerida para tal función.

Las retribuciones basadas en cargos no contemplan los aspectos particulares de las funciones, por lo que las retribuciones pagadas pueden ser diferentes a las determinadas para cada función en el marco de lo establecido en la legislación salarial y los acuerdos logrados en los Consejos de Salarios.

Aquí lo que debería modificarse es a nivel de ASSE. Quizás este estimada como necesaria una cantidad de personal de servicio mayor a la que realmente se necesita, y por el contrario, esta subvaluada la cantidad de personal administrativo.

11) Mejorar el manejo del stock de insumos y materiales médicos

11.1) Mejorar manejo del stock

FORTALEZA:

- Winfarma, ídem anterior: se cuenta con este sistema y con sus prestaciones.

Como fortaleza se reitera la conveniencia de la utilización de este sistema que ha sido probado durante mucho tiempo, y del cual se conocen sus prestaciones. Debe destacarse que permite incluir y administrar información con un alto nivel de detalle en cuanto a los stock existentes (nombre, precio, lote, vencimiento, entre otros)

OPORTUNIDAD:

- Mejora en el manejo de stock.

Deben destacarse como oportunidades la definición de stock de seguridad y lotes óptimos de compra. También profundizar en la implementación de un sistema informático que brinde seguridad y control. Finalmente cabe destacar la implementación de un sistema de inventarios periódicos.

DEBILIDAD:

- Desaprovechamiento de las prestaciones del sistema informático existente.

No se está aprovechando al máximo, toda la potencialidad de manejo de información que este sistema permite. Falta una implementación de recursos informático adecuados y la correspondiente capacitación al personal.

AMENAZA:

- Que falten ciertos medicamentos en épocas del año en que son prioritarios, debido a la falta de stock de seguridad y de lotes óptimos de compra.

Que sean necesarios procedimientos extraordinarios de compras, cuando por otro lado, también sea necesaria la devolución de medicamentos vencidos, todo basado en el desconocimiento del stock real existente en cada servicio o economato.

11.2) Creación de base de datos de proveedores

FORTALEZA:

- Se pueden recopilar los datos de los proveedores a los cuales se les compra actualmente y generar una base de contactos con los mismos.

Se tiene registro de los principales y más recientes proveedores a los cuales se les ha realizado compras. También se conocen datos, y se están recopilando, sobre los oferentes más destacados en cada proceso licitatorio o de compra directa.

OPORTUNIDAD:

- Mejores ofertas, menores precios, y tener un contacto rápido para obtener las cotizaciones.

Por medio del conocimiento de los posibles oferentes y contar con medios de comunicación rápidos y directos con cada uno, para realizar las invitaciones a cotizar, pueden lograrse mayor participación de los mismos, una mayor competencia entre ellos, y lograr de esta forma la obtención de mejores precios a través de cotizaciones más bajas.

El lograr una base de datos de proveedores, también permite mantener un legajo actualizado sobre los antecedentes de cumplimiento de cada proveedor; información que sirve como base, además del precio, para evaluar las condiciones de la oferta y la decisión final de compra.

DEBILIDAD:

- Base de datos de proveedores inexistente o incompleta.

La debilidad actual, es que se está en etapa de una creación de la base de datos de los más destacados proveedores al CHPR. Lo ideal, teniendo en cuenta que este Centro depende de ASSE y que muchas compras se realizan a nivel central a través de Licitación, sería que se pudiera contar con una base de datos de proveedores a nivel de ASSE.

AMENAZA:

- Participación de pocos proveedores, mayores precios, demoras de entrega, o falta de oferentes interesados en participar en los procedimientos de compras.

Las limitaciones en los contactos con los proveedores, puede implicar la participación de pocos de ellos y por ende, reducida competencia entre ellos y precios mayores a los que se podrían obtener con una mayor participación y competencia.

Una incorrecta decisión de compra, si se considera solamente el aspecto “precio”, dado que ciertos proveedores suelen presentar otro tipo de desventajas como pueden ser: disponibilidad de stock, demoras en la entrega, dificultades para aceptar devoluciones, etc.

11.3) Determinación del costo de resonancias y tomografías

FORTALEZA:

- Se conoce la información de producción, solo se requiere de una confrontación con la información del costo de esas unidades de producción.

Actualmente se dispone de información detallada sobre la producción lograda por dicho servicio.

También se cuenta con un registro del consumo en cantidades, de reactivos y de películas utilizadas para la realización de los estudios.

OPORTUNIDAD:

- Conocer el costo de las resonancias y tomografías.

Como oportunidad, debe destacarse la de poder determinar el costo de cada estudio de resonancia o de tomografía en particular, lo cual, combinado con la adecuada identificación del paciente, permitiría una correcta y certera asignación de dicho costo al paciente; y por ende a la patología.

DEBILIDAD:

- No puede determinarse el costo de resonancias y tomografías

Actualmente para determinar el costo de estudios de resonancia o de tomografía, se requiere de una instancia de confrontación de los costos de los materiales, reactivos y películas utilizadas, con las cantidades registradas como consumidas en dicho sector.

Aún cuando por este medio pudiera determinarse un costo del estudio, siempre es necesaria la definición de un criterio de asignación de los costos fijos que se tienen, así como de una determinada amortización de los equipos utilizados.

AMENAZA:

- Facturar por un importe menor al de los costos incurridos.

Como amenaza, una mala determinación de los costos incurridos, puede influir en una sub-valoración del precio a cobrar por el estudio realizado y de esta forma contribuir al desfinanciamiento del Centro.

12) Replanteo de la definición de Centros de Costos.

FORTALEZA:

- Se tiene información al respecto y una definición realizada por la Dirección de Costos de ASSE.

Existe un consenso sobre la conveniencia de la separación de los Hospitales que conforman el Centro Hospitalario, e informar cada uno sobre los Centros de Costos definidos específicamente para cada uno de ellos; los cuales dadas las especialidades de cada Hospital, son inevitablemente diferentes.

Cada Hospital, así como las demás direcciones que conforman el Centro, cuentan con información de producción (y también estimada de costos) a un nivel de servicio o de sector, por lo que la definición de Centros de Costos requiere sólo de la compilación de uno o más servicios o sectores. (en algunos casos, no en todos).

OPORTUNIDAD:

- Definición y diferenciación de los Centros de Costos para cada hospital.

La diferenciación e identificación de los Centros de Costos para cada Hospital, permite atender las especificidades de asistencia que cada uno brinda y las cuales son diferentes.

También permitiría una mejor gestión de cada CC de cada hospital en particular, y evitar la información compilada a un nivel de Centro Hospitalario que poco sirve para la gestión directa de los CC que pueden identificarse.

DEBILIDAD:

- Los Centros de Costos (CC) han sido definidos por ASSE, y para el Centro Hospitalario, compilando la información de los distintos centros de ambos hospitales.

Los CC han sido predefinidos por la Dirección de Costos de ASSE, tratando de unificar el criterio de definición para todos sus Centros dependientes. Cada Centro utiliza e informa solamente sobre los CC que efectivamente posea, pero para el caso del CHPR, se requiere que se informe en conjunto, o sea deben compilarse los CC de dos hospitales que atienden poblaciones y patologías diferentes (niños y mujeres).

AMENAZA:

- La Gestión puede verse perjudicada a nivel de cada hospital.

La información que se emite a la Dirección de Costos de ASSE, se realiza con fines de cumplimiento de sus requerimientos, pero esta información compilada, no representa una fuente de información para la toma de decisiones a nivel de cada hospital en particular.

A su vez, dicha información tampoco es útil para la gestión de cada CC en particular, pues es información de más de un mismo CC en algunos casos (por ejemplo dos CC iguales pero uno de cada hospital).

13) Determinar el “Costo por tipo de Egreso”.

FORTALEZA:

- Comprensión de la conveniencia de la determinación del costo por paciente y por patología.

- Están claramente identificadas determinadas patologías, las cuales generan determinados tipos de egresos específicos.

Dada la especialización de la atención que se brinda en el CHPR en general, como Centro de atención de tercer nivel, y en particular en el Hospital de la Mujer, se entiende conveniente poder conocer el costo de atención de determinadas patologías específicas.

El HM en particular tiene bien identificadas determinadas patologías que son las que más se atienden y por las cuales se generan la mayor parte de las erogaciones. En función de las mismas, pueden identificarse al menos tres diferentes tipos de egresos:

- Egresos de maternidad: en general se realizan procedimientos de parto, los cuales insumen al menos tres días de internación; cesáreas las cuales insumen mas días de internación.

- Egresos ginecología: mayormente por atención en la especialidad de oncología.
- Servicios de atención al recién nacido: en general se requiere una internación de los niños recién nacidos y hasta los 28 días de edad, en general. Puede requerirse desde internaciones en camas de cuidados intermedios hasta CTI. Se considera el servicio si el niño nace con una patología.

Dada la variedad de patologías especializadas que se atienden en el Hospital Pediátrico, la definición en pocos tipos de egresos es más dificultosa; pero de lograrlo también permitiría acceder a los beneficios citados precedentemente.

OPORTUNIDADES:

- **Poder contar con diferenciación de los distintos tipos de egresos**
- **Posibilidad de estimar un costo por tipo de egreso útil para la gestión**

La oportunidad que claramente se evidencia, es el poder contar en el HM con la diferenciación clara de los tipos de egresos a los cuales se les pueden asignar costos y que acumulan los mayores gastos dentro de dicha institución.

El poder estimar un costo para cada uno de los distintos tipos de egresos, permite definir un costo, el cual puede ser utilizado para la presupuestación de un costo estándar, contra el cual comparar los costos reales insumidos. También permite la estimación de los recursos financieros necesarios, de acuerdo a las expectativas de servicios que se prevean para ciertos períodos.

De lograrse la determinación de un costo estándar y un costo real insumido por cada tipo de egreso, además de las comparaciones y las instancias de control que ello implica, complementando con una adecuada identificación del paciente, se estaría logrando un óptimo para la gestión, como lo es el costo por “Paciente y por Patología”.

DEBILIDADES:

- **Dificultad en la asignación de ciertos costos insumidos**
- **Diversidad de necesidades de atención para los distintos tipos de egresos**

La debilidad fundamental se puede presentar ante las dificultades de identificación y asignación de ciertos tipos de costos insumidos en la atención de las patologías. Principalmente de los costos que no se asignan directamente al paciente, como son los costos fijos o comprometidos, los cuales requieren de instancias y mecanismos de asignación o distribución (RRHH, Consumo de energía, agua, calefacción, gastos en infraestructura, amortización de equipos, etc.).

En segunda instancia, se plantea también, la diversidad y especificidad de cada consulta y atención médica en particular, ya que un mismo tipo de patología (relacionada con un tipo de egreso) puede requerir de distintos tratamientos o procedimientos accesorios, dependiendo de otras patologías o complicaciones que el paciente en particular pueda presentar.

AMENAZAS:

- **Excluir ciertas patologías que no son de consulta frecuente**
- **Posibilidad de distorsionar los costos por egresos en base a los criterios o mecanismos de distribución de costos indirectos.**

La principal amenaza que se puede evidenciar, es el riesgo de dejar de lado o no considerar ciertos tipos de patologías, porque no se atiendan con una determinada frecuencia y reiteración, tal que permita identificarlas como un tipo de “egreso” estándar.

De hecho, la existencia de una gran variedad de patologías, como ocurre en los servicios de atención que brinda el HP, implica una gran dificultad de poder estimar para todas un costo de egreso.

Particularmente, la asignación de los costos no asignables directamente al paciente, al requerir de una instancia y mecanismos de distribución y asignación en función de algún criterio predeterminado, puede influir negativamente en la determinación del costo del egreso que se pretenda costear.

Finalmente, aunque afecte en menor medida, los cambios y los avances tecnológicos, pueden hacer que determinados estándares de costos de atención, queden desfasados en función de los nuevos procedimientos, equipamientos o métodos de atención de las patologías.

14) Definición de precios de transferencia.

FORTALEZAS:

- **Reconocimiento de la existencia de transferencias de recursos entre servicios, y de la necesidad de registrar y administrar dicha la transferencia**

Como fortaleza, se plantea la existencia de una transferencia real y reconocida de recursos entre distintos sectores o servicios del Centro Hospitalario y la identificación de la necesidad de su registración y administración. Tal es el caso de los costos de remuneraciones médicas, de los profesionales que están presupuestalmente asignados a determinados sectores específicos y que por motivos de atención y coordinación, atienden a pacientes en otros sectores o servicios del mismo Centro Hospitalario.

OPORTUNIDADES:

- **Permite la correcta asignación del costo a cada servicio y a cada paciente.**
- **Se permite la comparación entre el costo que asume el CHPR y los costos que resultaren de contratación externa.**
- **Permite la evaluación de la eficiencia de la producción interna y evaluar la conveniencia de la contratación externa.**

La determinación de un precio de transferencia, complementado con una correcta identificación del paciente asistido y del servicio beneficiario de la atención, permite la traslación de los costos según corresponde con el servicio prestado.

La determinación de precios de transferencias permite realizar una comparación entre el costo (o precio) que implica prestar el servicio o realizar el estudio con los servicios propios del Centro Hospitalario, contra los costos que resultaren de una posible contratación o compra, del mismo servicio a una institución externa al Centro.

De esta forma, no sólo puede evaluarse la eficiencia de la producción y costos logrados internamente, sino que también permite evaluar la opción de una contratación externa que pueda resultar, económicamente más conveniente.

DEBILIDADES:

- No existen criterios ni instancias de asignación de costos indirectos, cuando existe transferencia de recursos entre distintos servicios del Centro Hospitalario.

De la actual transferencia de recursos entre distintos servicios del Centro, la indefinición de un sistema de asignación de estos costos afecta negativamente los costos de ciertos servicios, en tanto que afecta positivamente la producción de otros.

El costo es asignado a un determinado servicio, el hecho de no registrar la utilización de dicho recurso en otro servicio y de no transferir el costo del mismo, implica que el costo queda asignado a un servicio, en tanto que la producción lograda (atención del paciente) es contabilizada por otro servicio o sector; creándose una mala determinación del costo por consulta promedio en los servicios involucrados.

AMENAZAS:

- Incorrecta determinación del precio de transferencia, lo que puede dar lugar a toma de decisiones equivocadas.

- Posibilidad de transferencia de ineficiencias operativas, en la medida que esté mal determinado el precio de transferencia.

- Posibilidad de conflictos intrasectoriales por la definición de dichos precios.

- Definir estos precios puede indicar como inconveniente la prestación del servicio en el CHPR, por el hecho de dejar fuera ciertos factores como accesibilidad, confiabilidad, investigación, desarrollo, etc.

La principal amenaza es la estimación incorrecta de un precio de transferencia, que pueda dar lugar a la toma de decisiones equivocada.

Cabe recordar que cada centro de responsabilidad, tiene ciertas limitaciones en cuanto a los factores de costos que puede controlar y sobre las decisiones que puede tomar. Uno de los factores que influye en la determinación del precio de transferencia es la asignación de costos indirectos, el que debe realizarse en función de algún criterio de distribución, el cual en mayor o menor medida termina siendo arbitrario. Como ejemplo puede citarse, que una asignación de costos indirectos de infraestructura costosa, incidirá directamente en un aumento en el precio de transferencia, el cual puede dejar de ser una referencia fidedigna de comparación contra un precio externo a la institución.

Del mismo modo, una incorrecta determinación del precio de transferencia, puede implicar la transferencia de las “ineficiencias operativas” de un servicio a otro. Por ejemplo: si un servicio es ineficiente en cuanto a sus costos para la realización de

estudios médicos, por intermedio del precio de transferencia, puede trasladarse ese costo por ineficiencia al sector beneficiario del estudio médico realizado.

La definición de este tipo de precios puede dar lugar a conflictos intrasectoriales y jerárquicos a la hora de la negociación de la definición de los mismos, y particularmente, al momento de establecer criterios de distribución de costos indirectos.

Otra amenaza que se destaca es que la definición de estos precios, puede indicar la inconveniencia económica de la producción o prestación de servicios en el propio Centro Hospitalario, en comparación con los precios que podrían obtenerse si la contratación se realizara a una entidad externa; pero se corre el riesgo de dejar fuera de consideración otros aspectos no económicos que inciden directamente en la prestaciones que debe brindar una institución de servicios de salud, como es la que se analiza.

El hecho de dejar fuera de consideración aspectos tales como: accesibilidad, confiabilidad, cercanía, coordinación, tiempos, necesidades de urgencia, e incluso la posibilidad de la investigación y el desarrollo; puede incidir negativamente en la calidad del servicio prestado, aún cuando económicamente fuera más conveniente la contratación externa.

15) Información actualizada de los recursos limitantes.

FORTALEZA:

- La disposición organizativa permite a cada jerarca de servicio conocer los recursos limitantes

El poder reconocer e identificar claramente cuales son los recursos limitantes para cada servicio o sector del Centro Hospitalario, tiene una importancia destacada en cuanto a la presupuestación y proyección de los recursos necesarios para la prestación adecuada de los servicios asistenciales.

La identificación de los recursos limitantes que cada servicio realiza, permite prever los recursos necesarios para evitar que se conviertan en un obstáculo para el normal funcionamiento de cada servicio.

En particular, la actual disposición organizativa del Centro Hospitalario permite a cada jerarca de servicio, conocer de primera mano, cuales son los recursos limitantes que lo pueden afectar. Los recursos limitantes pueden ser de carácter: financiero, recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, de equipamiento, de capacitación, etc.

La identificación de los mismos, permite plantear claramente las necesidades fundamentales, a la hora de la negociación o solicitud de recursos para el funcionamiento de los servicios. Es imprescindible que la información sea lo suficientemente actualizada, debido a las variaciones que puedan influir en el planteo de las necesidades.

OPORTUNIDADES:

- **Realizar la gestión basada en las necesidades, los recursos limitantes y canalizar los esfuerzos.**
- **Establecer una ventaja competitiva por medio del reconocimiento y adecuada gestión de los recursos limitantes.**

La correcta identificación de los recursos limitantes, de cada servicio o sector en particular, y del Centro en general, permite realizar una gestión basada en dichas necesidades. De esta forma, se pueden canalizar los esfuerzos que se realicen a todo nivel, para tratar de conseguir las mejores y más convenientes condiciones de los recursos limitantes.

Por ejemplo, el identificar como un factor limitante la disposición de recursos informáticos y capacitación, permitirá evitar un gasto innecesario en mayor cantidad de recursos humanos; a la vez permitirá disponer de dichos recursos para la adquisición de los equipos informático y desarrollos de software más convenientes.

Finalmente, la identificación y adecuada cobertura de un factor identificado como limitante, puede situar a la institución en condiciones de ventaja competitiva frente a otras instituciones del rubro de la salud; pudiéndose gestionar en forma conveniente la venta de servicios a otras instituciones de salud. Tal es el caso de, el o los, recursos limitantes que inciden en el Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora (UNIKUER) que actualmente, el CHPR brinda asistencia como Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

DEBILIDADES:

- **A pesar de identificar dichos recursos limitante, existen limitaciones al asignar el gasto en los mismos.**

La debilidad se plantea básicamente en las limitaciones existentes a la hora de la asignación, o decisión de gasto en cierto tipo de recursos, a pesar de que puedan identificarse como recurso limitante.

Es el caso, por ejemplo, de los recursos humanos. A pesar de que se ha identificado como factor o recurso limitante la disposición de recursos humanos capacitados, la forma de contratación y las limitaciones impuestas presupuestalmente al empleo público, implican que, a pesar de identificarse, el recurso limitante no pueda ser cubierto de forma adecuada.

Una debilidad destacada, es la diferencia que existe con respecto a instituciones del sector privado de la salud, en relación al nivel de retribuciones que los profesionales médicos de ciertas especialidades pueden acceder en una institución dependiente del Estado, como lo es el CHPR a través de ASSE. Este aspecto implica que estos profesionales, ante una igualdad de funciones y diferenciación de retribuciones opten por empleos en el ámbito privado y no en el público.

AMENAZAS:

- **Incorrecta determinación del real recurso limitante.**
- **Escasez de determinados especialistas médicos que configura el factor limitante de algún servicio.**

Como amenaza puede plantearse una incorrecta determinación del real recurso limitante, por ejemplo: tal vez no sea limitante la carencia de personal en cierto servicio o sector del hospital; sino que el recurso limitante es contar con la capacitación adecuada del personal existente y la mejora en equipos informáticos y en software para la gestión.

Una incorrecta determinación del recurso limitante, puede influir directamente en la demanda de más recursos económicos-financieros y por intermedio de ellos, en los costos finales de atención.

La amenaza más importante la constituye, la posibilidad de discontinuidad de atención del servicio o sector del Centro Hospitalario para el cual se determinó mal el recurso limitante, y por el cual deba suspenderse la atención a pacientes. Al implicar directamente una carencia que deberá afrontar su población usuaria, una deficiente determinación del recurso limitante, puede implicar un riesgo sanitario.

Finalmente puede destacarse como amenaza, la insuficiencia que existe en el mercado de profesionales médicos, formados en ciertas especialidades. Esto implica, que aunque existan recursos financieros y cargos presupuestales disponibles para la contratación, los mismos queden vacantes por no contarse en el medio, con la suficiente oferta de profesionales.

16) Determinación de un sistema formal de coordinación y registro de actividades de médicos del Hospital Pediátrico, en el Hospital de la mujer.

FORTALEZA:

- **Se reconocen la existencia de este tipo de transferencias de recursos entre diferentes servicios o sectores.**
- **Se reconoce la conveniencia a nivel asistencial de este sistema, pero también la necesidad de su registración y administración.**

Este aspecto adquiere importancia, debido a la transferencia implícita de recursos que implica la movilidad de médicos y especialistas entre ambos Hospitales.

Si bien la complementariedad que se logra con la movilidad de los recursos humanos, especialmente los médicos y técnicos, influye favorablemente la calidad de atención, es necesario mantener un registro y control de dicha movilidad para una correcta asignación de los costos, e incluso, de los recursos.

La fortaleza se puede identificar en que este tipo de coordinación y transferencia de recursos y atención, existe a nivel práctico; y que, desde un punto de vista asistencial, dicha transferencia es conveniente para el usuario o paciente.

Dado el reconocimiento de las ventajas que el sistema brinda, se considera necesario mantenerlo en funcionamiento y determinar un procedimiento administrativo predeterminado de coordinación y de control. Una vez establecido, podrá definirse algún mecanismo de transmisión de los recursos o de asignación de los costos, como puede serlo, por ejemplo, la determinación de precios de transferencias, o la definición de criterios de distribución de costos.

OPORTUNIDADES:

- **Establecimiento de una ventaja comparativa basada en una atención integrada y especializada**
- **La correcta asignación de los costos de los recursos y la posibilidad de control correspondiente.**

La complementariedad que se logra a través de la coordinación y del trabajo de médicos y técnicos de distintas especialidades, influye directamente en la calidad de la atención brindada y constituye una ventaja comparativa, frente a otras instituciones, que por su menor especialización o por no contar con un espectro tan amplio de especialistas, queden relegadas a un segundo plano.

La oportunidad se destaca por medio de una mejora en cuanto a la atención integral de salud, que puede llegar a brindar este Centro a cualquier usuario. Teniendo en cuenta que se dispone de una variada gama de especialidades médicas, la adecuada coordinación del trabajo de los profesionales, puede asegurar una atención integral en cualquiera de los servicios o sectores.

Finalmente, la correcta asignación de los costos de los recursos, permite la evaluación de los recursos limitantes y la determinación de ineficiencias operativas o de gestión; aspectos que, en la situación actual de falta de registro y contabilización, se torna difícil de estimar.

DEBILIDADES:

- **No hay un procedimiento administrativo predeterminado de coordinación y de control.**
- **Incorrecta determinación de los costos de los servicios y de las producciones de los mismos.**

Actualmente las coordinaciones se realizan directamente entre los profesionales médicos y técnicos; no existe una instancia formal de coordinación, registro y contralor, ni de las necesidades de consultas o atención, ni del cumplimiento y cobertura de las mismas.

La falta de contabilización de la transferencia de recursos, implica que se asigne el costo del recurso (retribuciones de médicos y técnicos) a un determinado servicio o sector, en el cual está presupuestado; en tanto que la producción (atención, asistencia) se contabiliza como propia de otro sector, sin incurrir para ello en ningún costo. Estos aspectos, además de distorsionar la estimación de costos que se pretenda realizar, impiden la identificación de los recursos que puedan ser realmente limitantes y la asignación de recursos financieros para cubrirlos.

AMENAZAS:

- **Cobertura implícita de necesidades de recursos de ciertos servicios.**
- **Falta de formalidad con que se tramitan las coordinaciones**

Al respecto debe destacarse, que la inexistencia del registro de coordinaciones y consultas atendidas en un sector distinto al cual pertenece presupuestalmente el médico o técnico, implica la existencia de un servicio o sector que, a pesar de que en la práctica brinde dicha atención, no figure en sus presupuestos, costos ni dentro del detalle de prestaciones que allí se brindan.

Otra perspectiva de amenaza, lo configura la “falta de formalidad” con que se tramitan las coordinaciones. Al ser coordinaciones directas entre médicos o técnicos y no existir una instancia de registro, puede darse lugar a demoras, incoherencias, consultas innecesarias, incumplimientos, etc., todo lo que puede afectar la calidad de atención brindada en los distintos sectores o servicios que se ven afectados; ya sea el que cede el recurso, como el que lo recibe. Cualquier afectación de la calidad de atención a la salud, implica un riesgo, al cual queda directamente expuesto el usuario o paciente.

17) Centralizar la administración y emisión de información directamente desde los Dptos. de Registros Médicos (RRMM).

FORTALEZAS:

- **Profesionalismo y dedicación exclusiva del Dpto. de RRMM**
- **Reconocimiento de la necesidad de implementar un sistema de historia clínica única y la realización de esfuerzos para lograrlo.**

La fortaleza indiscutida que puede plantearse, con respecto a la emisión de información directamente desde el Departamento de Registro Médico, se evidencia a través del profesionalismo y dedicación exclusiva que dicho Departamento aplica a la información de carácter médico asistencial.

La existencia dentro de la estructura jerárquica, de un Departamento encargado de las funciones de Registro Médico, configura una fortaleza en cuanto a la discrecionalidad del manejo de la información. La ubicación dentro de la estructura organizativa permite que se cuente con cierto nivel decisorio sobre la organización interna del trabajo, abarcando desde las etapas de relevamiento de información a nivel de datos, hasta la emisión de informes elaborados a la medida de las distintas necesidades de información.

Actualmente, el Dpto. de Registros Médicos del Hospital Pediátrico, está en proceso de lograr la implementación de la Historia Clínica Única, de los pacientes que se atienden en dicho Hospital. Evitando la multiplicidad de historias clínicas de pacientes, que por razones de funcionamiento de los distintos servicios, crearon sus historias clínicas particulares.

Otro aspecto a destacar como fortaleza, es que se ha logrado que la información sobre pacientes internados, sea relevada directamente por personal propio del Dpto. de

Registros Médicos, asegurando un nivel de confiabilidad, oportunidad y calidad en la información obtenida.

OPORTUNIDADES:

- **Establecimiento de una historia clínica única**
- **Posibilidad de avanzar en el camino hacia la implementación de la historia clínica electrónica o digital.**

El establecimiento definitivo de una historia clínica única por paciente, en principio en el Hospital Pediátrico, y en general para todo el Centro Hospitalario, configura un primer paso, de lo que configura el ideal en cuanto a información clínica, como lo es la Historia Clínica Electrónica o “on-line”.

Una vez constituido el sistema de HC única, los avances en las tecnologías de la informática y de las comunicaciones, permiten además de una accesibilidad total a la información, una sensible reducción y abatimiento de costos operativos, vinculados al funcionamiento normal de los servicios de registros médicos.

DEBILIDADES:

- **Limitaciones de recursos informáticos y de capacitación de los recursos humanos.**
- **Falta de accesibilidad a una base de datos única de usuarios.**

Como debilidades pueden citarse, las limitaciones de recursos con que se cuenta actualmente en el Departamento citado. Las carencias se evidencian a través de falta de recursos humanos, recursos informáticos (equipamientos y software), así como a carencias en cuanto a instancias de capacitación permanente del personal.

Otro aspecto que influye indirectamente a este Departamento, y por ende a la información que a través de él se pueda obtener, es la falta de accesibilidad a una base de datos única de usuarios de ASSE en general y del Hospital en particular. Si bien existe el Centro de Identificación de Usuarios, en el cual se procede al registro de todos los usuarios de ASSE, el acceso a dicho sistema, en algunos sectores o servicios del CHPR, es limitado; incluso existen servicios que crean su propia base de datos y registros de usuarios, en función de las demandas históricas de consultas y o estudios atendidos.

AMENAZAS:

- **Información asistencial fragmentada o incompleta**

La principal amenaza se evidencia a través de la información asistencial fragmentada o incompleta, que pueda brindarse de un paciente, al existir una multiplicidad de instancias de registros particulares y sectoriales.

Al existir aún, servicios o sectores del Hospital Pediátrico que mantienen registros e Historias Clínicas de sus pacientes en particular, se pierde la característica de integridad de la información; por lo que ante un requerimiento de información clínica de un paciente, es necesario recopilarla desde los distintos puntos donde existen registros médicos. El posible hecho de omitir incluir la información de un servicio en particular

implica un desvío o falencia de la información, a la cual pueda acceder el propio paciente, otro profesional médico o incluso cualquier institución u organismo que formalmente pueda acceder a tal información.

18) Mejora del registro y codificación de enfermedades.

FORTALEZA:

- Existencia y uso del Codificador Internacional de Enfermedades

Este aspecto influye directamente sobre la calidad de la información médico asistencial que pueda brindarse con respecto al paciente, así como, a la calidad de la información administrada por el Departamento de Registros Médicos.

La fortaleza está configurada por la existencia y aplicación del Codificador Internacional de Enfermedades, por parte del Dpto. de Registros Médicos.

La aplicación de dicho Codificador, permite la emisión de información estadística asistencial, en un formato estándar a nivel internacional, lo que facilita los aspectos de comparación, evaluación y la toma de decisiones.

OPORTUNIDADES:

- Obtención de información comparable

La generalización y extensión del uso de dicho clasificador, permite obtener información comparable, en términos estándar, en cualquier nivel y con respecto a los datos de cualquier otra institución. Configura un lenguaje único sobre las patologías atendidas.

Como codificación estándar internacional, es necesario para las comparaciones que en ese ámbito sean necesarias.

DEBILIDADES:

- Falta de concientización de la importancia de la clasificación de patologías

La debilidad destacada, es la falta de concientización de la importancia y magnitud que tiene una correcta clasificación de acuerdo con el estándar internacional de patologías.

La falta de registro según el Clasificador, implica que muchas de las patologías atendidas por los profesionales médicos figuren en renglones “sin clasificar”, lo que requiere de una instancia de revisión y clasificación posterior. Esto, además de incidir en los costos que inevitablemente conlleva cualquier reproceso, implica demoras y falta de registro del propio médico.

Como aspectos generadores, de dicha falta de clasificación por parte del médico, en el momento de la consulta, se pueden citar desde desconocimiento parcial del detalle del Clasificador, hasta la carencia de tiempo disponible para la atención, debido a la gran

cantidad de usuarios que recurren a consulta. Este aspecto se ve profundizado en ciertos servicios de alta demanda, como lo es el servicio de emergencia.

AMENAZA:

- Deficiente compilación de información por parte de ASSE

La amenaza está configurada por la integración o compilación que puede verse afectada a nivel de ASSE. Debido a que ASSE configura una red de distintas instituciones prestadoras de servicios de salud y de distintas especialidades, el hecho de no utilizar un clasificador único (el cual preferentemente debe ser el de uso internacional), dificulta la compilación de la información para obtener datos a nivel integral de ASSE.

Esta información, que fundamentalmente tiene una finalidad estadística y comparativa, es necesaria administrarla con un lenguaje único, que permita la adecuada compilación y evitando siempre cualquier tipo de instancia de reproceso de la información.

19) Implementación de un sistema de Historia Clínica digital.

FORTALEZAS:

- Reconocimiento de la conveniencia de la implementación de la misma, incluso desde el punto de vista de ahorro de costos.

- Existencia de Departamentos de Registros Médicos que cuentan con el profesionalismo y dedicación exclusiva requerida para su implementación.

Existe a nivel jerárquico un conocimiento de las ventajas que puede brindar la implementación de un sistema de historia clínica única y digital a nivel del Centro Hospitalario.

Se reconoce que configura un elemento de seguridad en cuanto a la información médico asistencial del paciente, a la vez que puede significar una reducción sensible en los costos de administración de los archivos.

Los dos hospitales que conforman el Centro Hospitalario cuentan con un Departamento de Registros Médicos propios, en los cuales se disponen de recursos humanos con la capacitación técnica requerida para el manejo de este tipo de información. La digitalización de las historias clínicas, sólo configuraría la informatización de parte de sus actuales funciones y tareas.

OPORTUNIDADES:

- Reducción de costos. Información asistencial compilada, segura, integra y en tiempo real.

Como oportunidad, debe destacarse la sensible reducción de costos que implica el establecimiento de la Historia Clínica Digital (o electrónica), independientemente de la inversión inicial que requiera su implementación.

La eliminación del soporte papel de todas las actuaciones médicas, estudios, análisis, etc., la eliminación de la necesidad de instalaciones edilicias adecuadas para mantener

en condiciones los respectivos archivos, la reducción del personal necesario para el mantenimiento de los mismos, son todos aspectos que influyen directamente en una reducción considerable de costos. Como ejemplo, puede citarse que la emisión de resultados de estudios de Radiología, Resonancia y Tomografía por vía electrónica, configura una notable reducción de costos, en cuanto a películas (placas) y los reactivos necesarios para su revelación.

Otra oportunidad, está configurada por la reducción de tiempos que puede alcanzarse, especialmente en referencia a la disposición on-line y en tiempo real, de estudios de laboratorio o resultados de estudios, que debido a la existencias de distancias geográficas, hoy en día, requieren de cierto período (aunque sea mínimo) de envío de los resultados en soporte papel.

DEBILIDADES:

- **Existencia de historias clínicas particulares de cada servicio y de cada paciente atendido. Coexistiendo con la historia clínica administrada pro Registros Médicos.**
- **Carencia de recursos financieros para afrontar los costos de implementación de un sistema de HC digital.**

La principal debilidad que se enfrenta y que actualmente está en vías de mejora, es la implementación de un sistema de historia clínica única, requisito previo a la informatización de la misma.

La carencia de recursos financieros necesarios para afrontar los altos costos en tecnologías de información, conectividad, equipos informáticos y de recursos humanos capacitados, necesarios para la implantación de dicho sistema, es otro factor de debilidad que actualmente se evidencia.

AMENAZAS:

- **El Factor cultural, tanto de los integrantes de la organización, así como por parte de la población usuaria de sus servicios.**
- **Limitaciones impuestas por la normativa legal al respecto.**

El principal factor que se percibe como amenaza al éxito de la implementación de un sistema de Historia Clínica Digital, es el factor “cultural”.

En Uruguay, está culturalmente establecido que la confiabilidad y disposición de la información médico-asistencial se documenta a través de informes (HC, resultados de estudios, de análisis de laboratorio, etc.) en soporte papel y con sello y firma. Esta expresión cultural de obtener los comprobantes de los estudios realizados, alcanza su máxima expresión al solicitar y mantener los pacientes, las películas (placas) que se revelan en ciertos estudios, como es el caso de estudios radiológicos y de tomografías.

Otra amenaza a la implementación de un sistema de este tipo, es la existencia de normativa legal, implícita en la legislación nacional, que obliga a mantener la información médico-asistencial de los pacientes, en determinadas condiciones y por un período de tiempo determinado. A pesar de ser subsanable, requiere de los procedimientos legislativos necesarios para cambiar dichas requisitorias.

PARTE III

ANÁLISIS

***CAPITULO 2: Adaptación del sistema actual a las
necesidades planteadas***

2 - Adaptación del sistema actual a las necesidades planteadas

La actualidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, muestra una diversidad de sistemas de información, cada uno de los cuales, ha sido desarrollado para cubrir las necesidades parciales del manejo de determinado tipo de información, de cada servicio o sector en particular.

Los sistemas que en líneas generales se evidencian se distinguen en principio por el tipo de información que administran.

Es así que existen sistemas para la administración de:

- Información y procedimientos de compras: la información administrada es la referente a las solicitudes de compra y a la identificación y selección de los proveedores.

- Información sobre Gastos o Pagos: existe un sistema informático establecido para las instituciones del Estado por el cual se administran los pagos y los gastos de cada ejercicio económico.

- Información sobre Cantidades: esta información refiere a la administración de los stock en cantidades (no en valores), atendiendo también aspectos de solicitudes, entregas, stock, requerimientos de nuevas compras, entre otros (por ejemplo de ítems tales como: medicamentos, material médico quirúrgico, suministros, reactivos y oxígeno).

- Información sobre disponibilidad y registro de recursos humanos: en particular se administra toda la información referente a este factor productivo. En este caso se abarca desde el registro y control de asistencia, hasta los aspectos de contratación y de dotación de personal existente en los distintos servicios o sectores. Debe destacarse que el costo de este recurso, dependiendo de la fuente de financiamiento que posean, es administrado conjuntamente con la información sobre gastos, en un nivel de administración financiera.

- Información sobre identificación de los usuarios: si bien existe a nivel central de ASSE el Centro Nacional de Afiliaciones, en varios de los servicios y sectores del Centro Hospitalario, se crean registros particulares de los usuarios que son recibidos en cada sector. La utilización de sistemas informáticos particulares para cada servicio, requiere de dicha identificación de usuarios la cual es realizada en la medida que el paciente concurra a consulta, retire medicamentos o se realice estudios.

- Información sobre disponibilidad de atención: es la información referente a la disponibilidad de consultas y agenda de turnos, para las diferentes especialidades médicas que se atienden. También debe incluirse dentro de este tipo de información, las disponibilidades de camas de internación en los distintos pisos y en ambos hospitales.

- Información Asistencial: es la recabada y administrada a través de los correspondientes departamentos de Registros Médicos de cada uno de los Hospitales que integran el Centro. Esta información es de carácter médico asistencial y refiere a la

información propia de cada paciente, incluida en la historia clínica. Como se expresó con anterioridad, el desarrollo de los servicios ha permitido la creación de instancias de registro parciales en determinados servicios o sectores del Centro.

- Información sobre Costos: este tipo de información es desarrollada en función de los requerimientos exigidos por ASSE a cada una de sus unidades asistenciales dependientes. ASSE utiliza la misma para cumplir con los requisitos del organismo de contralor (SINADI), como corresponde a cualquiera de los prestadores de asistencia de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud. En particular este tipo de información requiere de una instancia de compilación de información de gastos y pagos, con la información de producción de cada sector. Ello es necesario para realizar la distribución tanto de los costos fijos como de los indirectos, los cuales son distribuidos a cada Centro de Costos a través de los criterios citados precedentemente.

Corresponde destacar, que existen instancias de coordinación de servicios asistenciales en las cuales participan representantes de las distintas Direcciones del Centro Hospitalario. El mecanismo más utilizado son las reuniones, en ellas se coordinan los aspectos técnicos, financieros y estratégicos de atención, en función de las expectativas de demanda que se prevean.

De lo anteriormente planteado, debe resumirse que:

- Existe una diversidad de sistemas de información.
- Los mismos atienden necesidades particulares de información de cada sector o servicio.
- En otros casos, atienden la administración de determinados tipos de información de varios servicios.
- Tienen como base distintos tipos de soportes de información y sistemas informáticos específicos para tales fines. En el caso de los sistemas informáticos utilizados, existen desde versiones comerciales de proveedores privados, hasta software desarrollado internamente, y otros a nivel de ASSE.
- No existe una comunicación directa entre los distintos sistemas. En el caso de los sistemas informáticos, requieren de la emisión de información en soporte papel o planillas electrónicas, ya que no se han desarrollado en profundidad interfaces que permitan la comunicación de la información entre los distintos sistemas.
- En particular, existen sistemas informáticos, que ofrecen buenas y probadas prestaciones con respecto a cierto tipo de información específica (SIIF, Winfarma, Modulab Win, Lotus Notes, Sistema Afiliaciones de ASSE).
- No existe un sistema que combine simultáneamente la administración de información de costos (en la determinación de cantidad por precio) y de producción (consultas, estudios, análisis realizados). Para obtener los indicadores correspondientes se requiere de instancias de confrontación de dicha información y la determinación de criterios de asignación y distribución de los costos que no son directamente asignables al paciente.

No obstante a la “parcialidad” anteriormente planteada, se ha desarrollado el Sistema de Gestión en Salud, que configura un sistema informático que pretende integrar a los distintos servicios o sectores que tenga cualquier institución de salud dependiente de ASSE. A través del mismo, se persigue el objetivo de lograr la administración de varios de los tipos de información que se describieron, en particular: identificación de

usuarios, administración de agenda de turnos y citas, disponibilidad y ocupación en los sectores de internación, administración de las historias clínicas, así como demás información médico asistencial de cada paciente identificado. Este sistema, está integrando las distintas policlínicas, emergencias, algunas salas de internación, laboratorios y servicios donde se realicen estudios médicos.

En suma, las necesidades parciales y específicas de información están siendo cubiertas a través de sistemas y recursos desarrollados para tales fines. Para cubrir las necesidades globales de información, a nivel de cada Hospital, Centro Hospitalario e incluso de ASSE, es necesario la compilación de la variada información disponible.

Un aspecto no contemplado en cuanto a la utilización de la información para la gestión es la indeterminación de Centros de Responsabilidad.

La definición de Centros de Costos a nivel del CHPR y la acumulación de uno o más servicios o sectores que los componen, sumado a la inexistencia de un manejo de información conjunta de costos y producción, no permiten una evaluación del desempeño administrativo financiero de un Centro de Responsabilidad.

Dichos Centros de Responsabilidad deberían conformarse por uno o más Centros de Costos, cada uno de los cuales contaría con un responsable para la gestión del mismo, que realizaría la correspondiente evaluación en función de la eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos planteados. Estos objetivos pueden medirse en relación a la cantidad de producción lograda, en comparación con la cantidad de recursos consumidos (financieros, humanos, materiales y suministros).

Para una eficaz gestión y posterior evaluación de un Centro de Responsabilidad, es necesario que se pueda administrar información conjunta de costos y de producción. En particular, la información de costos requiere de una identificación directa con el paciente que es objeto de la "producción" (atención médica o clínica). En tanto, es necesario determinar criterios de asignación y distribución de los costos fijos o comprometidos, los cuales no son asignables directamente a un paciente. De la idoneidad del criterio de asignación, dependerá en parte, la gestión y la evaluación, que del responsable se pueda realizar.

Otro aspecto que corresponde destacar, es que está en proceso de implementación un sistema de Contabilidad Patrimonial, el cual pretende centralizar a nivel de ASSE la información Patrimonial de todas sus unidades dependientes en particular y de ASSE en general.

Finalmente, cabe destacar que el actual manejo de información no permite determinar un costo por paciente a través de la identificación del paciente y la asignación directa de sus costos insumidos. Lo que se puede obtener al respecto con la información disponible, es un indicador promedio del costo de las atenciones de los diferentes sectores, servicios o salas de internación. Esta estimación, se ve influenciada por la asignación de costos indirectos que se realicen y sus criterios de base. Por ende, es aún más difícil la determinación de un costo por patología, lo que requiere además de la información de costos, la correcta identificación y asignación de los mismos al paciente y a su patología.

PARTE III

ANÁLISIS

CAPITULO 3: Propuesta del sistema de información teórico, más adaptable a las necesidades planteadas

3 - Propuesta del sistema de información teórico mas adaptable a las necesidades planteadas

En función del análisis realizado hasta este capítulo, se pueden definir dos aspectos, uno referente a la **gestión de costos** mas adecuado a este tipo de institución, y el otro referente a los **sistemas de manejo de información** médico asistencial y de identificación de pacientes.

Con respecto a **costos**, es necesario lograr una asignación de los **costos variables** directamente al usuario destinatario, para ello debería considerarse exclusiva y específicamente los costos que puedan identificarse con dicho paciente, dejando de lado - en principio - determinado tipo de costos fijos o indirectos, los cuales requerirán de un tratamiento en particular.

El paciente tendrá asignada una Orden de Compra, a la cual se le irán cargando todos los costos que realmente insuma su atención. Para ello es necesario, por un lado identificar claramente las cantidades y costos incurridos en la atención, así como la identificación clara e inequívoca del paciente.

En cuanto a **costos fijos e indirectos**, se consideran como tales a los costos de infraestructura, y otros que en principio no son asignables a la Orden de Compra del paciente. Como ejemplo de esta última situación, puede citarse el gasto en recursos humanos, el cual es asignado a cada sector o servicio en particular.

Además de la identificación clara de los costos incurridos, estos requieren de la definición de criterios idóneos de distribución, los cuales deben estar basados específicamente en el tipo de recurso que se pretende distribuir, y en la medición fidedigna de su real utilización.

Otro aspecto a considerar son los **costos comprometidos** (según el planteo de Kaplan y Cooper detallado en el capítulo 2 de la Parte I), por los cuales ciertos recursos que en principio aparecen como fijos por determinado periodo de tiempo, pueden llegar a modificarse en mas o en menos, tanto en cantidades como en valores. Esta consideración brinda un aspecto de flexibilidad a un costo que en principio pareciera no serlo.

La asignación de estos costos comprometidos también requiere de ciertos criterios, los cuales pueden ser revisados con mayor asiduidad que los costos fijos, de tal forma que pueda ajustarse la disposición de los recursos de acuerdo a las necesidades y los costos incurridos. Permitiendo que se puedan cambiar las cantidades, los precios y criterios de distribución, si fuera necesario.

Respecto a **costos directos**, se entiende que son aquellos asignables directa e inequívocamente al paciente. Tal es el caso de medicamentos, materiales médicos, recursos materiales, entre otros. Estos costos se incluyen en la Orden de Compra correspondiente a cada paciente, y así se podrían determinar el costo de atención de dicho paciente, y con un mayor nivel de complejidad y especificidad determinar el costo por patología atendida.

La utilización de estos costos directos, es factible de determinarse en cantidades y en valores, y no requieren de ningún criterio de asignación, es suficiente con la identificación del paciente o beneficiario.

Haciendo referencia a los **costos indirectos**, estos son del tipo de costos fijos o comprometidos, no siendo posible la asignación directa al paciente o a su Orden de Compra. En general, son asignados a distintos servicios o sectores donde son utilizados para la atención brindada al conjunto de pacientes que asisten.

El criterio de asignación de costos indirectos debe fundamentarse en el tipo de recurso que se este costearo, y en la unidad de medida que mejor se adapte a una distribución basada en la utilización real del mismo.

Posteriormente, el costo total incurrido por cada servicio o sector al cual ha sido asignado, se distribuye a la Orden de Compra de cada beneficiario, a través de un promedio simple realizado como el equivalente del total de recursos insumidos, dividido la cantidad de pacientes atendidos.

Con respecto a los sistemas de manejo de información médico asistencial y de identificación de pacientes, es necesario intentar superar las limitaciones planteadas por la diversidad y parcialidad de sistemas de información existentes.

Los sistemas de información deben intentar compilar información sobre:

- 20) Costos en valores y en cantidades,
- 21) Identificación de pacientes,
- 22) Información médico asistencial (incluida en la Historia Clínica),
- 23) Identificación o registro de los distintos servicios o sectores donde se presta la asistencia,
- 24) Tipo de recurso utilizado en la atención,
- 25) Centros de costos y responsables de la gestión de dichos centros.

Es necesario un sistema que compile la información correspondiente a todos estos aspectos mencionados.

Un sistema integrado de gestión requiere de un desarrollo informático que sea capaz de integrar, en distintos módulos toda la información anteriormente detallada. Estos módulos es necesario que sean administrados por cada servicio o sector que específicamente maneje un determinado tipo de información. Por ejemplo solo el servicio de Afiliaciones, sea el que pueda ingresar y dar de baja a los usuarios. Asimismo es necesario que los demás módulos tomen la información ingresada por otros módulos solo como un dato, permitiéndosele únicamente la consulta, sin posibilidad de poder realizar modificaciones. Este aspecto se logra en un sistema integrado de gestión a través de la definición de distintos niveles de usuarios con su correspondiente accesibilidad. Los sistemas integrados de gestión adecuadamente desarrollados, permiten la administración por medio de una base de datos única, de toda la información contemplando aspectos de integridad, oportunidad, claridad, selectividad, periodicidad, uniformidad, accesibilidad, y confiabilidad.

Con respecto a la información de costos correspondiente, es necesaria la correcta identificación de los recursos empleados con una adecuada descripción de cantidades y precios. También de la fuente u origen de los recursos en general, identificando el destino de los mismos relacionándolo al sector o servicio, y al paciente o beneficiario.

Esta información de costos, debe permitir la emisión de informes con los datos necesarios para la determinación de los costos incurridos en la atención al paciente y la definición de los posibles precios a cobrar por el servicio prestado.

Otro aspecto a considerar, es poder obtener la información necesaria para evaluar el costo real insumido, respecto a lo que se considera un costo estándar u óptimo de la atención, lo que puede estar representado a través del protocolo médico valorizado.

Esta determinación de costos, sirve como base para la determinación del resultado económico que pueda evidenciarse a través de la contabilidad patrimonial. El sistema de contabilidad patrimonial permitirá una gestión integral a nivel del centro hospitalario sobre la situación económica-financiera y patrimonial.

Con respecto al manejo de cantidades en un sistema integrado de gestión, corresponde destacar la factibilidad de un manejo centralizado de los recursos en cuanto a carencias y existencias, y también la determinación de requerimientos de compras, en función del stock disponible, y de las perspectivas de demanda de servicios asistenciales que se prevean.

Otro aspecto importante, para la adecuada administración del sistema integrado, como para la correcta asignación de recursos, y la correspondiente prestación de servicios, es la identificación única e inequívoca del paciente. Esto permitirá la asignación adecuada de los recursos insumidos y su costo a cada paciente, lo que se estima como un óptimo para la gestión mínima de un centro de salud (costo por paciente).

Una alternativa al establecimiento de un sistema integrado de gestión, sería la integración de los sistemas informáticos que se consideren funcionales, a través de interfases informáticas que atiendan correctamente todos los aspectos inherentes a la seguridad y confiabilidad, necesarios para la emisión de información útil para la gestión.

PARTE IV

*CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES*

Conclusiones y Recomendaciones

En base a lo anteriormente desarrollado en el presente trabajo, se pueden resumir las siguientes conclusiones y recomendaciones. Las mismas abarcan los aspectos de costos, sistemas de información y otro tipo de recomendaciones a sugerir.

Estas recomendaciones se fundamentan en el desarrollo teórico realizado de las distintas partes, en el trabajo de campo realizado a través de las entrevistas, con varios de los representantes de los distintos servicios o sectores, y en base a un análisis crítico mediante la confrontación de la realidad práctica evidenciada y el análisis teórico.

El planteo propuesto para el análisis de los costos en esta Institución de Salud en particular, es determinar como mínimo un costo por paciente. De este modo se asignan directamente a cada paciente, los costos variables y a través de determinados criterios de distribución los costos fijos y/o comprometidos.

Costos variables

En la situación actual, los costos variables no están pudiéndose identificar en forma adecuada, debido a que se manejan con información de cantidades y no con su correspondiente información de valores.

Muchas veces, se tiene conocimiento de las cantidades que insume la atención de pacientes, por lo que pueden asignarse directamente, pero los costos no son ingresados al sistema. La información de costos se resume en cantidades gastadas para la atención de pacientes en particular, requiriéndose de instancias de confrontación de los costos en cantidades consumidas y sus valores, para la obtención de un costo variable por paciente.

Por ejemplo el caso de las resonancias magnéticas, en las cuales se lleva registro de las cantidades de películas utilizadas, identificándolas con el paciente que ejecuta dicho gasto, pero la información sobre el costo de las mismas se maneja a nivel del sector de Farmacia que es quien realiza los procedimientos de compra.

Debe tenerse en cuenta con relación a lo anteriormente planteado, que existen en distintos servicios y sectores sistemas informáticos específicos que permiten el manejo combinado de información de precios y cantidades, así como la identificación del paciente beneficiario, prestaciones que actualmente no están siendo explotadas a un nivel óptimo. Tal es el caso del Winfarma (Farmacia), Modulab Win (Laboratorio), Software del equipo de resonancia magnética.

Como recomendación, puede plantearse que además de ser ingresados los datos a dicho sistema sobre cantidades y usuarios beneficiarios, también se ingrese la información sobre valores de los distintos recursos utilizados.

Es necesario registrar en los correspondientes sistemas informáticos utilizados, las cantidades de recursos ingresados (material médico, medicamentos, placas) y sus correspondientes precios, independientemente de la fuente de financiamiento que los mismos tengan. De esta forma, se podrá explotar la potencialidad de dichos sistemas para emitir la información de costos incurridos en la atención del paciente ambulatorio.

Otro aspecto necesario para la asignación de estos costos variables por paciente, es la extensión e implantación total del sistema de Unidosis a todos los sectores de internación del Centro Hospitalario, para conocer mediante dicho sistema el costo de los medicamentos suministrados a los pacientes internados.

Se recomienda extender la utilización del sistema Winfarma, o uno de similares prestaciones, a Almacenes u otros sectores donde puedan identificarse: paciente, servicio, cantidades y valores. Esta extensión, permitiría que otros costos que en principio están siendo considerados como indirectos (y se utiliza una base de distribución), podrían pasar a ser directamente asignables a un paciente. Tal es el caso de costos de alimentación y lavado de ropa, de los familiares de niños internados en CTI que se alojan en los Hogares de Padres también Hogar de Madres de niños prematuros internados.

Con respecto a la asignación del costo variable al paciente, es recomendable considerar un sistema de Costo por Orden vinculable directamente con el paciente. Cada paciente representa una Orden de Producción a la cual se incluyen todos los costos referentes a su atención.

Otro aspecto a considerar, es que quien oficia como “Ordenador del gasto” es el médico tratante que por medio de la receta médica (documento que inicia el procedimiento de ejecución de un gasto) ordena un costo que puede ser claramente identificado con dicho paciente. Al completar correctamente la receta médica se obtiene información sobre: nombre completo, número identificador, fecha, médico indicante, servicio de donde se expide la receta (sello de farmacia), detalle del medicamento, estudio o procedimiento a realizar al paciente. La receta es el vehículo que permite la vinculación entre el gasto y el paciente.

Costos fijos

Para el caso de los costos fijos, actualmente la información en valores es administrada a través de los sistemas de gastos y pagos que se manejan a nivel de administración financiera. Generalmente quienes reciben los beneficios de estos costos, no contemplan el gasto incurrido.

Estos costos fijos tienden a ser continuos en cuanto a su utilización, aunque sus valores difieran a lo largo del ejercicio económico.

Como recomendación, debe plantearse la necesidad de verificar el costo real incurrido, el sector o servicio destinatario de este gasto y la definición de un criterio de asignación, que sea técnicamente idóneo para reflejar la utilización del mismo.

Por ejemplo, el gasto en consumo telefónico no debería realizarse en función de terminales telefónicas instaladas, sino mediante la información que se pueda obtener por medio de la central telefónica de las llamadas realizadas desde los distintos internos.

Costos comprometidos.

Del planteo de costos comprometidos, detallado en el Capítulo 2 de la Parte I, se concluye que el mismo es apropiado para el tratamiento del factor productivo Recursos Humanos.

El Recurso Humano a un nivel institucional (a nivel de Centro Hospitalario) mantiene una posición de costo fijo, por ser el CHPR una dependencia del Estado y estar sujetos al régimen de inamovilidad del funcionario público. En tanto que a nivel de servicio o sector, es adecuado considerarlo como un costo comprometido en el corto plazo, por lo que en un período mayor de tiempo, este recurso puede variar por el hecho de ser dado de baja o transferido a otro servicio del Centro Hospitalario. Esta movilidad tendría su fundamento en los requerimientos asistenciales de los distintos sectores o servicios.

Con respecto a los RRHH es necesaria la correcta identificación del costo incurrido y del servicio en el cual se desempeña. Como recomendación, es necesario que cada servicio identifique con exactitud la cantidad (en horas) de RRHH utilizado. Para ello dada la movilidad que existe de funcionarios entre servicios, no es suficiente con el habitual registro de entrada y salida al CHPR; sino que es conveniente plantear algún método de registro del horario cumplido en los distintos servicios. Dado que existe un sistema informático de registros de asistencia (que actualmente está en proceso de implementación y mejora) mediante identificación de huellas dactilares y reconocimiento facial, es conveniente extender los puntos de identificación (terminales de este sistema) a los distintos servicios, de forma tal que el mismo sistema pueda obtener registro de ingreso y egreso de cada funcionario a cada servicio.

En el entendido de que el gasto en RRHH es uno de los mas significativos dentro de la estructura presupuestaria de las Instituciones de Salud en general y extrapolando esta consideración al CHPR, se entiende que todo esfuerzo ha realizarse para la identificación del “consumo real” de este recurso en cada sector o servicio es trascendente.

Dentro del RRHH asignado a cada servicio, es necesario identificar las distintas categorías funcionales. Para el caso de los funcionarios asistenciales, la asignación del gasto debería realizarse en principio al servicio en que se desempeñan, y luego a los pacientes atendidos en dichos servicios. El costo unitario promedio hallado se asigna a la Orden de Producción de todos y cada uno de los pacientes atendidos.

En cuanto al personal administrativo, dada la menor movilidad que este recurso tiene, puede ser considerado como costo fijo, por lo que la distribución de su gasto debe realizarse en función del total de pacientes atendidos. Debería asignarse a cada paciente el equivalente al costo total de este recurso dividido la cantidad de pacientes atendidos.

Costos Directos

Con respecto a los costos directos, se plantea una consideración de los mismos como una forma de asignación de los costos variables. De esta forma, se entiende que los costos identificados como variables deben ser asignados directamente al paciente y en función del consumo real que el mismo realizó, pues estos costos serán la base fundamental de la determinación del costo por paciente.

Esta asignación de costos, no solo debe realizarse identificando cantidades consumidas, sino que es necesario obtener información de los costos en valores. Como principal utilidad, permitiría identificar un costo por paciente. Otro beneficio que representa, es que con el transcurso del tiempo, la identificación de los costos variables directamente asignados, permitirá citar precedentes en cuanto al costo de atención de los pacientes, y se podrán fijar estándares que oficiarán de punto de comparación.

Es necesario para una correcta asignación directa de costos variables, la fidedigna identificación de los mismos, ello requiere de la identificación clara de cantidades consumidas y de los valores reales de los recursos utilizados, tratando de evitar estimaciones. Como recomendación referente a este último aspecto, es necesario mejorar los sistemas de identificación de los recursos insumidos y sus valores. Por ejemplo en el caso de Farmacia, es recomendable la identificación de los medicamentos a través de códigos de barras y la utilización de los escaners disponibles en el sector, así como extender el uso de este sistema a el resto de los recursos materiales.

Otro de los costos, que se recomienda asignar directamente, son los considerados costos comprometidos del personal médico y técnico asistencial, para los cuales el SGS permite identificar inequívocadamente al paciente ambulatorio atendido (en policlínicas especializadas y emergencias). En el caso de que la atención se brinde en los sectores de internación, el costo de estos profesionales deberá asignarse indirectamente.

Costos indirectos

Esta forma de asignación de costos, es recomendable de utilizar, para aquellos costos que fueron definidos como fijos. Es necesario identificar los costos fijos para cada servicio o sector con el mayor grado de detalle posible y plantear la asignación de la cuota parte correspondiente a cada paciente, mediante la consideración del total de pacientes atendidos en un determinado periodo de tiempo. Este mismo tratamiento se plantea como aconsejable, para aquellos costos variables que no puedan ser asignados directamente al paciente; en cuyo caso estos costos se asignan a los sectores o servicios, y finalmente al paciente de forma indirecta.

Una última consideración, es la referente a la definición de los criterios base para la distribución indirecta de los costos a los pacientes. Estos criterios deben ser definidos con idoneidad técnica, directamente vinculada a la unidad de medida del recurso o factor que se pretenda distribuir. Deben atenderse los criterios propuestos por ASSE en el Manual de Costos, realizado por la división Costos de ASSE. Por ejemplo, los costos

de infraestructura edilicia deberán distribuirse en principio, a cada sector a través de la unidad de medida metros cuadrados ocupados.

Sistemas de Información.

En cuanto a sistemas de información es necesaria la reducción de la desintegración y diversidad de los mismos. La integración de los sistemas debe lograrse a través de la utilización del Sistema de Gestión de Salud y la extensión del mismo a todos los sectores donde actualmente no se utiliza. Debido a sus prestaciones respecto a la información asistencial, este sistema debe ser utilizado en todos los sectores donde se registre atención de usuarios. Específicamente es necesario extender su utilización a todos los sectores de internación, a todas las policlínicas y a los servicios de emergencias.

En base a lo anteriormente citado, es recomendable discontinuar definitivamente la utilización de otros sistemas de registro de pacientes internados, como son el Nobel y el PediaSis, y extender la utilización del SGS.

Teniendo en cuenta los distintos módulos que componen el SGS, es necesario además la utilización y la mejora en las prestaciones de los módulos destinados a la administración de estudios especializados, definiendo que en los mismos se permita, además del registro de atención de los pacientes, la administración de los recursos utilizados en cantidades y precios. Como por ejemplo en los servicios de resonancia y tomografía.

Con respecto al manejo de la agenda de citas y turnos de consultas, también es necesaria la generalización del uso del SGS, fundamentalmente por las destacadas prestaciones que permite para la administración de la información referente a consultas: médicos, cantidad de pacientes a atender, turnos, días, horas.

Otro sistema que debe utilizarse en forma integrada y como único medio de identificación de usuarios, es el Sistema del Centro Nacional de Afiliación de Usuarios de ASSE. Debe generalizarse el uso del Módulo Consultas en todos los sectores o servicios en donde se requiera la identificación del paciente, evitando registros en bases de datos de usuarios de otros sistemas que se usen en forma paralela. Como alternativa, a lo anterior, puede plantearse la exportación de la base de datos de usuarios del Sistema de Afiliaciones por intermedio de una interfase, para que sea utilizado por otros sistemas paralelos, de forma tal que se cuente con una base de datos única de usuarios. Esta exportación de datos, requiere de una periodicidad lo suficientemente breve que permita una asimilación a la administración de información en tiempo real.

En cuanto al Sistema Integrado de Información Financiera, puede concluirse que además de ser un sistema de uso obligatorio para esta Institución por ser dependiente del Estado, permite la eficiente administración de la información económica financiera de la institución. Es recomendable tener en cuenta la información emitida por este sistema dada su alta confiabilidad e instancias de contralor que requiere. Este sistema de pagos también es el más recomendable de utilizar para la gestión de los sistemas y procedimientos de pagos.

En referencia al sistema de compras, es necesario atenerse a los procedimientos de compras para una Institución del Estado (licitaciones de UCAMAE, de UCA, compras directas y los diferentes tipos de licitaciones). Particularmente, es conveniente la creación y mantenimiento actualizado de una base de datos de proveedores, que permita un contacto directo y referencias de compras a los mismos (legajo de proveedor: precios, plazos de entrega, cumplimiento, garantías, servicio técnico).

Con respecto a un sistema informático, se recomienda la implementación de un software específico para administración de procedimientos de compra, de forma tal que se maneje en forma íntegra y segura toda la información referente a compras, garantizando desde la selección del proveedor, hasta la emisión de la orden de compra correspondiente.

Con respecto al sistema de procesamiento y emisión de información médico asistencial, se concluye que los servicios especializados que deben encargarse de la administración de dicha información, son los departamentos de Registros Médicos de cada Hospital. Dichos departamentos deben ser quienes recopilen y procesen los datos, administren la información y la emitan directamente para el cumplimiento con los requisitos de contralor, así como otra información para la gestión.

Una excepción al postulado de integridad de sistemas, es la utilización en el Laboratorio del sistema que actualmente está en uso (Modulab Win) u otro de similares prestaciones. La utilización de este sistema tiene su justificación en la comunicación que permite con el equipamiento de análisis clínicos utilizados en el laboratorio; este aspecto es la principal ventaja que tiene el sistema Modulab Win, con respecto al módulo laboratorio del SGS. Otro aspecto a resaltar del sistema actualmente utilizado, es que permite la emisión de información de los análisis clínicos en un formato apto para su integración a una Historia Clínica Digital, que pueda implementarse de futuro.

Otra excepción a la integridad de sistemas sugerida hasta el momento, es destacar y profundizar la utilización de las prestaciones brindadas por el sistema actualmente utilizado por Farmacia (Winfarma), u otro de similares prestaciones. Es recomendable reformular el pliego de condiciones de la licitación de medicamentos que se realiza a través de la UCAMAE, obligando a la identificación de medicamentos mediante códigos de barra, para que mediante escaner pueda darse ingreso y gestionarse el stock.

Este sistema informático tiene mejores prestaciones que el Módulo Farmacia definido en el SGS, por lo cual es recomendable su utilización. En la medida de lo posible, dada la amplitud de rubros que permite administrar este sistema (Winfarma), es recomendable extender su utilización al servicio de Almacén Central quien también administra stock.

El aspecto a corregir, tanto respecto al Winfarma como al Modulab Win, es evitar el registro particular de los usuarios que actualmente se realiza. Por el contrario, es necesaria la consulta a la base de datos de usuarios del Sistema de Afiliaciones o la importación de dicha información del mencionado sistema. La idea fundamental, es evitar otra instancia de registro del mismo paciente.

Un aspecto complementario a la utilización del sistema Winfarma, es la implementación extensiva en todos los sectores de internación y emergencias del CHPR, del sistema de Unidosis. La implementación conjunta de ambos sistemas brindará una mayor seguridad al paciente asistido, así como, una sensible reducción en los costos por consumo de medicamentos, debido a que configura un aprovechamiento mas eficiente de los mismos.

El establecimiento del sistema de Unidosis permitirá la eliminación del sistema de Economatos existente. Esto permitirá la mejor administración de los stocks de medicamentos, evitando: vencimientos, manejos en inadecuadas condiciones de asepsia, diferencias de stock y procedimientos de compra innecesarios.

Otras conclusiones y recomendaciones.

Es necesario mejorar la dotación de Recursos Humanos, a través de la **capacitación** continua de los recursos existentes y la contratación de personal especializado, en la medida de las necesidades de cada servicio. Dentro de la capacitación necesaria, debe hacerse hincapié en la capacitación en el manejo de sistemas informáticos, de forma tal que se permita una instalación paulatina de estos sistemas para toda la gestión.

Se recomienda con respecto a este factor productivo, la **regularización de los cargos** funcionales, es decir que cada funcionario figure con el cargo que corresponda a la función o tarea que desempeña. Este punto es importante para la determinación del costo que implica y la correspondiente distribución a pacientes o servicios.

Otra conclusión referente al recurso humano, es el papel que juega el **factor cultural** en el desempeño de las funciones. Esto implica muchas veces, resistencias a los cambios y a la incorporación de nuevas tecnologías, por lo que se limitan las posibilidades de mejorar la gestión en todos los niveles del Centro Hospitalario.

Para implementar la mejora en la gestión basada en los sistemas de información, es necesario contar con una dotación de **recursos informáticos** de mejor y actualizada tecnología, atendiendo también los requerimientos de los nuevos software de gestión. Este aspecto es de fundamental importancia, para lograr la integración de los sistemas a través de medios de comunicación que permitan, las transferencias de datos en tiempo real y mantener la base de datos actualizada. Cabe destacar, como se evidencia en el presente trabajo, que se disponen de ciertos recursos informáticos que no están siendo utilizadas a un nivel óptimo.

Una situación que se pudo observar a través del trabajo de campo realizado, es la inconveniente **ubicación de las Oficinas** de: Afiliaciones de Usuarios y de Registro Civil. Se recomienda la relocalización de las mismas, en un lugar más accesible para el público, y cercano a los principales servicios donde se requiere la identificación del usuario, o coincidente con alguno de los principales accesos al CHPR.

Se identificó también como necesidad, la **revisión profunda de bases de valor relativo** utilizadas en las unidades de producción de Laboratorio (UVL) y de Radiología (UVR).

Es recomendable que esta revisión se realice, debido a que los avances tecnológicos y los cambios en los nuevos procedimientos, han determinado que dichas bases no reflejan adecuadamente la realidad. Es importante la correcta determinación de UVL y UVR, ya que influye directamente en la asignación de costos de estos servicios, a través de los análisis y estudios realizados.

Dado el avance tecnológico y el consenso que existe de sus beneficios, y que configura una sensible reducción de costos, se recomienda comenzar a realizar esfuerzos en pro de lograr la implementación de una **Historia Clínica Digital**. Como limitaciones a superar, se tendrá un aspecto cultural, tanto por parte de los funcionarios (necesidad de informatizar los datos existentes) como de los pacientes (habitualidad de contar con los resultados en soporte papel). La implementación de la misma, configuraría una reducción de los costos de mantenimiento de los archivos clínicos en soporte papel, lo que requiere de personal e infraestructura edilicia. Debido a que existe la limitación legal de mantener en dicho soporte, por un periodo de tiempo determinado los registros asistenciales, no es posible acceder al beneficio de reducción de costos en un corto plazo.

Otra conclusión a la cual se arriba, es la inconveniencia del sistema aplicado de administración de medicamentos, con la actual existencia de Economatos. Es recomendable el diseño de un sistema de **reposición de medicamentos basado en la utilización real**. El mismo debe estar fundamentado en dos aspectos, la utilización de un sistema para la administración contable de los stocks; y la realización de recuentos físicos periódicos, para confrontar las existencias reales con las registradas contablemente.

Otro aspecto a recomendar, es la identificación en todos y cada uno de los servicios, de los **recursos limitantes**. Los mismos permitirán un eficiente direccionamiento de los esfuerzos, en cuanto a: disponibilidad, administración, y gestión de dichos recursos.

Se recomienda continuar con el proceso de **implementación de la Contabilidad Patrimonial** a nivel del Centro Hospitalario. La misma tiene fundamental importancia en cuanto a la gestión económica financiera y al reconocimiento de la realidad patrimonial, identificando los valores de activos, y considerando los pasivos existentes.

Se plantea como conveniente, la utilización de un **Cuadro de Mando Integral** como instrumento de gestión; aunque deben tenerse en cuenta las complejidades que presenta su determinación para una institución de salud. El principal beneficio, es que permite determinar indicadores de gestión e inductores de acción que permiten una gestión cercana a la realidad de la institución, con sus objetivos planteados.

Con referencia a los **precios de transferencia**, es aconsejable el establecimiento de los mismos, como forma de coordinación de la transferencia de recursos que existe entre el Hospital Pediátrico y el Hospital de la Mujer. Como esta transferencia es fundamentalmente de las horas de atención de personal técnico y médico, puede lograrse una adecuada definición del precio, salvando las desventajas que este sistema plantea, con respecto a la inclusión en los mismos de ciertos costos fijos (por ejemplo los de infraestructura).

En cuanto a la consideración de los Centros de Costos definidos por ASSE, se concluye que esta definición es inconveniente para la gestión particular de cada hospital, dado que fueron definidos para recopilar la información a nivel del Centro Hospitalario. Es recomendable, la determinación de **centros de costos específicos** para cada hospital, atendiendo a las necesidades de información y gestión de cada uno.

En particular para el Hospital de la Mujer, es necesario definir los centros de costos en función de los **diferentes tipos de Egresos** que en el mismo existen, esto se justifica en que se trata de un centro de tercer nivel de atención y las patologías que se atienden son claramente identificables. En cambio, no ocurre lo mismo en el Hospital Pediátrico, en el cual existe gran diversidad en las patologías atendidas.

Finalmente, como recomendación para un nivel óptimo de gestión, se plantea lograr la determinación de un **Costo por Paciente**, el cual permitiría en principio, la definición del costo de atención de cada paciente, que puede ser utilizado, en caso de ser necesario, como base para el cálculo de un precio a cobrar. Otro aspecto que se resalta, es que permite una comparación entre los costos de atención a pacientes, en distintos periodos de tiempo de la misma institución, así como la comparación con otras instituciones de salud.

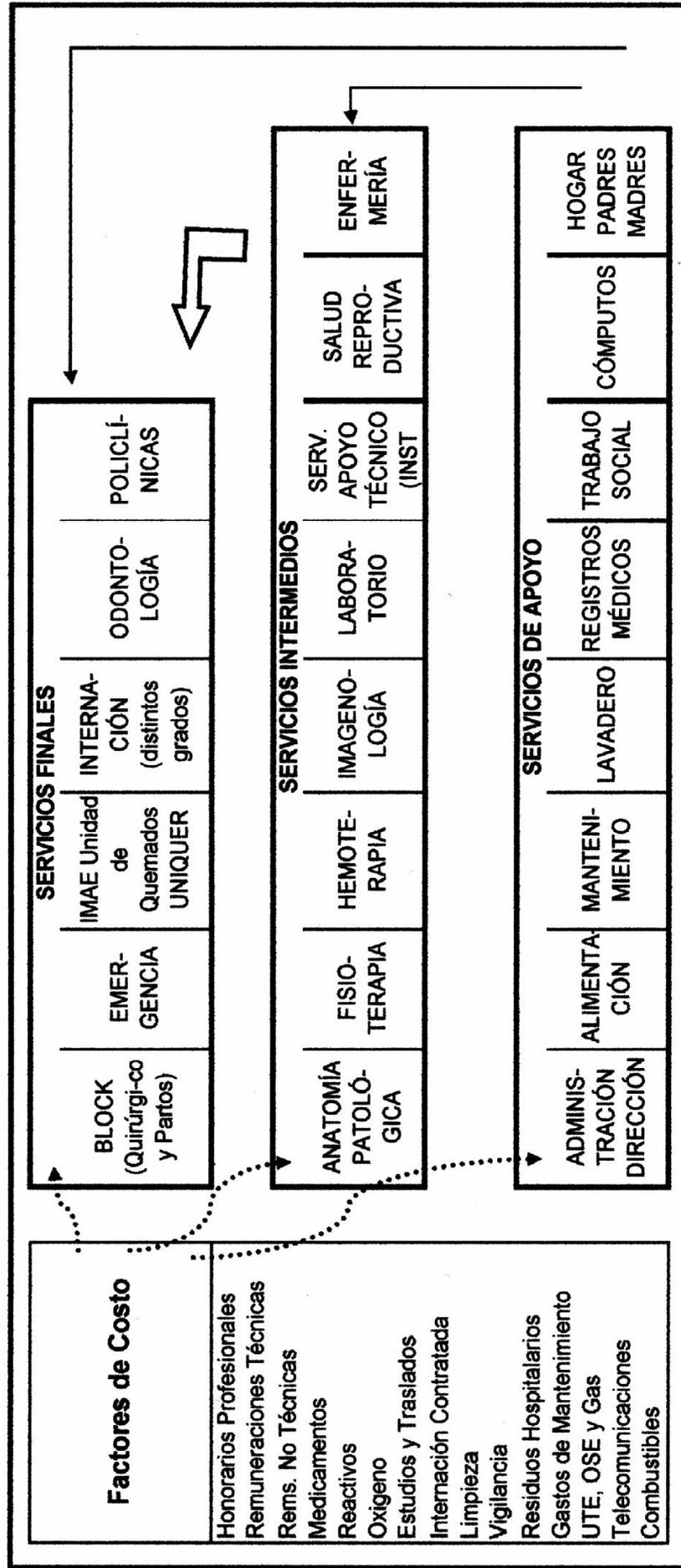
El **Costo por Paciente y Patología**, si bien es el ideal, debe concluirse que en la situación actual del Centro Hospitalario no es factible de lograr su determinación. Debe considerarse que la definición de centros de costos por tipo de egreso, en el Hospital de la Mujer, es conveniente y posible de alcanzar, aproximándose al costo por paciente y patología.

Se estima que llevando a la práctica las recomendaciones planteadas en el presente trabajo, se podrá contar con los mecanismos necesarios para la obtención de información que permita determinar el Costo por Paciente. Configurando este costo el puntapié inicial para lograr el ideal del Costo por Paciente y Patología.

PARTE V

ANEXOS

Esquema de distribución de Costos entre Servicios



SERVICIOS DE APOYO							Total Servicios de Apoyo
CONCEPTO	Alimentación (propio)	Alimentación (contratado)	Lavadero (propio)	Lavadero (contratado)	Intendencia y Mantenimiento	Administración y Dirección	Indeterminado General
RRHH Médicos Rubro 0 (inc Med Familia)							
RRHH No Médicos Rubro 0							
RRHH Médicos Comisión de Apoyo (Local y 068) +							
RRHH No Médicos Comisión de Apoyo (Local y 068) +							
Aportes Patronales RRHH Pagos por ASSE							
RRHH Fictos							
Aportes Patronales Sobre Fictos							
MEDICAMENTOS comprados por la UE							
MEDICAMENTOS recibidos de otras UEs							
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO							
REACTIVOS							
INSUMOS proporcionados por el SNS							
OXIGENO							
TEC. de DIAGNOSTICO Y TRAT CONT. (Estudios y							
INTERNACIÓN (Contratada)							
LIMPIEZA, ALIMENTACION y otros (Contratada)							
VIGILANCIA (Contratada)							
RESIDUOS HOSPITALARIOS							
MANTENIMIENTO, REPARACIONES Y REPUESTOS							
PRODUCTOS Alimenticios, Textiles, Papeleria y							
ENERGIA ELECTRICA							

MANUAL PLANILLA DE DISTRIBUCIÓN DEL GASTO

DIVISIÓN COSTOS DE A.S.S.E.

Ejercicio 2008

Marzo 2009

Oficina PB 08 - Tel. 409 82 89

RESPONSABILIDADES

La Planilla de Distribución del Gasto es responsabilidad del Equipo de Gestión de cada Unidad Ejecutora.

El Gerente Financiero debe aportar los datos de los gastos en pesos totales del período solicitado de la Hoja 3, la distribución de ese gasto por Centro de Costos está bajo la órbita de las demás direcciones.

Aquellos Gerentes Financieros que posean la Gerencia de Centros Departamentales y Auxiliares tienen que informar las cifras anteriormente mencionadas de todos sus Centros.

Es imprescindible que las Direcciones Técnicas y Administrativas gestionen ante sus servicios la obtención de todos los datos restantes solicitados en la planilla. Los mismos deben elevarse al Gerente Financiero en tiempo y forma para poder consolidar la planilla.

Los datos recabados a través de la Planilla de Distribución del Gasto de cada Unidad Ejecutora se consolidan para poder cumplir con la información exigida a ASSE por SINADI del Ministerio de Salud Pública. La no presentación de la Planilla SINADI de Gastos en tiempo y forma podrá ocasionar el no pago de capitas FONASA a ASSE.

FORMATO DE LA PLANILLA

La Planilla está construida sobre la base de un libro excel que relaciona varias hojas entre sí, generando una última hoja en la que se obtienen valores relativos a los costos hospitalarios.

Esta Planilla no debe sufrir modificaciones de forma, es decir las Unidades Ejecutoras no podrán insertar hojas, líneas, ni columnas en las mismas, así como tampoco cambiar fórmulas.

En el caso que la UE requiera por su complejidad adaptar la planilla, solicitará los cambios necesarios de modo formal a la División Costos.

En todas las hojas sólo se completará las celdas de color verde claro.

Hoja 1 - DATOS BÁSICOS (Equipo de Gestión)

- Completar el nombre de la Unidad Ejecutora y el período al que corresponden los datos de la planilla.
- Colocar 1 (uno) en la columna “C” cuando el Centro de Costos (columna “B”) existe.
- Poner 0 (cero) en la columna “C” cuando el Centro de Costos (columna “B”) no existe.
- Se debe tomar en cuenta que si colocamos 1 es porque existe ese Centro de Costos, por lo tanto deberá tener gastos y producción relacionada.
- Si el Centro de Costos no existe, es decir se le asignó cero, no debe poseer datos de gastos ni producción.

Hoja 2 - RRHH (Dirección Administrativa)

- Completar el monto nominal relacionado a los RRHH médicos y no médicos por Centro de Costos y Fuente de Financiamiento.
- En caso de que los RRHH realicen tareas en distintos Centros de Costos se deberá determinar alguna forma de distribución de sus haberes (porcentual, por cantidad de horas, etc.).
- Solo deben completar las celdas verde claro y la planilla automáticamente realiza los cálculos de las otras columnas.
- Existe una última columna denominada Número de Funcionarios que se agrega en esta nueva versión y que suple a la cantidad de puestos que anteriormente se solicitaba en los factores de distribución.

Hoja 3 - GASTO SIIF (Gerente Financiero)

- Simplemente colocar el gasto en \$ del período de los rubros en las celdas verde claro.
- Productos alimenticios - Objetos 111 al 119.
- Productos Textiles - Objetos 121 al 129.
- Productos Limpieza.
- Papelería - Objetos 131 al 139.
- Gas por cañería no es supergas.
- Combustible - Objetos 141 - 151.
- Varios menores debe contemplar todos los demás objetos que no están en esta lista (por ejemplo supergas objeto 143).

- Insumos Varios Comisión de Apoyo Local - Corresponden a insumos que el hospital haya comprado con fondos de Comisión de Apoyo Local (Transferidos desde ASSE).
- Servicios Varios Comisión de Apoyo Local - En caso de contrataciones de servicios ya sea de mantenimiento, traslados, etc. con su Comisión de Apoyo Local deberán cargar aquí el monto al cual ascendieron esos servicios (Transferidos desde ASSE).

Hoja 4 - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO (Dirección Administrativa y Técnica)

El ingreso de los datos solicitados en la Hoja 4 es imprescindible para lograr la distribución en la última hoja.

En algunos ítems de esta hoja damos varias opciones de llenado, de modo que puedan elegir completar la planilla con los datos más certeros que posean o los que ustedes consideren más adecuados.

a) MEDICAMENTOS

a.1) Comprados por la UE: Porcentaje de medicamentos despachados a cada Centro de Costos de acuerdo con el Winfarma.

a.2) Proporcionado por Dorrego: Asignar un porcentaje a cada Centro de Costos de acuerdo a los medicamentos que ha entregado Farmacia a cada Centro de Costos provenientes del Laboratorio Dorrego .

a.3) Proporcionado por INCA: Ídem anterior.

a.4) Proporcionado por SIEC: Ídem anterior.

b) MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

- Estipular el porcentaje de MMQ entregado a cada Centro de Costos según el Winfarma.
- Si la Unidad Ejecutora no utiliza el Winfarma deberá buscar una forma lo más realista posible para repartir porcentualmente el MMQ entre los distintos Centros de Costos.

c) REACTIVOS

- Ídem Material Médico Quirúrgico.

d) INSUMOS proporcionados por el Servicio Nacional de Sangre

- Asignación porcentual de los insumos provenientes del SNS por Centro de Costos.

e) PONDERACIÓN Ó PORCENTAJE DE OXÍGENO (Determinado por el equipo técnico del hospital)

- Opción 1 Ponderación: Deben asignarle un puntaje a cada Centro de Costos (definido en hoja 1 - Datos Básicos), que tiene consumo de oxígeno.
- Opción 2 Porcentaje: Fijar porcentajes con relación por ejemplo a los picos de oxígeno, estimaciones, experiencia, otros, adoptando la base que el equipo técnico crea más próxima a la realidad.

f) \$ ó N° DE ESTUDIOS CONTRATADOS

- Opción 1 - Ingresar el gasto (\$) en Estudios Contratados en el Centro de Costos que haya solicitado el Estudio (debe cerrar con celda C11 de Hoja 3).
- Opción 2 - Distribuir los estudios según el N° de Estudios requerido por cada Centro de Costos.

g) \$ ó N° de TRASLADOS CONTRATADOS

- Ídem anterior (tiene que cerrar con celda C12 de Hoja 3).

h) \$ ó DCO de INTERNACIÓN CONTRATADA (No CTI)

- Opción 1 - Ingresar el gasto (\$) de Internación Contratada en el Centro de Costos que haya pedido la internación del paciente (debe cerrar con celda C13 de Hoja 3).
- Opción 2 - Cantidad de Día Cama Ocupado contratado asignado al Centro de Costos que ordenó la internación.

i) METROS CUADRADOS

- Cargar el metraje de cada Centro de Costos, seguramente ya lo posean de la planilla del ejercicio anterior, sólo deberán verificar que no se haya creado algún servicio nuevo o suprimido.

j) HORAS o METROS CUADRADOS SERVICIO DE LIMPIEZA

- Opción 1 - Horas del Servicio de Limpieza distribuido por Centro de Costos. En caso de un Servicio Contratado seguramente tengan la cantidad de horas asignadas por área, por piso, etc.
- Opción 2 - Metros cuadrados por Centro de Costos, no olviden considerar los espacios abiertos que también tengan ese servicio.

k) HORAS o METROS CUADRADOS SERVICIO DE VIGILANCIA

- Ídem anterior.

l) % o METROS CUADRADOS DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

- Opción 1 - Distribuir de forma porcentual la generación de residuos hospitalarios por Centro de Costos.

- Opción 2 - Relacionar la asignación a los metros cuadrados de los servicios generadores.

m) % o METROS CUADRADOS DE ENERGÍA ELÉCTRICA

- Opción 1 - Asignación porcentual.
- Opción 2 - Metraje cargado en punto i) en los Centros que tengan gastos de energía eléctrica.

n) % o METROS CUADRADOS DE AGUA CORRIENTE

- Ídem anterior.

o) % o METROS CUADRADOS DE GAS POR CAÑERÍA

- Ídem anterior.

p) \$ o NÚMERO DE LÍNEAS TELEFÓNICAS (ANTEL)

- Opción 1 - Asignar gasto (\$) de teléfono por Centro de Costos (tiene que cerrar con celda C27 de Hoja 3).
- Opción 2 - Cargar el número de líneas que posee cada Centro de Costos.

q) \$ o % COMBUSTIBLE

- Opción 1 - Completar directamente con el gasto en \$ por Centro de Costos (debe cerrar con la celda C30 mas C31 de la Hoja 3).
- Opción 2 - Porcentaje de gasto de combustible por Centro de Costos.

r) N° RACIONES CONTRATADAS

- Número de raciones compradas distribuidas en los Centros de Costos que las consumen.

s) N° RACIONES DE ELABORACIÓN PROPIA

- Cargar el número de raciones entregadas por la cocina propia en cada Centro de Costos.
- Tomar en cuenta la formula de cálculo:

$$\text{N}^\circ \text{ de desayunos} \times 0.1 + \text{N}^\circ \text{ de almuerzos} \times 0.5 + \text{N}^\circ \text{ de meriendas} \times 0.1 + \text{N}^\circ \text{ de cenas} \times 0.3 = \text{N}^\circ \text{ de raciones.}$$

t) KG DE ROPA LAVADA - LAVADERO CONTRATADO

- Cantidad de Kilos de Ropa Lavada Contratada en el período para cada Centro de Costos.

u) KG DE ROPA LAVADA - LAVADERO PROPIO

- Cantidad de Kilos de Ropa Lavada para cada Centro de Costos por el Lavadero de la UE. En el caso de no haber pesado la ropa, les

aconsejamos pesar las piezas que lavan habitualmente y multiplicarlos por el número de piezas lavadas en el período.

v) \$ o % Mantenimiento Contratado (Objeto 271 al 277, 279 y 198)

- Opción 1 - Ingresar el gasto en mantenimientos contratados realizados en cada Centro de Costos (tiene que cerrar con la Celda C21 del Hoja 3).
- Opción 2 - Asignar porcentaje a los Centros de Costos que tuvieron el beneficio o solicitaron el mantenimiento.

w) \$ Amortizaciones

- Determinar las amortizaciones en \$ de los equipos de cada Centro de Costos y colocarlo en la hoja de cálculo (Pendiente a la espera de realizar el Inventario).

Hoja 5 - UVR LABORATORIO (Responsable del Laboratorio)

- Laboratorio debe cargar los estudios que realizó para cada Centro de Costos solicitante.
- Aconsejamos enviar esta hoja de forma independiente al Laboratorio, para que ellos la completen.
- La hoja automáticamente calcula las UVR que corresponden a esa producción.

Hoja 6 - UVR IMAGENOLOGÍA (Responsable de Imagenología)

- Imagenología debe cargar los estudios que realizó para cada Centro de Costos solicitante.
- Recomendamos enviar esta hoja de forma independiente a Ecografía, Radiología, etc. para que ellos la completen.
- La hoja calculará automáticamente las UVR totales por estudio.

Hoja 7 - HEMOTERAPIA (Responsable de Hemoterapia)

- Hemoterapia debe cargar las transfusiones por paciente y por tipo que realizó para cada Centro de Costos.
- Ingresar las actividades realizadas por el Banco de Sangre en el período.
- Recomendamos enviar esta hoja de forma independiente a Hemoterapia para que ellos la completen.

Hoja 8 - ANATOMÍA PATOLÓGICA

Productos de Anatomía Patológica (Responsable de Anatomía Patológica)

- Cargar el detalle de los productos realizados por el Servicio de Anatomía Patológica en el Centro de Costos solicitante del mismo.
- Ingresar el monto en pesos de los sueros de Inmuno consumidos.

- Recomendamos enviar esta hoja de forma independiente a Anatomía Patológica para que ellos la completen.

Hoja 9 - RESTO INTERMEDIOS

Procedimientos de Fisioterapia

- Fijar el número de procedimientos de Fisioterapia efectuados para cada Centro de Costos solicitante.

Producto Opcional 1 y 2

- En caso de haber optado por definir los Centros de Costos opcionales en la Hoja 1 - Datos Básicos, se le deberá asignar un producto en esta Hoja y distribuirlo por Centro de Costos.

Hoja 10 – PRODUCCIÓN SERVICIOS FINALES

Existen datos que fueron cargados en la División Costos aportados por la Unidad de Información de ASSE.

La Unidad Ejecutora deberá corroborar estos datos e ingresar la producción por Centro de Costos en las celdas verdes únicamente:

- en la columna “D” denominada Valor 1, tomando en cuenta la unidad de medida de la columna “E” (consultas, DCO día cama ocupado, procedimientos de parto, procedimientos quirúrgicos, número de carné, número de estudios, etc.).
- en la columna “F” llamada Valor 2, colocar la producción relacionada a los Egresos y UVR de Laboratorio e Imagenología (“Unidad 2”).
- Por último en la columna “H”, denominada Valor 3, deben poner la cantidad de camas disponibles (“Unidad 3”) en cada Centros de Costos que tiene internación (Hogar de Ancianos, Cuidados Moderados, CTI Adultos propio, CTI Pediátrico propio).

El reenvío de la planilla con la información sin modificar quedará como constancia de la aprobación por parte del Equipo de Gestión de la producción asignada desde esta División.

Hoja 11 - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO

Esta Hoja no debe ser modificada por la Unidad Ejecutora.

Es una hoja de enlace que realiza los cálculos automáticamente.

La modificación de la misma conlleva posteriormente un gran trabajo de rearmado por la División de Costos, causando únicamente una gran pérdida de tiempo.

Si detectan errores les solicitamos nos informen y nosotros realizaremos las modificaciones necesarias.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

La Unidad Ejecutora luego de completar la Planilla, deberá enviarla a la División Costos de ASSE vía e-mail costos_asse@msp.gub.uy.

Posteriormente la División Costos cotejará los valores de la Planilla con los datos que tenemos a nivel central y en el caso de detectar diferencias, inconsistencias o dudas, se reenviará la planilla a la Unidad Ejecutora con las hojas de cálculo denominada Observaciones SIIF y Observaciones Producción indicando las diferencias. Pueden existir varias hojas de observaciones dependiendo de las conciliaciones logradas con las Unidades, las cuales no deben ser eliminadas por la Unidad Ejecutora.

La Unidad deberá trabajar siempre sobre la última versión de la Planilla de Distribución del Gasto enviada por esta División, quedando la planilla anterior como un simple antecedente.

Luego de haber realizado Observaciones esta División no revisará las planillas que no retornen con las hojas de Observaciones efectuadas (es decir la última versión enviada por la División).

Organigrama del Centro Hospitalario Pereira Rossell



Centro Hospitalario Pereira Rossell ORGANIGRAMA

1



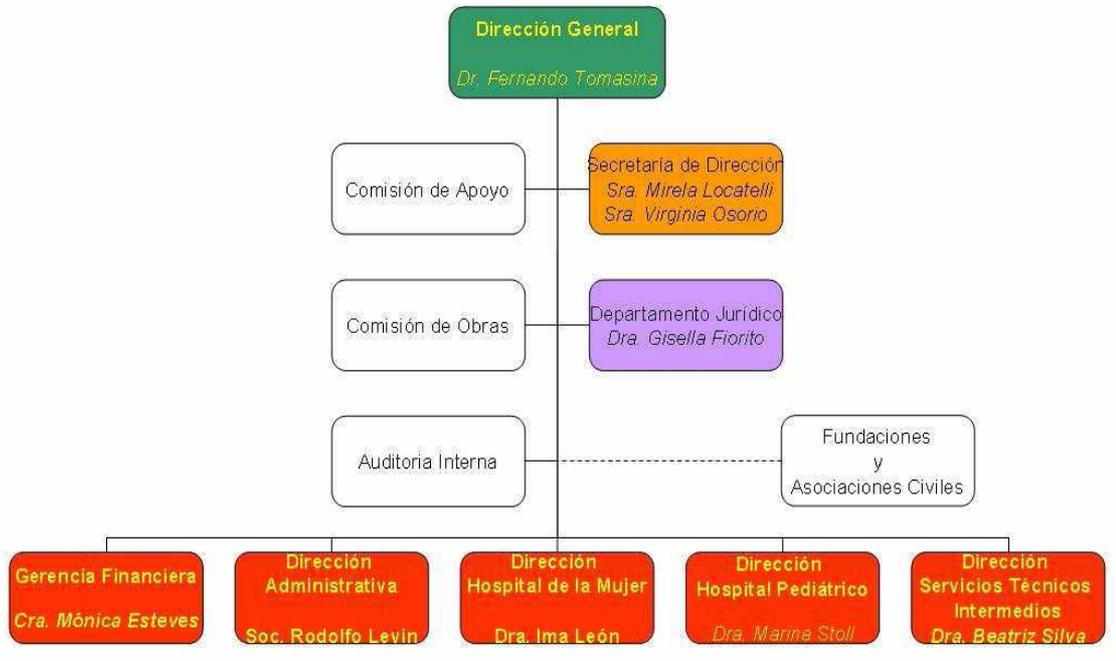
Carta de colores

Niveles de Gestión	Color
Dirección General	Verde
Director (1)	Naranja
Secretaría de Dirección	Amarillo
Sector de Secretaría de Dirección	Azul
Dirección de Área - Adjunto	Púrpura
Asistente de Dirección	Cyan
Departamento	Púrpura
Servicio	Rosa
Sector	Cian
Unidades	Verde claro

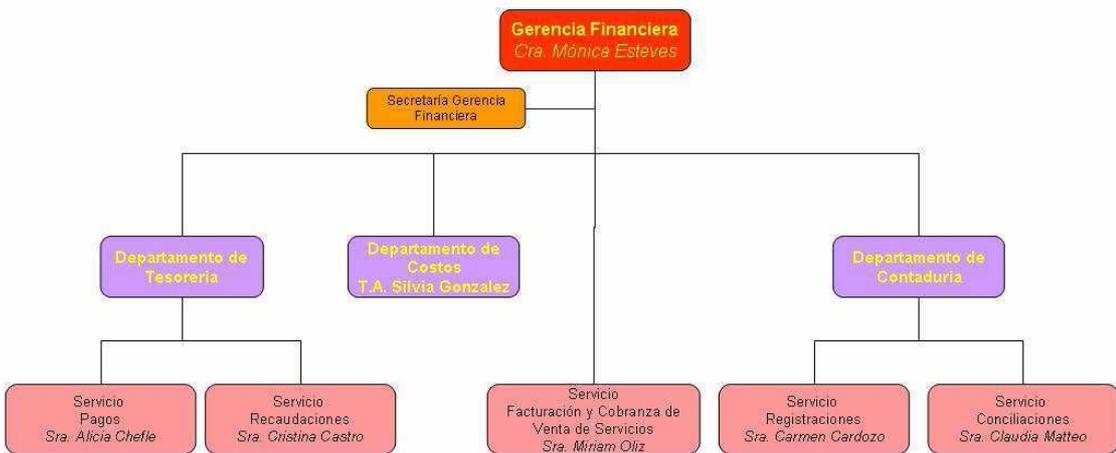
(1) Gerencia Financiera; Dirección Administrativa; Dirección Serv. Técnicos Intermedios; Dirección Hospital Pediátrico; Dirección Hospital de la Mujer

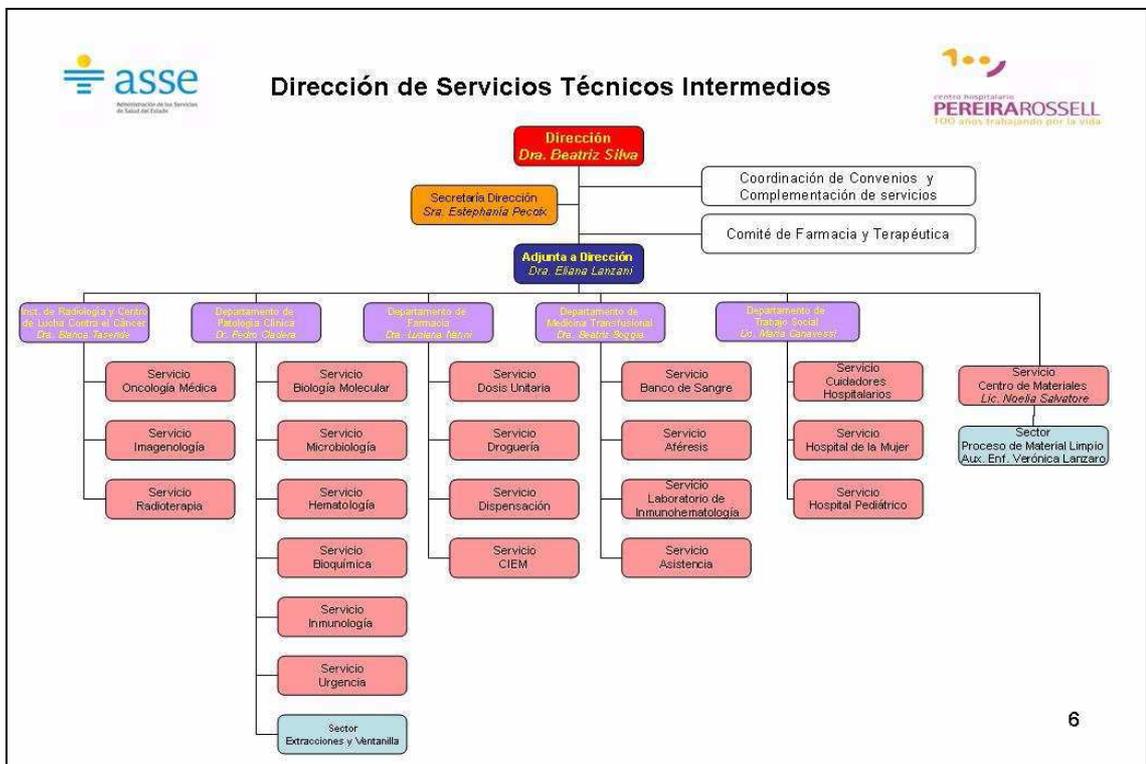
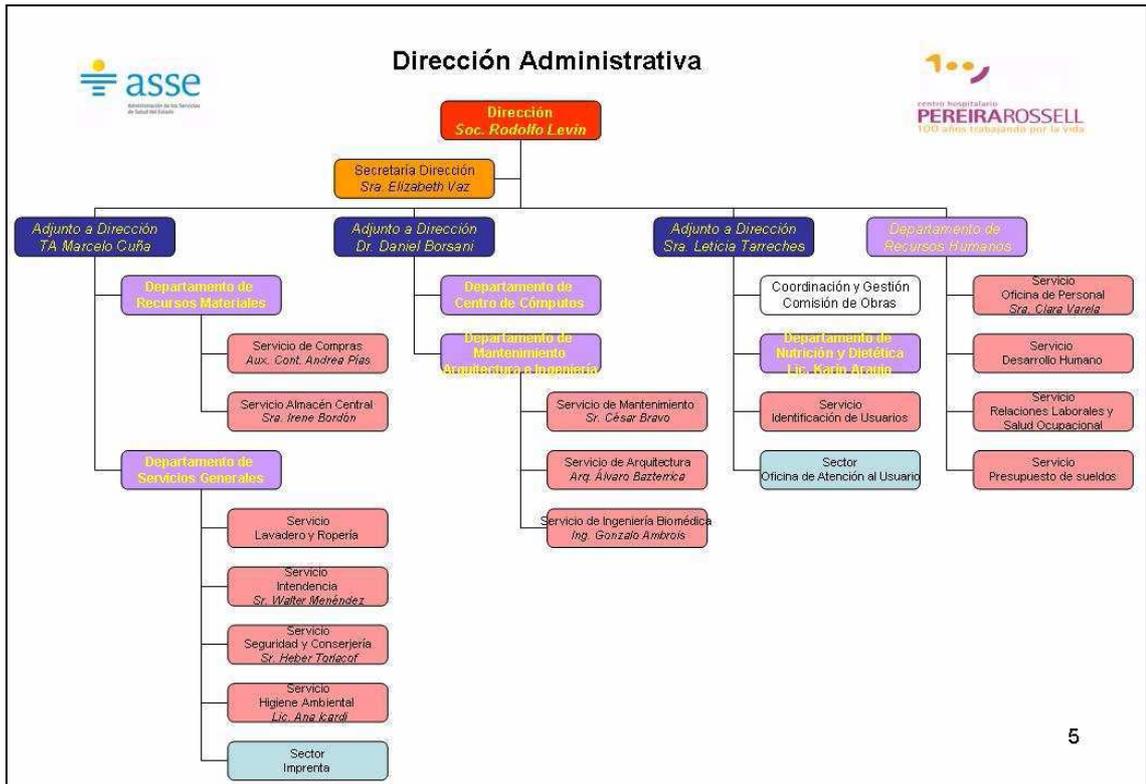
2

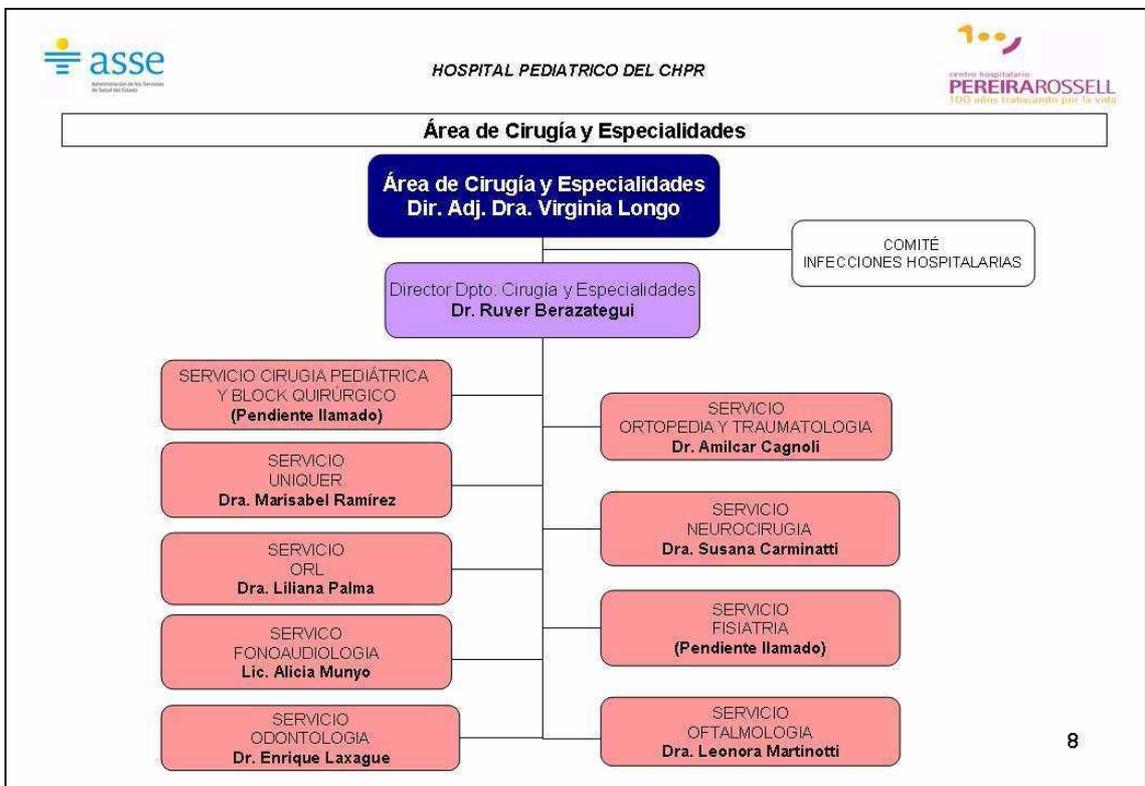
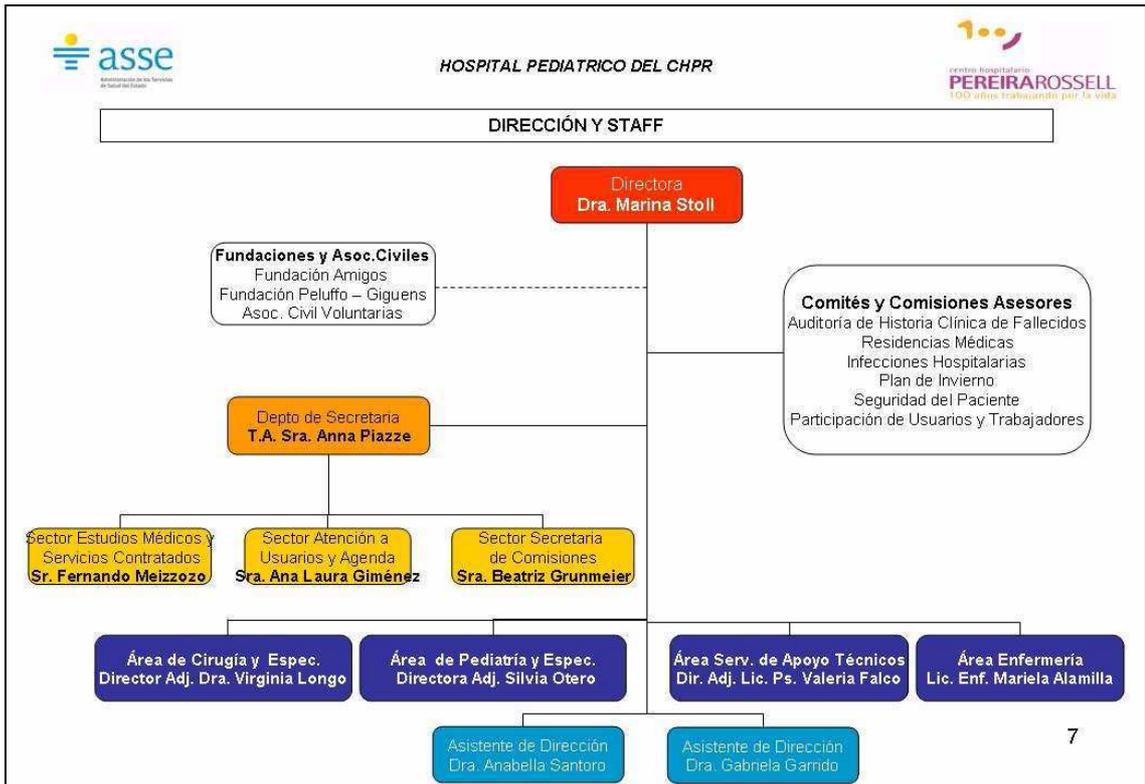
Centro Hospitalario Pereira Rossell

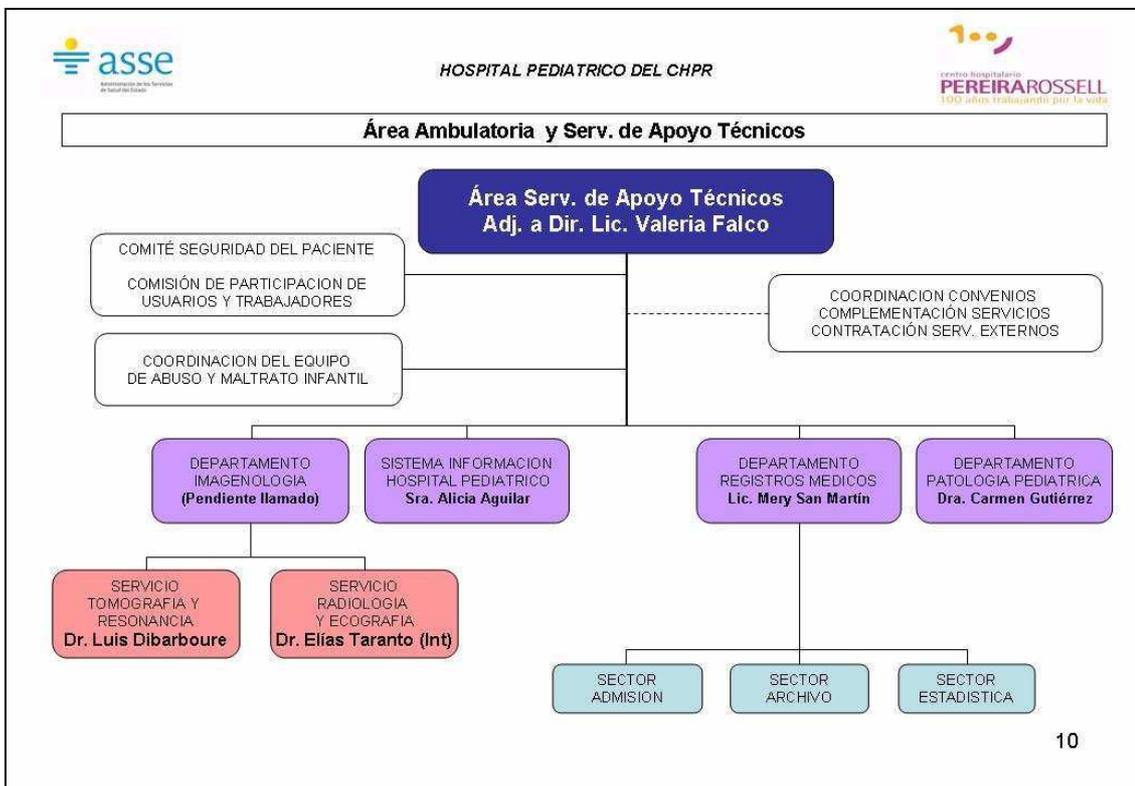
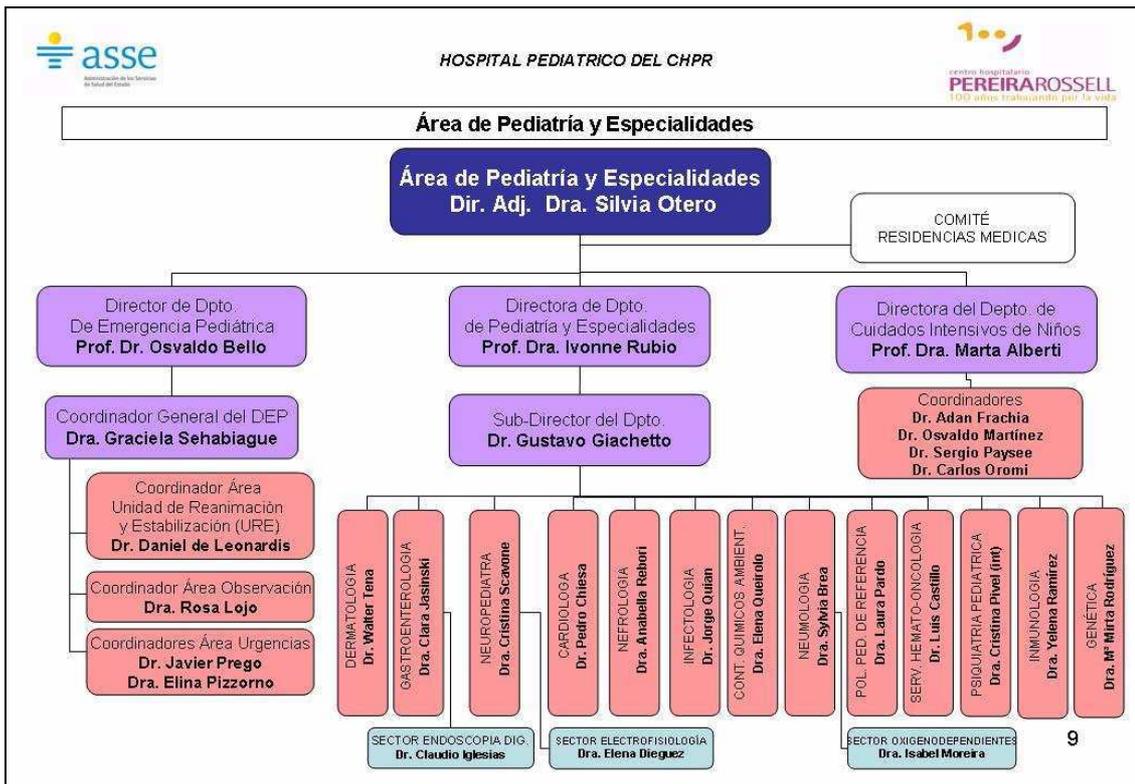


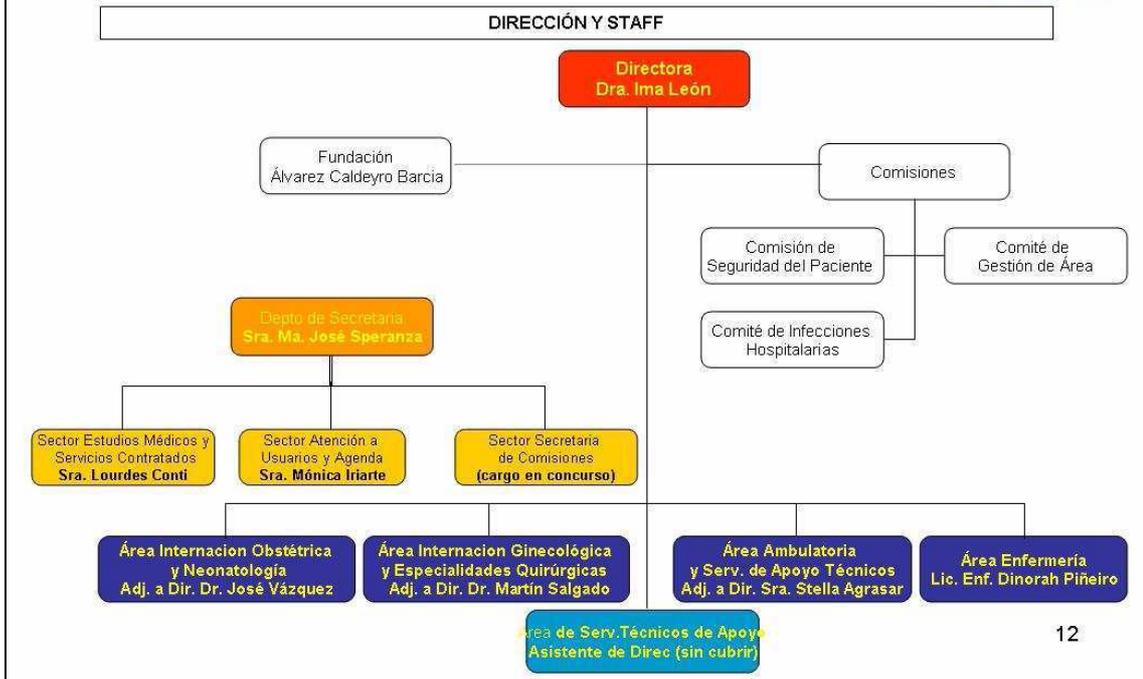
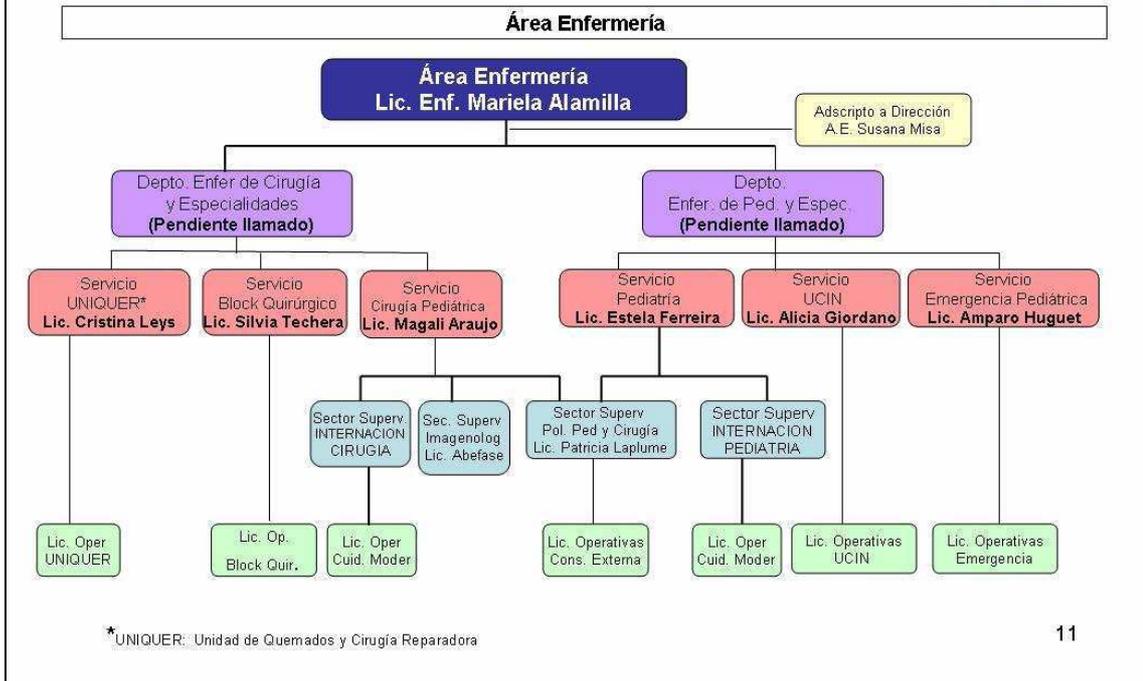
Gerencia Financiera







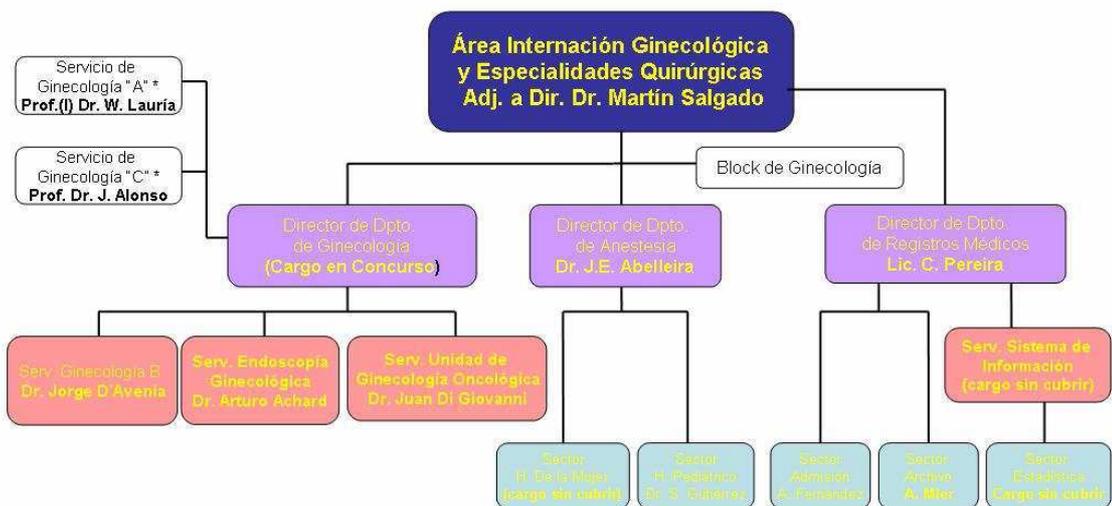




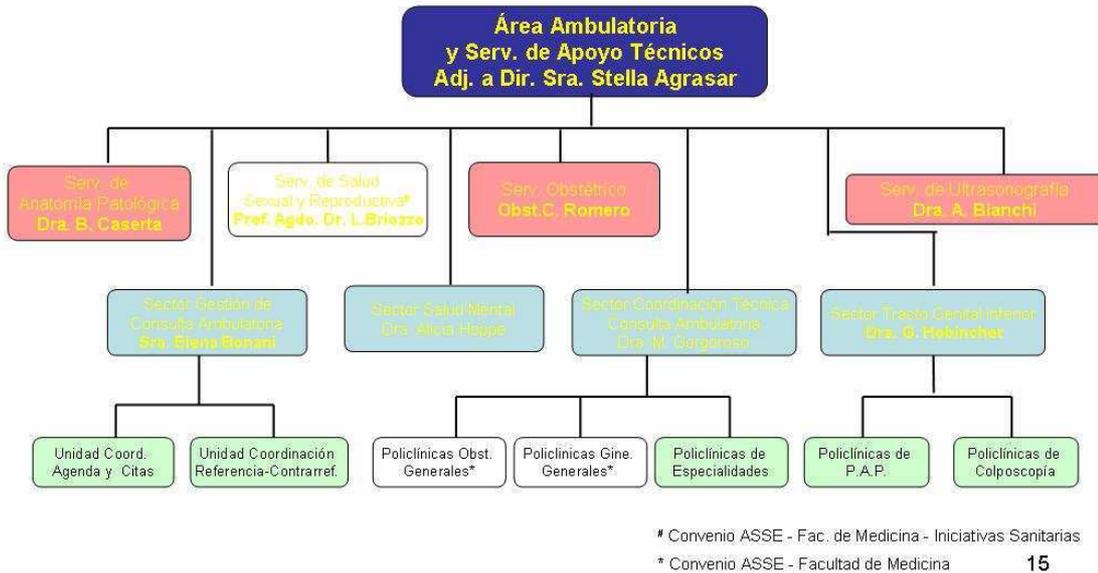
Área de Internación Obstétrica y Neonatología



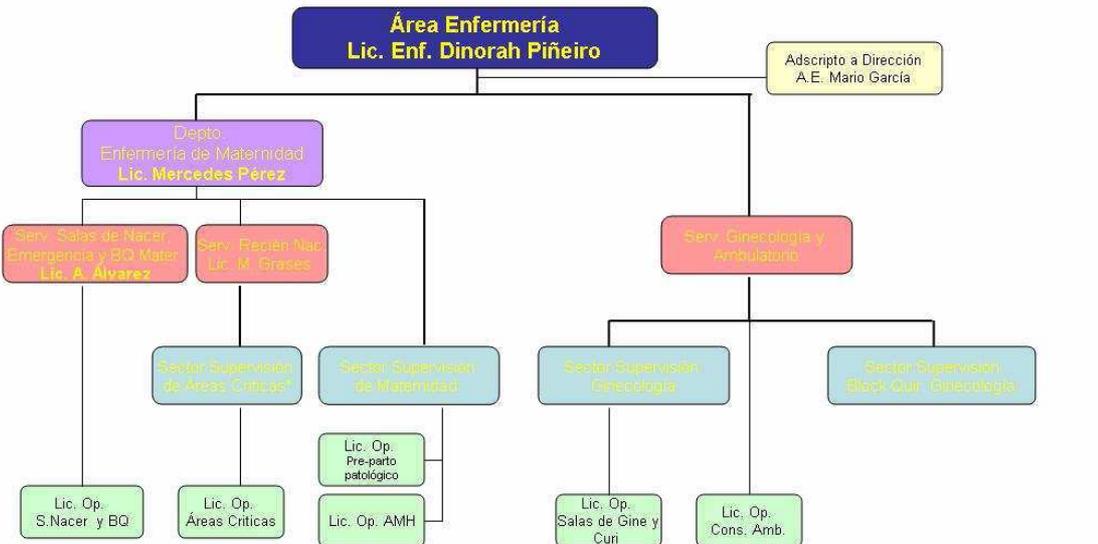
Área Internación Ginecológica y Especialidades Quirúrgicas



Área Ambulatoria y Serv. de Apoyo Técnicos



Área Enfermería



Agradecimientos

Por este medio, deseamos agradecer a todos quienes nos brindaron su apoyo para que este trabajo pudiera concretarse.

Nos interesa destacar el apoyo brindado por nuestros familiares y amigos, que nos ayudaron a disponer del tiempo necesario para la realización de las distintas actividades. También a nuestros compañeros de trabajo, que siempre han mostrado una buena disposición para atender nuestras ausencias necesarias. Ruben agradece en especial a Ramón Modernell y al Equipo de Gerencia de la Unidad Administrativa Financiera del FOCEM - MIDES, por el apoyo brindado. Sara y María Pía, agradecen a la Asesoría y Gerencia General del Hospital Evangélico y a la Ec. Elena Piriz, quien les brindo su apoyo, en cuanto a la flexibilidad con los horarios laborales.

Asimismo deseamos extender nuestro más sincero agradecimiento a los integrantes del Centro Hospitalario Pereira Rossell, por la muy buena disposición para atender nuestras consultas, a través de las entrevistas y la visita realizada a los distintos sectores que conforman este Centro. Al respecto debemos destacar la deferencia que tuvieron para con nosotros las siguientes personas:

Dra. Beatriz Silva – Directora General del CHPR.

Dra. Ima León – Directora del Hospital de la Mujer

Dra. Marina Stoll – Directora del Hospital Pediátrico

Cra. Mónica Esteves – Gerente Financiero del CHPR

Q.F. Luciana Nanni – Directora del Dpto. de Farmacia

Licenciada Mery San Martín – Directora de Registros Médicos del Hospital Pediátrico

Sra. Alicia Aguilar – Adjunta de Registros Médicos en la Dirección del Hospital Pediátrico

Licenciado Mario Curbelo – Encargado Administrativo del Dpto. de Tomografía y Resonancia Magnética y Encargado en turnos del Laboratorio de Emergencia.

Sra. Andrea Pías – Adjunto de Dirección Administrativa y Directora del Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales.

Sra. Leticia Terreches – Integrante del Área de Compras y Licitaciones dependiente del Dpto. de Recursos Materiales.

Sra. Clara Varela – Encargada de Oficina de Personal del CHPR.

Sr. Edward Cabral – Director de la Oficina CHPR del Centro Nacional de Afiliaciones de Usuarios de ASSE.

Finalmente, deseamos agradecer muy especialmente a quienes fueron los impulsores y guías, del presente trabajo:

- Cr. Jorge Triay – Tutor de este trabajo.
- Cr. Martín Velarde – Coordinador.
- Cr. Carlos Bueno - Director de Cátedra de Contabilidades especiales, y
- Dr. Fernando Tomasina - Ex – Director General del CHPR,

A todos, nuestro más sincero agradecimiento,

Sara Lostao - Ruben González - María Pía Gonella