



**INSTITUTO UNIVERSITARIO AERONAUTICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**

**Contador Público**

Trabajo Final de Grado

**“Análisis del presupuesto del Hospital Santa Rosa de Río Primero –  
Dr. Ramón B. Mestre, ejercicios 2013 – 2014: sus fuentes de financiamientos”**

**Tutor:**

Cra. ALLUB, María del Huerto

**Alumnos:**

ACOSTA, Marcos Gabriel - D.N.I. N° 27.795.834

BASTINO, Flavia del Valle - D.N.I. N° 30.731.791

**Fecha: Noviembre de 2016**

## ***DEDICATORIA***

Dedicamos nuestro trabajo final a nuestros padres por el permanente apoyo e incentivación a ser profesionales como así también, a todas aquellas personas que nos apoyaron en todo el camino recorrido para llegar a nuestra meta final creyendo en nosotros.

## ***AGRADECIMIENTOS***

Son muchas personas a las que les debemos agradecimientos, por brindarnos mucha información para el desarrollo del presente trabajo, pero algunos no podemos dejar de mencionar:

Especialmente a nuestra tutora, por su permanente esfuerzo, predisposición y dedicación, quien nos ha brindado su experiencia, nos guio y acompañó en el desarrollo del presente trabajo de graduación.

Y a todas aquellas personas que de un modo u otro, han colaborado para la realización del Trabajo de Grado.

FORMULARIO C



INSTITUTO
UNIVERSITARIO
AERONAUTICO

Facultad de Ciencias de la
Administración

Departamento Desarrollo Profesional

Lugar y fecha: .....

INFORME DE ACEPTACIÓN del PROYECTO DE GRADO

Título del Proyecto de Grado: "Análisis del presupuesto del Hospital
Santa Rosa de Río Primero - Dr. Ramón B. Mestre, ejercicios 2013 -
2014: sus fuentes de financiamientos".

Integrantes: ACOSTA, Marcos Gabriel - D.N.I. N° 27.795.834.
BASTINO, Flavia del Valle - D.N.I. N° 30.731.791.

Profesor Tutor del PG: Cra. ALLUB, María del Huerto.

Miembros del Tribunal Evaluador: Cra. MUSTAFA, Cristina Miriam.
Presidente: Mgter. CORDOBA, Jorge.
Vocal 1: Cra. MUSTAFA, Cristina Miriam.

Resolución del Tribunal Evaluador

- El PG puede aceptarse en su forma actual sin modificaciones.
El PG puede aceptarse pero el/los alumno/s debería/n considerar
las Observaciones sugeridas a continuación.
Rechazar debido a las Observaciones formuladas a continuación.

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Título	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Hoja de Aceptación de Trabajo Final (Formulario C)	

Indice

Glosario

Introducción

### **CAPITULO 1: Marco Teórico**

Administración financiera y el estado: visiones históricas y su evolución.....	13
Las escuelas de administración.....	17
Escuela clásica.....	17
Escuela del comportamiento humano.....	18
Escuela de las teorías de las necesidades.....	19
Enfoque sistémico.....	19
Reformas del estado .....	20
Principios Básicos.....	20
Aplicación de técnicas de administración e información.....	20
Principio de realidad económica: su valoración.....	20
Sujeción irrestricta al objetivo del equilibrio en las cuentas públicas.....	20
Enfoque sistémico.....	21
Control integral de los actos de gobierno .....	23
Modelo de reforma aplicado .....	23
Estado moderno .....	25
Ley N° 24.156 de administración financiera y control gubernamental. Incidencia en la reforma argentina .....	25
Incidencia en la reforma argentina.....	25
Aplicación de la concepción sistémica y definición de los sistemas.....	26
Influencia en la ley de administración financiera provincial: principales diferencias y analogías.....	28
Definición de los órganos: ley N° 24156 y 9086.....	32
Ley nacional de administración financiera y control.....	32
Ley provincial de administración financiera y control.....	33

Descentralización en las organizaciones públicas provinciales: “el recupero del gasto. Organizaciones públicas de servicios de salud.....	34
Normativa: su evolución y vigencia. ....	35
Decreto N° 09/93.....	35
Decreto N° 578/93.....	35
Decreto N° 939/00.....	36
El rol de la Superintendencia de Servicios de Salud.....	38

## **CAPITULO 2: La Organización**

Pilares fundamentales .....	42
Tipo de organización.....	43
Categorización de los establecimientos asistenciales.....	45
Niveles.....	45
Planta física y recursos humanos según la categoría.....	46
Programas.....	48
Programa Maternidad e infancia.....	48
Programa de Maternidad y Paternidad responsable.....	49
Programa Córdoba diabetes (Pro.Cor.Dia).....	49
Programa de epidemiología e inmunizaciones.....	50
Programa del sistema provincial de sangre.....	50
Plan Sumar.....	51
Programa Federal de Salud (Pro. Fe.).....	52
Estructura y organigrama.....	52
Análisis del entorno .....	55
Ambiente interno.....	55
Ambiente externo específico.....	55
Ambiente externo general.....	56
Enfoque de sistemas .....	57
Análisis foda.....	59
Gestión de calidad en el hospital.....	61
Política de Calidad.....	61
Relevamiento: manuales, planillas, registros, información que se maneja.....	61
Capacitación de RRHH.....	61
Indicadores para el control.....	61
Gestión logística.....	62
Sistema logístico.....	62
Procedimiento logístico.....	63

Sistema logístico al cliente (paciente).....	64
Repuesta eficiente al consumidor (ERC).....	64
Programa de requerimiento de la manufactura (MRP).....	64
Relevamiento de tomas de decisión logísticas, parámetros de control, tablero de control logístico, políticas.....	65
Diagrama causa-efecto con el problema principal, otros problemas y causas.....	66

### **CAPITULO 3: Administración. Área Recupero del Gasto**

El rol del ministerio de salud.....	70
Salud pública: antecedentes e historia del ministerio de salud de la provincia de Córdoba .....	70
Funciones.....	72
Objetivos.....	73
Estructura y orgánica de la administración.....	73
Criterios utilizados para su diseño.....	75
Características principales. Tipo de estructura.....	76
Área recupero del gasto .....	78
Métodos y procedimientos.....	83
Armado de historias clínicas.....	83
Admisión del paciente.....	84
Detección del afiliado.....	89
Notificación a las obras sociales y aseguradoras.....	91
RRHH: Relevamiento, capacitación e incentivos.....	94
Infraestructura, tecnología y sistema de información: Management Health online (MHO). .....	97
Programa de facturación: MHO (Management Health online).....	99
La empresa tercerizada de cobranzas.....	100

### **CAPITULO 4: Fuentes de Financiamientos**

Presupuesto .....	106
Concepto.....	106
El presupuesto de la provincia de Córdoba. ....	107
De un presupuesto tradicional a uno moderno: antecedentes.....	107
Transparencia en las acciones gubernamentales.....	108
Procedimiento de elaboración. Etapas.....	108
El presupuesto y las organizaciones provinciales.....	110
Presupuesto por programas: sus clasificadores .....	113

Categorías programáticas: definición, clasificación.....	113
Los clasificadores de los ingresos y gastos.....	115
Cuenta de inversión de la provincia de Córdoba (ejercicios 2013, 2014 y 2015).....	122
Ingresos y gastos.....	122
Resultado financiero.....	127
El gasto en la salud en el presupuesto provincial.....	130
Clasificación.....	132
Principales programas del ministerio de salud y sus asignaciones presupuestarias..	135
Variación de los ingresos no impositivos. Partida presupuestaria: “convenios del ministerio de salud con organismos varios.....	137
Hospital Santa Rosa de Rio Primero: Análisis de su presupuesto, ingresos y gastos .....	138
Medición del presupuesto hospitalario con respecto a los distintos programas de salud reflejados en el presupuesto provincial .....	140
Productividad, eficiencia y efectividad del presupuesto: sus indicadores.....	142
Presupuestos.....	143
Indicadores.....	147
Eficacia.....	147
Productividad.....	149
Eficiencia.....	150
Incidencia del fondo del recupero del gasto sobre el presupuesto hospitalario.....	151
Participación del recupero del gasto hospitalario con respecto a las cuentas ministeriales: ingresos y gastos.....	152
Los ingresos generados por recupero del gasto y su incidencia en el gasto de la administración.....	157

Propuesta

Conclusión

Bibliografía

Anexos

## GLOSARIO

**COMISIÓN COOPERADORA:** Entidad sin fines de lucro que colabora principalmente en lo económico a la Institución y en la realización de eventos.-

**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS:** Área del Hospital que se dedica a este tipo de procedimientos para generar información que sirva al Nivel Estratégico.-

**LIS:** (Sistema Logístico de Información): es una aplicación específica dentro del sistema organizacional y propone coordinar todas aquellas actividades relacionadas con el flujo de materiales y/o de medios para brindar un producto (bienes y/o servicios) al cliente.

**MEMORANDUM:** Disposiciones Internas que se realizan desde las distintas áreas del Nivel Central y desde la Dirección y Subdirección.-

**MHO:** es una herramienta de software para la gestión de hospitales y clínica que permite integrar en un único sistema funcionalidades.

**MRP:** (Sistema Integrados de Planificación de los Recursos de Manufactura) permite planificar las necesidades de producción, hacer el seguimiento de los materiales desde los proveedores hasta el proceso productivo dado y mantener el control a medida que se le da cumplimiento a los pedidos de los clientes. El MRP fue desarrollado para cumplimentar los objetivos del Justo a Tiempo (JAT ó JIT).

**NIVEL 1 DE ATENCION:** nosocomios que cuentan con consultorios externos de atención al paciente, generalmente se los denomina en este grado a los centros de salud municipales.

**NIVEL 2 DE ATENCION:** se determina el nivel de atención del paciente con esta denominación, en este caso es un nosocomio que cuenta con unidad de terapia intensiva (UTI).

**SIM:** (Sistema de Mantenimiento Integrado) el principal objetivo es que permite simular las distintas fases de la dirección de mantenimiento y hacer un seguimiento muy ajustado de los costos.

**ZONA DE INTEGRACION SANITARIA “VILLA SANTA ROSA”:** designada para este Hospital por el Ministerio de Salud de la Provincia (Nivel Central) para su cobertura de atención; y que geográficamente comprende gran parte del Departamento Río Primero, parcialmente los Departamentos de Totoral y Colón.

## INTRODUCCIÓN

El fin de esta intervención es poder beneficiar al hospital provincial en el recupero del gasto, identificando cuánto dinero recuperan de las obras sociales por las prestaciones realizadas. Para llevarla a cabo, se hará una tarea exhaustiva en terreno y así poder relevar a la organización en general y el área involucrada en particular.

El hospital Dr. Ramón B. Mestre tiene un rol importante satisfaciendo las necesidades de atención médica en la zona de cobertura designada por el Ministerio de Salud de la Provincia, sobretodo en la población de menores recursos económicos. Asimismo tiene la obligación de garantizar la atención aún a pacientes que poseen cobertura de obra social, ART, etc.

La institución posee tres fondos de financiamientos:

- Fondos A “Permanentes”: partida mensual para gastos de funcionamiento que el Ministerio de Salud gira a sus jurisdicciones que tiene a cargo.
- **Fondos R “Recupero del Gasto”:** ingresos que se recuperan de la atención a pacientes que poseen obra social. Es una partida variable, y su incremento depende del buen funcionamiento de los procedimientos y metodología del Área encargada de la facturación.
- Fondos N “Plan Sumar”: programa nacional que beneficia a los efectores de salud pública sea cual fuere su jurisdicción (nacional, provincial o municipal) con recursos monetarios y/o materiales por la atención a pacientes desprovistos de obra social.

El tema a tratar será el Análisis del Presupuesto Ejercicios 2013-2014 y del Fondo de ordenamiento sanitario, pero fundamentalmente centrándonos en el citado **“Fondos R: Recupero del Gasto”**.

La problemática detectada es que este medio de financiamiento genuino que proviene de la facturación y cobranza a las obras sociales por la atención de sus afiliados con cobertura, es esencial para el autofinanciamiento del nosocomio.

La oficina que se encarga del Recupero del Gasto, presenta deficiencias que se reflejan en distintas aristas: logística en el procedimiento de captación del paciente con cobertura de obra social, infraestructura y equipamiento, RRHH y su capacitación, orgánica administrativa, comunicación, circuito de fondos recuperados, etc.

Según la normativa vigente, se quiere remarcar los siguientes artículos e incisos:

*“Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud estarán obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden de los hospitales públicos que cumplan con la normativa que oportunamente dicte Poder Ejecutivo Nacional (Decreto N° 9/1993 art. 9)”*.

*“Crease el régimen de hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto N° 939/2000 art. 1)”.*

*“Serán objetivos del presente promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud. (Decreto N° 939/2000 art. 2 inc. a).”*

## **CAPITULO 1**

### **MARCO TEORICO**

## 1 Introducción

El Estado es un gran productor de bienes y servicios en la economía, se puede decir que el sector público está conformado por el gobierno y las empresas públicas.

Entre las actividades que realiza se destacan la producción de bienes y servicios, la de inversión, la de regulación y la de financiación.

En este capítulo se desarrollará lo concerniente a la producción del *servicio de salud*, en la cual la comunidad debe realizar una apreciación cualitativa del mismo.

Históricamente y desde un enfoque ideológico, distintas han sido las visiones que se ha tenido del Estado, explicitándolo de un modo general se tiene:

Una **visión natural**, centrada en el accionar del Estado como actor principal, y los demás organismos, sociedad civil y empresas, formando parte "natural" de este complejo social.

Una **visión mecanicista**, en el polo opuesto de la anterior visión, concibe al Estado como una creación del hombre para alcanzar sus fines y deseos. Esta visión está marcada por un fuerte individualismo.

Una tercera **visión social participativa**, que nace respetando las libertades personales, considerándolo un instrumento fundamental en función del bien común de la sociedad.<sup>1</sup>

### 1.2 Administración financiera y el estado: visiones históricas y su evolución

La administración financiera es una técnica que sin dudas ha sido históricamente utilizada en las Finanzas Públicas del Estado.

El avance y su evolución se han basado consecuentemente con la ciencia financiera, con la ciencia de la economía y con las distintas ideologías que impactaron en las Instituciones Públicas:

Así en el siglo XVIII la visión clásica o liberal con Adam Smith y David Ricardo como máximos exponentes señalan como conceptos esenciales:

- Intervención restringida del Estado: lo limita solo a funciones indelegables: defensa, justicia, promoción del bien común, etc.
- Tributos: plasman la idea de neutralidad impositiva, por lo cual los impuestos no deben influir en los precios del mercado ni en la distribución del ingreso.

---

<sup>1</sup>Las Heras, José María - "Estado Eficiente" 2da edición actualizada - Osmar D. Buyati Librería Editorial.

- Equilibrio presupuestario anual: déficit y superávit en el presupuesto son considerados fenómenos anormales.

- Dos tipos de erogaciones públicas (gasto público): las ordinarias, financiadas solo por los impuestos y recursos patrimoniales; y las extraordinarias, en donde se justifica el endeudamiento público.

A principios del siglo XX, dos hechos de la realidad que fueron: la primera guerra mundial y la crisis de los años 30, demostraron la inconsistencia de esta teoría, demandando la inevitable intervención del Estado sobre las fuerzas económicas privadas.

Nace la visión moderna o keynesiana, inspirada por Keynes quién propone al Estado como factor catalizador de la economía, y por consiguiente las finanzas públicas adquieren un papel relevante. El “efecto multiplicador” de las inversiones públicas van sustituyendo a la insuficiencia de la inversión privada para reactivar la economía.

Planteó la necesidad de:

- La redistribución del ingreso: para que sea parte esencial de toda política económica.

- Enfoques macroeconómicos: por sobre los microeconómicos planteados por los liberales.

- Factor tiempo: como variable significativa, enfatizando el impacto de la economía en el corto y mediano plazo.

- Inversiones estatales: con su efecto multiplicador provoca positivamente el mejoramiento del empleo y por ende el Ingreso Nacional.

- Tasa de Interés: su baja no promueve las inversiones y el pleno empleo, esto está dado por la “eficiencia marginal del capital” que comprende la expectativa de los futuros beneficios a obtener por el empresariado.

El fracaso del modelo se plasmó básicamente por querer aplicarlo en contextos económicos y espaciales muy disímiles, y principalmente por la existencia de déficit estatales crónicos generado por el creciente gasto público, lo que llevó a una creciente inflación seguida luego de la inminente recesión.

El debate sobre la participación del Estado fue muy discutido por la visión neoliberal, sobre todo por los aportes de la escuela de Chicago representada por Friedman.

Su filosofía ejerce influencia tanto en países desarrollados como subdesarrollados, y sus políticas a aplicar fueron la privatización y la desregulación, explicadas desde el punto de vista de las libertades individuales: el estado con cada acto de intervención las limita y de modo indirecto amenaza la preservación de la libertad.

El mercado es ahora el descompresor social, y mientras más amplio es su espectro abarcado, será menor el espacio en donde el estado deberá realizar acuerdos o consensos.<sup>2</sup>

Las funciones estatales se reducen a:

- Derechos de propiedad: los defiende a través de la ley y el orden.
- Seguridad Jurídica: garantiza las reglas de juego económico propendiendo al cumplimiento de los contratos.
- Juez: actuará como tal interpretando las normas.
- Promover la competencia: parte de la desregulación que se promueve es para contrarrestar los monopolios.
- No asumir actitudes paternalistas: sobre todo desde el punto de vista social.
- El Estado en definitiva deja de tener aptitudes de sus tradicionales responsabilidades de funciones de producción, pues ahora son asumidas plenamente por la supuesta eficiencia que se espera del sector privado.

Tanto la visión neokeynesiana y las ideas de Keynes toman vigor nuevamente por el fracaso de las políticas neoliberales.

Otra vez se tiene en cuenta el rol del Estado como promotor del empleo y del crecimiento económico.

Hay diferencias sustanciales con el primitivo keynesianismo resultante de la experiencia, esto está dado por:

- Evitar inconductas emisionistas (generadoras de inflación).
- Eficientizar la gestión pública (disminuyendo el déficit).

Atento a la globalización Friedrich List, destacado economista alemán del siglo XIX, y desde una visión nacional; promovió el desarrollo interno con un rol activo del Estado para eficientizar la actividad privada, y en ese marco evitar la explotación internacional.

La revalorización del Estado se dará:

- a) En una economía estatal que no generará déficit en el corto plazo.
- b) Creando un nuevo modelo en donde un actor fundamental será la sociedad civil.
- c) Serán estos los principios del Estado: Subsidiariedad la regla rectora permanente y sustituidariedad la norma transitoria.

---

<sup>2</sup>Las Heras, José María - "Estado Eficiente" 2da edición actualizada - Osmar D. Buyati Librería Editorial.

**Subsidiariedad** se aplica en general a toda acción que suple o robustece a otra principal. En términos sociales puede resumirse diciendo que esta se ejerce cuando el Estado: debe hacer lo que la sociedad civil o empresas del sector privado no pueden realizar, ayudarlas a estas a realizar lo que habitualmente realizan con el auxilio estatal, o dejar hacer a ellas lo que con mayor eficiencia realizan por si solas.

Cabe aclarar que subsidio no es ejercer el principio de subsidiariedad, aquel es solo parte de este con un contenido estrictamente financiero, en el sentido de que es la transferencia de dinero por parte del Estado a otros sectores como la sociedad civil, empresas y familias. Dicho esto, este principio permite una mayor eficacia y eficiencia de los sistemas involucrados: Estado, sociedad civil y mercado.

A modo de ejemplo algunas prestaciones del sector público como son los *servicios de salud* son concurrentes hacia la comunidad por todos los actores: Estado, sociedad civil y empresas privadas.

**Sustituidariedad** debería ser algo transitorio, este principio se manifiesta generalmente cuando el mercado se encuentra ausente o debilitado en funciones en la cual el Estado debe, inevitablemente, responder.

Si las dificultades no han sido resueltas por la sociedad civil y/o mercado, o cuando exista un consenso colectivo para que estas funciones asumidas estatalmente sean permanentes, solo así se sorteará su transitoriedad.

La creciente participación estatal es sostenida por una prolifera bibliografía, sobre todo en aquellas naciones que están pasando un proceso de industrialización. Desde principios de la década del 30 es verificable una mayor participación del Estado, pero el relativo fracaso en el Estado contemporáneo hizo que las causas que justificaban dicha intervención se volvieran en antiargumentos para reclamar un menor rol intervencionista.

Las **variables del ajuste estatal** surgen después de varios años de inflación, ya que el Estado sufrió diversas crisis.

Luego de un estricto ajuste fiscal y de la reforma impositiva se puede identificar:

- Desestatización: pasar de lo público a lo privado, pero el Estado tuvo la función del control y regulación de los servicios privatizados.
- Descentralización: el traspaso de los poderes y las funciones del gobierno central a organismos menores. Hay que descentralizar hasta poder gestionar sin déficit y con un equilibrio a largo plazo.
- Desregulación: es el proceso por el cual el gobierno elimina algunas regulaciones específicas a los negocios para favorecer o agilizar la operación eficiente del mercado.

- **Descorporativización:** se fundamenta en una competencia creando condiciones de mejoramiento de la productividad y reconducción de costos.

Con la consolidación de la competencia económica se intentaba ayudar a las pequeñas y medianas empresas (Pymes).

- **Desautarquización:** pretende la apertura económica combinando la economía nacional al resto de la región y del mundo, fomentando la competitividad. Por ejemplo: Mercosur.

Una administración financiera gubernamental debe brindar los elementos necesarios para su desarrollo y debe ayudar al sector público para una mejora en la construcción de un Estado eficiente.

Ya en los años 50, producto de la necesidad de mayor crecimiento y distribución surgieron las **políticas desarrollistas** basadas en una imitación de las mismas aplicadas a países desarrollados. Esto replicado en los ámbitos culturales, económicos y políticos diferentes, hicieron de ellas un rotundo fracaso en países subdesarrollados. Planteaban la ruptura de las relaciones de los países periféricos con los países centrales, bajo la “teoría de la dependencia”, lo que produjo un mayor grado de subdesarrollo e incluso de dependencia, porque no se valoró de antemano que está estaba intrínsecamente arraigada en un modelo sociocultural determinado.

### **1.3 Las escuelas de administración**

(Las Heras, José María 2005), a partir del nacimiento del Estado Moderno surgido con la revolución francesa a fines del Siglo XVIII, paralelamente nace también una nueva concepción de administración financiera, en la cual comprende la importancia de concebir al Estado desde una visión sistemática. Esta concepción se arriba mediante los nutridos aportes que las distintas escuelas ofrecieron para un mejor desarrollo de las funciones gubernamentales, más aún cuando el Estado multiplica sus facetas en los modelos intervencionistas.

No existe un modelo concreto, ni sus ideas, ni normas, en las cuales dichas escuelas solucionen en materia de administración financiera los problemas que cotidianamente se enfrenta este moderno estado; pero cada una desde su perspectiva teórica y con argumentos concretos solidificaron la concepción de que aquel es un sistema, y en el medio donde actúa, influye y es influido.

#### **1.3.1 Escuela clásica**

Taylor y Fayol son sus principales exponentes. Nació en el Siglo XIX con la Revolución Industrial que dio lugar para el desarrollo de innumerables organizaciones capitalistas que demandaban métodos más eficientes y racionales para su producción. Estos

nuevos modos de producir requerían la coordinación de sus partes componentes: tecnología, materiales, mano de obra, etc.; esta última es aportada por el trabajador, el cual es concebido como un engranaje más del sistema productivo. Quizás esta fue la crítica más profunda dada su visión individualista y mecanicista que se le dio al hombre. (Las Heras, José María 2005)

Se puso énfasis en:

- La especialización de cada puesto de trabajo.
- El estudio de tiempos y movimientos.
- Selección y capacitación del personal.
- Comportamiento gerencial del personal jerárquico.
- Clasificación y definición de las actividades organizacionales: técnicas, comerciales, financieras, de seguridad, contables y gerenciales.
- Principios de la organización: división del trabajo, unidad de mando, jerarquía, unidad de dirección.

En **la escuela estructuralista** sienta su base en este modelo clásico, Weber, su máximo referente, propone mirar a la organización desde un enfoque formalista; diciendo que estas establecen normas, reglas y reglamentos que deben cumplirse si se quiere garantizar su funcionamiento.

La jerarquización de los puestos de trabajo debe estar relacionados entre sí y ser asignados de acuerdo a la capacidad del empleado y remunerados en función a su responsabilidad. Para arribar a una jerarquía debe promoverse el ascenso desde los niveles inferiores y no crear un ciclo vitalicio en aquellos que gozan de un nivel jerárquico. (Las Heras, José María 2005)

### **1.3.2 Escuela del comportamiento humano**

Mayo y Maslow son sus principales pensadores.

Los estímulos económicos perdían efectividad cuando se quería motivar a los empleados, por lo cual debieron reemplazarse por satisfactores de índole psicológicos como la participación y mayor consideración personal.

Se valorizó los principios sociológicos y psicológicos para aumentar la productividad, analizando principalmente la conducta humana. Mayo justamente la aborda en respuesta a inquietudes gerenciales concluyendo que hay grupos dentro de cada organización que dictan las normas de comportamiento.

Así Maslow y su "Pirámide de necesidades del hombre" interpreta que este va satisfaciéndolas desde un orden inferior, ordenadamente, hacia la parte superior; y las

define como: fisiológicas, de seguridad, de afecto social, de estimación y de autorrealización.

Se advierte que no hay dos personas que sientan o piensen de la misma manera, por lo cual este instrumento debe servir a los altos mandos para motivar a sus subordinados teniendo en cuenta primeramente sus necesidades individuales y su adopción a la organización.

### **1.3.3 Escuela de las teorías de las necesidades**

Simón realiza la primera integración de aspectos formales e informales fundamentando que hay una necesidad de equilibrar los distintos aportes de las dos anteriores escuelas que indirectamente habían generado un conflicto en las ideologías existentes.

La negociación es el instrumento, y sirve para tomar decisiones racionales para conciliar los múltiples intereses contrapuestos. A partir de aquí el trabajo en equipo toma fuerza como una metodología a aplicar en las organizaciones. (Las Heras, José María 2005)

### **1.3.4 Enfoque sistémico**

Wirner, Cyert y Simón se centran en técnicas que permitan integrar a las organizaciones como un todo. Los administradores deben poder ver una visión global del ente en sus partes interdependientes tanto como su influencia en el medio donde actúa.

La visión sistémica aporta que no existe una regla única y universal, sino que el conjunto de técnicas deberán aplicarse a cada caso concreto en función de cada situación o contingencia.

A partir de los años 60 se empieza a hablar de **la escuela operativa**, pero esta no es más que solo una parte de este enfoque. Centra su problemática en el crecimiento de la organización y circunscribe su estudio a la adaptabilidad de la misma en el medio ambiente, criterios ya desarrollados por las ideas sistémicas. (Las Heras, José María 2005)

## **1.4 Reformas del estado**

### **1.4.1 Principios básicos**

#### **1.4.1.1 Aplicación de técnicas de administración e información**

La administración financiera es una disciplina de aplicación a todo tipo de organización, sea privada o estatal. En consecuencia las reformas sustentan el gerenciamiento como estrategia destinada a garantizar la calidad y cuantía en la producción de los servicios estatales. Las decisiones tomadas por sus administradores están orientadas hacia más y mejores servicios con los recursos disponibles. Se pretende armonizar el uso racional y en concordancia con los objetivos políticos del gobierno. (Las Heras, José María 2005)

De acuerdo a esto, no debe dudarse de la aplicación de técnicas e instrumentos como la partida doble del sector público, técnicas de costeo, evaluación de proyectos, etc.

#### **1.4.1.2 Principio de realidad económica: su valoración**

La responsabilidad de la gestión estatal es integral, no solo en función del cumplimiento de los preceptos legales, sino también en su criterio material o económico; es decir en el marco de la eficiencia, eficacia y economicidad de los actos de gobierno.

Unos de los aspectos más controvertidos de la reforma fue el principio de la realidad económica, en cuanto del principio del “devengado” para gastos y recursos, en reemplazo del “compromiso” regido en la antigua ley de contabilidad. Esta reforma es a solo efecto de definir el resultado económico – financiero anual.

Así el art. 31 de la LAFCO señala que “se considera gastado un crédito y por lo tanto ejecutado el presupuesto de dicho concepto, cuando queda afectado definitivamente al devengarse un gasto”, y continua definiendo el compromiso “como el mecanismo para afectar preventivamente la disponibilidad de créditos presupuestarios”.

Entonces quedan enmarcadas las responsabilidades legales del funcionario en sus facultades de autorizar un gasto, la existencia de créditos suficientes, entre otras; como propia de una etapa anterior al devengamiento. (Las Heras, José María 2005)

#### **1.4.1.3 Sujeción irrestricta al objetivo del equilibrio en las cuentas públicas**

Las cuentas fiscales en general han sido expuestas reiteradamente en forma anárquica y desordenada, con múltiples mecanismos espurios para financiar el gasto sin recursos genuinos.

Esta descomposición llevó a que el sector público, para que fuera confiable, debiera “auto limitarse” mediante severas medidas de contención y control del gasto, con lo cual se necesita una conducta financiera racional y una política económica de genuino crecimiento.

La reforma económica argentina cortó de raíz a partir del año 1990 con una importante masa de gastos que bajo la denominación de “cuasi fiscales” quedaban marginados del presupuesto y de las auditorías de los organismos de control.

**La carta orgánica del Banco Central de la República Argentina**, Ley N° 24.144, en cumplimiento de los objetivos de estabilización económico – financiera, estableció dos importantes restricciones:

- 1) Prohibición de financiar a la Banca Comercial.
- 2) Prohibición de financiar el déficit Estatal.

**La ley de Administración Financiera y Control Gubernamental**, Ley N° 24.156<sup>3</sup>, pretendió consolidar los objetivos de la reforma:

- 1) Aplicación de la LAFCO a la totalidad del Sector Público.
- 2) El monto total de los compromisos presupuestarios fijados para el ejercicio no podrá ser superior al monto de los recursos recaudados.
- 3) Requerimientos estrictos de programación presupuestaria, física y financiera.
- 4) La prohibición de realizar operaciones de crédito público para financiar gastos operativos.

El principio de discrecionalidad de los actos de los funcionarios es severamente restringido por la ley evitando los abusos.

#### **1.4.1.4 Enfoque sistémico**

Son evidentes las limitaciones cuando se analizan los problemas desde una visión unilateral. Debe tenerse siempre presente que todo evento financiero está afectado por su inserción dentro de un sistema superior como lo es la administración estadual; en su plurifacético conjunto político, económico, social, administrativo y cultural.

La LAFCO llena un vacío importante a nivel sistémico y contribuyó fundamentalmente en materias de controles, sobretodo en el uso y destino del crédito público.

Otros aportes de la ley a la conveniencia de la concepción sistémica lo demuestran los subsistemas de la administración financiera, sus funciones e interrelaciones:

---

<sup>3</sup>Legislación Nacional: Página web Infoleg: [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

- EL PRESUPUESTO: como instrumento de programación física y monetaria, con sus permanentes demandas de control.
- LA TESORERIA: principalmente por su relación con la política monetaria y cambiaria.
- LA CONTABILIDAD: Como instrumento de información confiable y oportuna.

#### **1.4.1.5 Control integral de los actos de gobierno**

La antigua ley de contabilidad y el tribunal de cuentas, en su concepción limitada de administración financiera, dejaron diversas actividades sin registrar ni controlar.

Se implantó la intervención previa ejercida por dicho tribunal y se pensaba que así se impediría la violación de la ley antes de concretarse el proceso del gasto. Este estaba facultado de: realizar el control previo, el control posterior, el juicio de responsabilidad, y por último también poder condenar al propio funcionario.

Estos argumentos estaban basados prácticamente en un exhaustivo control de legalidad, desmeritando la importancia en medir resultados de cuya evaluación también surgen los manejos incorrectos derivados de las distintas formas de corrupción.

Desde la reforma, la Ley N° 24.156 <sup>4</sup>expuso sus rasgos distintivos en relación a:

- Alcance: Se procura que los controles no sean solo formales o legales, sino que se extienda a la gestión. Se trata de que se gaste de acuerdo a la ley pero que además ese gasto sea eficiente, eficaz, económico, efectivo y oportuno; enmarcados bajo una programación por objetivos y resultados.
- Momento: El control previo como mecanismo de la Auditoría Interna; y en lo externo, a través de la Auditoría General de la Nación dependiente del Congreso Nacional. Justamente el Poder Legislativo es quién debe garantizar su autonomía para poder llevar a cabo su función fiscalizadora.
- Institucionalización: En el ámbito del poder administrador (Poder Ejecutivo), el control directo y superior lo realiza la Sindicatura General de la Nación, y su responsabilidad de control corresponde a la totalidad de los niveles de administración (Control Interno).

La Auditoría General de la Nación (Control Externo) fue elevada con rango constitucional con la reforma del año 1994, y en su art. 85 la Constitución Nacional establece que en su integración participen profesionales con probada aptitud técnica –

---

<sup>4</sup>Legislación Nacional: Página web Infoleg: [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

profesional, con representación de la composición política de ambas cámaras, y presidida por un representante del bloque opositor de mayor representación.

En cuanto al denominado “Juicio de Responsabilidad” la ley determina con mayor severidad el marco de responsabilidades de los funcionarios, por lo cual será el peso de la justicia como poder independiente quién juzgará en definitiva la conducta dolosa o fraudulenta de sus actos.

### **1.5 Modelo de reforma aplicado**

Durante el período 1989-1995 se originó la primera Reforma Estructural o de Primera Generación, con la finalidad de afrontar la situación de profunda crisis económica y financiera.

La Ley N° 23.696<sup>5</sup> de Reforma del Estado dispuso la **emergencia administrativa** en materia de “prestación de los servicios públicos, la ejecución de los contratos y la situación económico – financiera” para el Sector Público Nacional por el lapso de un año, prorrogable por única vez e igual término. En este lapso de tiempo se establecieron normas de privatización y participación del capital privado (bajo el control de una comisión bicameral) en las empresas y sociedades del estado a través de diferentes procedimientos de ventas de activos, de acciones, locaciones, administración con o sin opción de compra, etc., dejando participar al personal en la organización, creándose así el programa de propiedad participativa y el régimen de protección al trabajador.

Por un término de 180 días se estableció un sistema de contrataciones de emergencias, suspendiendo las contrataciones anteriores. Se estableció una serie de condiciones para garantizar transparencia en la presentación de ofertas. Se constituyó un plan de emergencia del empleo afectando fondos para su ejecución por parte de las municipalidades.

Se ejerció el poder de policía de emergencia del Estado, con la finalidad de salvar la situación de peligro creado por circunstancias económicas y sociales, que dispusieron la suspensión de subsidios y subvenciones en general, ligadas con la promoción industrial y de minería. En tanto con las inversiones extranjeras se garantizó la igualdad de tratamiento para el capital nacional y extranjero, que invierta con destino a actividades productivas en el país. En materia fiscal, se dispuso un régimen presupuestario de emergencia, se instaló la desafectación de fondos con destinos

---

<sup>5</sup>Página web Infoleg: [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

específicos como violatorios del principio de universalidad presupuestaria. También se dispusieron medidas en materia del impuesto a la transferencia de combustibles líquidos, reintegros, reembolsos, entre otros.

Debido al alto endeudamiento público, se estableció régimen de “compensación de créditos y deudas de particulares con el Estado Nacional y cancelación de sus saldos netos” y un régimen de “compensación de créditos y deudas del sector público”. La mayoría de las Provincias Argentinas aplicaron medidas similares.

En el periodo 1996-1999 surgió la Reforma de Segunda Generación, amparada por el Decreto N° 558 del 24 de Mayo de 1996 que se llamó “Segunda Reforma del Estado”.

Los puntos más destacados:

- Creación de la Unidad de Reforma y Modernización del Estado dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros, responsable de la coordinación, seguimiento y control del proceso de Reforma.
- Decisión de que la totalidad del sector público formule propuestas en materia de cumplimiento de las políticas de privatizaciones, de estructura organizativa y distribución de plantas de personal.
- Disposición de que las respectivas jurisdicciones efectúen propuestas en temas críticos.
- Revisión del Régimen Jurídico Básico de la función pública, estatutos y escalafones especiales que afectan la productividad del trabajo.
- Instrumentación del procedimiento de compras de bienes normatizados o de características del Estado.
- Creación de un fondo con ahorros y ventas de activos.

Los objetivos planteados en ambas reformas no obtuvieron buenos resultados a largo plazo; debido a la convertibilidad (fines del 2001) Argentina sufrió una crisis económica y social más pronunciada de la historia del país.

Las **reformas de primera generación** permitieron el principio resultados financieros superavitaros notorios. Se logró una permutación estructural del patrimonio estatal. En cuanto a las **reformas de segunda generación** se requirió una reingeniería del Estado y mejoras continuas, que permitieron bajar costos, ser más eficientes y lograr mejores resultados públicos.

Podría trabajarse en una **reforma integral completa**, una respecto al gasto que aunque no sea posible bajarlo se mejore en calidad permitiendo legitimar la acción del gobierno con más y mejores servicios. Esto impactará sobre una mejor predisposición en el pago de los tributos; pero por otro lado no sólo se debe contar con que los

contribuyentes paguen, sino tener una sistematización del proceso recaudatorio para así poder sostener un equilibrio estructural en el largo plazo.

### **1.5.1 Estado moderno**

Un modelo democrático, con alta participación social, requiere de un sistema informativo transparente, accesible y oportuno. Para una eficiente y eficaz toma de decisiones se debe contar con la información adecuada. Con el avance en la tecnología se requiere respuestas novedosas.

En la faz financiera, es decir aquellas decisiones en materia de flujos de gastos e ingresos públicos, las políticas de estabilidad requieren estructuras de informaciones oportunas e integrales.

Se puede definir a la **Administración Financiera Gubernamental** en este estado moderno como: el conjunto de principios, normas, organismos, recursos, sistemas y procedimientos que intervienen en las operaciones de programación, gestión y control necesarias para captar los fondos públicos y aplicarlos en la concreción de los objetivos y metas del Estado.

La reforma de la administración financiera del sector público tiene como finalidad elaborar un sistema integrado de información, que plasme la actividad económico-financiera del Estado. La información deberá ser la necesaria y suficiente para agilizar la toma de decisión y que dicha decisión sea eficiente, eficaz y económica en la gestión de resultados y el cumplimiento de los dispositivos legales.

El enfoque sirve para justificar la legitimidad del Estado en la medida que, con una conducta o vocación basada en la productividad, entregue a la sociedad más bienes y servicios finales que los insumos.

## **1.6 Ley N° 24.156 de administración financiera y control gubernamental**

### **1.6.1 Incidencia en la reforma argentina**

Toda reforma a emprender debería procurar el logro de los siguientes objetivos<sup>6</sup>:

- 1) DE RACIONALIDAD: en procura que la gestión se realice con economicidad, eficiencia, eficacia y en la oportunidad deseada legalmente.
- 2) DE TRANSPARENCIA: operativamente con respecto a la realidad económica, con generación oportuna y confiable de la información para la toma de decisiones.

---

<sup>6</sup>Página web Infoleg: [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

3) DE INTEGRALIDAD: interrelacionando los sistemas operativos de administración financiera con los de control, ya sea en su faz interna como en la externa.

En materia de doctrina financiera era necesario desarrollar un conjunto de principios sustanciales que permitió reflexionar ante el debate doctrinario que se instaló entre defensores y críticos de la reforma nacional.

El maniqueísmo de uno u otro lado es peligroso, pues llevaría a responder: ¿Cuál teoría es mejor? ¿Cuál escuela es la más valedera?

Las conclusiones serían múltiples, pero la verdad se valida cuando la teoría refleje empíricamente su aplicación práctica.

En conclusión habría que volver a hablar de una concepción sistémica como estrategia para enfocarse en las reformas de la administración, sintetizando de los aportes de las distintas teorías y escuelas que han influido en este marco teórico.

Esta concepción puede ser acusada de eclécticista, pero pretende evitar la tendencia al reduccionismo, que es un vicio metodológico que consiste en aceptar un único criterio como paradigma de una disciplina.

La LAFCO reemplazó diversos contenidos de la derogada ley de contabilidad. La correlación de muchos de sus artículos entre ambas leyes lo confirman, también los sistemas de contrataciones y de administración de bienes se profundizaron con los capítulos no derogados de la ley anterior.

En la nueva ley se puede resaltar dos aspectos relevantes:

- 1) Que es una ley **marco**: al señalar criterios generales que serán aplicados discrecionalmente en cada circunstancia, con lo que se evita así incluir en la misma, procedimientos o técnicas específicas que tornarían rígida su aplicación.
- 2) Que es una norma de **orden superior**: dado que la legislación financiera debe supeditarse a ella en función de que la administración financiera responde a los principios de “unidad” y “universalidad”.

### **1.6.2 Aplicación de la concepción sistémica y definición de los sistemas**

Siempre bajo la concepción sistémica, el programa de reforma argentino definió a los siguientes sistemas:

- Sistema de Presupuesto.
- Sistema de Contabilidad.
- Sistema de Tesorería.
- Sistema de Crédito Público.

Estos fueron objetos de la primera etapa de la reforma, luego en una segunda etapa dado que su operatividad estaba ligada a los mencionados, quedaron pendientes de definición:

- Sistema de Contrataciones.
- Sistema de Administración de Bienes.

Sendos proyectos ingresaron al Congreso a partir del año 1994, los cuales perdían estado parlamentario al no ser tratados durante tiempos prolongados. Posteriormente el Sistema de Contrataciones posee categoría de ley por el “Decreto Delegado” N° 1023/01.

Básicamente los sistemas se pueden dividir en:

**a) SISTEMAS VERTEBRALES:** por la relevancia e importancia que adquieren:

- SISTEMA PRESUPUESTARIO: que comprende el conjunto de principios, órganos, normas y procedimientos que regirán el proceso de recursos y gastos previstos para el ejercicio; mostrando el resultado económico y financiero de las transacciones.
- SISTEMA CONTABLE: es el sistema integrador de la información contable de los otros sistemas, y comprende el conjunto de principios, órganos, normas y procedimientos destinados a recopilar, valorar, procesar, registrar y exponer los hechos económicos de las entidades públicas.

**b) SISTEMAS COMPLEMENTARIOS:** han sido desprendimientos de los primeros adquiriendo identidad propia:

- SISTEMA DE TESORERIA: comprende el conjunto de principios, órganos, normas y procedimientos vinculados con la efectiva recaudación de los ingresos y de los pagos cancelatorios de los devengamientos contraídos.
- SISTEMA DE CRÉDITO PÚBLICO: comprende el conjunto de principios, órganos, normas y procedimientos vinculados a la capacidad de endeudamiento del sector público.
- SISTEMA DE CONTRATACIONES: comprende el conjunto de principios, órganos, normas y procedimientos que permiten la obtención de insumos materiales y no materiales.
- SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE BIENES: comprende el conjunto de principios, órganos, normas y procedimientos aplicables a las altas, bajas y movimientos necesarios para: ingresar, registrar, conservar, mantener, proteger y reasignar el patrimonio.

Con la finalidad de modernizar el Estado Nacional, la reforma constitucional de 1994, introdujo cambios en los órganos de control, adoptando el criterio de las contralorías. Se crea así, la Auditoría General de la Nación (AGN) como organismo técnico de control dependiente del Parlamento Nacional.

Para los adeptos a la reforma, los fundamentos que generaron el abandono del Tribunal de Cuentas a favor de una contraloría, fueron los de fortalecer la función de control acotando las facultades que antes tenía el Poder Ejecutivo en su relación con el tradicional Tribunal de Cuentas. Un sistema de contraloría dependiente del Poder Legislativo refuerza el rol de éste y contribuye a un equilibrio entre los poderes, en concordancia con la doctrina constitucional tradicional que le otorga al Poder Legislativo no sólo la función del dictado de las leyes, sino también del control político de los actos realizados por los otros poderes.

Este nuevo órgano técnico de control dependiente de un Poder del Estado, ha sufrido las críticas de algunos tratadistas que defienden el antiguo sistema de control externo, al señalar que la AGN no posee la facultad jurisdiccional para juzgar el desempeño de funcionarios y agentes públicos con que contaba el Tribunal de Cuentas de la Nación, con competencia para realizar los juicios de responsabilidad y de cuentas.

La Ley N° 24.156 en su Título VI: “**Del sistema de control interno**”, crea La Sindicatura General de la Nación como órgano de control interno del poder ejecutivo y la caracteriza de entidad con personería jurídica propia y autarquía administrativa y financiera, dependiente del presidente de la nación (art. 96 y 97). Y en su Título VII: “**Del control externo**”, crea La Auditoría General de la Nación dependiente del Congreso Nacional. Esta es una entidad con personería jurídica propia e independencia funcional con lo cual necesariamente debe poseer independencia financiera (art. 116).

### **1.6.3 Influencia en la ley de administración financiera provincial: principales diferencias y analogías**

La Ley N° 24.156 en su art. 8 extiende su aplicación a la totalidad del Sector Público Nacional y prevé su implementación al resto del Sector Público Argentino<sup>7</sup>.

Queda su coordinación a cargo de la Contaduría General de la Nación según lo normado por el art. 94 de la LAFCO, con el objeto de presentar la información consolidada de todo el Sector Público Argentino.

En la Provincia de Córdoba, la Ley N° 9.086 de “Administración Financiera y de Control de la Administración General del Estado Provincial” del 19 de Febrero del año 2003, sustituye en gran parte a la anteriormente vigente ley “Orgánica de Contabilidad, Presupuesto y Administración” N° 7631 del 19 de Noviembre de 1987; quedando solo vigente en ese entonces el Subsistema de Contrataciones. Luego, en el año 2013 la Ley N° 10.155 “Régimen de compras y contrataciones de la administración pública

---

<sup>7</sup>Página web: [web2.cba.gov.ar](http://web2.cba.gov.ar)

provincial” termina de derogar esta última, creando para este subsistema un régimen moderno acorde a los diversos medios y formas que tiene el Estado Provincial para comprar y contratar. En su art. 1 define su ámbito de aplicación de manera obligatoria en la Administración General Centralizada, incluyendo a toda la estructura del Sector Público Provincial.

En su estructura la Ley de Administración Provincial, de similar características con la LAFCO, también desarrolla un enfoque sistémico. En su art. 8 menciona que “La administración financiera estará integrada por los siguientes subsistemas, que deberán estar interrelacionados entre sí”, y los distingue:

- Subsistema de Presupuesto.
- Subsistema de Tesorería.
- Subsistema de Contabilidad.

El Subsistema de Crédito Público quedará incluido en todas las formas del uso del crédito.

El Subsistema de Inversiones Públicas quedará incluido en todos aquellos aspectos que definan el detalle de proyectos y obras e inversiones previstas.

El Ministerio de Producción y Finanzas será el responsable de la coordinación, supervisión y mantenimiento de los subsistemas.

Los subsistemas estarán a cargo de Unidades Rectoras Centrales (URCe) que dependerán directamente del órgano que ejerza la fijación de las políticas, la coordinación y la supervisión de los mismos.

Si bien se utiliza la denominación “subsistemas” en sustitución de “sistemas” con respeto al ámbito nacional, ello no es significativo.

En general la ley establece en su Título I: **Disposiciones Generales** conceptos anteriormente no legislados:

- Definición de administración financiera bajo un criterio moderno (art. 2).
- Establece objetivos (art. 4).
- Define la estructura del Sector Público Provincial no financiero (art.5).
- Definiciones en materia de identidad, jurisdicción y ente contable (art. 6).
- Ámbito de aplicación (art. 7).
- Compromiso con la visión sistémica (art. 9, 10 y 11).

Se sigue un criterio organizacional de políticas centralizadas y ejecución descentralizado a través de las Unidades Operativas Periféricas (UnOPe). Así señala como unidades rectoras:

1) Dirección de Presupuesto e Inversión Pública: encargada del subsistema de presupuesto e inversión pública.

2) Dirección General de Tesorería y Crédito Público: a cargo del funcionamiento del subsistema de tesorería y crédito público.

3) Contaduría General de la Provincia: ejecutando una doble función, el subsistema de contabilidad y control interno.

Al integrar presupuesto con la inversión pública se diferencia del régimen nacional en la cual las inversiones públicas es un sistema no integrado según lo establece la ley que lo rige N° 24354 de "Inversión Pública Nacional" del 29 de Agosto de 1994.

En relación a las tan discutidas normas de **modificaciones presupuestarias**, en comparación con la ley nacional N° 24.156 establece un criterio más amplio en su art. 35, "quedando reservada para la legislatura", en comparación con el art. 37 de la LAFCO que delega las facultades al Jefe de Gabinete de Ministros del Poder Ejecutivo.

También establece el criterio de **cupos** por el art. 38 con la condicionalidad que solo se puede asumir compromisos si se cuenta con recursos suficientes.

Sigue el criterio mixto de imputación al considerar la **ejecución del presupuesto**: gastos por el criterio del devengado y recursos por el criterio del percibido; a diferencia de la LAFCO que adopta el criterio de devengado para ambos.

Respecto al **crédito público** sigue los criterios nacionales, pero fija tope para el crédito de cortísimo plazo mediante el sistema de duodécimos (art. 52). Al contrario del orden nacional no establece la responsabilidad personal de deuda contraída fuera de la autorización del órgano rector (art. 66).

En el **subsistema de tesorería** incorpora el instrumento de cuenta única (art. 64) que lo mantendrá el ministerio de producción y finanzas, lo cual le "permitirá disponer de las existencias de cajas de todos los poderes, jurisdicciones y entidades de la hacienda pública hasta el cien por cien (100%) de su importe".

En virtud de normas constitucionales se sigue con un criterio diferente a partir del Título III: **Sistemas de Control**, en la configuración de los sistemas de control interno y externo, respetando en ambos casos la norma constitucional, aunque hay un claro avance en la idea de integración sistémica.

El Tribunal de Cuentas de la Provincia de Córdoba es creado por la Constitución Provincial en ocasión de su reforma en el año 1923. Es el órgano de control externo de las operaciones financieras y patrimoniales del Estado. Durante el año 1987 se dictan dos leyes que reglamentan la administración del Estado, la Ley N° 7.630 Orgánica del Tribunal de Cuentas, la que establece su funcionamiento y atribuciones; y la Ley N° 7.631 de Contabilidad. Esta última rigió hasta el año 2002, momento que fue derogada (a excepción de dos capítulos) y reemplazada por la Ley N° 9.086 de

Administración Financiera y de Control Interno de la Administración General del Estado Provincial, vigente desde el periodo 2003 en adelante.

La Ley N° 9.086 es sancionada continuando la corriente nacional de modernización del Estado, y si bien esta ley mantiene sin modificación que el órgano encargado del control externo de la administración provincial sea Tribunal de Cuentas, este último se regirá por su ley orgánica. Pero debido a que la Ley Orgánica del TCPC fue sancionada 15 años antes, ha quedado desactualizada respecto a la teoría de sistema y gestión, instaurado con la reforma.

La Ley de Administración Financiera N° 9.086<sup>8</sup> incorpora en su Capítulo II **Sistema de Control Externo**, y el segundo párrafo del art. 101 legisla: “El sistema de control externo y el sistema de control interno, cuando actúen sobre una misma estructura a controlar, deberán compatibilizar normas, procedimientos y acciones de control, de modo de contribuir a la concepción sistémica de funcionamiento de la administración pública provincial”. De acuerdo a lo citado, se dimensiona una concepción de modelo de control con ciertas diferencias a la llevada a cabo por el TCPC de acuerdo a su Carta Orgánica.

Hay un cambio de paradigma, con la nueva ley de Administración Financiera, en función de los requerimientos de la sociedad, la que demanda un control del Estado acorde a los nuevos tiempos, en donde el alcance del control ejercido por los órganos de control externo no debe limitarse al cumplimiento de legalidad, o de persecución del fraude, sino además, a que los controles contribuyan a mejorar el desempeño y la evaluación de resultados en la actividad pública. Los usuarios de la información pública, sea sociedad en general, medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales, entidades gremiales y empresarias, etc.; exigen informes y datos sobre la utilización de los recursos públicos y si son mal o ineficientemente utilizados.

En este aspecto la ley N° 9086 distingue claramente:

- 1) EL CONTROL INTERNO: estará a cargo de la Fiscalía de Estado y la Contaduría General de la Provincia.
- 2) EL CONTROL EXTERNO: corresponde al Tribunal de Cuentas de la Provincia, que se rige por la ley N° 7630.

---

• <sup>8</sup>[www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)

#### 1.6.4 Definición de los órganos: Ley N ° 24156 y 9086

Desde el punto de vista institucional y funcional, es necesario definir los distintos órganos que contemplan tanto la Ley Nacional como la Ley Provincial.

Así se tendrá un:

- **ORGANO COORDINADOR:** responsable de articular la totalidad de los sistemas a su cargo, dirigiendo y supervisando su desarrollo e implementación.
- **ORGANO RECTOR:** responsable en su sistema asignado del diseño, elaboración y evaluación del cumplimiento de las políticas, del dictado de las normas, metodologías, etc.; a ser aplicados por las instituciones públicas. También se encarga de centralizar la información producida por los organismos periféricos.
- **ORGANO EJECUTOR:** son las distintas instituciones del sector público a las que se les ha asignado precisas responsabilidades operativas en el ámbito de su competencia.

##### 1.6.4.1 Ley nacional de administración financiera y control

#### LEY N° 24156 - Ley de Administración Financiera y Control Gubernamental (LAFCO)<sup>9</sup>

<b>Macrosistema</b>	<b>Órgano Coordinador</b>	<b>Sistema</b>	<b>Órgano Rector</b>	<b>Órgano Ejecutor</b>	<b>Base Legal</b>
<b>Administración Financiera</b>	<b>Secretaría de Hacienda</b>	Presupuesto	Oficina Nacional de Presupuesto	Servicio Administrativo Financiero	<b>24156</b>
		Contabilidad	Contaduría General de la Nación	Servicio Administrativo Financiero	<b>24156</b>
		Tesorería	Tesorería General de la Nación	Servicio Administrativo Financiero	<b>24156</b>
	<b>Secretaría de Finanzas</b>	Crédito Público	Oficina Nacional de Crédito	Oficina Nacional de Crédito	<b>24156</b>

<sup>9</sup>[www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

			Público	Público	
	<b>Jefatura de Gabinete</b>	Contrataciones	Oficina de Contrataciones	Servicio Administrativo Financiero	<b>DD 1023/01</b>
	<b>Ministerio de Inf. y Planificación Federal</b>	Administración de Bienes	Oficina Nacional de Bienes del Estado	Servicio Administrativo Financiero	<b>LC - Capítulo V</b>
<b>Control</b>	<b>Sindicatura General de la Nación</b>	Control Interno	SIGEN	Unidad de Auditoría Interna	<b>24156</b>
	<b>Auditoría General de la Nación</b>	Control Externo	AGN	Gerencias	<b>CN y 24156</b>

LC *Ley de Contabilidad*

**Referencias:**

CN *Constitución Nacional*

**1.6.4.2 Ley provincial de administración financiera y control**

**LEY N° 9086 - Ley de Administración Financiera y del Control de la Administración General del Estado Provincial**

<b>Macrosistema</b>	<b>Órgano Coordinador</b>	<b>Subsistema</b>	<b>Órgano Rector (Urece)</b>	<b>Órgano Ejecutor (Unope)</b>	<b>Base Legal</b>
<b>Administración Financiera</b>	<b>Ministerio de Producción y Finanzas</b>	Presupuesto e Inversiones Públicas	Dirección General de Presupuesto e Inversiones Públicas	Servicio Administrativo	<b>9086</b>

		Tesorería y Crédito Público	Dirección General de Tesorería y Crédito Público	Servicio Administrativo	<b>9086</b>
		Contabilidad	Contaduría General de la Provincia	Servicio Administrativo	<b>9086</b>
<b>Control</b>	<b>Fiscalía del Estado y Contaduría General de la Provincia</b>	Control Interno	Fiscalía del Estado y Dirección de Auditoría	Auditoría Interna	<b>9086</b>
	<b>Tribunal de Cuentas</b>	Control Externo	Tribunal de Cuentas	Dos secretarías: Fiscalización Legal y Fiscalización Presupuestaria	<b>7630</b>

**Referencias:** URECE      *Unidades Centrales*      *Rectoras*

                                 UNOPE      *Unidades Periféricas*      *Operativas*

## 1.7 Descentralización en las organizaciones públicas provinciales: “el recupero del gasto

### 1.7.1 Organizaciones públicas de servicios de salud

Tal como se ha mencionado anteriormente, la Ley N° 9.086 sigue un criterio organizacional de políticas centralizadas y ejecución descentralizado a través de las Unidades Operativas Periféricas (UnOPe).

A estas, las asiste de Fondos Permanentes y/o Cajas Chicas para poder alcanzar los objetivos de políticas públicas enmarcados por la jurisdicción a la cual pertenece: “los poderes, jurisdicciones y entidades que conforman la hacienda pública, podrán autorizar el funcionamiento de fondos permanentes y/o cajas chicas, con la

conformidad, el régimen y los límites que establezca el Ministerio de Producción y Finanzas” (art. 63).

### **1.7.2 Normativa: su evolución y vigencia**

La normativa inherente de las cobranzas a las obras sociales por las prestaciones realizadas a sus afiliados en los hospitales públicos, fue evolucionando en aspectos tales como la figura legal de los Centros Asistenciales y la metodología en el proceso de detección, facturación y cobro.

Tres decretos fueron fundamentales en la descentralización han dado el marco legal necesario a lo anteriormente mencionado.

#### **1.7.2.1 Decreto N° 09/93**

Considera al hospital público un factor fundamental de todo el sistema de salud y se hace necesario garantizar su financiamiento, para lo cual resulta indispensable que éste reciba un trato igualitario cuando brinda prestaciones a beneficiarios que cuentan con cobertura social, decretando que los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud estarán **obligados** a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden de ellos.

Este decreto inicia un precedente del cobro por parte de los hospitales públicos para poder autofinanciarse en la medida que obliga a los agentes a pagar las prestaciones de sus afiliados como si hubiesen recibido la atención en la esfera privada.

#### **1.7.2.2 Decreto N° 578/93**

En el mismo año este decreto amplía en su considerando, diciendo que consecuentemente se hace necesario definir el **rol** del hospital público, dentro del sistema de atención médica, a los efectos de que a través de su recuperación cumpla acabadamente con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación que le son propias; y que para ello se entiende necesario establecer mecanismos que permitan la financiación y transformación del hospital público, por lo cual los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud están obligados a pagar según el sistema automático establecido las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos.

Esta normativa crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (RNHPA), dependiente de la Secretaria de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, a los cuales los hospitales públicos deben inscribirse y así poder beneficiarse ingresando al nuevo sistema.

Los hospitales públicos podrán:

- Actuar como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción, con capacidad para cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otros similares.
- Estará sujeto a disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.
- Los ingresos que perciba por el cobro de prestaciones serán administrados directamente por el mismo, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:
  1. El fondo de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias.
  2. El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento.
  3. El fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Esta legislación refuerza el concepto de “obligación” de pago por parte de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para con los HPA que estén debidamente registrados y por consiguiente que cumplan con los requisitos para ingresar al sistema. Esta figura legal de “Hospitales Públicos de Autogestión” ha sido un avance en materia de derechos y obligaciones para con estas instituciones públicas.

En todo su articulado invita a su aplicación en los distintos niveles ya sea nacional, provincial o municipal, considerando a la descentralización como fundamental en su aplicación; pero respetando las normas vigentes en las distintas jurisdicciones en materia de acción, ejecución de sus presupuestos, distribución, etc.

### **1.7.2.3 Decreto N° 939/00**

En el año 2000 cuando entra en vigencia su art. 21 deroga el citado Decreto N° 578/93.

Considera que resulta necesario avanzar en la implementación de las **Políticas Sustantivas e Instrumentales** fijadas por el Gobierno Nacional para la transformación, el desarrollo y fortalecimiento del Sector Salud; y que luego de transcurridos siete años de la implementación del Régimen del Hospital Público de Autogestión se han observado una serie de dificultades que es necesario corregir.

Crea el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) que reemplaza a la figura de Hospitales Públicos de Autogestión del anterior decreto, teniendo este régimen como principales objetivos:

- Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud.
- Los HPGD deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.
- Actuarán de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.
- Podrá realizar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente con entidades de la seguridad social comprendidas en la ley N° 23.660 (ley de Obras Sociales) y sus modificatorias, en relación con las prestaciones que las mismas están obligadas a brindar a sus beneficiarios.
- Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario.
- Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital de acuerdo al marco normativo de su propia jurisdicción.

El HPGD continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente régimen.

En esta primera parte se avanza en materia cualitativa para poder llevar a cabo las políticas de salud y así fortalecer al sector.

La derogación de la figura legal de HPA dando creación a HPGD otorga instrumentos a los hospitales públicos para poder incrementar los presupuestos y la libertad en su disposición, siempre teniendo como base la descentralización.

Respetando siempre las normativas de cada jurisdicción a la que pertenezca, el HPGD le otorga mayor libertad con respecto a:

1. Realizar convenios.
2. Cobrar a terceros pagadores de los servicios prestados.
3. Mayor maniobrabilidad en el uso de sus presupuestos.
4. Reforzar el presupuesto con recursos generados por su propia acción.

También dicho decreto en sus últimos artículos legisla sobre el procedimiento de facturación y cobranzas de los HPGD:

- Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, cuando no exista convenio previo el hospital podrá facturar al agente las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el Ministerio de Salud.
- Los agentes están obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden dentro de los sesenta días corridos de presentada la facturación mensual.
- Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo entre las partes, el HPGD podrá reclamar el pago a la Superintendencia de Servicios de Salud, la que procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del agente correspondiente; y al pago de la misma dentro de los quince días hábiles de efectuada dicha retención. En el caso de discrepancias en los montos de la facturación entre el HPGD y el agente, la Superintendencia elevará su opinión al Ministerio de Salud, cuya decisión será definitiva.

Esta última parte efficientiza el cobro por parte de las entidades públicas a los agentes, imponiendo plazos para la real recaudación de los HPGD con el objetivo de autofinanciarse y tener como beneficio el aumento presupuestario correspondiente.

### **1.7.3 El rol de la Superintendencia de Servicios de Salud**

La Superintendencia de Servicios de Salud se crea en el año 1996 mediante el Decreto N° 1615/96, y asume las funciones que competen a la Administración Nacional de Seguro de Salud, el Instituto Nacional de Obras Sociales y la Dirección Nacional de Obras Sociales.<sup>10</sup>

Algunas de las funciones que desarrolla la superintendencia son:

- Debe fiscalizar el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO).
- Fiscalización del cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica.
- Supervisar el cumplimiento del Derecho de Opción y la adecuada atención a los beneficiarios del sistema.

La autoridad de la superintendencia es designada por el Poder Ejecutivo Nacional a propuesta del Ministerio de Salud y Acción Social.

---

<sup>10</sup>Superintendencia de Servicios de Salud: Página web: [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)

La superintendencia de salud tiene por misión fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de las obras sociales respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. En el Decreto N° 939/00 y es importante remarcarlo, se estableció un sistema de débito automático, en virtud del cual ante la falta de pago por parte de la obra social de la facturación presentada, el Hospital Público de Gestión Descentralizada está facultado a reclamar el pago a la Superintendencia de Salud, la que verificará el cumplimiento de la normativa vigente, y procederá a dicho débito de los importes autorizados en la cuenta recaudadora de la obra social a través del AFIP.

### **1.8 Conclusión**

El análisis del proceso de investigación en cuanto a la descripción de las distintas teorías, escuelas, legislación, etc.; realizado en este marco teórico permite conocer a las instituciones públicas en general.

En un principio, el Estado se basaba en una visión Keynesiana, pero este modelo fracasó de inmediato por el déficit y el crecimiento del gasto público, luego se enfocó en una visión Neoliberal que tampoco tuvo éxito hasta que finalmente el Estado promovió el empleo y crecimiento económico mediante la visión Neokeynesiana; de este modo luego de varios años de inflación surgen las variables de ajustes estatal identificadas como las 5D: Desestatización – Descentralización – Desregulación – Descorporativización y Desautarquización.

A fines del siglo VXIII surgen las Escuela Clásica que puso énfasis en especializar cada puesto de trabajo y capacitación del personal, entre otras; la Escuela Estructuralista que impartió normas, reglas y reglamentos, mientras que la Escuela del Comportamiento Humano implementó la estimulación económica para los empleados pero que ellos no supieron aprovechar, por otro lado la Escuela de las Teorías de las Necesidades se encargaba de negociar para tomar decisiones y conciliar intereses contrapuestos.

Finalmente un enfoque sistémico integró las organizaciones que provocó reformas en el Estado de primera y segunda generación, las mejoras que se lograron fueron bajar los costos, para que sean más eficientes y obtener mejores resultados.

El objetivo de la reforma de la Administración Financiera del sector público era idear un sistema integrado de información que refleje la actividad del Estado para tomar decisiones eficientes, eficaces y económicas en la gestión de los resultados.

El programa de reforma argentino definió los Sistemas de Presupuestos, Tesorería, Crédito Público y Contabilidad, luego el Sistema de Contrataciones y el de Administración de Bienes. En cuanto a la Administración Financiera Provincial se

aplica a todo el Sector Público, en Córdoba la ley de “Administración Financiera y de Control de la Administración General del Estado Provincial” sigue un criterio organizacional de políticas centralizadas y ejecución descentralizada.

Las organizaciones públicas de servicios de salud funcionan a través de fondos permanentes, esto evolucionó y actualmente se cobra a las distintas obras sociales por las prestaciones realizadas.

En el Capítulo 2 se describirá a la organización bajo estudio; profundizando en sus cualidades, defectos y virtudes de acuerdo a las herramientas de administración aplicadas.

## **CAPITULO 2**

### **LA ORGANIZACIÓN**

## 2. Introducción

El hospital Santa Rosa de Río Primero fue fundado el 2 de Diciembre de 1998, está ubicado en la localidad Villa Santa Rosa, departamento Río Primero, provincia de Córdoba; al nordeste provincial a unos 90 Km. aproximadamente de la ciudad de Córdoba, a la vera de la ruta provincial N° 10.

Su misión principal es brindar un servicio de salud gratuita pretendiendo que sea eficiente y eficaz, especialmente en su zona de integración sanitaria, denominada "Villa Santa Rosa" (Anexo N° 1).

Dicha zona de cobertura es designada por el Ministerio de Salud de la provincia y geográficamente comprende gran parte del departamento Río Primero, y parcialmente los departamentos Totoral y Colón.

Años más tarde, mediante la ley provincial N° 9141 sancionada el 3 de diciembre de 2003, y en reconocimiento al ex gobernador provincial quién en su gobierno tuvo la decisión política de ampliar la oferta pública provincial de salud mediante la realización de tres nuevos nosocomios: el de Villa Santa Rosa, el de Villa del Rosario y el Materno Neonatal de la ciudad de Córdoba; se cambia (amplia) su nombre a: "Hospital Santa Rosa de Río Primero - Dr. Ramón B. Mestre".

### 2.2 Pilares fundamentales

En el año 2004 mediante un taller de capacitación en la que participó todo el personal de las distintas áreas, se definieron conceptos organizaciones que sirvieron de eje para fortalecer a la institución.

Se trabajó haciendo participe a los empleados de dichas premisas, por lo cual se sienten representados e incluidos. Concluyeron entonces en que:

Los **valores** de la organización son: *"Respeto, solidaridad, igualdad, responsabilidad, confianza y justicia"*.

La **visión**: *"Somos un grupo de personas que realizamos nuestro trabajo, con respeto, responsabilidad, compromiso, honestidad e igualdad en lo que hacemos con nuestros compañeros, con los pacientes y la comunidad."*

*Trabajamos en un clima laboral agradable y humanizado, promoviendo prácticas interdisciplinarias, brindando un servicio que se caracteriza por su calidad y calidez, construyendo procesos de cambios y compromisos con los problemas socio ambientales de la región, estimulando a la sociedad para que se comprometa con su salud, lo que nos posiciona como una institución reconocida en su medio, formadora y educadora de cuadros profesionales idóneos y comprometidos con el futuro de su comunidad".*

La **misión**: el hospital Santa Rosa de Río Primero – “Dr. Ramón B. Mestre”, está conformado por recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar la actividad asistencial polivalente de segunda complejidad, aparte de ser el referente de todos los centros de salud de su zona.

En función de ello, es necesario contar con una actualización permanente de dichos recursos acorde con la demanda creciente y los avances tecnológicos que se observan en los últimos tiempos. Esto obligará a generar una dinámica especial e innovadora en la atención de los pacientes, tanto internados como ambulatorios, exigiendo una mejor gestión y utilización de los recursos que conlleven un motor del cambio asistencial eficiente y efectivo.

Otro impacto positivo en la vida del hospital, fue la apertura de la Unidad de Terapia Intensiva en el año 2009, esto lo convirtió en referente provincial en su zona de cobertura y también en la logística de salud de la provincia.

A pesar de su escasa experiencia, pero consolidado en el servicio de salud gratuito, debió asumir la mayor demanda de la sociedad que tenía poca oferta pública y privada de salud en la región, en sus distintas especialidades y complejidades.

En cuanto a su **cultura organizacional** se puede decir que debido a su corta vida ha pasado de una cultura débil a moderada. La rotación, renuncias y nuevos empleados fue un factor determinante en su formación. Ha costado desde la dirección, que valga la aclaración ha cambiado en varias oportunidades, inculcar los valores que debe tener este tipo de organización para enfrentar la problemática de esta sensible prestación de servicios como lo es la salud, aún más cuando es pública.

Tal como se lo describiera anteriormente, ya consolidada la institución y dado que su crecimiento trajo por consiguiente un mayor número de agentes y que van aceptando progresivamente la cultura en término de sus valores a medida que se incorporan, esta pudo hacerse más fuerte.

En sus dimensiones se destaca claramente una alta intensidad a la estabilidad, ósea mantener un statu quo en desmedro de un crecimiento más intenso; una clara orientación hacia las personas, tratando de salvaguardar a los equipos de trabajos. En este último aspecto se pone especial énfasis en las decisiones, y como éstas, repercuten en el entorno laboral.

### **2.3 Tipo de organización**

Es una organización estatal, que alcanza al estado provincial, no persigue fines de lucro, su origen de capital es provincial; pertenece al grupo de organizaciones medianas y su alcance geográfico es local.

Su grado de duración es permanente y el tipo de actividad que le brinda a la comunidad es de servicios, más precisamente: servicios de salud.

En lo que respecta a sus fuentes financieras, la institución cuenta con cuatro cajas chicas que le permite afrontar el gasto permanente.

Una breve descripción de las mismas y su origen se detallan a continuación:

- **Fondos A “Permanentes”:** partida mensual para gastos de funcionamiento que el Ministerio de Salud gira a sus jurisdicciones que tiene a cargo. Esta partida se estipula a comienzos de cada ejercicio y es un monto fijo.
- **Fondos R “Recupero del Gasto”:** ingresos que se recuperan de la atención a pacientes que poseen obra social. Es una partida variable, y su incremento depende del buen funcionamiento de los procedimientos y metodología del área encargada de la facturación.
- **Fondos N “Programa Sumar”:** programa nacional que beneficia a los efectores de salud pública sea cual fuere su jurisdicción (nacional, provincial o municipal) con recursos monetarios y/o materiales por la atención a pacientes desprovistos de obra social. También, como el recupero del gasto, es una partida variable que depende del buen funcionamiento de los procedimientos y metodología del Área designada para su captación y seguimiento.
- **Asociación Cooperadora:** la “Asociación Cooperadora y Amigos del hospital de Santa Rosa de Río Primero” es una asociación civil sin fines de lucro que prácticamente se funda paralelamente con el nacimiento del Hospital Regional. Su objeto es ayudar en lo social y económico a la organización. Generalmente los ingresos están dados por las diversas actividades que realiza; y los egresos, es decir el financiamiento al hospital, viene dado por ayudas permanentes y/o eventuales solicitadas por la dirección conjuntamente con la administración.

Por otra parte, en su zona programática tiene a su cargo 22 localidades, entre municipalidades y comunas (Anexo N° 2).

Estás de acuerdo a sus objetivos y metas de políticas de salud, demografía, ubicación geográfica con respecto a los centros asistenciales de mayores dimensiones, fondos recibidos especialmente para el gasto en salud por parte de la nación, etc.; prestan cobertura a su comunidad mediante centros asistenciales de menor envergadura como hospitales municipales, dispensarios o puestos sanitarios; a los que el hospital les distribuye insumos provinciales y nacionales, capacitación, etc.; dado que están bajo la **zona de integración sanitaria “Villa Santa Rosa”**.

En cuanto a la atención de la salud, cuenta con numerosos servicios, entre los cuales se puede mencionar UTI, diagnóstico por imágenes, laboratorio, farmacia, hemoterapia, ginecología, etc. situando de esta manera a dicho hospital en el **nivel 2**

de atención al paciente, mientras que el **nivel 1** corresponde a los distintos hospitales municipales, dispensarios y puestos sanitarios de la zona. Este escalafón de los distintos niveles es determinado según la complejidad de la atención al paciente.

### **2.3.1 Categorización de los establecimientos asistenciales**

La categorización de los establecimientos asistenciales se basa en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de la tecnología disponible. <sup>11</sup>

#### **2.3.1.1 Niveles**

##### Nivel I (Bajo Riesgo):

Se constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayoría de los casos.

Se realiza, entre otras, acciones de promoción y protección de la salud, así como diagnóstico temprano de daño, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

##### Nivel II (Mediano Riesgo):

Puede constituir la puerta de entrada al sistema.

Realiza las mismas acciones que en el de bajo riesgo, a lo que se suma un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

##### Nivel III (Alto Riesgo):

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema.

Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sean por los recursos humanos capacitados como así también por los recursos tecnológicos disponibles.

---

<sup>11</sup>Susana B. Barrionuevo - "Administración I" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico.

### 2.3.1.2 Planta física y recursos humanos según la categoría

NIVELES	PLANTA FISICA	RRHH
<b>NIVEL I</b>	1. Área de admisión y egresos.	1. Médico Director: capacitado en gerenciamiento y funcionamiento de redes de atención médica.
	2. Sector de estar para usuarios.	2. Médicos generalistas.
	3. Gabinetes para consultas y prácticas.	3. Pediatra / Tocoginecólogo (permanentes o rotativos).
	4. Office de enfermería.	4. Odontólogo / Bioquímico.
	5. Sector de estar para el personal.	5. Enfermeros.
	6. Sanitarios.	6. Personal administrativo (compras, facturación, contabilidad, secretaria).
	7. Amueblamiento y equipos técnicos para atender consultas y para funciones de promoción y prevención de la salud.	7. Personal de mantenimiento.
	8. Comunicación y transporte.	
	9. Sector abierto para el paso y la atención del público.	
	10. Sector cerrado para la atención de pacientes internados.	
	11. Internación discriminada por sexo y área para pediatría.	
	12. Instrumental adecuado para desarrollar las acciones programadas (cirugía, traumatología de bajo riesgo o para derivación).	
<b>NIVEL II</b>	<b>Los establecimientos de este tipo deben poseer recursos físicos y equipamiento similar al del Nivel I, ampliado de acuerdo a las especialidades que se hayan</b>	<b>Además de lo contemplado en el Nivel I, el equipo de salud requerido para este nivel es:</b>

	agregado. Por ejemplo:	
	1. Consultorio e instrumental odontológicos.	1. Médicos de las cuatro especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Pediatría y Toco ginecología).
	2. Locales y equipos para Radiología y Laboratorio.	2. ORL, Oftalmología, Traumatología.
	3. Cobra jerarquía la actividad Quirúrgica y Obstétrica.	3. Eventualmente otras especialidades: Cardiología, Neumonología, etc.
		4. Enfermeros y auxiliares.
		5. Técnicos: Radiología, Laboratorio, Hemoterapia, Esterilización y Estadísticas.
<b>NIVEL III</b>	<b>En lo referente a la planta física, este tipo de establecimiento no varía de lo ya descrito, salvo en sus dimensiones y eventual expansión de actividades. En cuanto al equipamiento, va de lo requerido para el Nivel II hasta el eventual máximo desarrollo tecnológico en diagnóstico y/o terapéutica. El equipamiento básico de los niveles anteriores se amplía progresivamente hasta alcanzar el máximo desarrollo tecnológico en los servicios de cuidados intensivos. Este servicio debe tener un diseño de planta conforme a sus necesidades.</b>	<b>Además de lo contemplado en el Nivel I y II, el equipo de salud de este nivel se compone de los especialistas en áreas tales como Neurología, Cardiología, Gastroenterología, Endocrinología, Oncología, Dermatología, Inmunología.</b>

## 2.3.2 Programas

### 2.3.2.1 Programa maternidad e infancia

Se orienta a la superación permanente de los niveles de salud de mujeres y niños teniendo en cuenta las diferentes etapas por las que éstos atraviesan: infancia, adolescencia, edad fértil y puerperio.

Es un conjunto de actividades destinadas a garantizar la salud materna, infantil y de los adolescentes en todas sus manifestaciones, todo esto sustentado por una serie de normativas y leyes provinciales y nacionales.<sup>12</sup>

Se articula con el nivel nacional para el seguimiento de lineamientos y políticas acordadas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), con lo cual algunos insumos son provistos por Nación para la ejecución de las mismas y distribuidos a los distintos centros asistenciales.

Los objetivos del programa son:

- Reducir la morbilidad y la mortalidad materna, infantil, de menores de 5 años y de adolescentes.
- Promover y facilitar el desarrollo de maternidades seguras centradas en la familia.

Sus metas son:

- Reducir la mortalidad materna infantil por causas evitables: de patologías del embarazo, del parto y del puerperio; y de enfermedades prevalentes de la infancia.
- Aumentar el acceso de la mujer embarazada al control prenatal en forma precoz, asistida por personal capacitado en la atención.
- Optimizar el acceso, calidad, cobertura y oportunidad de la atención de la salud de los niños, desde el nacimiento hasta los 6 años.
- Promover la lactancia materna.
- Complementar con leche entera en polvo a las embarazadas a partir del 5º mes, nodrizas, niños menores de 6 años y a los niños con VIH Sida.

### **2.3.2.2 Programa de maternidad y paternidad responsable**

Programa nacional que consiste en la información de la procreación responsable, y su prevención a través de los distintos métodos anticonceptivos (anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, preservativos, DIU etc.).

Objetivos:

- Brindar un programa de salud sexual y procreación responsable a la población general sin discriminación alguna.
- Brindar información a la población.
- Reforzar las acciones para la reducción de la morbi mortalidad general, materno infantil y ginecológica/reproductiva a través de una atención de salud integral.
- Prevenir el embarazo no deseado.
- Prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el HIV/ SIDA.
- Promover control y detección precoz de las afecciones ginecológicas (cáncer de mama y de cuello uterino) por medio de los controles correspondientes.
- Facilitar el acceso a la información, orientación sobre la elección de método anticonceptivo.

Prestaciones

- Provisión de insumos a través de la distribución de anticonceptivos en forma gratuita a todos los efectores municipales de la zona de integración sanitaria.
- Realización de talleres en consejería en salud sexual.

### **2.3.2.3 Programa Córdoba diabetes (Pro.Cor.Dia)**

El programa Córdoba diabetes tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes, para atenuar el costo socioeconómico de esta patología, desarrollando acciones preventivas y asistenciales en los distintos niveles de atención. El programa está destinado a personas con diabetes, sin cobertura social, y su empadronamiento se realiza a través del servicio de diabetes del hospital, a partir de allí, el paciente debe ser atendido por el equipo referencial, quien lo orientará respecto a los procedimientos a seguir.

Prestaciones:

- Detección precoz y atención de personas con diabetes.
- Según diagnóstico del paciente, se otorgan gratuitamente los siguientes insumos:

1. Niños, adolescentes, embarazadas y casos especiales: glucómetros para control capilar de glicemia, tiras reactivas y descartables.

2. Personas con diabetes, que utilizan insulina (tipo I y II), se le otorga el 100% de la misma.
3. Personas con diabetes tipo II: el 100% de hipoglucemiantes orales.
4. Pacientes bajo programa con otras enfermedades se les brinda: antihipertensivos orales; diuréticos; hipolipemiantes y antiagregantes plaquetarios.
5. Seguimiento y evaluación de los pacientes bajo programa.

#### **2.3.2.4 Programa de epidemiología e inmunizaciones**

Objetivos:

La meta del programa de inmunizaciones es alcanzar coberturas de vacunación del 95% para cada una de las vacunas del calendario nacional y en cada uno de los distintos grupos de edad, menor de 1 año, 1, 6 y 11 años, así como optimizar las coberturas con vacuna doble adultos (difteria y tétanos) en jóvenes, adultos y adultos mayores.

Actividades:

En el marco de dar cumplimiento a estos objetivos se desarrollan distintas actividades:

- Distribución de insumos: material biológico (vacunas, inmunoglobulinas específicas, antivenenos), material descartable (jeringas y agujas, descartadores, bolsas de patógenos), material impreso (planillas de registro, carnets de vacunación, folletería) termos y conservadoras.
- Vacunación con vacunas especiales, (no incluidas en el calendario nacional de inmunizaciones) aplicadas a grupos de riesgo: antigripal; vacuna antineumocócicas heptavalente, vacuna antivaricela, vacuna contra fiebre amarilla.
- Planificación, logística y ejecución de las campañas provinciales y nacionales de vacunación: campañas de vacunación para la eliminación del sarampión, mantener erradicación de la poliomielitis, eliminación del síndrome de rubéola congénita.
- Organización y ejecución de reuniones regionales y locales de inmunizaciones: para análisis de las estrategias a implementar.

#### **2.3.2.5 Programa del sistema provincial de sangre**

En el año 2008 se inauguró el Banco Central de Sangre de la Provincia de Córdoba, funcionando en la capital, siendo el objetivo la centralización de la donación de sangre. La institución pertenece a dicha red con lo cual desarrolla las siguientes actividades:

- Con respecto a los insumos: se encuentra totalmente centralizada la compra y distribución para todos los Servicios de Hemoterapia públicos por parte del Ministerio de Salud de la Provincia, por lo que el Banco Central de Sangre participa realizando

los pedidos de acuerdo a las estadísticas presentadas por el servicio de hemoterapia del Hospital.

- Establece los procedimientos de entrega y recepción de los mismos.
- Campañas de motivación de la población a fin de modificar la cultura de la “no donación” por “la donación voluntaria”.
- Elaboración de informes y estadísticas.

#### **2.3.2.6 Plan sumar**

El Plan SUMAR es un seguro de salud destinado a mujeres embarazadas y puérperas hasta 45 días, niños y niñas menores de 6 años de edad, niños, niñas y adolescentes de 6 a 9 años, y a las mujeres de 20 a 64 años; sin cobertura de obra social.

Este programa se propone:

- Disminuir el componente sanitario de morbi mortalidad materna infantil.
- Fortalecer las capacidades de la red pública de servicios de salud.
- Incentivar y fortalecer la atención materna infantil, revisando y observando el cumplimiento de las normas y procedimientos en cuanto a:
  1. Vigilancia de las muertes maternas e infantiles: análisis de casos y sistematización de información.
  2. Pautas en el control integral del embarazo: captación temprana, frecuencia, calidad y accesibilidad en los controles.
  3. Atención adecuada del parto/cesárea, recepción del recién nacido y puerperio.
  4. Procedimientos en la atención del niño de 0 a 6 años de edad, sea para control de crecimiento y desarrollo, como para las enfermedades prevalentes de la infancia.
  5. Atención integral estimulando controles periódicos en odontología y oftalmología, esquemas de vacunación, en una estrategia de participación activa con las familias y la comunidad, promoviendo el cuidado de la salud.

Productos Relevantes:

- Padrón de beneficiarios provinciales.
- Población beneficiaria con nominación y georreferencia.
- Aumento cuantitativo de los controles de la embarazada y controles del niño sano.
- Sistema informatizado para el procesamiento de la información, ya sea tanto para la inscripción, facturación, pagos y documentación complementaria.
- Flujo permanente de disponibilidad de recursos, debido a su productividad sanitaria en la atención de la población materna infantil.

### **2.3.2.7 Programa Federal de Salud (PRO.FE)**

Es un programa de atención médica, social, integral y solidaria del gobierno nacional; que se ejecuta mediante un convenio con el Ministerio de Salud de la Provincia.

Está dirigido a personas carenciadas, beneficiarias de una pensión no contributiva otorgada por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, quienes cubren a adultos mayores de 70 años, discapacitados, madres de más de 7 hijos y enfermedades especiales.

El programa se financia con fondos provenientes de la nación, la cual remite periódicamente una cápita por cada afiliado.

Da cobertura de medicamentos al 100% incluido en Vademécum (PMO - Programa Médico Obligatorio).

Dentro de las patologías incluidas, se puede mencionar la diabetes, cáncer; hemofilia, fibrosis quística, esclerosis múltiple, mucopolisacaridosis, artritis reumatoidea y aplasia medular, entre otros.

El Programa comprende la atención médico asistencial a través de la red de prestadores públicos del sector salud (o privados cuando fuere conveniente o necesario). A través de su accionar asegura el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud de acuerdo con el Programa Médico Obligatorio (PMO), con una cobertura al 100%.

La asistencia sanitaria y social a los afiliados incluye:

- Medicación incluida en el PMO, cobertura al 100%.
- Material para prótesis y ortesis.
- Pañales.
- Servicio de urgencias y traslados programados, entre otros.

### **2.4 Estructura y organigrama**

Es necesario resaltar que no se aprovecha el recurso humano (RRHH) de manera óptima, dejando al descubierto muchas veces la falta de organización y capacitación al personal y el escaso control por parte de los niveles superiores. Es importante modificar paulatinamente el concepto de cargo público en la mentalidad de los empleados, para poder hacerlos más productivos y así la organización se beneficie.

El hospital posee en su organigrama (Anexo N° 3) una organización **verticalista** en su estructura, es **formal**; posee una **complejidad mediana** y una **descentralización** y

**departamentalización** muy marcada. Se detecta una forma de organización **orgánica**.<sup>13</sup>

- **VERTICAL:** a simple vista se describe en él una verticalidad en su estructura. Prueba de ello son los distintos niveles que posee la orgánica (Anexo N° 3) en la cual se observan distintas jefaturas: dirección, de servicios, de división, de sección y de supervisión.

Se destaca una unidad de mando descendiente en donde cada jefe de servicio responde ante la máxima autoridad que es el director y los operarios ante cada jefe de sector.

El grado de autoridad y responsabilidad va de la mano con la toma de decisión.

- **FORMAL:** tiene una estructura semi-rígida basada generalmente en reglas y reglamentos en las distintas áreas. La formalidad sirve para instruir a los empleados a realizar sus tareas de manera tal que contribuya al direccionamiento de los objetivos de la organización. Se debe destacar que en menor medida se comunican directivas a través de memorandos realizados por las áreas estratégicas de la organización, generalmente este instrumento es utilizado por la dirección.

- **COMPLEJIDAD MEDIANA:** en la cual hay varios niveles destacados (Anexo N° 3).

Alta Dirección: director y subdirector.

Nivel Medio: jefes de servicios, de división, de sección y supervisores.

Operativo: todo el personal operativo es supervisado por el nivel medio.

- **DESCENTRALIZACIÓN:** ayuda a la descentralización la estructura verticalista. Se puede afirmar que a medida que aumenta en importancia la toma de decisiones, estas afectan el accionar de los ejecutivos superiores.

Los operarios también tienen la libertad de tomar decisiones y están facultados para hacerlo en el ámbito de la labor que realizan, por la experiencia que poseen.

- **DEPARTAMENTALIZACIÓN FUNCIONAL:** no se puede observar la departamentalización de cada uno de los servicios en el organigrama (Anexo N° 3) ya que no está detallado, pero es fácil reconocerlos en cada área según la función que cumplen.

- **ORGANIZACIÓN ORGÁNICA:** por todo lo desarrollado anteriormente al destacar que es formal, tiene una complejidad mediana y es descentralizada; concluyendo que se define implícitamente como Orgánica.

---

<sup>13</sup>Stephen P. Robbins y Mary Coulter - "Administración" 6ta edición - Prentice Hall.

Con respecto al **recurso humano** se identifican distintos cargos que denotan niveles de jerarquía (Anexo N° 3):

- Alta Dirección: director.

Algunos ejemplos de sus principales capacidades:

Conceptual: se enfrenta diariamente a problemas o dificultades que engloban varias regiones o localidades como por ejemplo; distintas enfermedades infectocontagiosas, desnutrición en zonas con más pobreza, etc., para lo cual usa la capacidad de pensar y buscar soluciones siempre teniendo en cuenta la complejidad de dicho problema.

Analítica: le permite identificar, diagnosticar y comprender el problema para luego desarrollar planes de acción inmediata, por ejemplo: visitar las zonas afectadas con equipos médicos o enviar más insumos como medicamentos, leche, etc.

De toma de decisiones: se ejecuta a través de los planes de acción anteriormente detallados de acuerdo al más conveniente para cada caso en particular.

Informática: el departamento de bioestadística se encarga de reflejar cuales son las zonas más afectadas.

- Nivel Medio: jefe de servicio de administración, jefe de servicio de cirugía general, jefe de sección farmacia y esterilización, entre otros.

Tomando como ejemplo el jefe de servicio de administración ejemplificamos algunas de sus capacidades:

Humana: coordina la oficina de compras, recupero del gasto, etc., está en permanente contacto con la dirección informando sobre los procedimientos y decisiones a tomar.

Analítica: planifica el presupuesto anual hospitalario, teniendo en cuenta las principales demandas de los diferentes servicios como farmacia, diagnóstico por imágenes, laboratorios, etc.

Toma de decisiones: tiene en cuenta los pagos a los distintos proveedores de acuerdo con la deuda generada, coordina el trabajo del personal a cargo rotándolos en sus puestos, etc.

- Primera Línea: personal de oficina de compras, de recupero del gasto, estadísticas, etc.

Ejemplos de las capacidades del personal de la oficina de compras:

Técnica: usa conocimientos de los distintos programas informáticos instalados en la computadora, procedimientos para la compras a través de licitaciones públicas, etc.

Informática: a través de ella registran las compras, desfasajes o excesos en las mismas, regulan los stock, etc.

- Personal Operativo: personal de mantenimiento, informática, administración y turnos, archivos, etc.

Son algunos ejemplos de las capacidades del personal de mantenimiento:

Técnica y Operativa: restaura el desgaste de la infraestructura del hospital, acondiciona jardines, etc.

## **2.5 Análisis del entorno**

### **2.5.1 Ambiente interno**

Internamente en ella se identifican los distintos recursos, propios de una organización<sup>14</sup>:

- Recursos Humanos: administrativos, personal médico, enfermeros, personal de limpieza, etc.
- Recursos Materiales: insumos de laboratorios, diagnósticos por imágenes, medicamentos, herramientas del taller, etc.
- Recursos Tecnológicos: equipos de rayos "x", mamógrafo, endoscopios y demás.
- Infraestructura o Parte Física: edificio, playa de estacionamiento, sala de gases medicinales, etc.
- Intangible: capacitación del personal, programas informáticos, programas de entrenamientos médicos y de enfermería, entre otros.
- Recursos de Información: computadoras, departamento de estadísticas, biblioteca, comité de capacitación y docencia, etc.

Se observan relaciones muy significativas entre ellos: el recurso humano y tecnológico (médicos y aparatología), el recurso humano entre sí (traumatología y fisioterapia, ginecología y diagnóstico por imágenes, servicio de cirugía general y anestesiología). En otros casos queda demostrado que hay una marcada interdependencia entre ellos.

### **2.5.2 Ambiente externo específico**

- Gobierno: sigue la línea de políticas de salud direccionada del gobierno provincial de turno. Sus políticas son trasladadas a las distintas acciones del hospital.
- Ministerio de Salud: asume la responsabilidad de que la institución funcione y opere adecuadamente en la zona de influencia. Tiene poder de contralor sobre las acciones y las inacciones de la institución. Es el principal agente externo del ambiente específico por su importancia. A su vez el hospital se siente respaldado por el

---

<sup>14</sup>Stephen P. Robbins y Mary Coulter - "Administración" 6ta edición - Prentice Hall.

ministerio en cuestiones como: asesoramiento legal, económico etc. y cumple también la función de proveedor de recursos (humanos, material, etc.).

- Proveedores de servicios: cumplen un rol fundamental porque sin ellos gran parte de la aparatología no funcionaría, ellos son técnicos, ingenieros, talleres especiales, etc. En muchos de los servicios, la atención de los pacientes queda supeditada al correcto funcionamiento de los distintos equipamientos.
- Proveedores de recursos materiales / insumos: son importantes ya que son los encargados de la provisión de medicamentos, descartables, insumos de laboratorios, placas de rayos “x”, papelería, etc.
- Competidores: las principales son las clínicas, pero al ser privadas y al tener carencia de algunos servicios se afirma que este subsistema no juega un papel significativo. Se debe mencionar al dispensario municipal “Villa Santa Rosa”, pero al estar limitado al nivel 1 de atención al paciente se superponen solo en algunos servicios esenciales como: pediatría, ginecología, odontología, etc. en relación al hospital.

Por otra parte, la oferta del sector privado va disminuyendo a nivel provincial quedando cada vez más en manos del estado garantizar la salud de los ciudadanos.

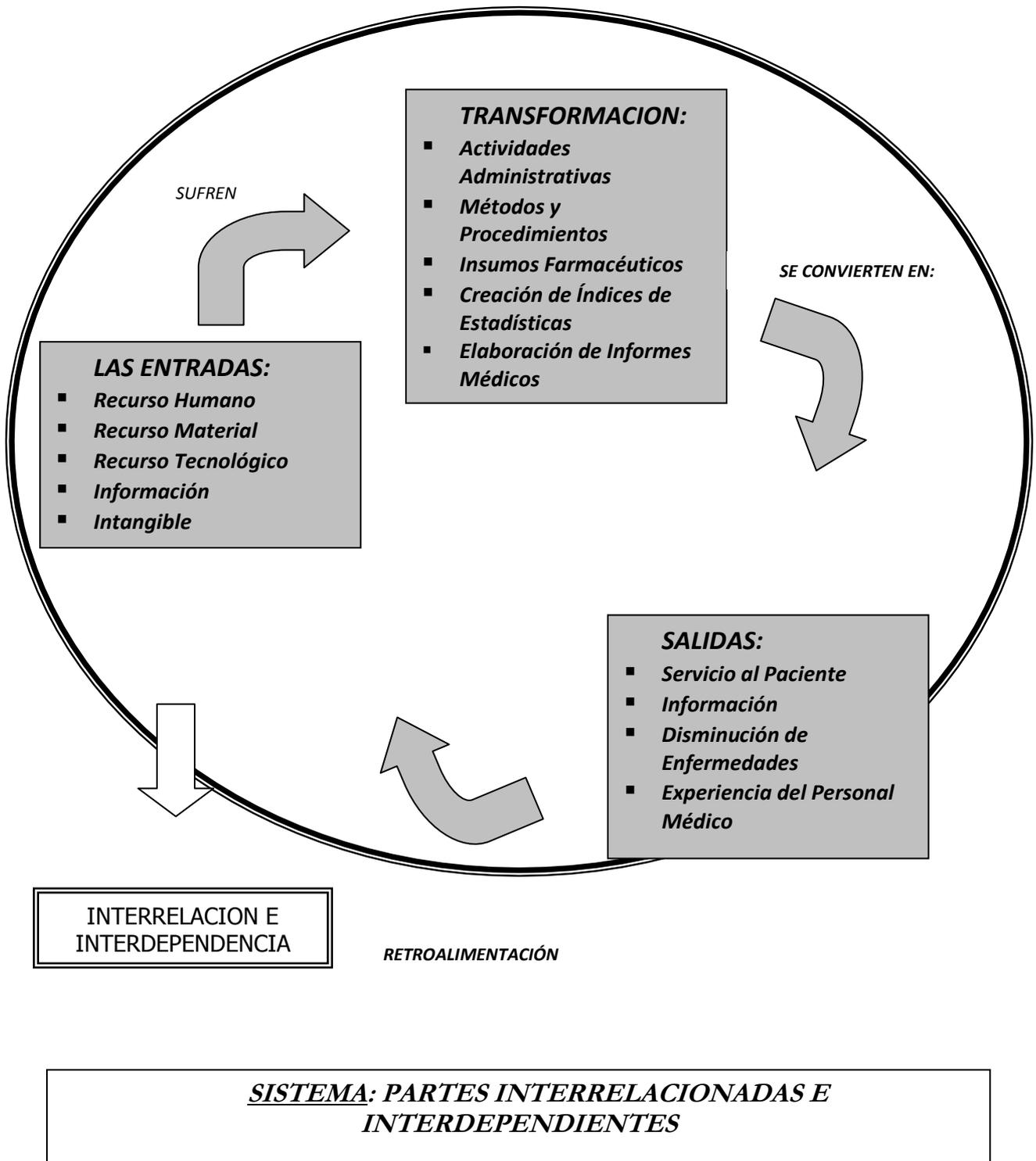
- Grupos de presión: el principal es el Sindicato de Empleados Públicos (SEP), ya que es el único que cuenta con el aval del gobierno para negociar los derechos de los trabajadores.
- Pacientes: son los que determinan a través del departamento de estadísticas las virtudes y falencias del hospital.

### **2.5.3 Ambiente externo general**

- Fuerzas económicas: en procesos inflacionarios se acentúa en gran medida los aumentos en todos tipos de adquisiciones de insumos y/o servicios, lo que indefectiblemente repercute en el presupuesto anual hospitalario.
- Fuerzas políticas: se destaca esta fuerza en el momento de cambio de gobiernos principalmente en el ámbito provincial. su influencia también se percibe cuando renuevan autoridades máximas en el ministerio de salud; como por ejemplo: el ministro de salud que impone sus políticas de acción, incluye en su administración a personal de confianza, etc.

## 2.6 Enfoque de sistemas

Si se hace un paralelismo con lo detallado anteriormente en el análisis del entorno, se llega a la descripción del ENFOQUE DE SISTEMAS en donde:



Esta organización es un sistema abierto, es decir que interactúa con el entorno y se siente afectada e influida por el mismo. Se puede destacar la interacción e interdependencia de sus partes dentro de su sistema: como las entradas: recurso humano, recurso material, recurso tecnológico, etc. sufren las transformaciones y de la coordinación de los distintos recursos que el hospital posee; y luego de este proceso de elaboración tienen salida hacia el entorno de distintas maneras, provocando que la institución alcance sus metas como organización pública.

Cabe destacar que la retroalimentación se da de manera constante y que si bien el hospital ha llegado a un “techo” con respecto al promedio estadístico de atención (Índice: *Pacientes/Habitantes*) de la zona, no se descarta la posibilidad de que con mayores incrementos en los distintos servicios, ya sea abriendo algunos nuevos o aumentando el RRHH en los ya existentes, surja un aumento en las estadísticas; captando mayor cantidad de pacientes o aumentando la rotación de los mismos por ofrecer nuevas atenciones de salud.

En relación a los servicios brindados, se puede listar en relación a la atención de los pacientes mediante el siguiente detalle:

<b>SERVICIOS</b>	
1. Administración.	19. Guardia y Emergencias.
2. Admisión.	20. Hemoterapia.
3. Anatomía Patológica.	21. Laboratorios.
4. Anestesiología.	22. Mantenimiento.
5. Asistencia Social.	23. Neurología.
6. Cardiología.	24. Nutrición.
7. Cirugía General.	25. Odontología.
-8. Clínica Médica.	26. Oftalmología.
9. Derivación de Pacientes.	27. Otorrinolaringología.
10. Dermatología.	28. Pediatría.

11. Diagnóstico por Imágenes.	29. Psicología
12. Endoscopia.	28. Sala de Internación Común.
13. Enfermería.	29. Sala de Internación de Cama Fría.
14. Espirometría.	30. Salud Mental.
15. Esterilización.	31. Servicio Social
16. Farmacia.	32. Traumatología.
17. Fisioterapia.	33. Unidad de Terapia Intensiva.
18. Ginecología y Obstetricia.	

## 2.7 Análisis FODA

<u>FORTALEZAS</u>	<u>OPORTUNIDADES</u>
<p>* Después de varios años de vida, esta institución se encuentra “estable” y con numerosos servicios en los cuales los pacientes encuentran soluciones y no deben viajar a nosocomios de la ciudad de Córdoba por patologías de igual nivel.</p> <p>* Fue creciendo paulatinamente y a partir del año 2008 al inaugurar la UTI pasó a un segundo nivel de atención y se amplió a un 90 % de ocupación en su Infraestructura.</p>	<p>* Desde el punto de vista del servicio público de salud que presta la institución, se puede decir que se acrecentó la cantidad de pacientes desde el año 2001 notablemente, ya que muchas obras sociales tuvieron dificultades sobre todo en sus tarifas a sus afiliados debido a la inflación, lo que produjo una alza en las estadísticas por atención del paciente que ya no tenía cobertura social, oportunidad que el Hospital puede aprovechar para ampliar su capacidad operativa.</p> <p>* No hay oferta de salud en la parte privada (solo especialidades que se atienden mediante consultorios externos), por lo que esto también repercute en el aumento de las estadísticas conjuntamente por el crecimiento demográfico de la zona, análisis similar al punto anterior.</p>

	<p>* Considerar la posibilidad de crecimiento en la calidad de atención del paciente diseñando un programa de interrelación de las especialidades con la misión de quién se atiende en una entidad pública se sienta contenido como en la parte privada.</p> <p>* Descentralización paulatina en diversas especialidades y servicios de salud para con los hospitales del interior por parte de políticas impulsadas desde el ministerio, bajo la premisa de no centralizar la atención en los nosocomios de capital y evitar el colapso del sistema.</p>
<p style="text-align: center;"><u>DEBILIDADES</u></p> <p>* Hay deficiencia en RRHH en distintas áreas, sobre todo en enfermería y especialidades que aún no han llegado al hospital como ser endocrinología, urología (se cerró el servicio en el año 2012).</p> <p>* Falta de incentivo en el RRHH puntualmente por el salario, y por otra parte se detecta que no hay capacitación continua lo que produce la desmotivación en los agentes.</p> <p>* La realidad indica que en los últimos años hay una puja en lo referente a reclamos salariales, etc. En este aspecto los gremios vinculados a la salud llevan a cabo planes de lucha prolongados y dificulta el normal funcionamiento de la organización.</p> <p>* Hay deficiencia en el recupero de gasto en capacitación y reclutamiento del RRHH, demoras en las cobranzas, falencias en los procesos de facturación, software adecuado, manual de procedimientos, entre otras.</p>	<p style="text-align: center;"><u>AMENAZAS</u></p> <p>* En materia de infraestructura y equipamientos, ya que el hospital está próximo a cumplir 20 años, se necesita una actualización y un exhaustivo mantenimiento, más aún teniendo en cuenta que la empresa que construyó el edificio es de origen española y lo hizo bajo la modalidad de “llave en mano” dotándolo de toda la aparatología con su tecnología, por lo que resulta dificultoso conseguir repuestos.</p> <p>* Falta de reclutamiento en RRHH sobre todo en medicina general y médicos especialistas, dificultad que es similar en todos los hospitales del interior provincial, ya que en la ciudad capital los profesionales tienen mayores ofertas de trabajo y simultáneamente pueden trabajar tanto en la parte pública como en la privada.-</p>

## **2.8 Gestión de calidad en el hospital**

### **2.8.1 Política de calidad**

No hay una política de calidad establecido por la dirección como tampoco se observa a nivel ministerial para transmitirlos a todas sus dependencias (hospitales de capital e interior). Si bien en toda la organización todos son responsables de aplicar su esfuerzo en su labor ya sea directiva como operativa, se desconoce en la mayoría del plantel del RRHH la importancia de aplicar la calidad; por lo que el esfuerzo de un puesto que trabajó con los conceptos de calidad se desintegra en el siguiente puesto del ducto porque la sinergia de todo el canal no acompaña hasta llegar al paciente.<sup>15</sup>

### **2.8.2 Relevamiento: manuales, planillas, registros, información que se maneja**

Aquí se puede mencionar unos de los grandes defectos de la institución, mientras que en los hospitales de capital se los abasteció de sistemas logísticos de información en áreas neurálgicas como farmacia, admisión y seguimiento de pacientes, etc.; los hospitales del interior carecen de dichos sistemas por lo que los registros, estadísticas, gráficos, etc.; se deben hacer en programas "domésticos" como excel, infostat, word, etc.; y no en programas apropiados para una función específica como lo puede ser compras, control de inventarios, tesorería, etc.

En muchos sectores se llevan planillas manuales que no son procesados por algún LIS por lo que dificulta a la alta dirección de diagnosticar y tomar decisiones rápidamente.

En lo referente al recupero del gasto se cuenta con el programa MHO; con el cual se puede consultar que paciente tienen obra social, realizar la cobranza pertinente, verificar que obra social ha pagado, etc.

### **2.8.3 Capacitación de RRHH**

Es escasa, y generalmente el RRHH que ingresa a la institución no tiene conocimiento de lo importante de la capacitación; y lo que incide en el servicio final a ofrecer a los pacientes: un servicio de calidad, importantísimo si uno lo traslada al sector salud.

### **2.8.4 Indicadores para el control**

No se detectan en áreas que lo deberían usar como parámetros en la toma de decisiones como compras, almacenamiento (farmacia), mantenimiento, etc.; aunque es necesario destacar que en el departamento de estadísticas se relevaron algunos

---

<sup>15</sup>Alfonso Antonio Gambino - "Logística Empresarial" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico

como por ejemplo: días promedio de ocupación de internación, promedio de pacientes con cierta patología de internación en sala común, en UTI, etc.

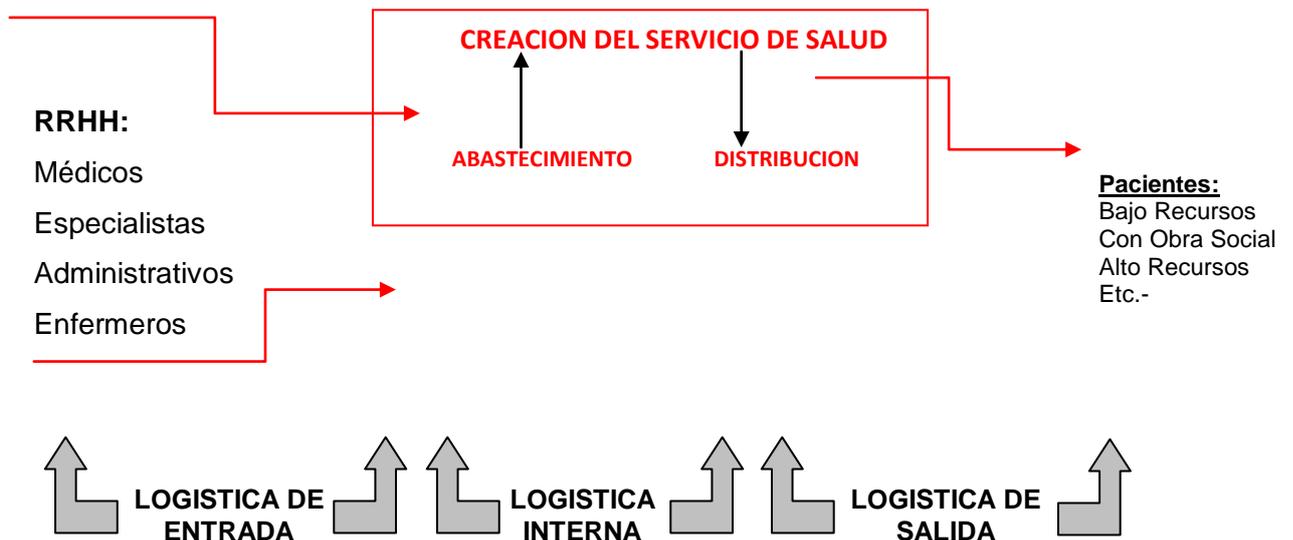
## 2.9 Gestión logística

### 2.9.1 Sistema logístico

No se encuentra explicitado el sistema logístico aunque se advierten sus partes componentes. Esta conexión de sus partes hace que actúe como un sistema, pero carece de un planeamiento logístico adecuado en el cual el norte sea llegar a la salida del mismo eficientemente como lo planificado, por consiguiente también hay una ausencia de control por desconocimiento de la logística como herramienta.<sup>16</sup>

#### Proveedores:

Energía  
Combustible  
Medicamentos  
Descartables



Con respecto a la **logística de abastecimiento** (área compras) se afirma que el proceso se presenta con todos los pasos necesarios desde la detección de la necesidad hasta la recepción y almacenamiento del insumo. Aunque por normas técnicas administrativas se suma un paso antes de la elección del proveedor, el

<sup>16</sup>Alfonso Antonio Gambino - "Logística Empresarial" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico

llamado “concurso de precios”; en el cual, en una cartera determinada de oferentes (según de qué insumo se trate), participan en iguales condiciones.

Es importante destacar que es una de las pocas áreas logísticas que poseen documentos y normas de trabajo por lo cual se puede homogenizar de acuerdo a reglas preestablecidas.

Se debe detener en la **logística de mantenimiento**, área que está afectada por innumerables deficiencias como falta de organización y capacitación, mantenimientos efectuados de emergencias (no programables) y sin un orden de trabajo determinado en función de la carga horaria de los agentes. En consecuencia estos actúan según la demanda espontánea de los diferentes sectores, sin seguimiento continuo de las reparaciones y mantenimientos a los distintos equipamientos, que son diversos y en gran cantidad, necesarios para el funcionamiento óptimo del hospital. Esto genera deficiencia e incidencia inmediata en la no prestación del servicio por la relación de dependencia que se presenta entre el RRHH y la tecnología.

No se tiene conocimiento de la logística en el área como tampoco de la ayuda tecnológica que puede efectuar un SIM (sistema integrado de mantenimiento).

Se realizan pocos mantenimientos preventivos, y nada de predictivos y reparativos programables.

### **2.9.2 Procedimiento logístico**

Existen documentos en algunas áreas, como por ejemplo en compras se encuentra el instructivo del procedimiento de compras; en almacenamiento (farmacia) reglamentación y recomendaciones del resguardo de los medicamentos e insumos hospitalarios (frío, calor, mezcla, etc.); en mantenimiento manuales de equipos, guía de services de instrumental y aparatología médica y administrativa, etc.

Lo que no se ha desarrollado es la interrelación, comunicación e interdependencia de los distintos servicios a prestar al paciente para su seguimiento, es decir un LIS (sistema integrado logístico) coordinador que se ocupe del principal objetivo de la institución: el paciente.

En definitiva, los sectores anteriormente mencionados en los que existe un procedimiento logístico no están actuando en conjunto, sino aisladamente, provocando a veces que las necesidades de unos no sean prioridades en otro. A modo de ejemplo: se detectan demoras innecesarias en el arreglo de aparatología.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup>Alfonso Antonio Gambino - "Logística Empresarial" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico

### **2.9.3 Sistema logístico al cliente (paciente)**

No se detecta un esfuerzo para satisfacer al paciente mediante una diferenciación del servicio brindado, esto puede tener que ver con la marcada desaparición de la competencia en el ámbito privado de salud como también las distancias que separan a este nosocomio de otros que ofrecen similares servicios (hospitales públicos de nivel 2 de atención), por lo cual la zona queda totalmente absorbida por el hospital. Tampoco se observa un área que sea la impulsora de aplicar la diferencia en la prestación del servicio para mejorar el proceso de prestación.

A modo de conclusión se puede decir que no hay un aprovechamiento de la oportunidad de fortalecer a la institución en el “mercado”.

### **2.9.4 Respuesta eficiente al consumidor (ERC)**

Si se lleva este concepto al servicio de salud se puede decir que la oferta empuja hacia el paciente (sistema push), pues los que ofrece el hospital son abiertos a la población sin tener en cuenta la conveniencia o no de su mantenimiento, esto es debido a las políticas de salud (significa muchas veces capital inmovilizado).

Aquí se estudia y analiza la implementación de los servicios sin darle valor al costo de oportunidad, priorizando más bien las políticas de salud que puede verse plasmado por ejemplo en servicios que están en funcionamiento y no generan un alza en las estadísticas, por servicios aún no puestos en marcha que generarían quizás una demanda mayor, y por ende también mayor producción.

### **2.9.5 Programa de requerimiento de la manufactura (MRP)**

La principal área de abastecimiento y almacenamiento (farmacia) no cuenta con un software especializado de seguimiento y control de insumos, y si a esto se le agrega a que no hay un procedimiento estandarizado (manuales) en los distintos servicios, se concluye que existe una gran deficiencia en el sistema.

#### **ENTRADAS:**

- **Pronósticos de pacientes atendidos en los distintos servicios:** viene dado por la proyección del departamento de estadísticas.
- **Necesidades y restricciones:** se prevén a partir de septiembre del año anterior con respecto al actual ejercicio. Se ejecuta desde la dirección y subdirección de acuerdo al presupuesto, solicitudes al ministerio, etc.
- **Necesidades de RRHH:** también se prevén a partir de septiembre del año anterior con respecto al actual ejercicio. Prever la necesidad es variable y contingente

debido a las carpetas médicas, vacaciones, antigüedad, renunciaciones, etc.; también se recurre a lo ocurrido estadísticamente años anteriores como herramienta de medición.

- Necesidades de Inventario: lo anticipa desde el área de farmacia con el área de compras de acuerdo a lo programado y demandado desde los distintos sectores y servicios del hospital.

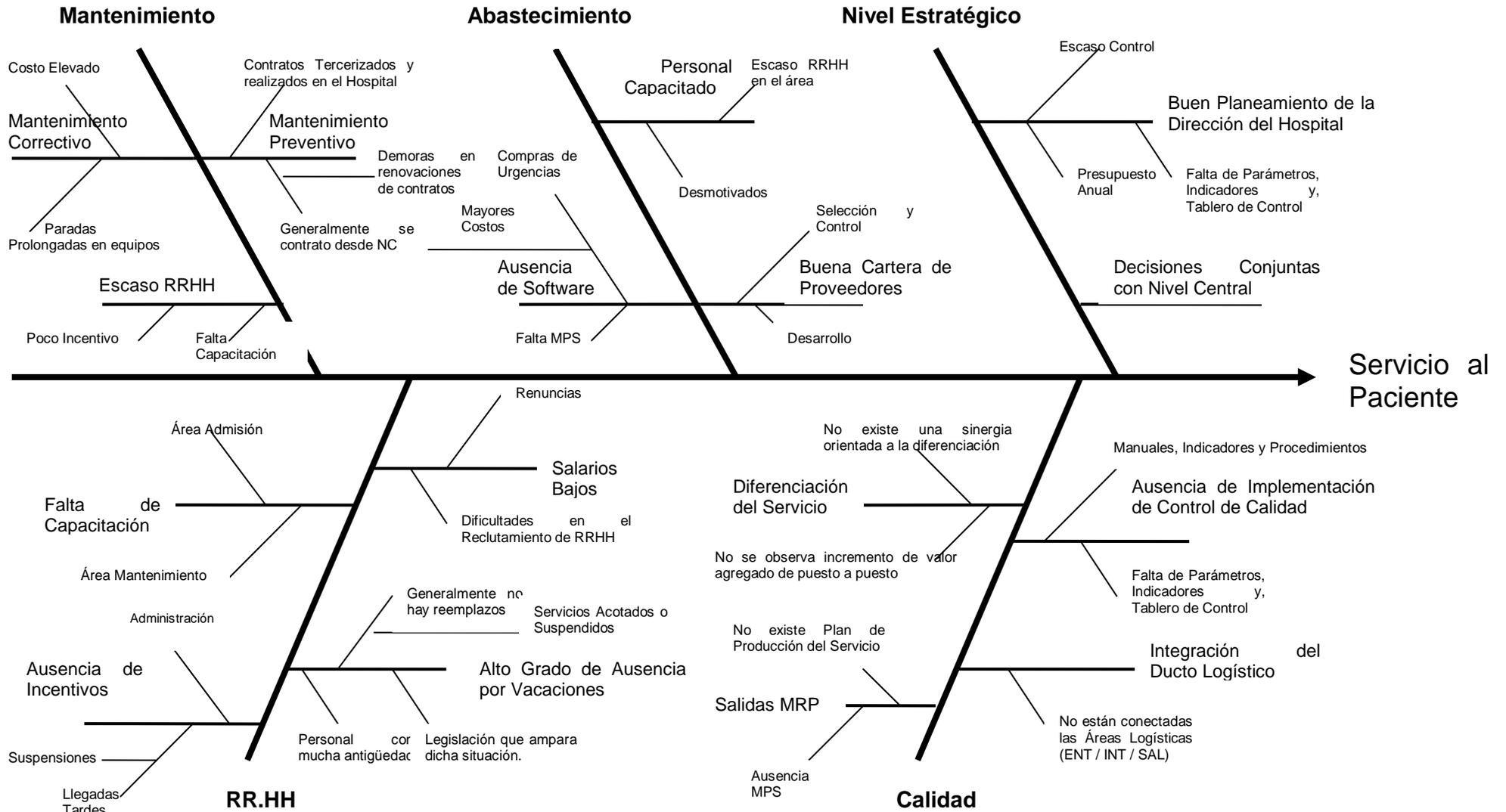
#### SALIDAS:

- Plan de Producción: si bien la oficina de estadísticas colabora en la cuantificación de los servicios a prestar, no existe la determinación desde la institución de cuanto se quiere brindar en los distintos servicios y sus especialidades. Se supedita a la demanda.
- Programa Maestro de Producción: al no contar con un plan de producción, el MPS tampoco puede ser predeterminado.
- Planeación de los Requerimientos de Materiales: lo ejecuta farmacia y mantenimiento con compras, de acuerdo a estadísticas o programas periódicos de compras.
- Carga y Programa Detallado de Planta: se puede observar este ítem en las planillas de atención al paciente en los diferentes servicios.

#### **2.9.6 Relevamiento de tomas de decisión logísticas, parámetros de control, tablero de control logístico, políticas**

No se identifican en el relevamiento porque en general se desconoce la función de la logística y sus beneficios.

2.10 Diagrama causa-efecto con el problema principal, otros problemas y causas



## **2.11 Conclusión**

En su corta vida la organización debió afrontar varios desafíos como definir sus valores, su visión y misión, su cultura organizacional. Si bien esto le permitió la versatilidad necesaria para ir moldeando estos, “sus pilares fundamentales”, se puede afirmar que el proceso de definiciones transcurrió con la organización inserta en la sociedad, y actuando con y para ella.

La estructura y orgánica era informal y horizontal en sus comienzos, la cual denotaba una sola autoridad en la figura del director. Un avance en materia organizacional y legislativa fue la promulgación de la orgánica en el año 2011 definiendo jefaturas, funciones y responsabilidades en cada puesto de trabajo.

Es claro como el ambiente jugó un papel fundamental para que la institución se afianzara en la prestación del servicio de salud. Las fuerzas económicas y políticas hicieron que debiera asumir prontamente el rol de garantizar la salud en su zona de influencia absorbiendo la esfera privada ya que los distintos prestadores se debilitaban en la oferta del servicio.

Aún así, inserta en esta nueva problemática la organización se consolidó teniendo que atender a nuevos desafíos: tecnológicos, de procesos, etc. En la actualidad prima la voluntad de atender a sus debilidades y amenazas detectadas.

En el próximo capítulo se avanzará en el estudio del área de administración en general, y en el área del recupero del gasto particularmente como una de las principales fuente de financiamiento de la organización. Es necesario describir estas áreas para poder realizar un adecuado diagnóstico y posterior propuesta de mejora.

**CAPÍTULO 3**  
**ADMINISTRACIÓN**  
**ÁREA RECUPERO DEL GASTO**



### 3. Introducción

La administración es un servicio neurálgico para el hospital. En él, se encuentra toda la información necesaria para responder con acciones concretas a la demanda constante que proviene del sector de los profesionales de la salud, cumpliendo con la tarea de respaldarlos y para que actúen de acuerdo a la planificación estipulada.

Tiene a su cargo áreas que cumplen funciones disímiles y heterogéneas, pero que se complementan entre sí. Responde directamente a la dirección estando en una categoría de igualdad en la orgánica (Anexo N° 3) con servicios esenciales y de gran importancia como clínica médica, diagnóstico por imágenes, cirugía general, etc.; por lo cual debe y está en permanente comunicación en este nivel de la estructura.

El Ministerio de Salud cumple una función vital en el quehacer del hospital y el servicio de administración no es ajeno a las acciones de aquel. Principalmente el nivel central adecua sus políticas públicas a cada institución a su cargo y pone a disposición todo el instrumental necesario en materia legal, económica, estadística, entre otras; para que las administraciones hospitalarias se respalden en su accionar.

En materia presupuestaria cada período económico se construye de acuerdo a los objetivos planteados.

Siempre situándonos del lado del gasto, las partidas presupuestarias fijan el tope en el cual la organización debe transitar su ejercicio anual. Por otro lado, tal como se lo describiera en el Capítulo 2, los recursos tienen orígenes diferentes: el más importante cuantitativamente es el fijado desde el ministerio, y proviene de las recaudaciones impositivas provinciales denominados "Permanentes" (Fondos A); y los ingresos genuinos, generados por la atención a los pacientes. Estos últimos son variables y se componen del Plan Sumar (Fondos N) y el Recupero del Gasto (Fondos R).

Aquí es necesario aclarar que todos son calculados por el poder ejecutivo de acuerdo a las estimaciones correspondientes antes de la aprobación y posterior aplicación del presupuesto. La legislatura provincial trata la ley de presupuesto el año anterior a su ejecución.

Es dable destacar en materia de ingresos, la colaboración permanente que otorga la asociación cooperadora. Estos fondos generalmente son gastados en erogaciones de importes menores, préstamos a la administración, situación de emergencias, compra de aparatología, etc.



### **3.1 El rol del ministerio de salud**

El ministerio ejerce el poder de policía en los establecimientos y servicios públicos o privados de salud; supervisa la producción, elaboración, distribución, disponibilidad y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, hierbas, y otras tecnologías de aplicación en salud; las actividades en los institutos asistenciales y de investigación relacionados con la salud humana, de carácter público o privado; las profesiones relacionadas con la salud humana, de carácter público o privado; las numerosas actividades relacionadas intrínsecamente con la salud humana, de las cuales es autoridad de aplicación.

El universo al cual se dirige el esfuerzo sanitario asistencial a cargo del ministerio, es el total de la población de la provincia de Córdoba, sin perjuicio de que este colectivo presenta segmentos de mayor o menor vulnerabilidad sanitaria, así como también de que la estructura sanitaria provincial atiende a pacientes provenientes de otras provincias argentinas (en especial jurisdicciones limítrofes) que en gran mayoría acuden a los servicios espontáneamente.<sup>18</sup>

### **3.2 Salud pública: antecedentes e historia del ministerio de salud de la provincia de Córdoba**

El origen de la organización Ministerio de Salud, tiene su génesis en las transformaciones operadas a nivel nacional en el sector, durante la segunda mitad de la década de 1940.

Hasta ese momento, regían para el sector público sanitario argentino, las disposiciones de la ley orgánica del Departamento Nacional de Higiene (de 1891). En el marco de procesos de organización de estructuras sanitarias nacionales puestos en marcha en la primera presidencia del General Juan D. Perón, se crea en mayo de 1946 la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en primer lugar, y posteriormente (luego de la Reforma Constitucional de 1949) del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Esto cobra visibilidad en las estructuras orgánicas de los Poderes Ejecutivos, se empiezan a desarrollar carteras con específicas funciones en la materia.

En la provincia de Córdoba, al influjo de esa tendencia, se ponen en marcha organizaciones similares.

---

<sup>18</sup>Página web: [www.cba.gov.ar](http://www.cba.gov.ar)



En el siguiente cuadro se pretende resumir las principales y trascendentales modificaciones de esta cartera, la cual transitó a través de su historia por diversas denominaciones y funciones. Como antecedente destacado, unos de los logros obtenidos recientemente ha sido la consolidación de su estructura orgánica.

<b>Año</b>	<b>Legislación Provincial</b>	<b>Fundamento legislativo</b>
1948	Decreto N° 1.461 Serie "A"	Centralización de los organismos que dependían del Departamento Provincial de Higiene. Se establecieron las misiones y funciones en la Salud Pública.
1949	Decreto N° 2.197 Serie "B"	Creación de distintas secretarías, entre ellas la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social.
1950	Ley N° 4.244	Crea distintos Ministerios y Secretaría de Gobierno, por lo cual se designó como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las acciones de salud deben ser coordinadas con las de Nación y las distintas Municipalidades, buscando unidad y eficiencia.
1958	Decreto N° 10.686	Crea la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social con jerarquía de Ministerio.
1987	Reforma de la Cons. Provincial	Posee un capítulo trascendente relacionado con la salud.
1987	Ley N° 7.608	El gobernador será asistido por numerosos Ministros. Se destaca el de Salud.
1993	Ley N° 8.351	Modifica la Ley N° 7.608, previendo en el art. 1 inc. 5 un Ministerio de Salud diferenciado del Ministerio de Desarrollo Social
2001	Decreto N° 3.041	Reduce el número de Ministerios del Poder Ejecutivo. Sin perjuicio de ello, el gobernador sigue siendo asistido por un Ministro de Salud.
2003	Decreto - Acuerdo N° 1221	Amplía el número de Ministerios contrariamente a lo ocurrido dos años atrás.
2004	Ley N° 9.156	Amplía la orgánica ministerial. Aprobándose el decreto N° 129/04 que proponía estos cambios.
2004	Decreto N° 497	Aprueba la estructura orgánica del Ministerio y de los Hospitales Provinciales.



<b>2006</b>	<b>Decreto N° 426</b>	Se reglamenta la Ley N° 9156, detallándose funciones de las unidades de organización. Los funcionarios del estamento superior del nivel central del Ministerio se regían por la Ley N° 8.891
<b>2007</b>	<b>Ley N° 9.361</b>	Completa el escalafón previsto por la Ley N° 7.233 llamada "Estatuto de la Administración Pública". Dejando de lado el esquema vigente por la antigua Ley N° 8.891. Plazo de Vigencia: dos años calendario o la sustanciación del concurso (lo que ocurra primero).
<b>2010</b>	<b>Decreto N° 410</b>	Se aprueba la estructura orgánica del Ministerio de Salud actualmente vigente.

### 3.2.1 Funciones

El Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba asume el ejercicio de función asistencial – sanitaria en toda la jurisdicción provincial, incluyendo la prestación de numerosos servicios de variada complejidad brindados por sus propios efectores; la implementación de programas sanitarios, tanto los planificados y financiados en la provincia, como aquellos que planificados y financiados por el Estado Nacional son ejecutados en su jurisdicción; y la actividad regulatoria y fiscalizatoria de los sistemas y servicios de salud, públicos o privados, que funcionan en el territorio provincial.

El Ministerio de Salud cuenta para cumplir con las metas y objetivos que le son propios con una estructura técnico administrativa en su nivel central, y con los denominados “equipos de salud humana”, conjunto de agentes regidos por un marco jurídico específico, destinados a brindar atención sanitaria en todos los niveles de complejidad, dentro de la propia estructura hospitalaria y demás centros de atención o dependencias del sistema.

Asimismo, en el marco de objetivos y metas de integración sanitaria asumidas conjuntamente con los municipios y comunas de esta provincia, se trabaja en el mejoramiento continuo de la infraestructura y servicios sanitarios locales, y en la articulación de éstos en zonas de integración sanitaria abarcativas de todo el territorio provincial.

Además, el ministerio interacciona permanentemente con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con los que comparte acciones sanitarias de carácter genérico o específico.<sup>19</sup>

### 3.2.2 Objetivos

El tipo de bien público asumido por esta cartera, la necesidad de garantizar su pleno disfrute por los habitantes de la provincia, y la expectativa de hacerlo desarrollando a pleno la capacidad instalada a nivel público (provincia y municipios) tanto como a nivel privado, sobre la base de la mejora continua en la prestación sanitaria, elevando también los márgenes de accesibilidad a los servicios y la equidad a la hora de prestarlos y asumir su costo, determina que algunos de sus objetivos sean:

- Desarrollar estándares de calidad de atención y empleo de recursos tecnológicos, en todos los niveles de complejidad, e implementarlos.
- Fortalecer la integración sanitaria, aplicando los criterios de la atención primaria de la salud renovada con enfoque de derecho.
- Mantener y ampliar los equipos de salud humana a través de nuevas contrataciones, concursos para niveles operativos y de conducción, programas de capacitación en servicio o de formación continua, etc.
- Desarrollo de servicios de mayor complejidad en los hospitales del interior de la provincia, y ampliación de la oferta hospitalaria en la ciudad capital.
- Desarrollo de la rehabilitación a través de los centros ya construidos o por construirse.
- El refuerzo de la vigilancia epidemiológica, combinado con el despliegue de acciones de promoción de la salud, en particular frente a grupos vulnerables.
- El desarrollo de campañas de vacunación.
- La puesta en marcha de acciones de promoción de la salud con participación comunitaria y el desarrollo de programas de educación en diferentes niveles y formatos.

### 3.3 Estructura y orgánica de la administración

Toda organización cuenta en forma implícita o explícita con cierto juego de jerarquías y atribuciones asignadas a los miembros de la misma. En consecuencia se puede

---

<sup>19</sup>Página web: [www.cba.gov.ar](http://www.cba.gov.ar)

establecer que su estructura organizativa es el esquema de jerarquización y división de las funciones componentes de ella. En el caso del **servicio de administración** de la organización en estudio, se observa que los agentes han recibido por parte de sus superiores las responsabilidades implícitamente.

Jerarquizarlos fue establecer líneas de autoridad, de arriba hacia abajo, a través de los diversos niveles y delimitar sus responsabilidades; y esto permitió ubicar a las unidades administrativas en relación con las que le son subordinadas en el proceso de la autoridad. El valor consistió en reducir la confusión respecto a quien da las órdenes y quien las obedece. Entonces se definió formalmente los conceptos de división de trabajo, trabajo en conjunto y coordinación de las tareas en los distintos puestos administrativos.

Otro aspecto importante es que toda institución cuenta con una estructura, la cual puede ser formal o informal.

La formal es la estructura explícita y oficialmente reconocida, esto sucede en el sector de los servicios de salud (en la cual los agentes son regidos por La Ley N° 7.625) que mediante el Decreto N° 965/11 (Anexo N° 3) aprobó la orgánica hospitalaria, en la cual se detecta en lo que a administración se refiere, una sola jefatura: jefe de área de administración.

La estructura informal es la resultante de la filosofía de la conducción y el poder relativo de los individuos que componen la organización, no en función de su ubicación en la estructura formal, sino en función de influencia sobre otros miembros. Esta definición abarca a los agentes de la administración quienes están gobernados por La Ley N° 7.233.

La formalidad de la estructura orgánica administrativa ha sido tratada en el poder ejecutivo en varias oportunidades con ministros y gobernadores diferentes. Los últimos antecedentes fueron precisamente cuando en el año 2011 se formalizó la orgánica de salud (Decreto N° 965/11) quedando trunca la de administración y otros servicios como los de oficios, generales, etc.

Más recientemente, en el año 2015 se trabajó al respecto conjuntamente desde la dirección del hospital y los representantes zonales del sindicato de empleados públicos (SEP), y determinaron un borrador de orgánica del sector de la administración (Anexo N°4) para ser presentado a las autoridades del poder ejecutivo y así presionar a su legislación y cumplir con uno de los objetivos de la carrera administrativa.



### 3.3.1 Criterios utilizados para su diseño

Algunos de los criterios utilizados para el diseño de la estructura de la administración y que contempla a todos los agentes de La Ley N° 7.233 fueron básicamente los siguientes<sup>20</sup>:

- Establecieron los objetivos previamente, incluyendo las divisiones o funciones que son básicas. Al mismo tiempo apoyada por un plan de organización que mantenga las políticas para llevar a cabo la acción.
- La responsabilidad siempre debe ir acompañada por la autoridad correspondiente, y también debe ser comprendida por la persona que la ejerza y por los demás miembros de la organización.
- La delegación de la autoridad debe ser descendente para su actuación.
- La división del trabajo adecuado es necesario para evitar duplicidad de funciones, así una lista de todas las funciones que se desarrollan en cada área junto con un moderno manual de procedimientos sirven de guía para asignarlas a áreas específicas.
- Cada empleado debe ser responsable ante una sola persona, respetando el principio básico de la "unidad de mando". De acuerdo a esto, la crítica deviene de que no se coordinó la orgánica administrativa presentada en borrador (Anexo N° 4), en la cual se omite la figura del jefe de área de administración, cargo ya vigente desde el año 2011 por Decreto N° 965/11
- Estructurar una administración lo más sencilla posible con el objeto de asegurarse que esta resulte práctica.

### 3.3.2 Características principales. Tipo de estructura

En la estructura del **borrador de la orgánica administrativa** se demuestra su simpleza en la confección, y se nutre principalmente de tres niveles de cargos jerárquicos: jefes de división, jefes de sección y supervisores.<sup>21</sup>

Se debe tener en cuenta que en los distintos departamentos juega un papel fundamental la especialización del trabajo o división de la mano de obra, y se sustenta

---

<sup>20</sup>Susana B. Barrionuevo - "Administración I" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico.

<sup>21</sup>Stephen P. Robbins y Mary Coulter - "Administración" 6ta edición - Prentice Hall.

en el hecho de que en lugar de que un agente realice todo el trabajo, este se divide en cierto número de pasos. Así se denota que están interrelacionados los procesos administrativos.

De acuerdo a lo mencionado es importante contar con una correcta departamentalización a fin de que se pueda agrupar y coordinar las tareas comunes. La departamentalización en esta institución adopta la denominación en las distintas áreas, por ejemplo: área del recupero del gasto, área compras, área de estadísticas, etc.

Entre los modelos de departamentalización, por procesos y por objetivos, se ha enfocado en la primera, por lo cual se agrupan las actividades por actividades, maximizando el aspecto especialización.

En cuanto a la cadena de mando, se explicita una línea continua de autoridad que se extiende desde la cima de la organización hasta el escalón más bajo y define quien informa a quien. Siempre se debe tener presente que hay dos importantes conceptos que no se pueden omitir: autoridad y unidad de mando. La autoridad deviene indefectiblemente al derecho inherente de una posición administrativa para dar órdenes y esperar que se cumplan. Y la unidad de mando ayuda a preservar el concepto de una línea ininterrumpida de autoridad, si se rompe la unidad de mando un subordinado podría tener que atender a demandas o prioridades conflictivas de varios superiores. Esto se advirtió anteriormente que puede ocurrir si no se trabaja coordinadamente con la orgánica puesta en funcionamiento desde el año 2011 mediante Decreto N° 965/11, en la cual se habilitó la jefatura del área de administración.

El tramo de control toma dimensión por los pocos niveles que expone, por lo cual favorece en la práctica a su dinamismo. La información debería fluir a mayor velocidad en estructuras como estas.

Funcionalmente hay una marcada descentralización y se da principalmente en los aportes de personal de nivel inferior para ejercer su discrecionalidad en la toma de decisiones beneficiando a la administración, ya que estas acciones tomadas transitan con mayor rapidez para resolver problemas.

Si bien hay una marcada formalización debido a la estandarización de los procesos administrativos, también es de mencionar que los empleados tienen suficiente libertad para proponer y ejercer su discrecionalidad en su trabajo.

Con respecto al tipo de estructura, el modelo adoptado es el funcional, pues aplica el principio de la especialización de funciones para cada tarea. Este principio separa, distingue y especializa métodos y procesos.

Como principales ventajas, la propuesta es aprovechar el máximo de especialización en los diversos cargos, esto permite que cada cargo se concentre exclusivamente en su trabajo o función y no en las demás tareas secundarias.

La mejor supervisión técnica posible es otro de los beneficios, cada agente en cada área reporta ante las jefaturas en su campo de especialización.

Por último, se quiere lograr separar las funciones de planeación y de control de las funciones de ejecución, lo cual facilitaría la plena concentración en cada actividad sin que deba prestarse atención a las demás. Este último objetivo propuesto, generalmente es inviable por el escaso recurso humano en los diferentes sectores administrativos, que debido a las circunstancias que atraviesa la organización como licencias, vacaciones, etc.; los jefes nunca han podido abocarse definitiva y exclusivamente a la planificación y control.

Como desventajas y una de las características a mejorar sería la dispersión, consecuencia de la pérdida de la unidad de mando de los directores, estos solo se comunican prácticamente con los encargados funcionales de las áreas; por lo cual dificulta que los cargos directivos controlen el funcionamiento de los cargos de última línea (operativos). Reuniones con todos los grupos de trabajo y la dirección enriquecería esta situación.

Se podría decir que una estructura lineal también mejoraría lo expuesto anteriormente, porque obedecería al hecho de que entre los superiores y los rangos de primera línea existiesen vías directas y únicas de autoridad y responsabilidad, pero la rigidez de esta forma de estructura no sería la correcta para este tipo de organizaciones, la estabilidad y la constancia de las relaciones formales pueden conducir a la inflexibilidad lo que dificulta la innovación y la adaptación de la organización a nuevas situaciones o condiciones externas.

No se hace uso de una combinación de estructuras como por ejemplo funcional – staff, en la cual las áreas se podrían ocupar de las decisiones, y los de staff realizar apoyo y asesoramiento. Esta estructura aseguraría asesoría especializada e innovadora y mantiene el principio de autoridad.



### 3.4 Área recupero del gasto

Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran como prioritarios.<sup>22</sup>

Las políticas de salud pertenecen dentro de las políticas públicas al campo de las políticas sociales, entendidas estas últimas como aquellas acciones que hacen referencia a la política de los gobiernos que tienen impacto en el bienestar de los ciudadanos, ya sea a través de servicios o de ingresos.

Dentro de las tipologías que intentan ordenar el mundo de las políticas sociales, la salud en Argentina es definida como una política social universalista.

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

Definir las políticas de salud implica establecer el rol que el Estado desempeña en sus cuatros funciones básicas: la de informador y consejero, la de proveedor, la de financiador y la de regulador. Las políticas de salud son los instrumentos y mecanismos para que el Estado ejerza esas cuatro funciones.

A nivel nacional, una de las principales políticas de salud que se instala con más fuerza en la década del '90, ligada estrechamente con la Reforma del Estado, es la **política de descentralización** en salud.

Para comprender más acabadamente, identificamos la evolución del sistema de atención sanitaria y sus vaivenes, teniendo en cuenta las principales políticas que modificaron el proceso de organización del sistema sanitario.

Hasta mediados de la década del '40, la salud es considerada como un fenómeno de responsabilidad individual. El Estado no tenía un rol significativo en la planificación, regulación, ni provisión de servicios; sólo se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de fronteras y atender las situaciones de urgencia. La principal oferta de servicios hospitalarios estaba dada por las sociedades de beneficencia.

La problemática de la salud era atendida por el departamento nacional de higiene dependiente del ministerio del interior.

A partir de 1945 se abre una época de grandes transformaciones en la organización estatal de los servicios de salud. La misma responde a un proceso mundial

---

<sup>22</sup>Manual de Procedimientos - Área Recupero del Gasto.



caracterizado por una profunda presencia del Estado en la planificación y administración de la salud.

En 1946 se crea la Organización Mundial de La Salud (OMS), se inicia un reconocimiento al derecho a la salud y los gobiernos en todo el mundo, comienzan a tener políticas de intervención en el área de salud. En Argentina la salud es asumida como una obligación de Estado, se construyen hospitales nuevos y se nacionaliza todos los hospitales ya existentes, desplazando de esta forma a las sociedades de beneficencia.

Concomitantemente y en forma paralela al proceso de organización, industrialización y sindicalización que vivía el país, nacen las obras sociales. Los recursos provienen de aportes voluntarios sobre el salario del trabajador y se utilizan principalmente para financiar prestaciones médicas realizadas en el sector privado.

Como conclusión de esta **primera etapa** se puede decir que la evolución del sistema sanitario entre 1945-1955 se caracteriza por una "planificación estatal centralizada"; es decir se destaca la hegemonía del Estado, con expansión de la capacidad instalada pública y fuerte regulación.

En una **segunda etapa**, la revolución libertadora en 1955, instaura un nuevo período basado en la idea de descentralización sanitaria. Se transfieren hospitales nacionales a las provincias, pero dada la baja capacidad técnica y financiera de las mismas, no llega a concretarse realmente la medida. Este proceso descentralizador se instaura por recomendaciones y tendencias internacionales.

A partir de los '70 se registra la consolidación del sector privado, se orienta hacia la diferenciación de prestaciones iniciando un desarrollo de servicios de mayor complejidad. Aparecen las obras sociales prepagas o planes médicos de clínicas y sanatorios, de adhesión voluntaria dirigidos sobre todo a los sectores de mayores recursos. Al mismo tiempo, el rol protagónico del hospital público como prestador de servicios sanitarios va decayendo progresivamente consecuencia de la no inversión, lo que provoca el deterioro de la capacidad instalada.

Recién es en 1979 cuando se concreta en forma casi total la transferencia de los hospitales a las provincias y municipios por el Decreto – Ley N° 21.882/78 que significó que sólo un pequeño porcentaje de los establecimientos públicos quedara bajo jurisdicción nacional.

En los '80 la crisis macroeconómica del país y la inestabilidad inflacionaria coinciden con el progresivo deterioro financiero y organizacional del sistema de salud. La sobreoferta de tecnología incorporada en forma masiva e indiscriminada en el sector privado, producto de las políticas de liberación de los mercados y sobrevaluación de la



moneda de finales de los años 70, precipita la crisis de financiamiento de las obras sociales. Esta situación se acelera al reducirse el número de aportantes a las obras sociales como resultado de los niveles crecientes de desempleo, subempleo y el consiguiente aumento del trabajo por cuenta propia. Frente a la retracción de las obras sociales, se llega así hacia fines del '80 a una acelerada transferencia de demanda desde el sector privado al público.

En una **tercer etapa**, a partir de la década del '90, las perspectivas reformistas del sector salud se centran principalmente en la contención de los costos de la atención médica traducida en la búsqueda de mayor eficiencia, la reestructuración del mix público-privado a partir de la descentralización de actividades y del aumento de la participación financiera del usuario en el pago de los servicios que utilizan sean público o privados.

Las siguientes normas descriptas sucintamente constituyeron en la época un marco jurídico global del proceso de reformulación nacional del sector salud:

- LEY N° 23.661/89: crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Establece que el Sistema Nacional del Seguro de Salud tiene los alcances de un Seguro Social tendiente a procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.

El objetivo del sistema es otorgar prestaciones igualitarias, integrales y humanizadas, orientadas a la promoción, protección, rehabilitación y recuperación de la salud, como base de un sistema de **justicia distributiva**.

Las políticas emanadas del Ministerio de Salud apuntan a la construcción de un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y **administración descentralizada**.

Los beneficiarios del sistema son los trabajadores autónomos comprendidos en el Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones, residentes permanentes en el país sin cobertura médico asistencial, y a todos los comprendidos en la Ley N° 23660/89 de obras sociales. Es optativa para el personal de administraciones públicas provinciales y sus jubilados, retirados y pensionados, los que puede adherir por convenio.

La conducción es encomendada a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL): entidad estatal de derecho público, con personería jurídica propia y autarquía individual, financiera y administrativa que funciona en el ámbito de la Secretaría de Salud de la Nación y responsable del registro, control y fiscalización de las obras sociales.

- DECRETO N° 1615/96: creación de la Superintendencia de Salud.



Se fusionan la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguros de Salud.

- DECRETO N° 578/93: Hospital Público de Autogestión.

Si bien este decreto ha sido derogado en octubre de 2000 por el decreto N° 939/00, sigue siendo un antecedente normativo fundamental para entender el proceso de reforma del sector salud.

Crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), donde podrán inscribirse los hospitales públicos de jurisdicción nacional, provincial y municipal. Estos actuarán como organismos descentralizados de acuerdo a las normas que cada jurisdicción establezca.

Una de sus normativas más relevantes es la que faculta al HPA a facturar las prestaciones que brinda a beneficiarios de obras sociales, prepagos y personas con capacidad de pago.

El HPA deberá brindar atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población y, en forma gratuita, a los pacientes carentes de recursos. Continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción de acuerdo a sus producciones, rendimientos y tipo de población asistida, tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el "subsidio a la demanda".

En cuanto a los ingresos que perciba el HPA por el cobro de prestaciones, serán administrados por él mismo.

- EL DECRETO N° 939/00 denominado "Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada".

Conserva la mayoría de las disposiciones contenidas en el Decreto N° 578/93, entre ellas una de sus más relevantes: *"cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga,..."*(art.8).

Se ha generado un fuerte debate alrededor del concepto de "subsidio a la demanda"; mientras algunos sostienen que conlleva a una manifiesta disminución del presupuesto, lo que implica una restricción y pérdida de calidad de las prestaciones; otros opinan que mientras continúe este régimen de "subsidio de oferta" que convalida el desperdicio institucionalizado de recursos, no habrá financiamiento que alcance y las necesidades de la gente continuarán relativamente insatisfechas. Pero para que



los hospitales puedan seguir brindando una atención universal y de alta calidad deben desactivarse las políticas de autofinanciamiento; se debe volver a los **principios de la salud pública**, que entre otros, plantea un presupuesto suficiente para garantizar la **atención equitativa** a todos los habitantes de nuestro país.

El Decreto N° 939/00, establece la necesidad de subsanar ciertas dificultades que han venido sucediendo a lo largo de la puesta en marcha del Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión, como esta última disyuntiva que se planteó en el sector salud. Se puede observar la supresión de los conceptos que ponían en duda la gratuidad o privatización de los servicios hospitalarios. En este sentido establece:

- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.
- El Hospital Público de Gestión Descentralizada continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente régimen. (art.11). En este nuevo decreto queda afuera la idea de reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda".
- El Hospital Público de Gestión Descentralizada no podrá destinar al proceso administrativo de facturación, en cualquiera de sus instancias, un monto que comprometa el adecuado financiamiento de las actividades hospitalarias. (art.12).

Las reformas introducidas por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional al régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (2000) en reemplazo del Hospital Público de Autogestión (1993) operan en la dirección de facturar aquellos servicios para los cuales existe la posibilidad de cobro, ya sea al paciente o a un tercero pagador. La vigencia del Decreto introdujo cambios importantes en el funcionamiento de los hospitales públicos, tanto desde el punto de vista de la eficiencia como de la **equidad**.

Entre las coincidencias más importantes es que sostienen la idea de descentralización. Las políticas de descentralización en salud en Argentina corresponden al nivel de descentralización gubernamental, en este nivel las iniciativas están orientadas a la cesión de atribuciones plenas en decisión y en recursos a otros niveles de gobierno, con autonomía relativamente alta del poder central, y necesariamente debe ser entendida como un proceso político.

Por último, esta descripción deja en descubierto que la reforma del sector salud en la Argentina operó a través de una larga sucesión de leyes, decretos y resoluciones. No

se trató de una reforma integral, se caracterizó más bien por ser una reforma fraccionada, aplicando modificaciones principalmente en dos de sus frentes: los hospitales públicos y las obras sociales.<sup>23</sup>

### **3.5 Métodos y procedimientos**

Los Hospitales Públicos de Gestiones Descentralizadas (HPGD) siguen ciertos métodos y procedimientos para desarrollar su labor interna desde la recepción del paciente, atención y notificación a la obra social.

Dentro del circuito que sigue el hospital se puede destacar:

1. Armado de Historias Clínicas.
2. Admisión del Paciente.
3. Detección del Afiliado.
4. Notificación a las Obras Sociales y Aseguradoras.

#### **3.5.1 Armado de historias clínicas**

El documento de un paciente en un hospital ya sea público o privado es su historia clínica, por lo cual a este proceso se le debe dar gran importancia.

Las historias clínicas (HC) deben estar completas porque:

1. Es un documento oficial.
2. Si no están completas el área de mutuales no puede facturarla.
3. Es de vital importancia para el paciente, y su tratamiento

La cronología de La HC: debe estar ordenada de lo más antiguo a lo más actual.

En cuanto al tiempo para cerrar una HC es de cuarenta y ocho (48) a setenta y dos (72) hs. desde que el paciente se da de alta.

Este legajo para estar completa debe contener:

- Epicrisis completa firmada por el jefe médico y médico.
- Foja quirúrgica completa y firmada.
- Hoja de anestesia completa y firmada.
- Hojas de enfermería.

---

<sup>23</sup>Administración Nacional de Servicios Sociales (ANSES): Página web: [www.anses.gov.ar](http://www.anses.gov.ar)

Superintendencia de Servicios de Salud (SSS): Página web: [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)

Administración Provincial de Seguro de Salud (APROSS): Página web: [www.apross.gov.ar](http://www.apross.gov.ar)

- Estudios complementarios del paciente.

Es necesario que cuando llegue al departamento de estadísticas debe tener adjunto el informe de hospitalización.

### 3.5.2 Admisión del paciente

La **admisión** es el sitio creado para facilitar al paciente toda consulta o duda que posea sobre trámites administrativos u obtención de consulta en los servicios que solicita. Cuenta con recepcionista ubicado en la ventanilla única en donde se interrelaciona con otras áreas para ofrecer una atención oportuna y de calidad. Se debe ponderar la calidad en la obtención de datos. Calidad en los datos implica, cargar en el sistema todos los datos filiatorios del paciente, tipo y número de documento, nombre y apellido completo, obra social, domicilio, barrio, teléfonos, teléfono familiar o contacto, sexo, edad, etc., a fin de generar un único número de identificación del paciente en el ámbito provincial. Es importante aquí, que la carga sea minuciosa y precisa y en caso que el paciente posea número de historia clínica (HC), actualizar la información.

La **admisión de pacientes** no solo es darle ingreso al sistema de salud al paciente, sino que implica también, recepcionar al paciente con un trato cordial, comunicación fluida y atendiendo a las necesidades de su demanda.

La demanda programada como la no programada pasan por el circuito de Admisión, ya sea ambulatorio o Internación.

La **admisión hospitalaria** es el área encargada de la gestión de pacientes, su ingreso hasta el egreso del hospital. Se encarga de: la programación de la consulta externa mediante el manejo de la agenda manual, confirmación de turnos, asignación de camas, pases o transferencias del paciente de un servicio a otro, programación quirúrgica, manejo de las listas de espera quirúrgica, hospitalización, practicas especiales, urgencias, recupero de gasto, etc.

Todo paciente que ingresa al sistema público hospitalario, ya sea por demanda programada o demanda no programada pasa por el circuito de admisión que incluye los siguientes servicios:

#### a) GUARDIA Y EMERGENCIAS

El sector de guardia, tiene un sector de admisión de pacientes con acceso directo desde el exterior, y se conecta con un sector de internación de guardia y otro sector de



atención ambulatoria (cama fría). Además cuenta con una sala de espera adecuada y sanitarios públicos para hombres y mujeres.

El paciente ambulatorio es aquel que consulta por una patología aguda o crónica reagudizada y son consultas no programadas. El paciente que se interna lo hace por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente en el servicio o por derivación de otra institución o de un servicio de emergencias extra hospitalario.

El circuito del proceso de admisión de guardia cuando no hay personal administrativo en los días de semana por la noche, los fines de semana y los feriados, cómo es el caso de la institución en estudio; se asegura solo con la intervención de los profesionales médicos.

Lo ejecutan de la siguiente manera:

a- El último administrativo que cumpla tareas en la guardia, deja armados juegos de fichas de guardia (Anexo N° 5) conjuntamente con el denominado “anexo II” (Anexo N° 6) o declaración juradas.

b- El profesional médico, busca en el office de guardia las fichas, llama al paciente y en el acto de atención, deberá completar la ficha de guardia con:

- Fecha de atención.
- Nombre y Apellido.
- Tipo y número de documento.
- Fecha de nacimiento.
- Prescripción y/o estudios.
- Diagnóstico.
- Firma y sello.

c- En la hoja del denominado “Anexo II”, el profesional médico solo detalla el diagnóstico, deja sentada su firma y sello, y le solicita al paciente que firme el anexo. Sin la firma del paciente no es posible el proceso de recupero de gasto.

d- Concluida la atención del paciente, el profesional médico deja ambas planillas (Ficha de Guardia y el denominado “Anexo II”) en una bandeja destinada a la colección de esta documentación, que luego son retiradas por el administrativo de turno en el primer día hábil próximo.

e- En el primer día hábil próximo, el administrativo carga todas las fichas de la noche o del fin de semana siguiendo con el procedimiento de todos los días.

Personal de recupero de gasto procederá del mismo modo durante la semana, retirando las fichas que se registraron la noche anterior traspasando la información y

devolviendo el pack completo a las 48 hs para que personal administrativo entregue al archivo las mismas.

## **b) INTERNACIÓN**

Para un adecuado proceso de internación es necesario poseer una oficina de admisión del internado, con horarios de mañana y tarde, y con administrativo responsable del registro de todo movimiento del internado.

En este hospital el proceso de internación en demanda programada es recepcionado por el personal del recupero del gasto. En caso de urgencia el paciente es atendido por los profesionales de la salud (enfermeros o médicos), pero es admisionado al día siguiente o después del fin de semana por el personal de dicha área de facturación.

Las funciones principales son:

- Recepcionar al paciente en proceso de internación o sus familiares.
- Brindar un trato cordial y amable, resolviendo la demanda y la información que el paciente requiera ante el acto de internación.
- Admitir y registrar todos los datos del paciente que asiste a internarse.
- Informar a los familiares sobre horarios, sector y modalidad de visita.
- Buscar las historias clínicas el día anterior si es programada la internación o el día de internación de cada paciente en caso de urgencias o no programadas. En caso de no poseer HC el paciente, se debe generar el número y armar físicamente la carpeta de HC.

Con respecto al circuito de admisión en esta área, se destaca que:

- El personal del recupero del gasto debe darle ingreso al paciente por sistema, cargando todos los datos necesarios. Se solicita al paciente tipo y número de documento para verificar por sistema si tiene número de HC. En caso de ser así, se verifica el nombre y apellido, fecha de nacimiento, domicilio y se actualiza el teléfono de contacto y la obra social. Si no tiene número de HC se le genera el mismo por sistema, cargando todos los datos establecidos como obligatorios tanto informática como estadísticamente.
- Verificará en la página del Anses, Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) o del Apross, si el paciente posee cobertura. En ese caso, imprimirá el comprobante de empadronamientos de la obra social (CODEM) o constancia de afiliación si es de Apross. Luego se solicita al paciente firmar el denominado "Anexo II" y se archivan ambos para el proceso de recupero de gasto. En caso de detectar obra

social que no figure en la página web de Anses o SSS, deben solicitar carnet o recibo de sueldo.

- El personal de enfermería sabe dónde ubicar al paciente. Una vez el paciente internado en la sala de enfermería cuentan con una pizarra donde colocan el número de habitación y que paciente se encuentra allí.
- Cuando el ingreso del paciente sea en un horario donde no hay cobertura administrativa, personal de enfermería completa una planilla de internación que al día siguiente o después del fin de semana personal del recupero del gasto retira y luego carga los datos en el sistema. Se realiza el censo diariamente (Anexo N°7) para verificar que paciente no pasó por la oficina de admisión y no fue cargado en el sistema.
- El personal de recupero es la encargada de realizar el censo todos los días, a primera hora y antes de retirarse de su turno laboral.
- Deben registrar en las planillas, todos los cambios verificados como pases, altas o ingresos que se hayan producido cuando no había cobertura de personal administrativo.
- El censo de pacientes se debe realizar en: cama fría de guardia, unidad de terapia intensiva (UTI) y salas de internado.
- Indagar sobre el destino de los pacientes ausentes si corresponden a un alta o a un pase de sala.
- Verificar si están todas las HC de los pacientes internados. En caso contrario, buscar al archivo o armar las HC pendientes o que hayan ingresado por guardia.
- Verificar la existencia de una carpeta anterior de HC, en caso de existir, gestionar al archivo la misma y unificar según norma establecida al tipo de HC.
- Completar la documentación necesaria de la HC, armar y adjuntar estudios, verificar que este completa la epicrisis, etc. En caso de cirugía ambulatoria, además del denominado "Anexo II", deberá ir foja quirúrgica y de anestesia con firma y sello del profesional. Los datos necesarios a consumos o prácticas o medicamentos se podrán recabar de la epicrisis de las HC o de las hojas de enfermería. (Anexo N° 8).

### **c) CONSULTORIOS EXTERNOS**

Se incluye la consulta médica que es la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo.

Incluye la atención a pacientes sanos y enfermos, en un espacio determinado solamente para la consulta externa e intervenciones menores que se puedan llevar a cabo en estos consultorios.

Este es el necesario circuito de este sector de atención:

- **Centro de Atención al Paciente o Turnero:** el paciente ambulatorio puede obtener un turno programado o un turno en un día de demanda espontánea o sobreretorno. Es un lugar de vital importancia para la obtención de la mayoría de datos del paciente tanto filiatorios principalmente:

- Nombre y Apellido.
- Tipo y número de documento.
- Nacionalidad.
- Cobertura social y laboral.
- Nivel de estudio.
- Habitud.
- Etc.

A partir de la captación de estos datos, se genera el número de historia clínica única (HCU) y se arma la historia clínica física para ser atendido por consultorio externo. Es obligatoria la carga de todos los datos de cada paciente cada vez que se emite un turno y para turnos siguientes la actualización permanente de datos móviles como teléfono, obra social, domicilio, etc., es de vital importancia centralizar la emisión de turnos de la mayoría de los servicios en el turnero central o centro de atención ambulatoria.

- **Confirmación de Turnos:** una vez obtenido el turno, es necesario que el paciente pase por este sitio a confirmar su presencia y asistencia. Esta función se realiza en la oficina de turnero. Además de realizar la confirmación del turno del paciente, el administrativo debe cargar o completar todos los datos incompletos del paciente.

Esta es otra oportunidad para verificar por sistema si el paciente posee obra social y de confirmado su empadronamiento hacer firmar el denominado "Anexo II".

#### **d) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

Estos estudios abarcan un abanico de prestaciones consideradas de alta, mediana o baja complejidad, pero las más comunes son:

- Laboratorio de análisis clínicos.



- Electrocardiograma.
- Prácticas oftalmológicas.
- Endoscopia.
- Diagnostico por imágenes: radiografías, ecografías, mamografías, etc.
- Etc.

Este es el detalle del circuito cuando un paciente se realiza estudios complementarios:

- El paciente asiste ya preparado para realizar la práctica solicitada por el profesional en caso de ser un turno programado. Si es un paciente de guardia, se presenta con la receta médica (R/p) brindada por el médico generalmente con la leyenda “urgente”.

- En el turno y/o admisión se deberá verificar que el paciente posea obra social: 1- En caso positivo se imprimirá el CODEM y se solicitará al paciente que  firme el denominado “Anexo II”. 2- En caso de no figurar el CODEM porque el paciente posee APROSS o cobertura nacional o pre paga,  hacer firmar lo mismo el denominado “Anexo II”.

- Cuando es feriado o fines de semana, el técnico que realiza el estudio al llamar el paciente debe hacerle firmar el denominado “Anexo II” y adjuntarlo al R/p y guardarlo en una caja destinada a dicho fin. Al otro día o cuando estén los agentes afectados al recupero, deben proceder a realizar el circuito de detección, impresión de CODEM o constancia de afiliación en caso de apross, y agregar éste al denominado “Anexo II” y R/p.

- En caso de tratarse de secciones de fisioterapia o rehabilitación, salud mental, etc., el paciente firma una plantilla de prestación o detrás del R/p cada vez que asiste y firma un solo “Anexo II” que se adjuntará a dicha planilla. Si es rehabilitación, se deberá solicitar fotocopia del certificado de discapacidad.

- Personal de recupero del gasto retirará del servicio correspondiente, los denominados “Anexo II” con el CODEM correspondiente de pacientes mutualizados y R/p. para su proceso de facturación.

### **3.5.2.1 Detección del afiliado**

El circuito de detección implica el proceso puro de búsqueda de cobertura de obra social del paciente admitido en el hospital público.

En este proceso, se deben cumplir todos los pasos a conciencia a fin de recabar la mayor información posible y que la misma sea fidedigna.

Los pasos necesarios para la detección son:

1- **Administración Nacional de Servicios Sociales (ANSES)**: la detección de cobertura social se debe realizar en primera instancia en la página del ANSES ([www.anses.gov.ar](http://www.anses.gov.ar)) imprimir el CODEM que es la constancia de afiliación.

Consulta ANSES:

- Digitar en internet: [www.anses.gov.ar](http://www.anses.gov.ar) .
- Entrar en el link “Mi Anses”.
- Entrar en el link “Otros trámites en línea”.
- Entrar en el link “Trabajadores”.
- Entrar en el link “Consultas de Obra Social CODEM”.
- Entrar en el link “Iniciar consulta” (se encuentra al final).
- Cargar datos del paciente y código de muestra. Aquí solo se carga el DNI, no hace falta el C.U.I.L completo, luego continuar.
- Debajo aparece el paciente, vamos a “la lupa” y aparece la constancia de obra social que luego se imprime.

2- **Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)**: si no figura en el ANSES, consultar a La Superintendencia de Servicios de Salud ([www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)).

- Digitar en internet: [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar) .
- Entrar en el link “Consultas & informes online”.
- Entrar en el link “Padrón de Beneficiarios”.
- Entrar en el link “Acceso Público”.
- Cargar datos del paciente que se solicita: CUIL y DNI; y código de muestra.
- Respecto a los datos mostrados del paciente tener en cuenta que puede haber más de una persona con el mismo número de documento en ese caso los muestra a todos.
- Imprimir página.

3- **Administración Provincial de Seguro de Salud (APROSS)**: consulta en la página de APROSS:

- Digitar en Internet: [www.apross.gov.ar](http://www.apross.gov.ar) .
- Entrar al link “Constancia de Afiliación”.
- Cargar datos del paciente que se solicita: tipo de documento, número, sexo, fecha de nacimiento, apellido y nombre; y código de muestra. En este caso, todos los datos solicitados e ingresados deben ser correctos porque de lo contrario el sistema arroja los datos como NO afiliado.

Es necesario tener en cuenta que:

- Empleados: cuando no figura en ANSES y si en SSS verificar los datos declarados por el empleador. Tener en cuenta el último periodo declarado por este último, que debe estar dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de prestación. Se puede verificar en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) , link “empleados”, luego link “aportes en línea” y por último link “ingresar sin clave fiscal a una consulta básica”.
- Autónomos, Monotributistas o Empleadas Domésticas: verificar en SSS con el número de cuil y que esté pagando al día. Tratar de solicitar carnet o recibo de sueldo.
- Si hay diferencia de obra social entre Anses y SSS: es válida la del Anses (CODEM).
- Hijos: menores a 21 años que figuren en SSS se consideran que tienen cobertura de Obra Social. Mayores a 21 años tienen cobertura hasta los 25 años si están estudiando.
- Pacientes con seguro de desempleo: tienen cobertura mientras están cobrando el fondo. En el CODEM figura el último período liquidado.
- Recién nacidos hasta 30 días: poseen cobertura de la madre. Pasando ese período poseen cobertura de los padres, grupo familiar primario.

### **3.5.2.1.2 Notificación a las obras sociales y aseguradoras**

Todos los datos obtenidos en la admisión y detección de cobertura del paciente, serán utilizados para realizar las notificaciones a cada una de las obras sociales.

Será necesario tener en cuenta:

- Todas las notificaciones se efectuaran a la casa central de la obra social. En caso de accidente de tránsito o laboral se efectuaran las notificaciones en sede provincia de Córdoba.
- Conservar reporte de recepción del fax o del correo electrónico de notificación. Deben estar legibles los datos como: número de teléfono donde fue enviado, hora y fecha de envío.
- Las prestaciones notificadas a prepaga u otros prestadores deben estar autorizados antes de facturarse.
- Las obras sociales de otras provincias no se notifican ni se facturan directamente sino a través de Apross.
- Las notificaciones se pueden realizar a través de correo electrónico adjuntando la copia completa del correo firmada por la autoridad administrativa del hospital (Anexo N° 8).

- Todas las notificaciones tienen un tiempo de repuesta por parte de la obra social de 72 hs hábiles desde la recepción para aceptarlo o no. Pasada ese periodo se darán por aceptadas.
- En caso de alta complejidad, medicamentos excluidos o accidentes de tránsito y/o laboral no es necesario recibir la autorización de obra social o aseguradora.

Las notificaciones para las obras sociales o para las aseguradoras poseen datos indispensables, entre las principales se detallan:

**a) Notificaciones en internación (Anexo N° 8 y N° 9):**

1. Para las Obras Sociales:
  - 1.1- Nombre completo de la obra social.
  - 1.2- Planillas denominadas “Anexo I y II”.
  - 1.3- Apellido y nombre del paciente.
  - 1.4- DNI, LE o LC.
  - 1.5- Número de afiliado.
  - 1.6- Fecha y hora de internación y/o solicitud de prácticas.
  - 1.7- Epicrisis.
  - 1.8- Procedimientos a realizar.
  - 1.9- Número de teléfono donde fue remitido y desde donde fue enviado.
  - 1.10- Fecha y hora de envío.
  - 1.11- Deberá ser firmado por el administrativo responsable del momento.
  
2. Para las Aseguradoras: a lo detallado anteriormente se debe agregar:
  - 2.1- Número de Póliza.
  - 2.2- Número de siniestro.
  
3. La notificación deberá efectuarse dentro de las 48 hs hábiles desde el momento de la prestación.
  
4. Excepcionalmente, y por motivos de fuerza mayor, se podrá utilizar la notificación posterior a las 48 hs. En esta notificación se solicita a la obra social realizar una auditoría conjunta con el fin de convalidar las prestaciones brindadas al paciente. Se otorga a la obra social un periodo de 72 hs. hábiles para contestar el pedido de auditoría compartida, transcurrida las cuales sin haber obtenido respuesta se considerará aceptada la prestación brindada.

**b) Prórrogas de Internación (Anexo N° 10):**

1. Las internaciones a cargo de compañías de seguro o ART no es necesario la notificación de prórrogas.
2. En las internaciones notificadas a gerenciadoras, prepagas, etc., para solicitarlas prórrogas tener en cuenta la cantidad de días autorizados.
3. En las internaciones prolongadas, se deberá justificar y efectuar la notificación de la misma cada diez (10) días.
4. El momento de realizarla es desde el día décimo (10°) y vigésimo (20°) de internación y hasta 48 hs hábiles posteriores. Si no se cumplen estos términos, se corre el riesgo que sea considerada fuera de término.
5. Al cumplirse los treinta (30) días de internación, se deberá notificar dicha circunstancia mediante carta documento. La misma deberá enviarse al día treinta (30) de internación y hasta el quinto (5°) día hábil siguiente. Pasado ese periodo, se corre el riesgo que sea considerada fuera de término.
6. Si el paciente continúa internado, dicha denuncia debe repetirse cada 30 días cumpliendo los tiempos indicados en el punto anterior.
7. En los casos de pacientes con internación que superen los 6 meses de internación ininterrumpida, sólo se notificará la prórroga con carta documento cada 6 meses, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes en curso. Pasado ese período, se corre el riesgo que sea considerada fuera de término. Hay que diferenciar que es preferible la prórroga fuera de término que la falta de prórroga. Las cartas documento deberán ser firmadas por el director, sub director o administrador del hospital, se realizan por tres copias en el formulario correspondiente y se enviaran por correo postal desde el hospital.

**c) Prestaciones de Alta Complejidad en Atención Ambulatoria Programada:**

Se requerirá conformidad previa del agente del seguro de salud. Se utilizaran los mismos términos y metodología que para las denuncias de internación.

**d) Prestaciones Excluidas o Medicamentos Excluidos:**

Se deberá tener en cuenta que existen métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en los alcances de la autorización y medicamentos o descartables excluidos de los módulos de facturación.

Se deberá cursar una nueva notificación. Se utilizaran los mismos términos y metodología que para las denuncias de internación.



**e) Simultaneidad por razones de urgencia:**

La internación debe efectuarse para la realización inmediata de cualquier procedimiento quirúrgico y/o práctica de alta complejidad, o no contemplada en el programa médico obligatorio (PMO), y/o aplicación de uso de medicamentos y/o descartable fuera de módulo. La notificación podrá hacerse incluyendo en forma simultánea, todos los procedimientos y prácticas a llevarse a cabo.

Se utilizarán los mismos términos y metodología que para las denuncias de internación.

**f) Situaciones exentas de notificación:**

El hospital no efectuará notificación en los casos de:

- Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias: consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento, incluidas las de **alta complejidad**.
- Atención Ambulatoria Programada: consultas y prácticas de diagnóstico y tratamiento de **baja o mediana complejidad**.

**3.6 RRHH: Relevamiento, capacitación e incentivos**

Esta área de la administración tiene asignada tres empleadas, una que es la referente del área (no posee cargo porque no se dispone de la orgánica administrativa) y su tarea principal es la facturación de las internaciones ya sea en sala común, UTI o cama fría; la otra agente es la encargada de facturar la atención ambulatoria de los diferentes servicios como son emergencias, diagnóstico por imágenes, laboratorio, etc.; y una tercer agente la cual su función principal es trabajar sobre las estadísticas del hospital, por lo que es la referente del departamento de estadísticas, y entre sus tareas se encuentra una actividad común que converge en las dos áreas: el censo diario. Es importante mencionar que esta última posee conocimiento del proceso de facturación del área del recupero del gasto por lo cual realiza suplencias cuando las agentes tienen licencias prolongadas, como lo pueden ser por ejemplo vacaciones anuales, licencia por maternidad, etc.<sup>24</sup>

Otro aporte en materia de recursos humanos es contribuido por la empresa tercerizada de cobranzas (se desarrolla en el punto 3.8) que afecta una colaboradora en la labor del área. En este sentido, es soporte de las dos ramas de facturación: internación y atención ambulatoria. Cumpliendo con una correcta asesoría como función secundaria, brinda una especie de staff en materia de facturación.

---

<sup>24</sup>Carlos Alberto Norry - "Administración de Recursos Humanos I" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico

En el siguiente cuadro se resume las principales funciones, tareas asignadas, antigüedad, etc.; del área relevada:

<b>Empleados</b>	<b>Función</b>	<b>Tareas Principales</b>	<b>Antigüedad (en años)</b>	<b>Licencias Anuales</b>	<b>Conocimiento en otras áreas</b>
<b>Empleado N° 1</b>	<b>Referente del área del Recupero del Gasto</b>	Facturación en Internación	35 años = 15 + 20 (antigüedad reconocida en el ámbito privado)	35 días hábiles + 7 días corridos de licencia sanitaria	Recupero del Gasto
					Secretaría de la Dirección
					Mesa de Entradas
					Archivo
					Tesorería
<b>Empleado N° 2</b>	<b>Auxiliar del área del Recupero del Gasto</b>	Facturación en Atención Ambulatoria	1 año	15 días hábiles + 7 días corridos de licencia sanitaria	Recupero del Gasto
<b>Empleado N° 3</b>	<b>Referente del área de Estadísticas</b>	Censo Diario	15 años	30 días hábiles + 7 días corridos de licencia sanitaria	Recupero del Gasto
					Secretaría de la Dirección
					Mesa de Entradas
					Archivo
					Personal
<b>Empleado N° 4</b>	<b>Empresa Tercerizada de Cobranzas</b>	Facturación en Internación, en ambulatorio, Staff.	9 años	21 días corridos	Recupero del Gasto y Secretaría

El nivel de conocimiento de los métodos y procesos de este sector específico viene dado por la experiencia de los empleados, y transmitida a los que eventualmente se han desempeñado en esta sección como a los que están asignados definitivamente.



Las capacitaciones, cursos y reuniones organizadas a tal fin por parte del Ministerio de Salud no son suficientes para un buen desenvolvimiento, estas se dan generalmente en el marco de abordar nuevas normativas vigentes u organizadas para abordar casos concretos.

La secretaría general de la gobernación a través de la dirección de la gestión pública, dirección encargada de proveer de capacitaciones gratuitas de todos los empleados provinciales, difunde en cronogramas los distintos cursos que detallan las herramientas a abordar con sus días y horarios de asistencia. Por ser brindados a todo el ámbito provincial sus temas tienen las características de ser generales y abarcativas como por ejemplo programas de informática, conducción de RRHH, entre otros. La realidad indica que no son aprovechados por estos trabajadores, muchas veces teniendo como excusa lo dificultoso de la asistencia al ser presenciales lo que amerita a concluir que la falta de motivación es una de las causales.

Con respecto a los incentivos recibidos, estos son de índole material, modalidad de recompensa que gobierna en toda la institución, mejorando la infraestructura o el equipamiento de trabajo. Los premios por el buen desempeño como lo puede ser una mayor facturación en un período de tiempo comparada con algún estándar, son otorgados de manera subjetiva por la dirección en cuanto a su significación económica de las mejoras, porque no se observan parámetros preestablecidos. En algunas oportunidades se les ha premiado a los empleados con becas o capacitaciones pagas en el sector educativo privado.

Contrariamente a lo articulado en el Decreto N° 939/00, que en su art.13 inc. "c" contempla la eventual recompensa económica, es contundente y clara la resolución de no disponer incentivos económicos. En este aspecto la decisión al respecto deviene de la jurisdicción a la cual pertenece el nosocomio, en la que prohíbe los incentivos económicos y el pago de horas extras a los agentes agrupados en la Ley N° 7.233. Solo en caso excepcional y que las circunstancias del caso lo justifique se pueden aprobar con autorización formal y material de su máxima autoridad: el Ministro de Salud.

Por otra parte, la funcionaria de la empresa tercerizada de cobranzas recibe sus remuneraciones de manera mixta, por lo cual su salario está compuesto por un monto fijo (remuneración fija), y otra porción por productividad (remuneración a destajo). En este sentido, la institución se beneficia indirectamente porque su mayor esfuerzo

promovido por el incentivo económico, deviene en mayores ingresos a las arcas del hospital.<sup>25</sup>

### **3.7 Infraestructura, tecnología y sistema de información: Management Health online (MHO)**

Debido a que el hospital no tiene una vida extensa, su infraestructura en general no presenta inconvenientes más aún en las zonas en donde está físicamente situada la ala de administración, en las cual no hay un fácil acceso y circulación de pacientes contrariamente a lo que ocurre en otras alas como de consultorios externos, internado, emergencias, etc.

El lay out a nivel general es el adecuado para una fluida interconexión de los distintos servicios administrativos. Particularmente la manera en que se encuentra asignadas las áreas de trabajo, es decir el diseño que se siguió en cuanto a las instalaciones de muebles, computadoras, sanitarios, etc.; son los apropiados.

Situándose en la oficina del recupero del gasto se puede afirmar que los espacios son cómodos, amplios, con buena iluminación y ventilación, y de buena distribución del mobiliario. En cuanto a la limpieza, al tener un servicio tercerizado en toda la organización se cuenta con atención permanente. Otro punto que se destaca es la implementación de medidas de seguridad como han sido la colocación de puertas magnéticas y cámaras de vigilancia que graban permanentemente los pasillos internos. Los sanitarios en muy buen estado de limpieza y conservación, son exclusivos de toda el ala de administración.

La climatización es una tarea pendiente a resolver para un correcto confort de los empleados. La rotura permanente del equipo de aire acondicionado central que tiene la doble función de atemperar y calefaccionar a todo el edificio, ha sido motivo de quejas y reclamos constantes.

El servicio de mantenimiento que resuelve los inconvenientes presentados en este u otros espacios debe ser más eficiente y eficaz, solucionado los requerimientos elevados, evitando así el malestar del equipo de trabajo.

En el relevamiento del mobiliario y la tecnología se observan para cada agente una silla, un escritorio, una computadora y una impresora; compartiendo dos armarios y tres estanterías, moblaje suficientes para los archivos correspondientes. Carecen de

---

• <sup>25</sup>Trabajos prácticos de la materia Administración de Recursos Humanos I de la carrera de Contador Público del IUA.



fax y fotocopidora por lo cual tienen que trasladarse a la secretaria de la dirección para la utilización de los mismos. No poseen línea telefónica exclusiva, pero si cuentan con un teléfono interno transfiriendo llamadas vía admisión desde la central telefónica. Los insumos de escritorio e informática como papelerías, toner de impresoras, útiles, etc.; no son dificultad para un buen desenvolvimiento porque se cuenta con stock disponible constantemente, solicitándose mediante requerimiento a la administración.<sup>26</sup>

Párrafo aparte es el papel que juega la informática, porque una parte importante de la metodología de los procedimientos ya sea en la detección de pacientes con cobertura o en la facturación a las obras sociales, se realizan utilizando estos recursos.

La Gerencia de Sistemas del Ministerio de Salud es la dirección encargada del mantenimiento de los equipos informáticos y sus programas específicos, teniendo la exclusiva autorización para intervenirlos actualizando, modificando e introduciendo mejoras ya que aquellos están precintados herméticamente con un número de identificación con el objeto de mantener la privacidad de la información.

Realizada la aclaración anterior, tres son los aspectos a tener en cuenta:

1. Hardware: en el año 2005 luego de la contratación de la empresa tercerizada de cobranzas se adquirieron 4 equipos; los que actualmente dos se encuentran afectados al área, uno fuera de servicio y el último en admisión para la emisión de carnet de historias clínicas, quedando estos anticuados por el avance tecnológico. En el año 2012 se reemplazó el que estaba fuera de servicio y se incorporó el asignado al departamento de estadísticas tres años más tarde con el objetivo de la detección en el censo diario en lo que a internación se refiere.
2. Software: todas las PC registradas con su número de identificación provincial están comunicadas por un servicio de intranet, es decir un circuito cerrado que permite cierta seguridad en las transferencias de datos e información electrónica. Este servicio autoriza a navegar solo por determinadas páginas (SSS, Anses, Apress, etc.), tener cuenta de correo electrónico interno (Lotus Notes) y operar el programa MHO (Management Health Online) encargado de los procesos de detección a los afiliados y facturación a las obras sociales.
3. Conectividad a la red de Gobierno: la única oficina conectada a esta red es la del recupero del gasto debido a la importancia que se le ha dado en mantener y proteger la privacidad de la información, por consiguiente el resto de las áreas del hospital dependen de un servidor local.

---

<sup>26</sup>Carlos Alberto Norry - "Administración de Recursos Humanos I" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico

Dicha conectividad la provee una empresa nacional de telecomunicaciones que contrato el estado provincial para abastecer a varias dependencias del interior, por lo cual el mejoramiento de la misma escapa a la institución.

La principal crítica surge en este ítem, que sumado a la obsolescencia del hardware hace que el proceso de facturación a través del programa sea muy lento y tedioso.

### **3.7.1 Programa de facturación: MHO (management health online)**

Desde el año 2006, la provincia de Córdoba optó por utilizar el módulo de administración hospitalaria de MHO a través de Intranet, para la facturación y el recupero de gastos de las prestaciones médicas.

Se enlazaron treinta y ocho instituciones entre hospitales y centros asistenciales. Los resultados por el uso de MHO le permitieron alcanzar récords históricos de cobranza, con un crecimiento sostenido en las prestaciones.

A partir del año 2011, el Poder Ejecutivo de la provincia decidió ampliar las prestaciones del MHO, implementando nuevos módulos entre los que se destacan la historia clínica electrónica única en toda el territorio provincial; pero solo en los nosocomios de capital y algunos del interior denominados grandes como Alta Gracia y Río Cuarto, incorporaron la gestión de internación y turnos, el seguimiento de los consumos de medicamentos, la agenda de los profesionales y las emergencias médicas.

La empresa que comercializa la aplicación se dedica al desarrollo e implementación de soluciones tecnológicas para el gerenciamiento integral de instituciones del sector de salud tanto en el ámbito público como el privado.

La política integral de la compañía es transformar a sus clientes en “socios” utilizando el término “Solution Providers” (proveedores de soluciones) para denominarlos.

Los proveedores de soluciones tienen acceso a un programa de capacitación especial y soporte técnico las 24hs., a fin de que puedan implementar MHO sin inconvenientes, ni contratiempos. Además pueden acceder a información sobre las mejores prácticas en la gestión de instituciones de salud para replicar en sus implementaciones.

El fin que se busca es que estos con su experiencia trabajen y se complementen, ósea crear un equipo de trabajo que brinde soluciones integrales, que se comprometan con el proyecto de mejoramiento continuo para que el resultado sea uno: un paciente satisfecho.

Para la creación de MHO intervinieron profesionales de diversas áreas tales como la informática, la médica, la administrativa y la educativa entre otras; y está claramente orientado a redes de trabajo con un alto grado de desempeño y complejidad, que

normalmente operan con conexiones a bases de datos de grandes volúmenes de información, requiriendo de transacciones seguras y una excelente calidad en el servicio.

Hay que tener en cuenta que costos en salud son una parte importante del presupuesto público y es necesario fomentar la utilización de herramientas informáticas que ayuden a reducirlos mejorando la calidad de la atención. MHO ha demostrado tener la capacidad de tener ambas cualidades, ya que en el área a manera de ejemplo han dejado de hacerse las engorrosas encuestas en papel, involucrar más RRHH que el necesario, etc.

Los módulos del aplicativo informático permiten la gestión médica y administrativa de hospitales que funcionen en redes de salud, toda la información que se genere impactará de forma inmediata en la historia clínica de cada paciente. Entre los más destacados se desarrollaron:

- **Historia Clínica:** almacena toda la información médica de los pacientes en un repositorio único, controla el acceso a la información y lleva un control minucioso sobre los accesos y las modificaciones realizadas.
- **Internación:** se maneja múltiples salas de internación, hojas de enfermería, reservas y pases de cama, dietas e indicaciones o estudios médicos de manera simple e intuitiva.
- **Ambulatorio:** se manipula agendas, diagnósticos, indicación de medicamentos y solicitud de estudios complementarios de forma segura.
- **Diagnóstico por Imágenes:** habilita a transferir electrónicamente imágenes, realizar sus impresiones desde distintos puntos y consultar resultados desde las computadoras en red.

Se han detallado solo algunos que serían de gran apoyo y complemento para el módulo ya habilitado de facturación. Influiría notoriamente en la detección de pacientes con obra social y se haría en tiempo real; esto impacta en lo económico porque estos servicios son los que tienen mayor importe en sus prestaciones de acuerdo al nomenclador.

### **3.8 La empresa tercerizada de cobranzas**

Esta empresa tercerizada tiene un rol muy importante, porque es la encargada de la cobranza a las obras sociales que anteriormente estaba a cargo del mismo hospital.

Su misión consiste en colaborar en la gestión de cobranza de acreencias fiscales, fortalecer los entes de recaudación con los que operan y efficientizar el recupero de ingresos propios, acercando la recaudación real a la potencial.



En el año 2004 por medio del Decreto N° 535 se abre una licitación pública de *“contratación para la colaboración en la reforma y el fortalecimiento del sistema de administración tributaria y la gestión de cobranza extrajudicial de los tributos y otras obligaciones cuya recaudación se encuentra a cargo de la dirección de rentas de la provincia de Córdoba”*; y considera como relevante entre otros puntos:

- Que la finalidad de la convocatoria es la de lograr para la dirección de rentas una herramienta idónea y eficaz, que permita satisfacer entre sus objetivos máximos perfeccionar y hacer más eficiente la recaudación tributaria, combatiendo la mora y evasión impositiva.
- Que el llamado a licitación se fundamenta en la necesidad de fortalecer el sistema de administración tributaria, a través de la mejora de los procedimientos y mecanismos de control, optimizando los costos de administración, brindando un servicio de calidad a los contribuyentes que facilite el cumplimiento voluntario de las obligaciones tributarias y aumente los niveles de recaudación de los recursos de la provincia.

Razón por la cual esta contratación se adjudicó por Decreto N° 1.276/04 y se materializó mediante Ley N° 9.230 del año 2005, en donde se aprobó el contrato suscripto entre el gobierno de la provincia de Córdoba y la Unión Transitoria de Empresas (UTE) conformada por tres sociedades anónimas. Esta tercerización tiene por objeto ejecutar la colaboración en la reforma y fortalecimiento del sistema de administración tributaria provincial y en la gestión de cobranza extrajudicial en sede administrativa, que estaba a cargo de la Dirección de Rentas de la provincia de Córdoba.

En dicho contrato, la empresa contratista tiene que cumplir con dos objetivos fundamentales:

1. Tendrá a su cargo y ejecución la colaboración en la reforma, y el fortalecimiento del sistema de administración tributaria provincial.
2. La gestión de cobranza extrajudicial.

En este último punto es donde trabaja la organización en todos los hospitales provinciales, mediante el recupero del gasto de los servicios médicos prestados a los pacientes que poseen obra social.

Los servicios y bienes que provee son retribuidos mediante el cobro de una comisión que surge por la aplicación de porcentajes sobre lo recaudado por la gestión en el cobro.

Como se sabe, la actividad del Estado se financia con el cobro de impuestos, tarea que, para ser equitativa, requiere de agilidad y eficiencia; es aquí en donde nació la



posibilidad de contratación de una empresa como esta UTE que colabora con el gobierno de la provincia de Córdoba en la tarea fortalecer, modernizar La Dirección General de Rentas y principalmente en acrecentar la recaudación y recuperar las acreencias fiscales. Para ello, se ha invertido en infraestructura, tecnología y personal para dotar de agilidad y eficiencia en las administraciones tributarias y el hospital de Santa Rosa no ha sido ajeno a estas mejoras.

En la actualidad la UTE está conformada por dos de las tres empresas originarias, que como rasgo característicos coinciden en que ambas compañías son empresas familiares:

- Una, es una empresa especialista en administración tributaria.
- La otra, se dedica a la recuperación de acreencias fiscales.

En Córdoba, tal cual como lo expresa el contrato vigente, su labor no implican el desembolso de canon ni de cuota por los servicios. Su tarea en la provincia representa una porción de la recaudación, que se cubre por la mejora de los ingresos tributarios.

Para finalizar, se destaca que tiene presencia en varias provincias del país asociándose a empresas locales bajo la misma modalidad de sociedad comercial: Unión Transitoria de Empresas.

### **3.9 Conclusión**

Sin dudas que la reforma del Estado de la década del '90 repercutió a nivel provincial. Las políticas de descentralización también se aplicaron en el sector salud con un primer antecedente en la Ley N° 23.661 del año 1989, la cual creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud teniendo su base en una justicia distributiva y como principal política la de las implementaciones de las administraciones descentralizadas por parte del Ministerio de Salud de la Nación. La autoridad de aplicación del seguro fue la Secretaría de Salud de la Nación a través de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), dependencia a la que esta norma le otorgó autarquía financiera y administrativa.

Pero la piedra basal en lo que a descentralización en salud se refiere fue el Decreto N° 578/93 que creó el régimen de hospitales autogestionados. Implícitamente se va cambiando el concepto de subsidio de la oferta por el de demanda bajo el fundamento que debe haber más eficiencia en el sistema, por lo que se ofrecerán los servicios demandados con mayor calidad.

Es a través del Decreto N° 939/00 que se vuelve a lo conceptos de salud pública garantizada a toda la población, pero otorgando la equidad suficiente como para que el

Estado pueda recuperar las prestaciones por los servicios otorgados a los beneficiarios de obra social, seguros, etc.

Como crítica se puede afirmar que hubo carencia de un plan integral en la reforma de salud. Sí hubo la concreción de leyes, decretos y resoluciones que se aplicaron en forma aislada en momentos determinados.

Por otra parte, en el ámbito de la institución bajo estudio, se puede terminar diciendo que al servicio de administración no se le ha otorgado la participación e importancia que tiene en contraposición de lo que manifiesta la orgánica de salud (Decreto N° 965), la cual vislumbra una jefatura en el mismo nivel de los distintos servicios médicos.

El reconocimiento a este vital servicio de apoyo técnico a la organización podría empezar a concretarse mediante la aprobación de la orgánica administrativa.

Este instrumento debiera colaborar también en unificar la unidad de mando, motivar a los empleados encauzados en una sana carrera administrativa de autosuperación y mejorar la descentralización, no descuidando la buena flexibilidad que actualmente se conserva a la hora de tomar decisiones operativas.

Se debe considerar el escaso RRHH en las áreas administrativas, inconveniente que impacta en la planeación y control de las actividades que deben estar a cargo de los jefes y supervisores, pero debido a que en muchas oportunidades están afectados a la parte operativa descuidan su principal tarea.

A pesar de no tener un departamento que funcione de staff, debe aprovecharse la asesoría permanente que el Ministerio de Salud brinda a sus dependencias; pues posee todo el instrumental necesario en materia legal, económica, estadística, etc.; suficiente para el patrocinio a las administraciones.

Con respecto al área de recupero del gasto se observa la falta de compendio de reglamentaciones, circulares, memorando, etc.; que unifique el modo de realizar las actividades inherentes al área. En las “conclusiones” de este trabajo de campo se propondrá un Manual de Procedimientos.

En materia de RRHH, el relevamiento, tal como se lo menciono en párrafos anteriores presentó déficit en cantidad, motivación y capacitación. Entonces ante esta situación deviene en preguntarse:

- ¿Se podrá incentivar a los agentes en premiarlos con becas para capacitaciones mediante objetivos concretos como puede ser obtener una facturación mayor?
- ¿La carrera administrativa que generaría la aprobación del “borrador” de la orgánica en este servicio, es un móvil que despertará motivación?

- ¿La contratación de nuevo personal se autogestiona con una mayor productividad?

En cuanto a infraestructura, tecnología y el sistema operativo debe tenerse en cuenta un recambio en el hardware, aumentar la conectividad y contemplar la posibilidad de ampliar el MHO con otros módulos significativos como por ejemplo el de internación.

Se observa una mejora sustancial en la recaudación desde que la oficina trabaja conjuntamente con la empresa tercerizada de cobranzas.

Cabe destacar que esta contratación no vulnera el Decreto N° 939/00 en su art.12 *“el Hospital Público de Gestión Descentralizada no podrá destinar al proceso administrativo de la facturación, en cualquiera de sus instancias, un monto que comprometa el adecuado financiamiento de las actividades hospitalarias”*; pero este análisis, más otros concernientes al presupuesto hospitalario, índices o ratios, montos y evolución de los fondos recibidos, entre otros; serán motivo en el siguiente y último capítulo de esta tesis.

## **CAPITULO 4**

### **FUENTES DE FINANCIAMIENTOS**

#### **4. Introducción**

Sin dudas que toda organización pública necesita de una o varias fuentes de financiamiento para poder concretar sus objetivos.

El presupuesto es el instrumento que permite cuantificar el gasto que el estado provincial debe afrontar para alcanzar de manera eficiente y eficaz tales objetivos en sus distintas organizaciones. En la primera parte del capítulo se describen sus principales características.

Luego se hará hincapié en el análisis en las cuentas de inversión publicadas por la provincia de Córdoba, sus ingresos, gastos y los resultados financiero del período 2013-2015; pero se profundizará en el gasto en salud como servicio social y en el presupuesto del Ministerio de Salud como jurisdicción, desagregando sus principales programas y subprogramas.

Por último, el enfoque será en el presupuesto del hospital; el resultado de sus principales indicadores y cómo impacta la recuperación del gasto hospitalario sobre su estructura tanto cuantitativa como cualitativamente.

#### **4.1 Presupuesto**

##### **4.1.2 Concepto**

Las previsiones en cuanto a asignaciones financieras de gastos y recursos necesarios para satisfacer necesidades colectivas asumidas como responsabilidad del sector público, requieren de este instrumento específico.

En su concepción moderna, se entiende como el proceso de asignaciones financieras de gastos y recursos para el cumplimiento de objetivos concretos, expresados en lo posible en unidades de medidas.

No es la mera asignación de fondos monetarios, sino que prevé una dinámica interacción con el proceso de planificación y programación, y sus conexiones en el entorno económico, social y político de una comunidad determinada.

El presupuesto (etimológicamente “pre”: antes y “supuesto”: estimación) es bajo cualquier concepción, ya sea tradicional o moderna, el más importante instrumento de administración financiera. Es un plan de acción con los gastos y recursos que se prevén necesarios para un período dado. Constituye como tal, una herramienta de planificación, y a la vez, de acción.

Al presupuestar, se asignan los recursos a determinados fines dentro de un límite temporal. Implica asignar prioridades a las distintas posibilidades, y elegir entre ellas según criterios definidos.



## **4.2. El presupuesto de la provincia de Córdoba**

El presupuesto provincial<sup>27</sup> es el plan de gastos y recursos del estado provincial para un determinado año. En este plan, se calcula el total de gastos para el ejercicio, en función de las políticas que ejecutará y la inversión pública que desarrollará, conjuntamente con los ingresos que proyecta percibir.

De acuerdo a esto, se eroga recursos en escuelas, hospitales y caminos, así como en sueldos, salarios y subsidios, por lo cual se debe calcular el total de egresos para el año, conjuntamente con los ingresos que espera obtener. Consecuentemente, debe plantearse las metas a alcanzar mediante el desarrollo de sus políticas. Así, antes de que comience cada año, se confecciona el proyecto de ley de presupuesto, el cual es elaborado por el Poder Ejecutivo y es remitido a la legislatura para su tratamiento.

Este Estado se encuentra dividido en unidades globales. En su máxima agregación, la división se corresponde con la de los poderes de gobierno: Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial.

La mayor parte del gasto es ejecutado por el Poder Ejecutivo, quien tiene efectivamente a su cargo la administración, formulación, ejecución y evaluación de políticas.

El gasto ejecutado por el Poder Legislativo y por el Poder Judicial es esencialmente para sostener el funcionamiento de cada uno de ellos.

El control de la ejecución la realiza el Tribunal de Cuentas.

### **4.2.1 De un presupuesto tradicional a uno moderno: antecedentes**

Antiguamente, en la formulación del presupuesto se utilizaba como método de determinación de las previsiones presupuestarias el criterio incrementalista, que consistía en repetir la ejecución del presupuesto del año anterior, tomándolo como válido en las proyecciones de las erogaciones para el próximo ejercicio, con incrementos o decrementos en función de ciertas apreciaciones más de naturaleza subjetiva que técnica.

Mediante este criterio se extrapolaba linealmente (de acuerdo a algún índice, porcentaje, etc.) de cómo se ejecutó el gasto durante un período fiscal para aplicarlo en el siguiente. Así la acumulación de errores es inevitable.

A partir de 1989, con la implementación de la reforma del estado se revaloriza el presupuesto. Se aplicó en su inicio parcialmente la técnica del presupuesto por programas en 1993, y la provincia de Córdoba no fue ajena a este acontecimiento.

---

<sup>27</sup> [www.cba.gov.ar](http://www.cba.gov.ar)



Se avanzó principalmente en eficientizar esta técnica moderna descentralizando en su elaboración a las distintas reparticiones de todas las jurisdicciones estatales.

En el año 2004, la administración del hospital participó de una suerte de técnica base cero que complementaba al presupuesto por programas.

Esta técnica complementaria permitió una mayor participación de las áreas de la institución y promovió en cierta medida la innovación organizacional. Además sirvió para evaluar cierto tipo de erogaciones poniendo especial énfasis en las de mayores cuantías.

#### **4.2.2 Transparencia en las acciones gubernamentales**

Una cualidad en este aspecto del estado provincial es el “Presupuesto Ciudadano”, que consiste en una herramienta para la explicación, con lenguaje sencillo y llano, de la manera en la que el Estado prevé anualmente la administración de los recursos públicos. La intención es poner al alcance del ciudadano un número mayor de elementos para fomentar la comprensión del sistema presupuestario, así como para hacer más claro y transparente el uso y las fuentes de los recursos públicos.

#### **4.3 Procedimiento de elaboración. Etapas**

Los responsables en elaborar el presupuesto deben contar con información de la ejecución de presupuestos anteriores y la previsión de escenarios posibles para proyectar su acción futura en relación a los condicionamientos derivados del entorno económico y social, tanto nacional como internacional.

Ante este escenario, el Poder Ejecutivo provincial fija los lineamientos generales para la formulación del proyecto de Ley de Presupuesto, en el marco de las políticas, acciones e iniciativas que pretenda ejecutar.

El presupuesto del siguiente año se determina con base en la proyección de los gastos necesarios para la ejecución de los programas del período, realizados por cada área del estado provincial, contemplando las acciones en marcha que se pretenda continuar, y los nuevos programas y actividades con su correspondiente financiamiento. Estas proyecciones son elevadas a la dirección general de presupuesto e inversiones públicas por cada ministro o titular de cada jurisdicción.

Sobre esta base, la mencionada dirección dependiente del Ministerio de Finanzas, elabora el anteproyecto, que contendrá la totalidad de los ingresos y gastos previstos para el ejercicio.

El presupuesto deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

1. Cálculo de recursos de la administración central y de cada uno de los organismos descentralizados, clasificados por rubros.
2. Presupuesto de gastos de cada una de las jurisdicciones y de cada organismo descentralizado, los que identificarán la producción de bienes y servicios y los créditos presupuestarios.
3. Créditos presupuestarios asignados a cada uno de los proyectos de inversión que se prevén ejecutar.
4. Resultados de las cuentas de ahorro e inversión para la administración central, para cada organismo descentralizado y para el total de la administración general.
5. Déficit o superávit del ejercicio.
6. Anexo de información adicional.

#### 4.3.1 Etapas

Es función primordial del presupuesto servir de instrumento de la política al gobierno provincial, representado anualmente mediante el conjunto de programas sectoriales y sus repercusiones financieras.

Entre sus etapas se podrá mencionar las siguientes<sup>28</sup>:

**1) Formulación:** esta importante etapa del ciclo tiene dos grandes instancias. Primero se fijan los objetivos a mediano y largo plazo teniendo en cuenta un enfoque estratégico. Es menester que las autoridades definan prioridades, objetivos y recursos financieros. Es necesario el análisis de los presupuestos de años anteriores para describir la ampliación o continuidad de programas existentes y que transitan los presupuestos plurianuales, como son las obras y servicios de ejecución de este tipo.

En esta parte suele haber pujas por una mayor participación en la asignación del gasto de parte de las distintas jurisdicciones.

Luego, sobre la base de los anteproyectos preparados por las jurisdicciones y organismos descentralizados y con los ajustes que resulte necesarios, el gobierno provincial elabora el proyecto de ley de presupuesto, que es remitido a la legislatura para su discusión antes del 15 de Noviembre de cada año.

**2) Discusión y Aprobación:** en la legislatura de la provincia, el proyecto es sometido a estudio, discusión y modificación por parte de los legisladores. Como resultado de su tratamiento, el presupuesto provincial es tratado en sesión y convertido en ley

---

<sup>28</sup>Las Heras, José María - "Estado Eficiente" 2da edición actualizada - Osmar D. Buyati  
Librería Editorial.



mediante el procedimiento de doble lectura, tal cual como está normado en el Art. 106 de la Constitución Provincial, *“El intervalo de tiempo existente entre la primera lectura y la segunda no puede ser superior a quince días corridos. Entre la primera y segunda lectura puede existir una audiencia pública cuya reglamentación se hará por ley”*.

**3) Ejecución:** durante el ejercicio económico-financiero se lleva adelante la ejecución del presupuesto; se recaudan los impuestos y rentas de la provincia y se efectúa el gasto con sujeción a la ley de presupuesto.

Existen dos corrientes en la doctrina comparada en materia de criterios aconsejables para ejecutar el presupuesto.

Los criterios liberales, de amplia flexibilidad en el proceso de ejecución anual basados en la autodisciplina del funcionario; y los criterios regulatorios, que se basan en la determinación sub-periódica de cuotas trimestrales y mensuales para comprometer, devengar y pagar los gastos incurridos. Este último es el adoptado por la provincia de Córdoba, ya que trimestralmente Poder Ejecutivo envía un estado de ejecución a la legislatura.

**4) Evaluación:** conjuntamente con la ejecución, el presupuesto es sometido a distintos análisis. Estos consisten en observar si los objetivos planteados inicialmente de acuerdo a la estrategia seleccionada, fueron alcanzados.

Entre los más importantes están los que son de contenido físico y los de contenido financiero. En el financiero se efectúa una evaluación de los gastos ejecutados y recursos recaudados siempre desde el punto de vista monetario. En cuanto a su contenido real, los resultados obtenidos se incorporarán en la cuenta de inversión.

El resultado de este estudio integral permitirá incorporar aquellos cambios que sean necesarios en el próximo proyecto.

#### **4.4 El presupuesto y las organizaciones provinciales**

Las jurisdicciones que se incluyen en el presupuesto son aquellas cuya administración se encuentra regulada por la Ley N° 9086 (Ley de Administración Financiera y del Control Interno de la Administración General del estado provincial).

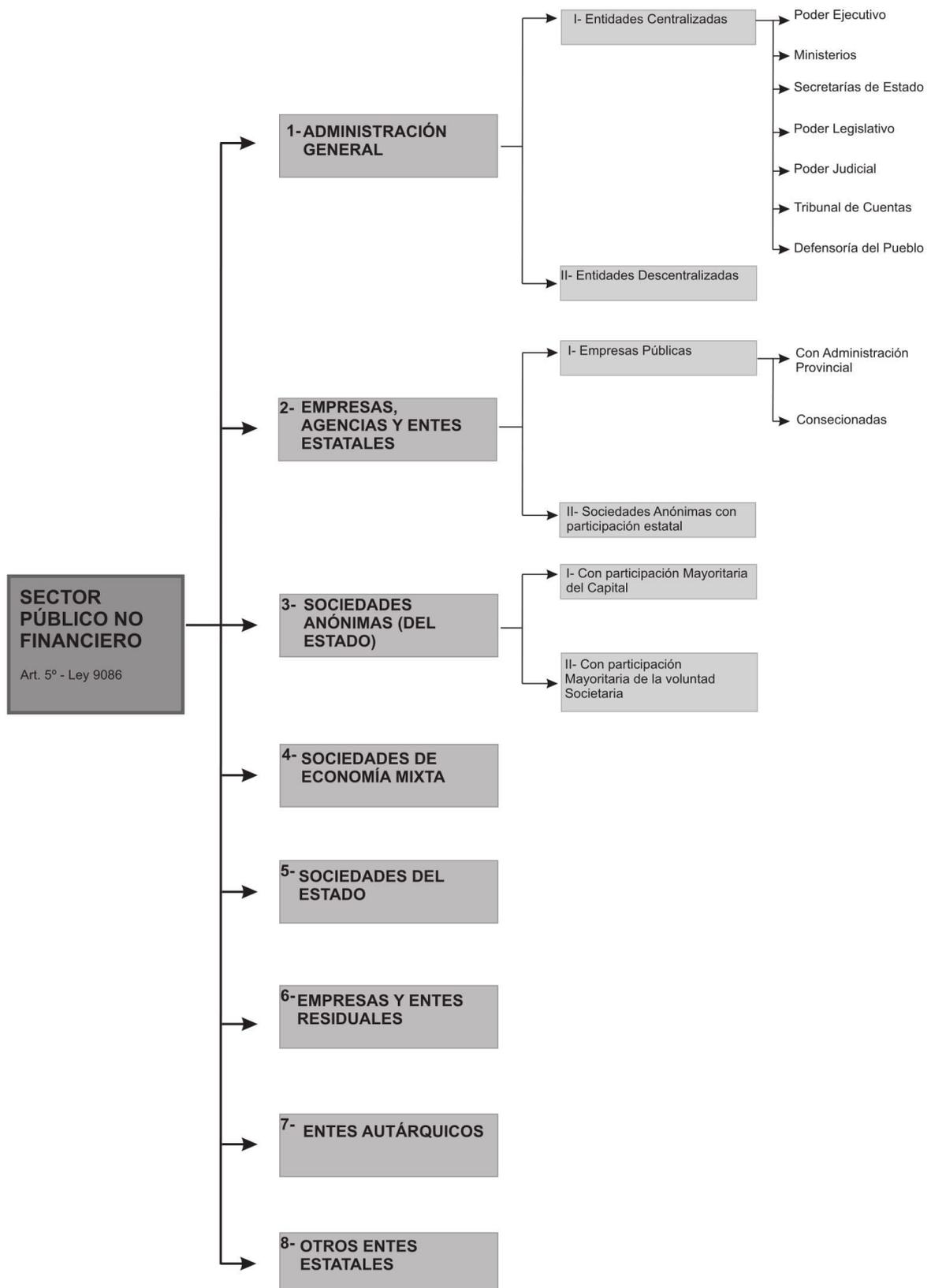
Su Art. 6 define que *“se entenderá por **entidad** a toda organización pública con personalidad jurídica, patrimonio propio e individualización presupuestaria; y por **jurisdicción** a cada una de las siguientes unidades institucionales:*

- 1) Poder Ejecutivo;
- 2) Poder Legislativo;
- 3) Poder Judicial;
- 4) Ministerios y Entidades descentralizadas;

5) *Tribunal de Cuentas y Defensoría del Pueblo*”.

Por lo cual, se ubica al hospital Santa Rosa de Río Primero – “Dr. Ramón B. Mestre” como una organización pública provincial, la cual tiene patrimonio propio e individualización presupuestaria, dependiente del Poder Ejecutivo provincial, más precisamente de la jurisdicción del Ministerio de Salud.

Ampliando en cuanto a la estructura del sector público no financiero regido por el Art. 5, el ámbito de aplicación de la citada ley comprende:



#### **4.5 Presupuesto por programas: sus clasificadores**

Siguiendo la concepción del Lic. José María Las Heras en su libro *“Estado Eficiente”* se podría definir como una técnica moderna de carácter integral, instrumental, polifuncional y procesal; que en relación al esquema de significación de la programación determina una función de producción con respecto a las asignaciones financieras para llegar a objetivos concretos mediante acciones que se le asignan, tanto como insumos materiales, humanos y técnicos. Debido a esto, a través de sus categorías programáticas permite el control de legalidad y de gestión de los resultados.

Características principales:

- Integral: incluye la totalidad de las previsiones financieras y reales necesarias para concretar la producción pública de bienes y servicios.
- Instrumental: es una herramienta homogénea aplicado a todo el ámbito del sector público, por lo cual es un instrumento proactivo, permite la participación de todos los niveles políticos, directivos y ejecutivos, provoca un conveniente grado de descentralización operativa y desconcentración espacial, facilita el control de los actos del gobierno, entre otras funciones.
- Polifuncional: sirve para múltiples visiones interrelacionadas según las diferentes visiones técnicas de cómo llegar a los objetivos concretos propios de toda programación. Estas técnicas pueden ser la administrativa, la económica, la de la producción, etc.
- Procesal: tal cual como se lo describiera en el punto anterior está conformado por etapas, condicionadas no solo por cuestiones técnicas sino también legales. Estas fases deben ser secuenciales e interdependientes.

##### **4.5.1 Categorías programáticas: definición. Clasificación**

El presupuesto por programas, a través de sus categorías programáticas, facilita la asignación de créditos presupuestarios para el cumplimiento de los objetivos concretos vinculados a determinados programas de acción.

Estas categorías expresan jerarquías convenientemente ordenadas y permiten definir un lenguaje común de las distintas fases de la presupuestación y el desarrollo del proceso presupuestario, permitiendo una adecuada división del trabajo y modificando esta herramienta, detentando sus deficiencias estructurales o situacionales.



Las categorías presupuestarias relacionadas con el esquema de significado de la programación se definen como<sup>29</sup>:

- **Programas:** comprende a todo un conjunto de acciones orientadas al logro de un objetivo concreto en el marco de la actividad gubernamental para lo cual se le asignan recursos reales y asignaciones financieras, bajo una unidad gubernamental responsable de su ejecución.

Este sería el caso de los hospitales del interior bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud, programa presupuestario N° 458, quienes tienen por objetivo fundamental el de garantizar la salud pública en todo el territorio de la provincia a excepción de la ciudad de Córdoba (Programa Presupuestario N° 457: Hospitales de Capital).

- **Subprograma:** comprende acciones tendientes al logro de objetivos parciales concretos, siendo sus partes componentes también una parte de lo que integran el programa. Se manifiesta cuando el objetivo de un programa es complejo y su consecución se considera como resultado de una suma de objetivos, entonces se hace necesario la división del trabajo.

El hospital bajo estudio, organización pública con patrimonio propio e individualización presupuestaria, tiene asignado el subprograma N° 005, el cual debe alcanzar este objetivo concreto menor para poder integrar su cuota parte a aquel mayor de la jurisdicción a la cual pertenece.

- **Actividades:** acciones entendidas como esfuerzos agrupables en base a un grado de homogeneidad. Cada actividad cuando se materializa por sí sola no logra el objetivo del programa o subprograma, pero al vincularse con las demás se complementan para alcanzarlo. Entre las principales actividades del hospital, las cuales también tienen asignadas su tope presupuestario como los programas y subprogramas, se puede mencionar las que generan mayores erogaciones como son remuneraciones, insumos medicinales, combustibles, etc.
- **Tareas:** representan una subparte en que se puede dividir cada actividad. Es la unidad menor en la que se puede descomponer el proceso de programación presupuestaria. Retomando el ejemplo brindado en las actividades, los insumos medicinales se dividen en medicamentos, descartables, de nutrición, de laboratorio,

---

• <sup>29</sup>Las Heras, José María - "Estado Eficiente" 2da edición actualizada - Osmar D. Buyati Librería Editorial.

etc.; quienes tienen asignado en el presupuesto por programas su imputación correspondiente.

#### **4.5.2 Los clasificadores de los ingresos y gastos**

Los clasificadores de cuentas se utilizan tanto para la programación como para el análisis y seguimiento de la gestión económico-financiera de las instituciones públicas. Su mayor desagregación se emplea en los niveles donde se administra dicha gestión pública.

Es fundamental que los clasificadores contables y presupuestarios estén plenamente integrados en una sola clasificación que permanezca constante a lo largo de los años, pues los cambios imposibilitan la comparación de los datos y el análisis de las tendencias.

Cada clasificador responde a un propósito u objetivo determinado; no obstante, en su diseño deben considerarse las necesarias interrelaciones que existen entre todos ellos.

El requisito esencial para que una transacción realizada por una institución pública sea registrada una sola vez y sea posible la obtención de todas las salidas de información que se requieran, es que se definan en forma clara y precisa estas interrelaciones. De esta manera los clasificadores de cuentas serán la base fundamental para instrumentar un sistema integrado de información financiera del sector público y para realizar el análisis de las transacciones públicas y sus efectos.

##### **4.5.2.1 Concepto**

Las clasificaciones presupuestarias son instrumentos normativos que agrupan los recursos y gastos de acuerdo a ciertos criterios, cuya estructuración se basa en el establecimiento de aspectos comunes y diferenciados de las operaciones gubernamentales.

Las clasificaciones presupuestarias al organizar y presentar todos los aspectos posibles de las transacciones públicas, conforman un sistema de información ajustado a las necesidades del gobierno y de los organismos internacionales que llevan estadísticas sobre los sectores públicos nacionales, posibilitando un análisis objetivo de las acciones ejecutadas por el sector público.

Por tanto, el conjunto de clasificaciones presupuestarias representa un mecanismo fundamental para el registro de la información relativa al proceso de recursos y gastos de la actividad pública.<sup>30</sup>

#### **4.5.2.2 Importancia y objetivo**

La estructura básica de las clasificaciones presupuestarias facilita la adopción de decisiones en todas las etapas del proceso presupuestario.

Dentro de los múltiples objetivos y finalidades que se pueden asignar a las clasificaciones, se mencionan las siguientes:

- Facilitan la determinación del volumen y composición de los gastos en función de los recursos proyectados.
- Facilitan la proyección de variables macroeconómicas fundamentales para el diseño de la política económica y la política presupuestaria.
- Permiten valorar el grado de participación del gobierno en el desarrollo económico y social, y evaluar las políticas y metas gubernamentales.
- Permiten la valoración de los resultados económico y financiero y el análisis de sus consecuencias.
- Hacen posible la ejecución financiera del presupuesto. Para ello las clasificaciones coadyuvan a la generación de información económica financiera, requerida para la adopción de decisiones administrativas.

#### **4.5.2.3 Un tablero de control para las cuentas públicas provinciales: estado ahorro – inversión – financiamiento**

La importancia estratégica de un EAIF radica en la gran utilidad de analizar la situación financiera exponiendo los equilibrios y desequilibrios del conjunto de recursos y gastos estatales.

Su relación con el presupuesto es muy importante porque permite principalmente evaluar las previsiones de ingresos y erogaciones según la conocida clasificación en corrientes, de capital y de financiación.

Es un sensor para que el mercado y la sociedad civil adviertan el rumbo de las cuestiones públicas, además sirve para impulsar un sistema de programación

---

<sup>30</sup>Las Heras, José María - "Estado Eficiente" 2da edición actualizada - Osmar D. Buyati Librería Editorial.

presupuestaria y para tomar decisiones en tiempo real en un marco de planificación estratégica.

La incorporación de este herramental matemático facilita el análisis de la performance fiscal en términos absolutos y relativos, vinculadas con variables exógenas y endógenas del contexto estatal.

- Los movimientos arriba de la línea o de naturaleza interna, corresponden a decisiones políticas emanadas del orden jurídico provincial en materia de gastos, disposición de activos públicos y potestades tributarias. Se trata de disposiciones endógenas del propio estado en el marco de la teoría de representación.
- Los movimientos debajo de la línea o de naturaleza externa, representan las decisiones del estado provincial con respecto a las negociaciones con terceros. Son operaciones vinculadas con el pasivo estatal, en definitiva, son aquellas captaciones de recursos a largo plazo de personas ajenas a la administración vía préstamos, que serán cancelados con ingresos futuros de origen tributario con todas las consecuencias del reparto intergeneracional e intersectorial que la carga de la deuda genera. Por todo esto se concluye que son decisiones exógenas en las cuales se debe contar con la aceptación con quienes prestan.

Esquema:

<b>MOVIMIENTOS ARRIBA DE LA LINEA</b>	
<b>A) CUENTA CORRIENTE:</b>	
	Ingresos Corrientes
<b>Menos</b>	Gastos Corrientes (excluyendo Intereses de la Deuda)
<b>Igual</b>	<b>I - RESULTADO ECONOMICO PRIMARIO</b>
<b>Menos</b>	Intereses de la deuda
<b>Igual</b>	<b>II - RESULTADO ECONOMICO (AHORRO O DESAHORRO)</b>
<b>B) CUENTA DE CAPITAL:</b>	
	Recursos de Capital
<b>Menos</b>	Gastos de Capital
<b>Igual</b>	<b>III - RESULTADO FINANCIERO (SUPERAVIT O DEFICIT)</b>



<b>MOVIMIENTOS DEBAJO DE LA LINEA</b>	
<b>C) CUENTA DE FINANCIAMIENTO:</b>	
	Fuentes Financieras
<b>Menos</b>	Aplicaciones Financieras
<b>Igual</b>	<b>IV - NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO</b>

Ante esto, las cuentas deben ser confeccionadas para servir a los propósitos de un sistema de información sobre la gestión financiera del sector público provincial, donde las transacciones deben ser registradas una sola vez y, a partir de allí sea posible la obtención de todas las salidas de información que se requieran.

En ese sentido, el universo de transacciones que se realiza en el ámbito del sector público admite, entre ellas, una serie de distinciones básicas:

- Entradas (ingresos) y salidas (gastos): en primer lugar, la distinción fundamental entre las transacciones radica en la diferencia entre las entradas (ingresos) y las salidas (gastos), según que las mismas aporten recursos al gobierno o detraigan recursos del gobierno, respectivamente.
- Transacciones corrientes y transacciones de capital: las transacciones corrientes abarcan ingresos y gastos por la adquisición de bienes y servicios que se utilizan durante el ejercicio y transacciones sin contraprestación que para el beneficiario no implican incremento de la dotación de capital (ingresos tributarios, transferencias corrientes recibidas y otorgadas). Las transacciones de capital implican ingresos o gastos con bajas o altas de activos de capital fijo, existencias, tierras o activos intangibles, y los ingresos y gastos sin contraprestación efectuados con el fin de que los beneficiarios incrementen su dotación de capital (Ej.: transferencias de capital). Asimismo, se consideran transacciones de capital aquellas transacciones reembolsables que el gobierno realiza con fines de política (Ej.: concesión de préstamos, aportes de capital, etc.).
- Transacciones con contraprestación y transacciones sin contraprestación. La distinción radica en que las primeras, sean ingresos o gastos, entrañan un flujo de bienes y servicios a cambio (compra de insumos, contratación de servicios, venta de bienes, etc.). Por el contrario, un ingreso o gasto no tiene contraprestación si no implica un flujo a cambio (por ejemplo: donaciones recibidas, subsidios otorgados, etc.).
- Transacciones reembolsables y transacciones no reembolsables. Un ingreso o gasto es reembolsable si la transacción implica un flujo de pasivos convenidos a



cambio. De lo contrario, se trata de transacciones no reembolsables. Por ejemplo, un gasto del gobierno por otorgar un préstamo representa una transacción reembolsable, dado que implica un flujo de pasivos a un determinado plazo para el beneficiario del préstamo y un flujo de activos para el gobierno en concepto de recuperación del préstamo; el uso del crédito por parte del gobierno representa un ingreso reembolsable puesto que implica un flujo de pasivos contractuales a un plazo determinado en concepto de servicio de la deuda; etc.

- Activos financieros y pasivos financieros: dentro de las transacciones reembolsables correspondientes a títulos de crédito debe hacerse una distinción entre las que implican pasivos ante el gobierno (activos financieros del gobierno) y las que implican pasivos del gobierno frente a otros. Existe una asimetría entre los activos y pasivos financieros del gobierno con respecto a terceros, debido esencialmente a la motivación que hace actuar al gobierno mayormente por fines de política y no por la necesidad de obtener un beneficio.

Concluyendo, y es de suma importancia destacar que dentro de estas transacciones se distinguen dos grandes tipos:

### **1) Para fines de política y para administración de la liquidez.**

Si bien todas las transacciones recuperables que entrañan pasivos del gobierno se realizan con fines de liquidez, no todas las transacciones del gobierno que suponen pasivos de otros se llevan a cabo con este fin.

Cuando el gobierno mantiene activos financieros con propósito de liquidez y no con objetivos de política, dichas transacciones deben agruparse, bajo la línea del resultado financiero.

Cuando es con fines de política (por ejemplo, préstamos) debe ir arriba de la línea. La concesión de préstamos por parte del gobierno no se debe generalmente a fines de administración de la liquidez o al propósito de obtener un beneficio, sino a fines de política.

### **2) Variación de disponibilidades.**

Aunque no constituyen en sí mismas un tipo de transacción, se debe incluir en la cuenta ahorro-inversión-financiamiento. La disminución de las disponibilidades se interpreta como una fuente de financiamiento para cubrir un exceso de gastos sobre los ingresos, mientras que el aumento de esos saldos indica una aplicación financiera del efectivo debido a un exceso de ingresos sobre gastos, por lo cual se deduce según el EAIF que estos saldos deben reflejarse bajo la línea del resultado financiero.

#### 4.5.2.4 Clasificador de los recursos públicos

##### 4.5.2.4.1 Concepto

La clasificación de los recursos públicos permite identificar las características distintivas de los medios de financiamiento de los que dispone el Estado para desarrollar sus actividades, agrupándolos según su origen y naturaleza, a los fines de cuantificarlos y analizar sus efectos.

Para alcanzar estos niveles de conocimiento resulta conveniente organizarlos en categorías homogéneas, permitiendo una mejor lectura e interpretación de los hechos ocurridos y sus consecuencias.

##### 4.5.2.4.2 Finalidad

Las clasificaciones de los recursos públicos se utilizan básicamente para:

- Identificar las fuentes de financiamiento con que cuenta el Estado para la realización de las diferentes finalidades públicas.
- Medir el resultado de las operaciones financieras del Estado.
- Facilitar la evaluación del efecto de los recursos públicos en la actividad económica.
- Determinar la elasticidad de los ingresos con relación a variables que constituyen su base de imposición.
- Analizar la situación económico-financiera de las instituciones públicas.

##### 4.5.2.4.3 Clasificación de los recursos por su carácter económico

Desde el punto de vista económico los recursos se clasifican en Corrientes, de Capital y Fuentes Financieras.

**Los ingresos corrientes** incluyen:

- Los que no suponen contraprestación efectiva como los impuestos y las transferencias recibidas para gastos corrientes.
- Los provenientes de la venta de bienes y/o prestación de servicios, cobro de tasas, derechos y contribuciones a la seguridad social.
- Las rentas que provienen de la propiedad.

**Los recursos de capital** se originan en:

- La venta o desincorporación de activos.
- Las transferencias recibidas de otros agentes para fines de capital.
- La recuperación de préstamos.

**Las Fuentes Financieras** están constituidas por:

- El endeudamiento público:
  - Deuda pública.
  - Incremento de otros pasivos.
- La disminución de las disponibilidades.

#### **4.5.2.4.4 Clasificación de los recursos por rubro**

La clasificación por rubros ordena, agrupa y presenta a los recursos públicos en función de los diferentes tipos que surgen de la naturaleza de las transacciones que le dan origen. Así, en la clasificación de los recursos por rubros se distinguen los que provienen de fuentes tradicionales como los impuestos, las tasas, los derechos y las transferencias; los que proceden del patrimonio público como la venta de activos, de títulos, de acciones y de rentas de la propiedad; y los que provienen del financiamiento como el crédito público y la disminución disponibilidades.

#### **4.5.2.5 Clasificador de erogaciones públicas**

##### **4.5.2.5.1 Concepto**

La clasificación por carácter económico y objeto del gasto consiste en una ordenación sistemática y homogénea de las erogaciones que realiza el Estado para desarrollar sus actividades, agrupándolas a los fines de cuantificarlas y analizar sus efectos.

##### **4.2.5.2.5 Finalidad**

Las clasificaciones de las erogaciones públicas se utilizan básicamente para facilitar el desarrollo y aplicación de los sistemas de planificación y gestión del gasto público, evaluar su efecto en un contexto más amplio de la economía y medir el resultado de las operaciones financieras del Estado.

##### **4.2.5.2.5.3 Clasificación del gasto por su carácter económico**

De manera similar a lo desagregado en los ingresos públicos provinciales, permite identificar la naturaleza de las transacciones que realiza el sector público con fines corrientes, de capital o como aplicaciones financieras.

##### **4.5.2.5.4 Clasificación por objeto del gasto**

Permite identificar de manera homogénea los bienes y servicios, las transferencias y las variaciones de activos y pasivos que el sector público aplica en el desarrollo de su proceso productivo.

## 4.6 Cuenta de inversión de la provincia de Córdoba (ejercicios 2013, 2014 y 2015)

### 4.6.1 Ingresos y gastos

Según lo expresado en el apartado “*memoria*”, después de la última crisis económica que padeció el país, la provincia de Córdoba ha tenido como objetivo principal de largo plazo el mantenimiento de “sostenibilidad fiscal” del estado provincial. Esto es, en esencia, que el gasto público no debe crecer por encima de sus ingresos; así se evita que para financiar sus egresos tenga que endeudarse, y que en última instancia si esta metodología se hace crónica, la deuda pública crezca de manera desmedida excediendo su capacidad de pago.

Con respecto a los **ingresos** se analizará y graficará brevemente su evolución en términos nominales y la variación interanual en porcentajes.

En principio y a modo introductorio, se dirá que los ingresos correspondientes a lo recaudado por las cobranzas a las obras sociales, seguros de salud y otros convenios, se encuentran comprendidos en la partida presupuestaria Ingresos no impositivos definidos de acuerdo al clasificador del gasto provincial como:

*“Recursos que se originan en la potestad que tiene el Estado para establecer:*

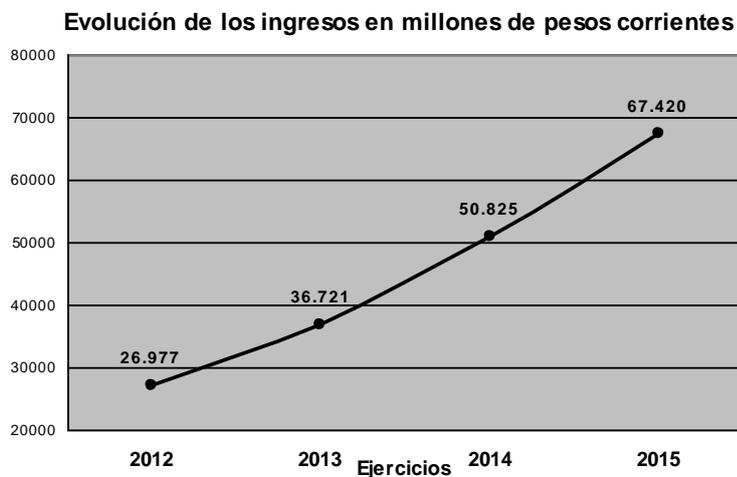
- *Tasas Retributivas de Servicios: prestación pecuniaria exigida por el Estado y relacionada con la prestación efectiva o potencial de un servicio público que afecta al obligado.*
- *Fondos No Tributarios comprende los recursos provenientes de:*
  - *Prestaciones pecuniarias exigidas por el Estado para beneficiar, a través de programas de inversión, al mismo sector que la genera.*
  - *El cobro de compensaciones que constituyen resarcimiento por el incumplimiento de obligaciones a cargo de terceros (Multas).*
  - *Todo otro concepto no impositivo establecido por la legislación vigente”.*

Avanzando en este capítulo serán objeto de estudio y análisis.

Se enfocará en los ingresos provinciales, en el siguiente cuadro se observa su primer nivel de desagregación de acuerdo a la cuenta de inversión provincial. En él todos sus componentes están expresados en pesos corrientes.



Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>26.162.905.331</b>	<b>35.769.968.849</b>	<b>49.366.366.619</b>	<b>65.898.800.055</b>
Ingresos Impositivos	23.328.363.163	31.717.145.641	44.142.356.464	59.257.371.132
Ingresos No Impositivos	1.978.194.890	3.145.998.096	4.140.301.497	5.250.422.449
Venta de Bienes y Servicios	144.796.736	86.866.009	114.590.473	131.310.841
Renta de la Propiedad	23.995.230	3.811.988	120.289	4.922.570
Transferencias Corrientes	687.555.312	816.147.115	968.997.896	1.254.773.063
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>814.394.703</b>	<b>951.476.036</b>	<b>1.458.761.684</b>	<b>1.521.454.898</b>
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>26.977.300.034</b>	<b>36.721.444.885</b>	<b>50.825.128.303</b>	<b>67.420.254.953</b>

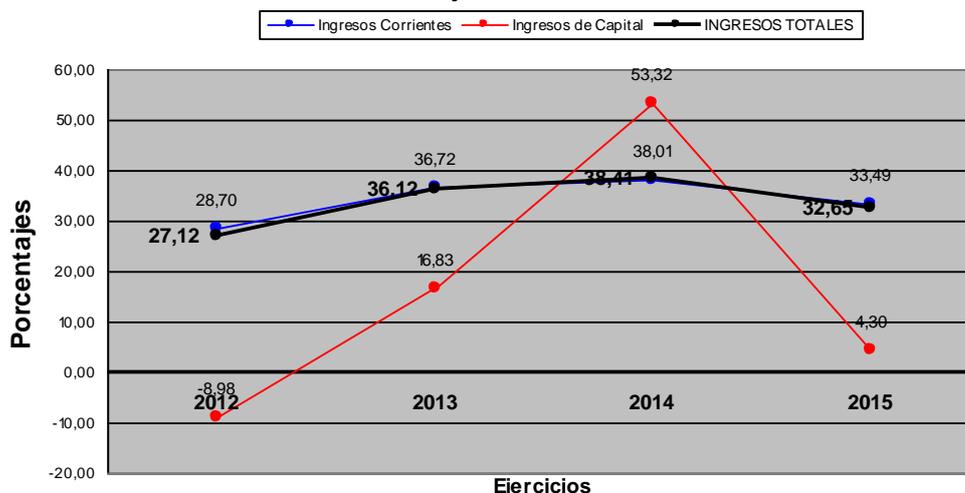


El gráfico permite observar el crecimiento de la recaudación de un ejercicio con respecto al anterior (en pesos corrientes).

Ahora, se utilizará el concepto de “variación porcentual anual”, el cual proveerá información que a priori resulta homogénea en los últimos tres ejercicios, en la cual el rango comprendido es de menos de 6 puntos, variando entre el 32,65% (año 2015) y el 38,41% (año 2014).

Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Ingresos Corrientes	28,70	36,72	38,01	33,49
Ingresos de Capital	-8,98	16,83	53,32	4,30
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>27,12</b>	<b>36,12</b>	<b>38,41</b>	<b>32,65</b>

**Variación de los Ingresos corrientes, de capital y totales, con respecto al ejercicio anterior**



Desde este punto de vista, se manifiesta el acompañamiento y el impacto de los ingresos corrientes sobre los ingresos totales.

Por su parte, los ingresos de capital tienen una variabilidad pronunciada y una menor participación en la conformación de los ingresos totales.

Por el lado del **gasto**, es muy importante hacer mención a la descripción y justificación de la cuenta de inversión de los siguientes conceptos:

- Personal: disminución de la participación (en términos porcentuales) en el gasto total.

Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Gasto en Personal	53,89	52,17	51,33	50,35

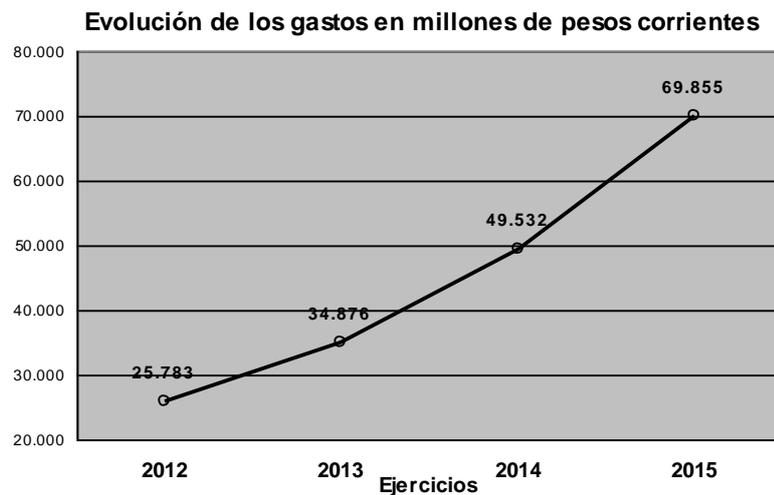
- Bienes de Consumo: los mayores incrementos es debido a la adquisición de insumos médicos, productos farmacéuticos y medicinales; “materia prima” de la institución bajo estudio.

- Servicios: uno de los puntos que se destacan es la justificación de los incrementos en los servicios de lavado, desinfecciones, racionamiento, entre otros, indispensables en el funcionamiento de los hospitales.

Introduciéndose en el análisis de las erogaciones provinciales, que se hará de manera similar a los ingresos, se presenta en el siguiente cuadro un primer nivel de desagregación expresados sus componentes en pesos corrientes.



Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>24.203.428.063</b>	<b>31.888.544.556</b>	<b>44.582.805.959</b>	<b>61.531.862.131</b>
Personal	13.896.439.019	18.197.445.870	25.426.675.843	35.171.408.077
Bienes y Servicios	2.929.997.709	3.804.080.270	4.968.147.210	7.975.124.308
Intereses y Gastos Financieros	150.629.681	245.235.872	510.016.295	506.371.222
Transferencias Corrientes	7.226.361.654	9.641.782.544	13.677.966.611	17.878.958.524
<b>Gastos de Capital</b>	<b>1.579.331.138</b>	<b>2.987.170.677</b>	<b>4.949.623.443</b>	<b>8.322.646.020</b>
Inversión Real Directa	857.038.736	1.557.092.551	2.617.294.910	5.431.736.974
Transf. p/Erogaciones de Capital	638.398.404	1.343.945.301	2.279.659.105	2.821.004.486
Activos Financieros	83.893.998	86.132.825	52.669.428	69.904.560
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>25.782.759.201</b>	<b>34.875.715.233</b>	<b>49.532.429.402</b>	<b>69.854.508.151</b>

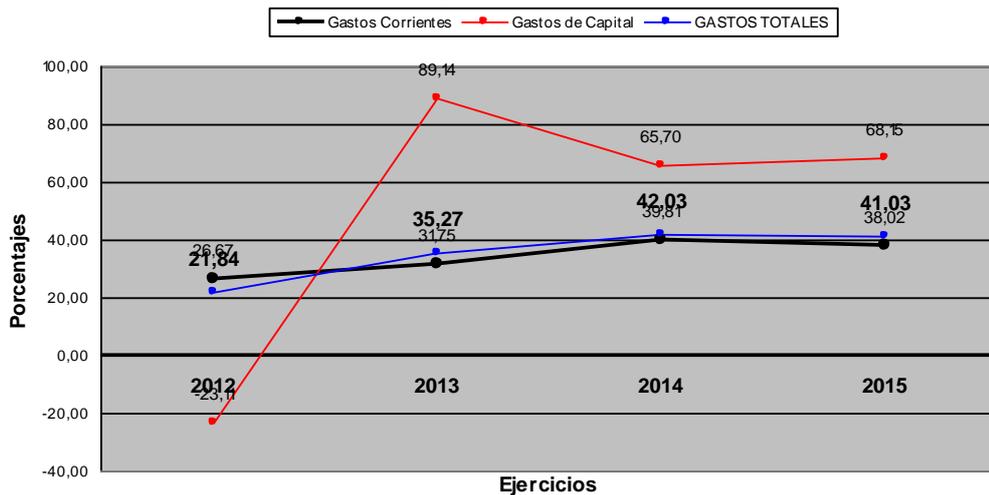


Se percibe un crecimiento de un año a otro, teniendo un rango de variabilidad menor a 7 puntos porcentuales que se encuentra comprendido entre el 35,27% (año 2013) y 42,03% (año 2014).



Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Gastos Corrientes	26,67	31,75	39,81	38,02
Gastos de Capital	-23,11	89,14	65,70	68,15
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>21,84</b>	<b>35,27</b>	<b>42,03</b>	<b>41,03</b>

Variación de los Gastos corrientes, de capital y totales, con respecto al ejercicio anterior

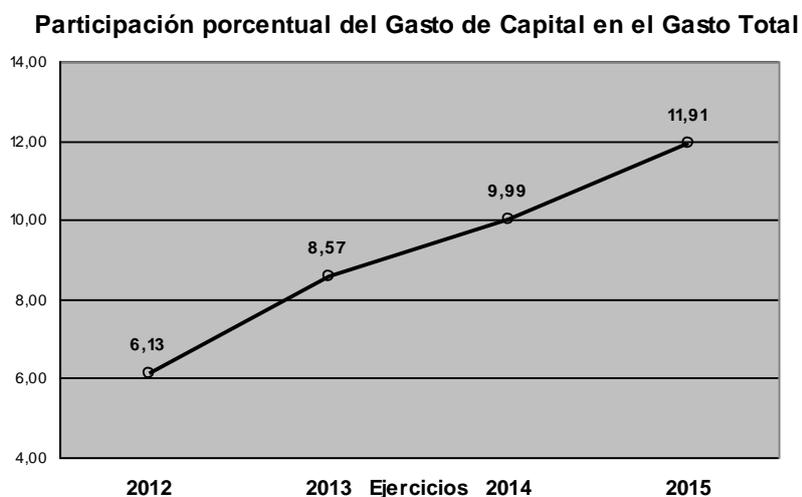


Como diferencia con respecto a lo que acontece con las percepciones provinciales se destaca una mayor variabilidad de todos los ejercicios en los gastos de capital, teniendo un promedio de aproximadamente un 74% en los últimos tres años que ha fortalecido la política de inversión pública.

La mayor parte de los incrementos está conformada por la infraestructura vial de rutas y carreteras que se refleja en la partida "Inversión Real Directa", aplicación que tiene su origen en la "Tasa Vial" de la provincia.

Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Gastos Corrientes	24.203.428.063	31.888.544.556	44.582.805.959	61.531.862.131
Gastos de Capital	1.579.331.138	2.987.170.677	4.949.623.443	8.322.646.020
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>25.782.759.201</b>	<b>34.875.715.233</b>	<b>49.532.429.402</b>	<b>69.854.508.151</b>
Participación de los <b>Gastos Corrientes</b> en los Gastos Totales (%)	<b>93,87</b>	<b>91,43</b>	<b>90,01</b>	<b>88,09</b>

Participación de los <b>Gastos de Capital</b> en los Gastos Totales (%)	<b>6,13</b>	<b>8,57</b>	<b>9,99</b>	<b>11,91</b>
---	-------------	-------------	-------------	--------------



La participación del gasto de capital sobre el gasto total se manifiesta de manera ascendente en el período analizado, lo cual a nivel agregado se observa un incremento sustancial, llegando a tener un 12% en el ejercicio 2015.

#### 4.6.2 Resultado financiero

Teniendo como herramienta el estado ahorro-inversión-financiamiento (EAIF), y como premisa fundamental se sigue con los objetivos de largo plazo de sostenibilidad fiscal, la cual el gobierno de la provincia de Córdoba viene llevando a cabo a lo largo de más de una década mediante la implementación de un estricto control y seguimiento de la evolución de los ingresos corrientes y gastos corrientes, las mejoras en cuanto a la eficiencia de la administración tributaria y los sucesivos avances en materia de administración financiera; es que se ha permitido obtener superávit financieros de manera interrumpida desde el año 2003, con excepción de:

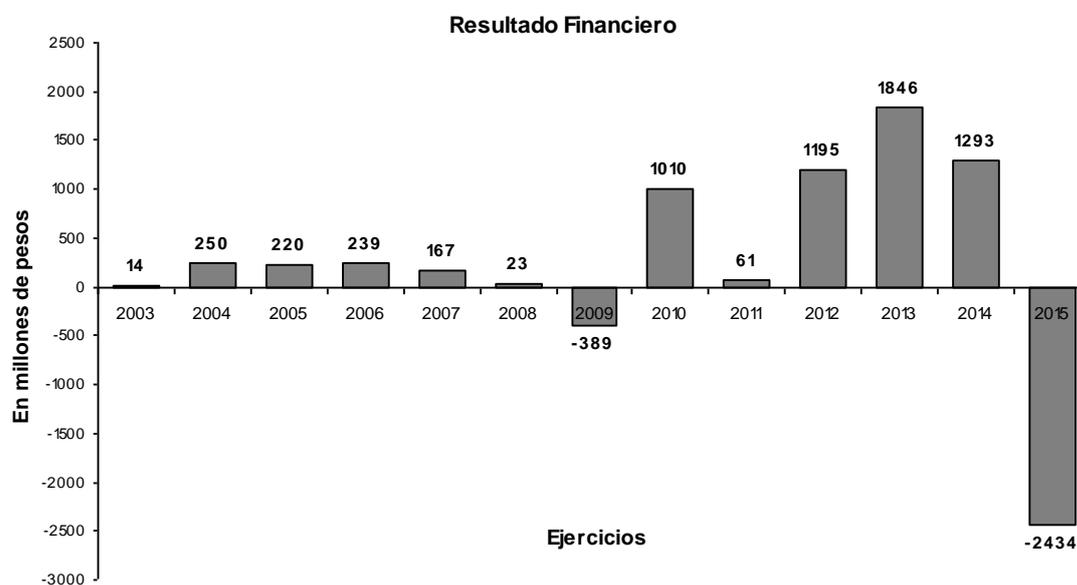
- Ejercicio 2009: en el cual el gobierno incurrió en un déficit como medida contracíclica dada la crisis financiera internacional a la cual debió hacer frente.
- Ejercicio 2015: es el resultado de la decisión del gobierno provincial de continuar y profundizar la ejecución de obras de infraestructura que debieron ser financiadas con recursos provinciales ante la imposibilidad de acceder al endeudamiento público (tasas de interés elevadas en el contexto internacional, autorización de los organismos pertinentes, etc.) y a los convenios nacionales oportunamente firmados y que fueron incumplidos por parte del gobierno nacional.

Como primera crítica a este apartado, los resultados expuestos del déficit financiero de los ejercicios que se mencionan deberían contener una mayor justificación y no contradecir el principal objetivo de sostenibilidad fiscal, pues si hay un déficit se rompe justamente este principio. La solicitud de mayor justificación viene acompañada del principio de transparencia del estado con respecto a la información pública, otro de los pilares que pregonan el estado provincial.

Asimismo, se describe a continuación los tres resultados del EAIF que se exponen en las cuentas de inversión:

Los **resultados financieros** (en millones de pesos) fueron los siguientes:

Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Resultado Financiero	1195	1846	1293	-2434

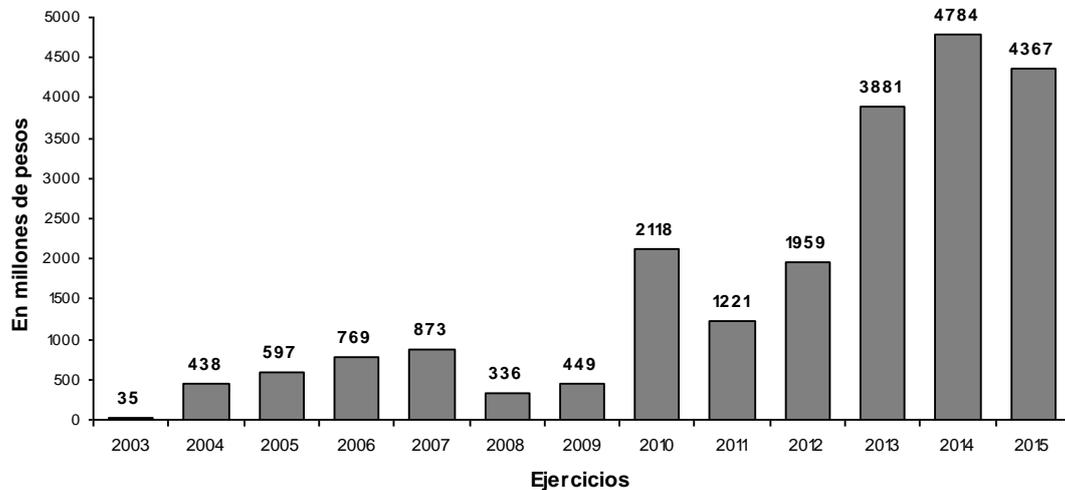


El **ahorro corriente** sostenido en los últimos trece años fue siempre positivo, superávit que permite a la administración de no financiarse con deuda pública para cancelar gastos corrientes; y que en definitiva serían obligaciones que pagarían generaciones futuras.



Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Ahorro Corriente	1959	3881	4784	4367

Ahorro Corriente

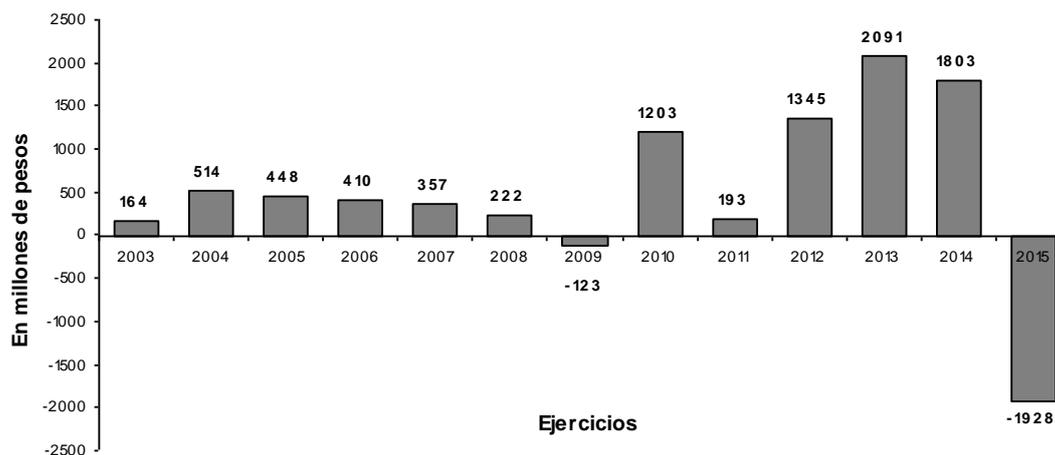


Con respecto al **resultado primario**, esto es el resultado financiero excluyendo los “Intereses y Gastos Financieros” cancelados en el ejercicio, el producto que se obtuvo también fue positivo, a excepción de los mencionados ejercicios 2009 y 2015.

Aún así, se analiza como impacta el pago de deuda se obtiene un déficit menor del 68,38% en el año 2009 y un 20,79% en el año 2015 con respecto al resultado financiero.

Concepto	Ejercicios			
	2012	2013	2014	2015
Resultado Primario	1345	3091	1803	-1928

### Resultado Primario



Otra crítica a este breve análisis, es que el valor nominal de los resultados no se ajusta a coeficiente de inflación alguno, por lo cual es inexacto desconocer que el poder adquisitivo de la moneda ha disminuido con respecto al poder de compra.

De igual forma, profundizar sobre las cuentas provinciales no es objeto principal de esta tesis, pero es válido para introducirse de manera escueta a los principales indicadores que servirán luego para relacionarlos con los del sector salud.

#### 4.6.3 El gasto en salud en el presupuesto provincial

En el punto anterior del presente capítulo se explicó brevemente las etapas en la cual transita la ley de presupuesto en la provincia de Córdoba.

Contablemente al finalizar cada ciclo económico se encuentra con un presupuesto sancionado originalmente en la segunda etapa “discusión y aprobación” cuyo ámbito es la legislatura provincial, que difiere de la siguiente etapa, la de “ejecución”; principalmente por las modificaciones (ajustes y/o compensaciones) que se exteriorizan en gastos y recursos.

En lo que a “Salud” se refiere, cuando se efectúa la presentación a la legislatura, esta subpartida (03.01 Salud) pertenece a la partida principal “03 Servicios Sociales”, que también abarca otras subpartidas importantes como “03.02 Promoción y Asistencia Social”, “03.03 Educación y Cultura”, etc.

Se puede afirmar entonces que la presentación se realiza de acuerdo a **su finalidad**; y como se verá, no es igual su tratamiento en términos de asignaciones de recursos si el mismo servicio se analiza mediante la clasificación **por jurisdicción**, a cargo del Ministerio de Salud.

#### 4.6.3.1 La salud como servicio social: diferencias entre el presupuesto sancionado originalmente y el ejecutado

De acuerdo a la clasificación del presupuesto por finalidad y función, y teniendo en cuenta las autorizaciones aprobadas originalmente por la asamblea legislativa; el siguiente cuadro resume las erogaciones correspondientes al servicio social: salud. (El presupuesto sancionado se encuentra en anexo N° 11)

<b>PRESUPUESTO SANCIONADO (AL 01/01)</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>03 - Servicios Sociales</b>	<b>16.723.004.000</b>	<b>21.606.048.000</b>	<b>31.076.617.000</b>
03.01 – Salud	3.237.700.001	4.292.861.000	6.187.830.000
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>32.860.736.000</b>	<b>44.614.039.000</b>	<b>64.179.041.000</b>

Al transcurrir los ejercicios económicos dicho instrumento sufre rectificaciones de distinta índole cuantitativa y cualitativa; por lo cual las asignaciones al cierre difieren del originalmente sancionado por el poder legislativo provincial.

Los datos del presupuesto ejecutado en salud (Anexo N° 12).

Se puede resumir en el siguiente esquema:

<b>PRESUPUESTO EJECUTADO (AL 31/12)</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>03 - Servicios Sociales</b>	<b>18.355.684.734</b>	<b>23.960.217.235</b>	<b>33.824.191.612</b>
03.01 – Salud	3.749.215.000	4.990.647.000	7.258.494.000
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>36.173.759.875</b>	<b>49.830.372.900</b>	<b>69.249.105.776</b>

Se puede verificar que el gasto en el período en estudio se ha incrementado notablemente y que la subpartida “salud” también ha aumentado sus egresos. Asimismo, haciendo un análisis de su participación porcentual sobre el gasto total en los dos momentos, se nota que ha logrado una mayor adjudicación en todos los años superando el 10% con respecto al presupuesto ejecutado, promediando un incremento en la variación de 0,58%.



Concepto	Presupuesto Salud		Variación	
	Original	Ejecutado	Nominal	Porcentual
<b>Ejercicio 2013 (Ley N° 10116)</b>	3.237.700.001	3.749.215.000	511.514.999	
Participación porcentual s/Total Gral.	9,85	10,36		0,51
<b>Ejercicio 2014 (Ley N° 10176)</b>	4.292.861.000	4.990.647.000	697.786.000	
Participación porcentual s/Total Gral.	9,62	10,02		0,40
<b>Ejercicio 2015 (Ley N° 10248)</b>	6.187.830.000	7.258.494.000	1.070.664.000	
Participación porcentual s/Total Gral.	9,64	10,48		0,84
<b>PROMEDIO</b>				<b>0,58</b>

#### 4.6.4 Clasificación institucional del gasto: el ministerio de salud como jurisdicción

Desde esta perspectiva la administración general asigna responsabilidades y funciones a distintas jurisdicciones que comprende a los ministerios, secretarías, poderes del estado provincial, entre otros.

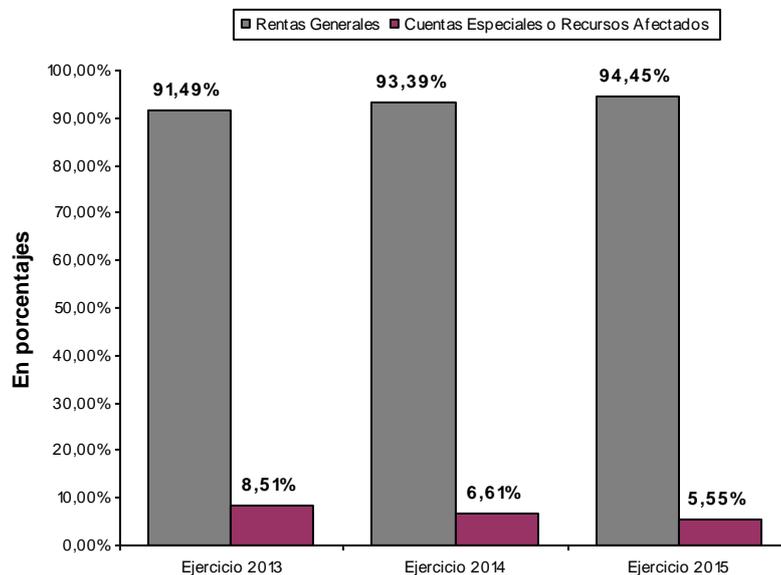
Conjuntamente, a los fines de que puedan cumplir los objetivos planteados de cada jurisdicción y sus respectivos programas, les otorga un presupuesto cuyo gasto es financiado principalmente por las rentas generales y cuentas especiales o también denominadas “recursos afectados”.

FINANCIAMIENTO	JURISDICCION: 145 - Ministerio De Salud			
	PRESUPUESTADO	COMPROMETIDO	TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR	TOTAL PAGADO
<b>Ejercicio 2013</b>	<b>3.603.639.000</b>	<b>3.512.119.591</b>	<b>3.512.119.591</b>	<b>2.932.861.301</b>
<b>Rentas Generales</b>	3.296.960.000	3.295.481.245	3.295.481.245	2.734.262.484
Porcentaje s/ presupuestado	<b>91,49%</b>			
<b>Cuentas Especiales</b>	306.679.000	216.638.346	216.638.346	198.598.817



<b>Recursos Afectados</b>				
Porcentaje s/ presupuestado	<b>8,51%</b>			
<b>Ejercicio 2014</b>	<b>4.832.250.000</b>	<b>4.762.204.381</b>	<b>4.762.204.381</b>	<b>4.094.760.697</b>
<b>Rentas Generales</b>	4.512.761.000	4.476.815.441	4.476.815.441	3.835.780.658
Porcentaje s/ presupuestado	<b>93,39%</b>			
<b>Cuentas Especiales o Recursos Afectados</b>	319.489.000	285.388.940	285.388.940	258.980.039
Porcentaje s/ presupuestado	<b>6,61%</b>			
<b>Ejercicio 2015</b>	<b>7.040.001.000</b>	<b>7.001.724.751</b>	<b>7.001.724.751</b>	<b>5.685.109.514</b>
<b>Rentas Generales</b>	6.649.519.000	6.615.154.389	6.615.154.389	5.332.094.328
Porcentaje s/ presupuestado	<b>94,45%</b>			
<b>Cuentas Especiales o Recursos Afectados</b>	390.482.000	386.570.362	386.570.362	353.015.186
Porcentaje s/ presupuestado	<b>5,55%</b>			

**Fuentes de Financiamiento**

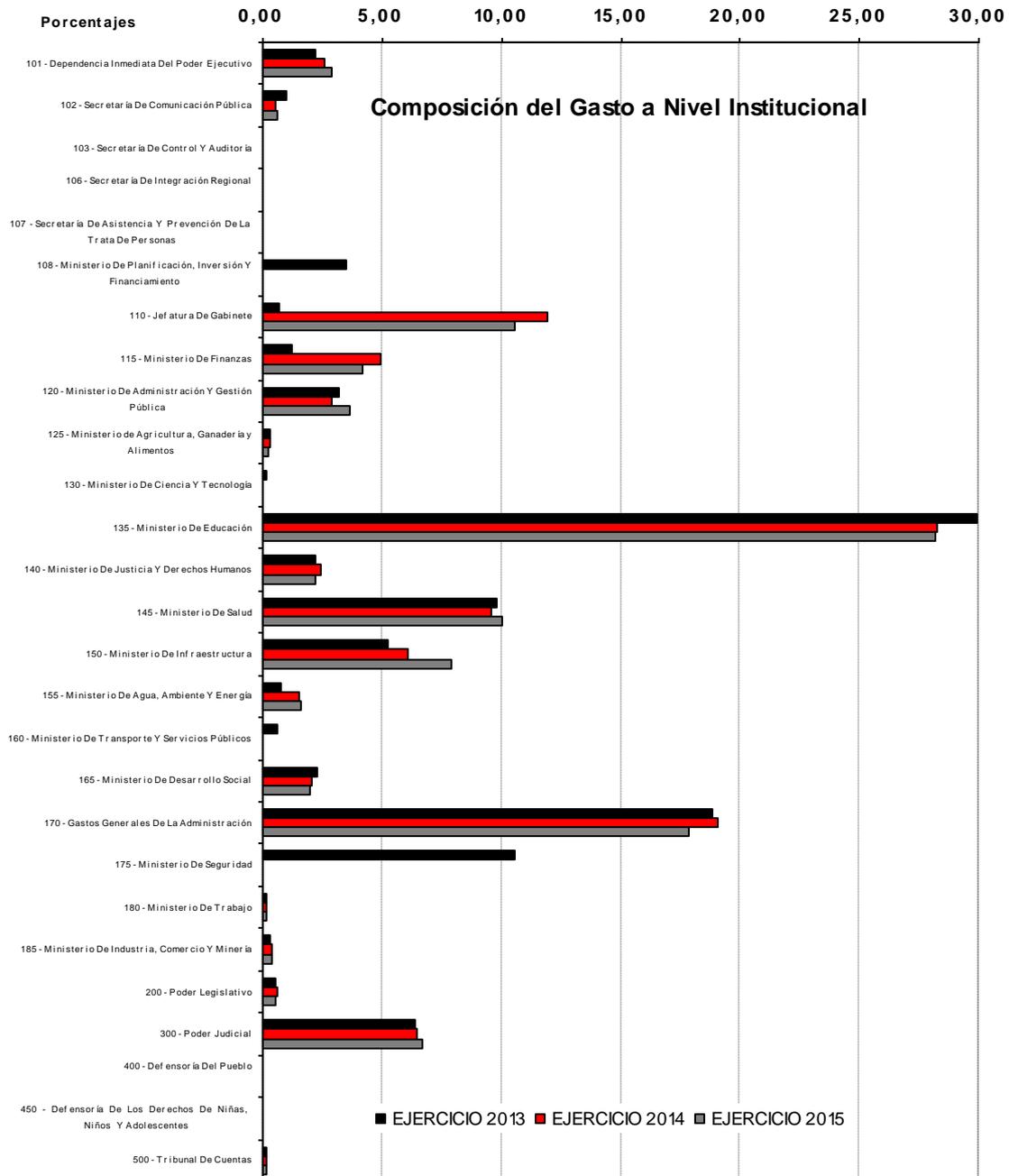


Se puede observar gráficamente como las rentas generales han aumentado su participación en el presupuesto del Ministerio de Salud en los últimos tres años en detrimento de las cuentas especiales.

Este ministerio encargado de la salud pública en todo el territorio provincial tiene concedido un 10% del presupuesto, y en comparación con las demás jurisdicciones solo el Ministerio de Educación y los gastos generales de la administración alcanzan mayor asignación presupuestal.

El siguiente gráfico refleja la composición del gasto a nivel institucional.

(La tabla que detalla los presupuestos de las jurisdicciones tanto en pesos como su participación porcentual se encuentra en el anexo N° 13)



En cuanto al gasto, según el siguiente resumen, se consolida un alto porcentaje de compromiso con respecto al presupuesto autorizado promediando un 98,49%, pero una baja cancelación de la deuda con respecto al devengamiento u ordenado a pagar. El promedio resultante es de 83,56% de los ejercicios observados, con lo cual los saldos pendientes de pago pasan a formar parte de la deuda flotante o a corto plazo.



<b>GASTO AUTORIZADO S/PRESUPUESTO</b>	<b>JURISDICCION: 145 - Ministerio De Salud</b>			
	<b>PRESUPUEST ADO</b>	<b>COMPROMETI DO</b>	<b>TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR</b>	<b>TOTAL PAGADO</b>
<b>Ejercicio 2013</b>	3.603.639.000	3.512.119.591	3.512.119.591	2.932.861.301
Análisis porcentual del gasto con respecto a la etapa anterior		<b>97,46%</b>	<b>100,00%</b>	<b>83,51%</b>
<b>Ejercicio 2014</b>	4.832.250.000	4.762.204.381	4.762.204.381	4.094.760.697
Análisis porcentual del gasto con respecto a la etapa anterior		<b>98,55%</b>	<b>100,00%</b>	<b>85,98%</b>
<b>Ejercicio 2015</b>	7.040.001.000	7.001.724.751	7.001.724.751	5.685.109.514
Análisis porcentual del gasto con respecto a la etapa anterior		<b>99,46%</b>	<b>100,00%</b>	<b>81,20%</b>
<b>PROMEDIO</b>		<b>98,49%</b>	<b>100,00%</b>	<b>83,56%</b>

#### **4.6.5 Los principales programas del ministerio de salud y sus asignaciones presupuestarias**

Numerosos programas son los que se llevan a cabo desde el Ministerio de Salud, y cada uno de ellos explicita objetivos determinados y concretos.

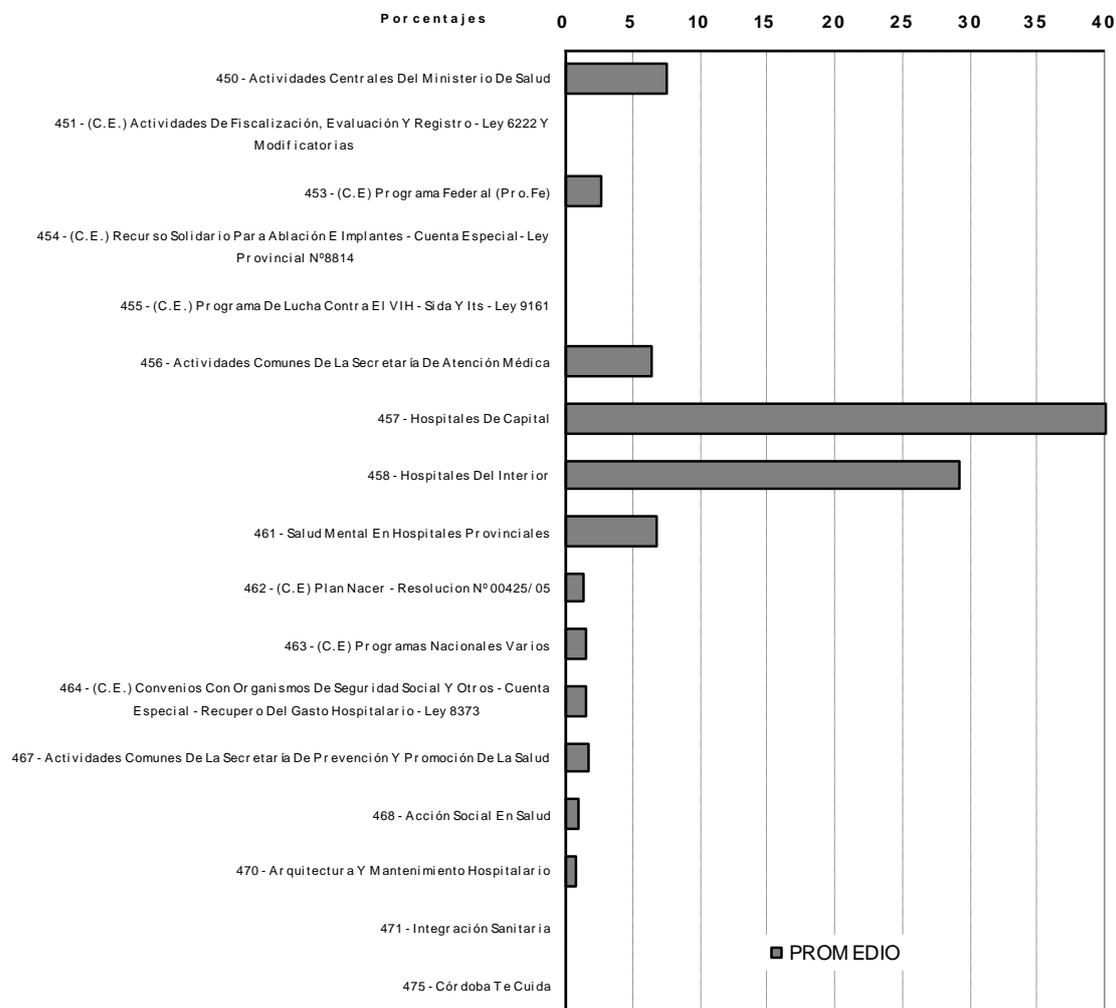
A su vez pueden estar subdivididos en “subprogramas” y cuentan con un presupuesto propio. Gran parte de su efectividad tiene que ver con la ejecución de sus presupuestos.

Dentro de esta jurisdicción, la mayor proporción de los fondos asignados están dirigidos a los programas “457. Hospitales de Capital” y “458. Hospitales del Interior”, estos participan de la mayor porción presupuestaria ministerial.

(El anexo N° 14 muestra en detalle todos los programas con sus respectivos presupuestos)

JURISDICCION	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		PROM.
	PRESUPUESTADO	%	PRESUPUESTADO	%	PRESUPUESTADO	%	%
457 - Hospitales De Capital	1.405.724.769	39,01	1.963.868.000	40,64	2.840.118.500	40,34	<b>40,00</b>
458 - Hospitales Del Interior	1.020.690.910	28,32	1.422.223.000	29,43	2.073.558.000	29,45	<b>29,07</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.603.639.000</b>		<b>4.832.250.000</b>		<b>7.040.001.000</b>		<b>69,06</b>

### Ministerio de Salud: Composición del Gasto por Programa



Queda demostrado que el 69,06% del total presupuestado son fondos dirigidos a los principales programas que contienen a toda la cartera de hospitales provinciales.

#### 4.7 Variación de los ingresos no impositivos. Partida presupuestaria: “convenios del ministerio de salud con organismos varios”

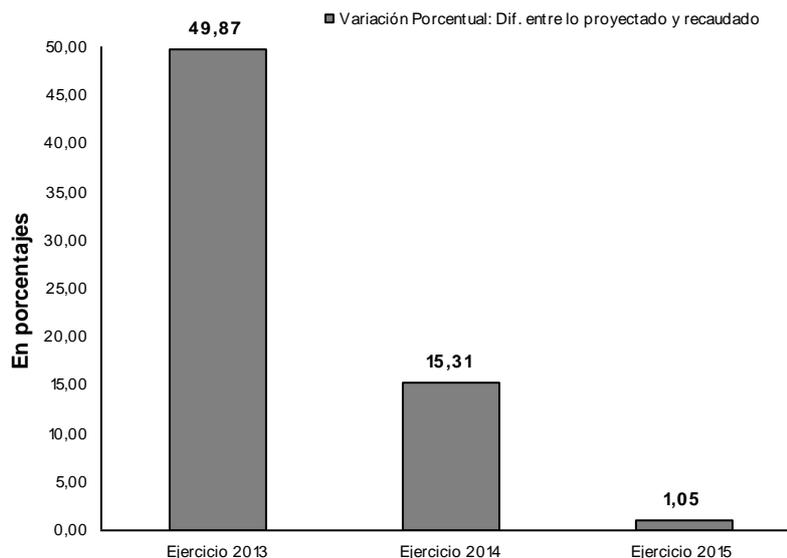
Anteriormente se había definido los “Ingresos no Impositivos”, bajo esta concepción se encontraban los “Fondos no tributarios”. Se dejó explicitado que son recursos que provienen de “*prestaciones pecuniarias exigidas por el Estado para beneficiar, a través de programas de inversión, al mismo sector que lo genera*”; por lo que todos los ingresos que se produzcan mediante el cobro de prestaciones médicas a las obras sociales y demás organismos con los cuales tenga convenio la jurisdicción provincial del Ministerio de Salud.

Más precisamente la partida presupuestaria **021199 “Convenios del Ministerio de Salud con organismos varios”** es la que refleja en el presupuesto provincial todas las retribuciones de dichas cobranzas.

A través del siguiente detalle, y profundizando aún más, se afirma que a esta partida se la ha proyectado deficientemente con respecto a su recaudación real, alcanzando una diferencia del 49,87% en 2013 y de 15,31% en 2014. No ocurre similar tendencia en el último ejercicio que se analizó ya que prácticamente es nula tal disimilitud (1,05%).

Convenios del Ministerio de Salud con Organismos Varios	Ingresos		Variación	
	Proyectados	Recaudados	Nominal	Porcentual
<b>Ejercicio 2013</b>	47.852.000	71.717.781	23.865.781	<b>49,87</b>
Participación porcentual s/Total Gral.	<b>0,13</b>	<b>0,20</b>		0,06
<b>Ejercicio 2014</b>	63.200.000	72.874.408	9.674.408	<b>15,31</b>
Participación porcentual s/Total Gral.	<b>0,12</b>	<b>0,14</b>		0,02
<b>Ejercicio 2015</b>	87.329.000	88.241.666	912.666	<b>1,05</b>
Participación porcentual s/Total Gral.	<b>0,13</b>	<b>0,13</b>		0,00
<b>PROMEDIO</b>	<b>0,13</b>	<b>0,16</b>		<b>0,03</b>

#### Partida: "Convenios del Ministerio de Salud con Org. Varios"



Estas diferencias que son positivas debido a que la recaudación supera a lo proyectado, pueden deberse a:

- Una deficiente estimación presupuestaria.
- Mayor eficiencia en el proceso de cobranzas de los ejercicios estimados.
- Actualización de importes en el nomenclador de prestaciones médicas que se ejecutan mediante resolución ministerial a nivel nacional, información que excede al ámbito provincial y por consiguiente su debida previsión.

Para finalizar, se observa que el promedio de participación del ciclo analizado sobre el ingreso total de la provincia es muy reducido, llegando solo al 0,16%.

Esta última conclusión servirá a modo introductorio del siguiente y último punto del capítulo, en el que se centrará en el análisis de los hospitales provinciales en general y de la institución bajo estudio en particular. Allí se expondrá los indicadores y mediciones necesarias a fin de concluir sobre el real impacto de estos ingresos en el sector salud.

#### 4.8 Hospital Santa Rosa de Rio Primero: Análisis de su presupuesto, ingresos y gastos

Es necesario antes de adentrarnos en el presupuesto hospitalario, realizar dos aclaraciones:

- 1) Que dicho presupuesto adopta la clasificación de sus partidas **por objeto del gasto**, lo cual permite "identificar de manera homogénea los bienes y servicios, las

transferencias y las variaciones de activos y pasivos que este desarrolla en el proceso de su producción”.

2) Que las partidas principales autorizadas para el gasto son cinco, las que se enumeran y transcriben su definición según el clasificador exhibido por el gobierno provincial en su página web:

1. Personal: retribuciones y contribuciones patronales de los servicios personales prestados en relación de dependencia y de los miembros de directorios y comisiones fiscalizadoras de empresas públicas.

2. Bienes de consumo: materiales y suministros consumibles para el funcionamiento de los entes estatales. Incluye los destinados a conservación y reparación de bienes de capital y los adquiridos para su transformación y/o enajenación ulterior por aquellas entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial y/o servicios.

3. Servicios no personales: servicios para el funcionamiento de los entes estatales. Comprende: servicios básicos, arrendamiento de edificios, terrenos y equipos, servicios de mantenimiento, limpieza y reparación, servicios profesionales, técnicos y operativos, publicidad e impresión, servicios comerciales y financieros. Inclusive los servicios que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital y los utilizados en los procesos productivos por las entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial o servicios.

4. Transferencias para erogaciones corrientes: erogaciones que no requieren contraprestación de bienes o servicios, cuyos importes no serán reintegrados y serán destinados por sus beneficiarios a gastos corrientes. Incluye los premios dispuestos en forma dineraria o en especie, que se imputarán en la partida correspondiente al ente receptor de los mismos.

5. Bienes de capital: adquisición de bienes físicos que aumentan el activo de las entidades del sector público, no se agotan en el primer uso, tienen una duración superior a un año, están sujetos a depreciación y en general son inventariables. Incluye los activos intangibles.

Bajo esta descripción, se debe aclarar que hay partidas principales y subpartidas que se ejecutan desde el nivel central y otras de la propia administración del hospital.

La clasificación de acuerdo a la ejecutividad de las partidas principales y sus subpartidas es el siguiente:

**a) MINISTERIO DE SALUD:**

1. Partida principal 01 - “Personal”.



2. Partida principal 03 – “Servicios no personales”: solo las subpartidas de mayor cuantía: Subpartida 0312 – “Servicios de limpieza, lavado y desinfecciones”. Subpartida 0313 – “Servicio de racionamiento en cocido”.

3. Partida principal 06 – “Transferencias para erogaciones corrientes”.

#### **b) ADMINISTRACION DEL HOSPITAL:**

1. Partida principal 02 - “Bienes de consumo”.

2. Partida principal 03 – “Servicios no personales”: todas las subpartidas, a excepción de las anteriormente mencionadas 0312 – “Servicios de limpieza, lavado y desinfecciones” y la 0313 – “Servicio de racionamiento en cocido” que están bajo el poder ministerial.

3. Partida principal 11 – “Bienes de capital”.

Este detalle realizado en la distribución de las partidas es a los efectos de evaluar como impactan los programas especiales como recupero del gasto para disponer de fondos genuinos, por lo cual otorga a la administración una mayor maniobrabilidad y financiamiento a la administración con respecto a las erogaciones presupuestarias.

En anexo N° 15 se adjuntan los presupuestos ejecutados de los ejercicios 2013, 2014 y 2015 de la institución en estudio.

#### **4.9 Medición del presupuesto hospitalario con respecto a los distintos programas de salud reflejados en el presupuesto provincial**

Tal como se lo describiera en el punto anterior, el Ministerio de Salud como jurisdicción está compuesto por numerosos y diferentes programas.

También se concluye que la mayor porción de su presupuesto se asignan a las dependencias que prestan los servicios, es decir a las distintas unidades hospitalarias. Será necesario entonces analizar la proporción designada de esta organización y relacionarlo con:

- El presupuesto de su jurisdicción: corresponde el número **1.45** “Ministerio de Salud”.
- El presupuesto hospitalario: sin discriminar si los hospitales son de capital o del interior. Se obtiene mediante la suma de los programas **457** y **458**.
- El presupuesto de los hospitales del interior: que viene dado por el programa **458**.

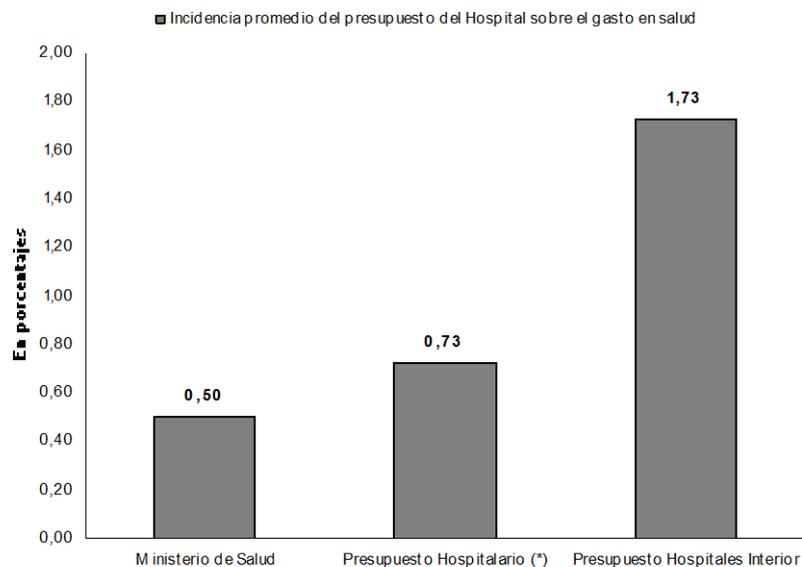
Cabe recordar que el subprograma **5** es el designado para el “Hospital Dr. Ramón Bautista Mestre (Santa Rosa de Río Primero)” el cual forma parte del último programa recién descrito.



PRESUPUESTOS ORIGINALES	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		PROMEDIO %
	PRESUPUESTADO	%	PRESUPUESTADO	%	PRESUPUESTADO	%	
Hospital Santa Rosa de Río I°	18.426.000	100,00	24.520.000	100,00	34.384.000	100,00	<b>100,00</b>
Ministerio de Salud	3.603.639.000	0,51	4.832.250.000	0,51	7.040.001.000	0,49	<b>0,50</b>
Presupuesto Hospitalario (*)	2.426.415.679	0,76	3.386.091.000	0,72	4.913.676.500	0,70	<b>0,73</b>
Presupuesto Hospitales Interior	1.020.690.910	1,81	1.422.223.000	1,72	2.073.558.000	1,66	<b>1,73</b>

\* Presupuesto Hospitalario: Se conforma de la suma de los programas 457 y 458.

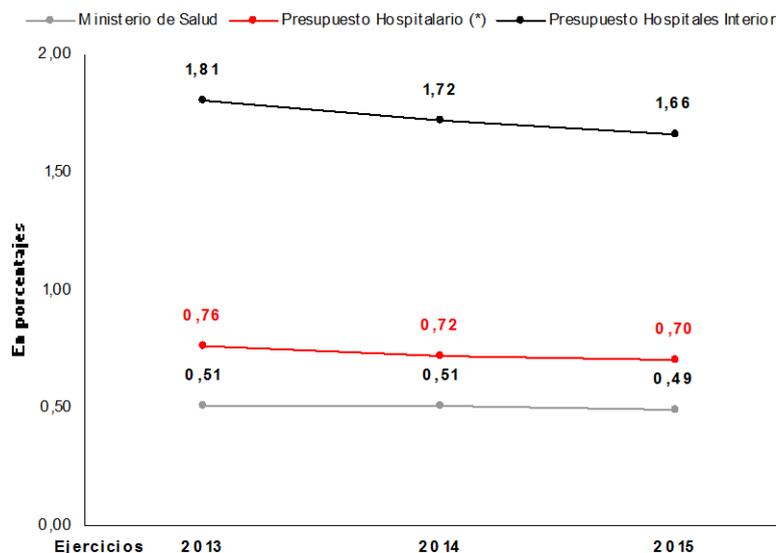
### Presupuesto del Hospital y su incidencia en el gasto de salud



Gráficamente se denota poca participación porcentual en los tres niveles, esto responde a que es un centro asistencial de los denominados chicos del interior provincial, por lo cual su presupuesto es acorde a su nivel de atención, la distribución demográfica de los habitantes, estadísticas anuales, etc.

También es necesario reflejar que en el transcurso del período analizado los índices han perdido magnitud.

#### Participación Porcentual respecto a los distintos presupuestos



#### 4.9.1 Productividad, eficiencia y efectividad del presupuesto: sus indicadores

Es claro que en muchas actividades públicas, como lo es la salud pública, no es tarea sencilla tales mediciones por tratarse de producción de servicios intangibles.

Aquí se analizará al menos estos tres indicadores: eficacia, productividad y eficiencia; no sin antes expresarse en conceptos claves en los que a estadísticas hospitalarias se refiere, para poder comprender como se desglosa la producción hospitalaria. (Anexo N° 16 que contiene las estadísticas del hospital de los años 2013, 2014 y 2015).

Bajo estas concepciones queda contenida estadísticamente la atención hospitalaria:

- Consultas Médicas: es la atención brindada por un profesional en un consultorio externo, en el cual se realiza la atención ambulatoria de los pacientes de acuerdo a los distintos tipos de especialidades: clínica médica, pediatría, tocoginecología, oftalmología, traumatología, etc.
- Prestaciones Médicas: contiene aquellos servicios en la cual intervienen los profesionales conjuntamente con la tecnología apropiada, generalmente después de la consulta médica. En este aspecto se diferencia de la consulta porque al paciente se le realizan determinadas prácticas médicas como pueden ser los servicios de odontología, laboratorio, hemoterapia, fisioterapia, ecografías, cirugías, partos, etc.
- Paciente Internado: es la persona que ocupa una cama del nosocomio mientras recibe atenciones de diagnóstico y/o tratamientos. En este caso, el resultado se obtiene de la suma de pacientes censados en los servicios de cama fría, sala de internación común y unidad de terapia intensiva.



#### 4.9.1.1. Presupuesto

##### Presupuesto año 2013: Objetivos para el año 2013

- 1) Asistir a los planes y programas nacionales y provinciales:
  - Medicina asistencial:

A través del Ministerio de Salud, se brinda un programa de medicina asistencial, denominado PROGRAMA FEDERAL (PRO.FE.).

Es un programa de atención médica y social integral solidario del gobierno nacional que se ejecuta mediante un convenio con el Ministerio de Salud de la provincia. Está dirigido a personas carenciadas, beneficiarias de una pensión no contributiva otorgada por la comisión nacional de pensiones asistenciales, dependiente del ministerio de desarrollo social de la nación, quienes cubren a adultos mayores de 70 años, discapacitados, madres de más de 7 hijos, etc. El programa se financia con fondos provenientes de la Nación, la cual remite periódicamente una cápita por cada afiliado y a través del reintegro de las prestaciones de alto costo y baja incidencia y de las prestaciones no capitadas como las referidas a rehabilitación y transporte de afiliados con discapacidad.

Los beneficiarios del Programa Federal de Salud son todas aquellas personas que perciben una pensión no contributiva y se encuentran afiliadas al programa. En este sentido, cabe aclarar que la afiliación al programa se produce de forma automática únicamente para los titulares de pensiones por discapacidad. No obstante, se podrán incorporar al programa los titulares de las demás pensiones no contributivas y los familiares a cargo de los mismos, a través de un sencillo trámite. Es requisito indispensable para la afiliación el no contar con obra social. El programa comprende la atención médico asistencial a través de la red de prestadores públicos del sector salud (o privados cuando fuere conveniente o necesario). A través de su accionar asegura el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud de acuerdo con el Programa Médico Obligatorio (PMO), con una cobertura al 100%. La asistencia sanitaria y social a los afiliados incluye:

- Medicación incluida en el PMO, cobertura al 100%.
- Material para Prótesis y Ortesis.
- Pañales.
- Estudios.
- Transporte, rehabilitación, estudios y prótesis especiales para discapacitados.
- Servicio de Urgencias y Traslados programados.
- Cobertura Geriátrica para afiliados semidependientes o con dependencia total.

- Odontología (consultas y prótesis).
- Hemodiálisis.
- Cobertura total e inmediata de afiliados con patologías crónicas y de alto costo como Trasplantes, Fibrosis Quística, Hemofilia, Esclerosis Múltiple, Oncológicos, Diabetes, Artritis Reumatoidea, etc.
- Programa de lucha contra el VIH-SIDA y ITS-Ley N°9161-

El propósito de este programa es disminuir la transmisión del VIH/SIDA y de otras ITS. Promover la atención integral de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH), el fortalecimiento de la gestión con la participación de los distintos sectores, gubernamentales y no gubernamentales, involucrados y la investigación. El programa está estructurado de la siguiente manera:

- Jefe de programa
- Comisión Técnica Asesora, con un coordinador
- Unidad Ejecutora, con un coordinador
- La Red Provincial de ITS, con un coordinador y el Programa de Hepatitis Virales Crónicas, con un coordinador.
- Programa provincial de medicamentos:

El programa provincial de medicamentos (Decreto N° 2597/11) está destinado a dar una cobertura básica de medicamentos a pacientes ambulatorios sin cobertura social, atendidos en establecimientos asistenciales públicos provinciales. Los servicios farmacéuticos prestados a través del programa responderán en el plano asistencial a requerimientos formalizados mediante órdenes o prescripciones médicas procedentes del sistema público provincial de salud; llevando a cabo la dispensación del medicamento prescripto al paciente.

- Plan Nacer: destinadas a mujeres embarazadas, y puérperas sin obra social. Niños y niñas hasta los 19 años sin obra social. Y mujeres de 20 a 64 años sin obra social.

- 2) Mejorar la producción ampliando la cobertura asistencial en todas las áreas.
- 3) Gestionar un adecuado uso de los recursos e insumos, con eficiencia y eficacia, y mejorar la calidad de atención a los pacientes.

4) Hacer extensivo los servicios a la comunidad, a través de programas provinciales y otros con iniciativa propia desde la Institución.

5) Fortalecer los aspectos edilicios, técnicos y de recursos humanos, en especial en diagnóstico por imágenes.

6) Creación de una figura de coordinación, que medie entre las consultas y los resultados:

Los servicios sanitarios se relacionan con las actividades hospitalarias propias, como con los programas y/o actividades transversales, traslado y derivación de pacientes, laboratorio central, nutrición, enfermería, prácticas extra hospitalarias, seguridad del paciente y las residencias médicas. Y hacer más accesible la atención de los consultorios externos, turnos más cercanos.

#### **Presupuesto año 2014: Objetivos para el año 2014**

1) Seguimientos de los programas provinciales y nacionales:

- Programa PRO.FE.: implementación de un sistema informático que permita un seguimiento integral de los afiliados, los pedidos médicos, sus consumos y la documentación médica necesaria para el reintegro de las prestaciones.

- Programa de lucha contra el VIH-SIDA y ITS-Ley N° 9161-: sostener las campañas de sensibilización frente al VIH/SIDA y las ITS en la población general y en grupos vulnerables. Garantizar (si se interrumpiese el suministro por parte de la dirección nacional de SIDA y ETS) y aumentar la oferta de insumos (preservativos de látex masculino, tratamientos antirretrovirales, tratamiento de las hepatitis virales crónicas, ITSs e infecciones oportunistas).

- Programa provincial de medicamentos: asesorar y educar al paciente ambulatorio en el uso racional de los medicamentos dispensados fortaleciendo su conciencia sanitaria. Mantener un sistema organizado, eficaz y eficiente de stock y de control, en el empleo de los medicamentos disponibles y dispensados.

- Plan nacer: para mujeres embarazadas, y puérperas sin obra social. Niños y niñas hasta los 19 años sin obra social y mujeres de 20 a 64 años sin obra social.

- 2) Gestionar con eficiencia y calidad los recursos que el presupuesto provincial destina
- 3) Mantener el buen estado los equipos y las instalaciones que se encuentran en funcionamiento
- 4) Evaluar con las áreas técnicas correspondientes, proyectos de refuncionalización y ampliación de servicios de diagnóstico y del internado.
- 5) Mejorar las condiciones edilicias de los servicios existentes, fundamentalmente el servicio de radiología, laboratorio y vacunatorio del hospital.
- 6) Refaccionar los baños de consultorios externos, de fisioterapia y baños para el personal de la institución.
- 7) Favorecer el desarrollo del factor humano, mediante la capacitación permanente de todos los trabajadores del hospital así no tengan relación directa con el paciente.
- 8) Lograr satisfacción a las demandas en salud de las personas durante el año 2014.
- 9) Sostener uniformidad asistencial a través de normativas de gestión de salud, coparticipando en la implementación de la seguridad del paciente.

#### **Presupuesto año 2015: objetivos para el año 2015**

- 1) Seguir con los programas provinciales y nacionales:
  - Programa Federal PRO.FE.
  - Programa de lucha contra el VIH-SIDA y ITS-Ley N° 9161-
  - Programa provincial de medicamentos
  - Plan Nacer
- 2) Lograr satisfacción a las demandas en salud de las personas durante el año 2015.
- 3) Fomentar la inclusión de los beneficiarios brindando accesibilidad y calidad de atención, mediante la constitución de redes de disciplinas y especialidades.

- 4) Coordinar la gestión de recurso humano mediante evaluación y definición de prioridades para el sostenimiento de los servicios hospitalarios en general, y para la apertura de nuevos servicios y/o unidades asistenciales.
- 5) Implementar modalidades de control y verificación de prestaciones.
- 6) Sostener uniformidad asistencial a través de normativas de gestión de salud, coparticipando en la implementación de la seguridad del paciente.
- 7) Los productos relevantes esperados:
  - Atención periférica de calidad prestación hospitalaria organizada y eficaz.
  - Fortalecimiento de servicios de derivación de pacientes.
  - Fortalecimiento edilicio, técnico y de recursos humanos en especial en diagnóstico por imágenes.

#### **4.9.2 Indicadores**

- ✓ EFICACIA: es la capacidad de alcanzar una meta o deseo tras la realización de una acción.
- ✓ PRODUCTIVIDAD: es la medición de un determinado nivel de producción pública (producción: de acuerdo a las estadísticas hospitalarias) en relación con el esfuerzo o cantidad de insumos utilizados (presupuesto ejecutado).
- ✓ EFICIENCIA: este indicador es el resultado de la comparación de dos medidas de productividad. Su objetivo es ofrecer información sobre la mejor combinación de los recursos.

#### **4.9.3 Eficacia**

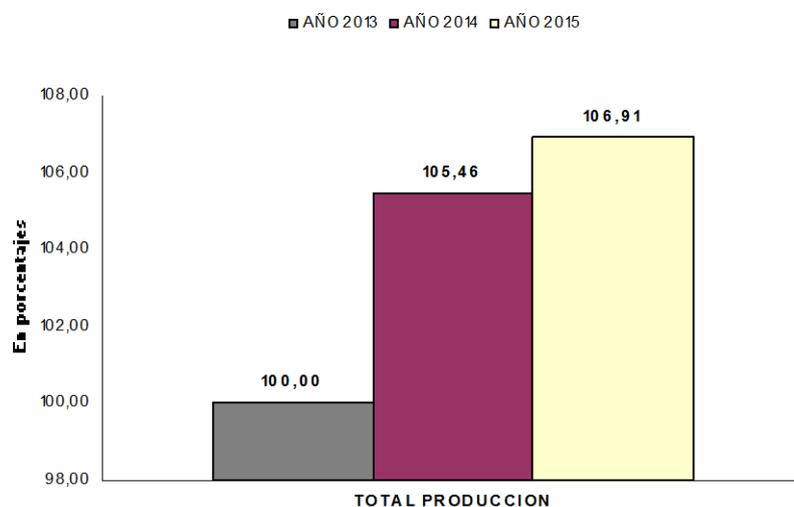
Este indicador permite medir si este subprograma ha logrado sus metas y objetivos, teniendo como norte solo los resultados. En definitiva es conocer en términos absolutos su producción.

Para efectuar tal medición tomaremos el año 2013 como base o año histórico y verificar los comportamientos de los dos años posteriores, por lo cual la variación de aquel será del 100,00 en todos sus renglones.

ESTADISTICAS	AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015	
	SUBTOTAL	%	SUBTOTAL	%	SUBTOTAL	%
Consultas Médicas	24.584	100,00	25.806	104,97	28.232	114,84
Prestaciones Médicas	147.545	100,00	155.904	105,67	155.734	105,55
Paciente Internado	2.050	100,00	1.978	96,49	2.249	109,71
<b>TOTAL PRODUCCION</b>	<b>174.179</b>	<b>100,00</b>	<b>183.688</b>	<b>105,46</b>	<b>186.215</b>	<b>106,91</b>

\* Año base: Se establece el año 2013.

#### Eficacia: Producción Hospitalaria



Entre las conclusiones más importantes se puede afirmar que:

- La producción hospitalaria ascendió en 5,46% y 6,91% en los años 2014 y 2015 respectivamente.
- En el año 2014 disminuyó los pacientes internados en un 3,51% con respecto al año base.
- En el año 2015 hubo un descenso insignificante en las prestaciones médicas en un 0,12% respecto del año anterior.

#### 4.9.4 Productividad

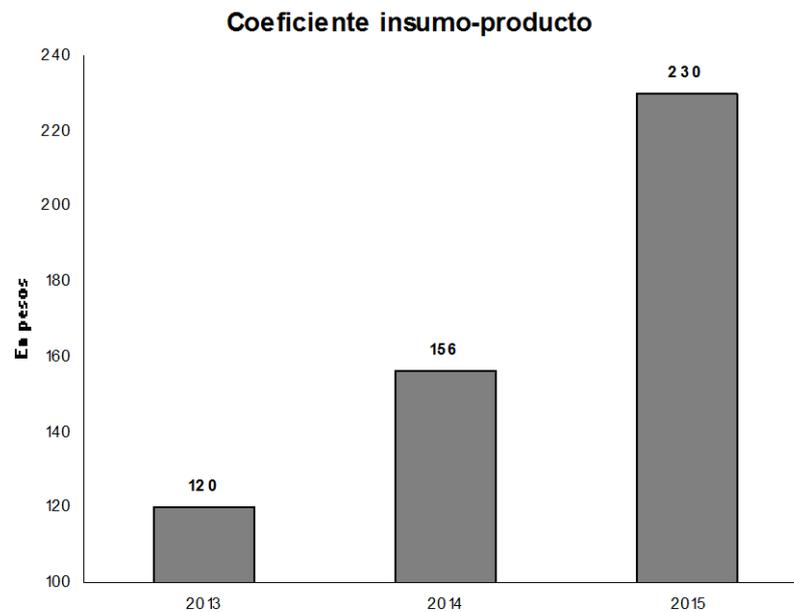
Es la medición de un determinado nivel de producción pública (producción: de acuerdo a las estadísticas hospitalarias) en relación con el esfuerzo o cantidad de insumos utilizados (presupuesto ejecutado).

Este indicador es muy útil para determinar de manera asequible el valor promedio de cada producto, pero sería aún más beneficioso complementarlo con criterios de calificación de rangos de calidad; como valorar si la atención médica es “excelente – muy buena – buena – regular – mala” y utilizar algún conversor y cuantificarlo.

En este trabajo solo se realizara en términos cuantitativos.

PRESUPUESTO	EJERCICIO	EJERCICIO	EJERCICIO
	2013	2014	2015
	EJECUTADO	EJECUTADO	EJECUTADO
Hospital Santa Rosa de Río I°	\$ 20.895.778	\$ 28.727.857	\$ 42.847.693
Total Producción	174.179	183.688	186.215
<b>Productividad</b>	<b>0,0083</b>	<b>0,0064</b>	<b>0,0043</b>
<b>Coficiente insumo-producto</b>	<b>\$ 120</b>	<b>\$ 156</b>	<b>\$ 230</b>
<b>Eficiencia (*pr. histórica año 2013)</b>	<b>1,0000</b>	<b>0,7671</b>	<b>0,5214</b>
* <u>Inflación</u> : No se utiliza coeficiente alguno para su medición.			
* <u>Productividad</u> = Productos / Insumos.			
* <u>Coficiente Insumos-Productos</u> = Insumos / Productos.			
* <u>Eficiencia</u> = Productividad *1 / Productividad *2.			

Se visualiza que en términos de productividad ha caído los indicadores de 0,0083 a 0,0043 en el período 2013-2015; pero es fundamental aclarar que el valor de la moneda (pesos) se reflejan en tres momentos diferentes (años 2013, 2014 y 2015) por lo cual su poder adquisitivo ha disminuido. Estos datos son a los fines de poseer otro indicador en el tablero de control.



Invirtiendo la fórmula de la productividad se obtiene otro indicador importante, “**el coeficiente insumo-producto**”, muy importante para apreciar el promedio en pesos por cada producto hospitalario.

La definición está centrada en cuantos pesos se necesitan para producir una unidad de producto hospitalario.

Como consecuencia de esta medición, y otra vez se tiene en cuenta que no se ajusta los presupuestos ejecutados por inflación, es importante señalar que el costo por unidad ha aumentado en un 91,80% en el período 2013-2015.

- **VARIACION:**  $[(230 / 120) - 1] \times 100 = \% 91,80$

#### 4.9.5 Eficiencia

Este indicador es el resultado de la comparación de dos medidas de productividad. Su objetivo es ofrecer información sobre la mejor combinación de los recursos, para este caso sería los “pesos de los presupuestos ejecutados”.

A los fines de la medición se tomará como parámetro la productividad del año 2013 que es igual a 0,0083. Si lo compara con los años siguientes el resultado obtenido es el siguiente:

- **Eficiencia<sub>2014</sub>:**  $0,0064 / 0,0083 = 0,7671$
- **Eficiencia<sub>2015</sub>:**  $0,0043 / 0,0083 = 0,5214$

Estos resultados demuestran la baja en la eficiencia, acordes también a los resultados de productividad y el coeficiente insumo-producto.

#### 4.10 Incidencia del fondo del recupero del gasto sobre el presupuesto hospitalario

Como prefacio de este capítulo se debe recordar inexorablemente las descripciones que realizo en el punto 2.3 del capítulo 2 respecto a las fuentes de financiamiento con las cuales se respalda la administración.

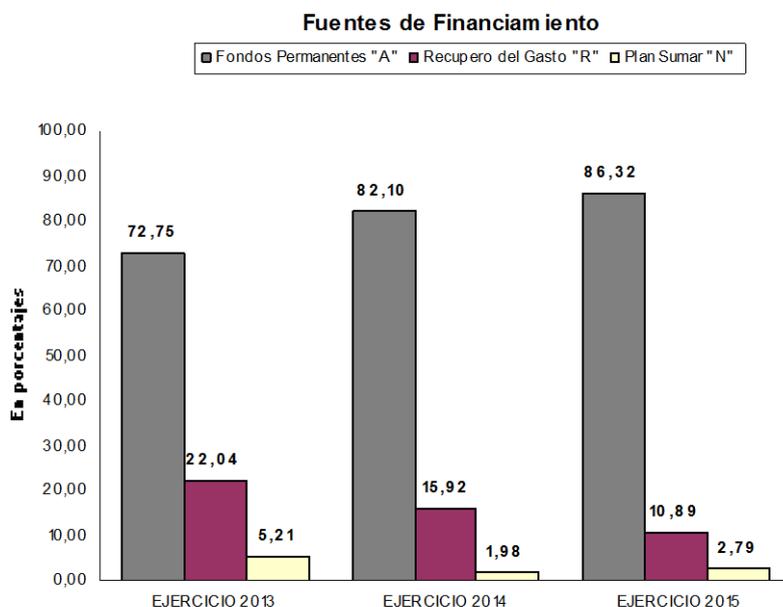
- **Fondos A “Permanentes”:** partida mensual para gastos de funcionamiento que el Ministerio de Salud gira a sus jurisdicciones que tiene a cargo. Esta partida se estipula a comienzos de cada ejercicio y es un monto fijo.
- **Fondos R “Recupero del Gasto”:** ingresos que se recuperan de la atención a pacientes que poseen obra social. Es una partida variable, y su incremento depende del buen funcionamiento de los procedimientos y metodología del área encargada de la facturación.
- **Fondos N “Programa Sumar”:** programa nacional que beneficia a los efectores de salud pública sea cual fuere su jurisdicción (nacional, provincial o municipal) con recursos monetarios y/o materiales por la atención a pacientes desprovistos de obra social. También, como el recupero del gasto, es una partida variable que depende del buen funcionamiento de los procedimientos y metodología del área designada para su captación y seguimiento.

A modo de síntesis, el siguiente cuadro muestra como el financiamiento depende cada vez más de los fondos provenientes de las rentas generales (Fondos Permanentes “A”). Estos fueron aumentando del 72,75% al 86,32% en contraposición de los fondos provenientes de cuentas especiales que son aquellos que se generan por la institución y se acumulan en el presupuesto en programas también especiales (“462. (C.E.) Plan Nacer - Resolución N° 00425/05” y “464. (C.E.) convenios con organismos de seguridad social y otros - cuenta especial recupero del gasto hospitalario-Ley N° 8373”).

El recupero del gasto (Fondos “R”) y el plan sumar (Fondos “N”) han disminuido de manera significativa del 22,04% al 10,89% y del 5,21% al 2,79% respectivamente.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		PROM.
	PESOS	%	PESOS	%	PESOS	%	%
Fondos Permanentes "A"	1.019.503,91	72,75	1.883.120,71	82,10	2.524.806,86	86,32	<b>80,39</b>
Recupero del Gasto "R"	308.911,29	22,04	365.107,63	15,92	318.428,25	10,89	<b>16,28</b>
Plan Sumar "N"	73.035,92	5,21	45.529,00	1,98	81.541,66	2,79	<b>3,33</b>

<b>TOTAL</b>	<b>1.401.451,12</b>	<b>100,00</b>	<b>2.293.757,34</b>	<b>100,00</b>	<b>2.924.776,77</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
--------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------	---------------



Asimismo, teniendo como sostén estos datos contundentes, se enfocara en la significación económica-financiera y su importancia que tiene para la administración las remesas provenientes del cobro a las obras sociales.

#### 4.10.1 Participación del recupero del gasto hospitalario con respecto a las cuentas ministeriales: ingresos y gastos

Por el lado de los ingresos, se indagará en el origen de los mismos, como se generan, a que cuenta del ministerio o presupuestaria se direccionan, y luego como se los distribuye a las administraciones hospitalarias.

El siguiente esquema resume lo efectivamente **"cobrado"** por el nivel central y que corresponde a esta unidad hospitalaria (ver bloque 1, tercera columna):

Bloq	Estado de Facturación	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		TOTAL	
		PESOS	%	PESOS	%	PESOS	%	PESOS	%
1	Facturado	580.298,33	100,00	598.428,63	100,00	358.855,56	100,00	1.537.582,52	100,00
	Débitos – Créditos	79.941,04	13,78	15.178,03	2,54	6.199,00	1,73	101.318,07	6,59
	<b>Cobrado</b>	500.357,29	<b>86,22</b>	583.250,60	<b>97,46</b>	352.656,56	<b>98,27</b>	1.436.264,45	<b>93,41</b>
2	DGR	112.506,70	19,39	131.457,04	21,97	74.969,98	20,89	318.933,72	20,74
	<b>Neto</b>	387.850,59	<b>66,84</b>	451.793,56	<b>75,50</b>	277.686,58	<b>77,38</b>	1.117.330,73	<b>72,67</b>



3	Retención Nivel Central	38.785,06	<b>6,68</b>	45.179,36	<b>7,55</b>	27.768,66	<b>7,74</b>	<b>111.733,07</b>	<b>7,27</b>
	<b>Reintegro Hospital</b>	349.065,53	<b>60,15</b>	406.614,20	<b>67,95</b>	249.917,92	<b>69,64</b>	<b>1.005.597,66</b>	<b>65,40</b>

\* *Observaciones:* La separación en bloques tiene como objetivo hacer notar todos los descuentos que se realizan desde la emisión de la facturación hasta el reintegro de los fondos correspondientes.

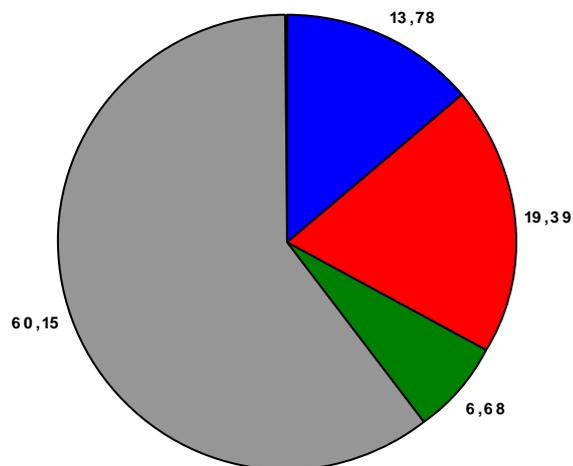
1) BLOQUE 1: Las primeras tres filas, "Facturado", "Débitos. - Créditos" y "Cobrado" se deben analizar con respecto a los procedimientos de facturación.

2) BLOQUE 2: Las filas 4 y 5, "DGR" y "Neto" corresponden al cobro que realiza la Dirección General de Rentas por los servicios de cobranzas.

3) BLOQUE 3: Las últimas dos filas: "Retención Nivel Central" y "Reintegro Hospital" identifican el porcentaje que desde el Ministerio de Salud se retiene (10,00% s/Neto) y el saldo reintegrable definitivo a la cuenta corriente del Hospital.

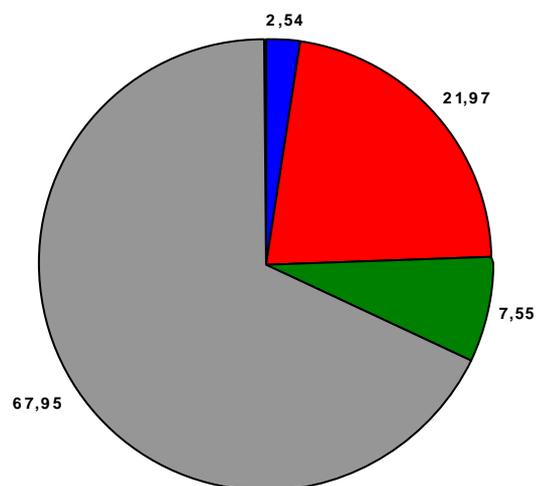
**AÑO 2013 - Distribución % del Total Fact.**

■ Débitos - Créditos ■ DGR ■ Retención Nivel Central ■ Reintegro Hospital



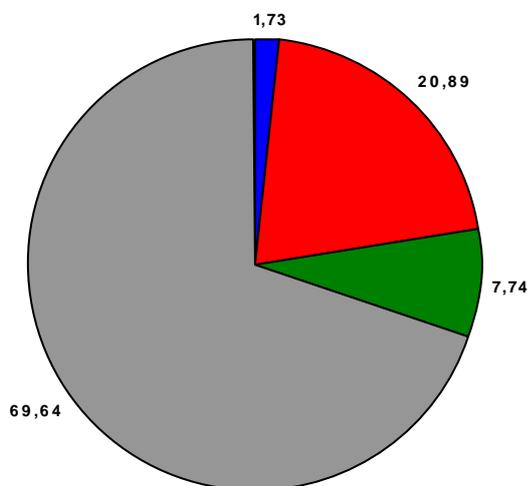
**AÑO 2014 - Distribución % del Total Fact.**

■ Débitos - Créditos ■ 2,54 ■ DGR ■ 21,97



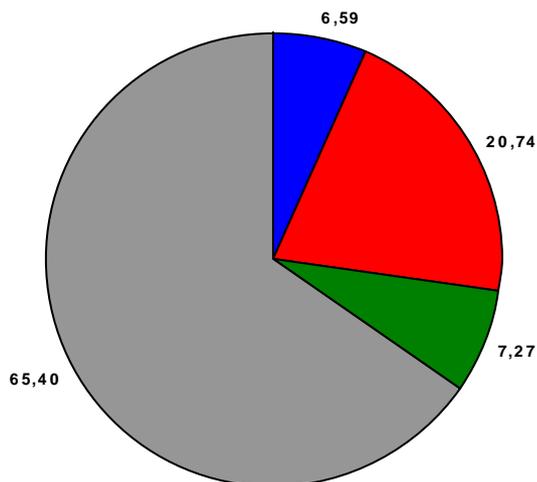
### AÑO 2015 - Distribución % del Total Fact.

■ Débitos - Créditos ■ DGR ■ Retención Nivel Central ■ Reintegro Hospital



### PERIODO - Distribución % del Total Fact.

■ Débitos - Créditos ■ DGR ■ Retención Nivel Central ■ Reintegro Hospital



Estos gráficos permiten inferir que entre el 60% y el 70% de lo facturado se reintegra al hospital, y que alrededor del 20% es lo que se abona en concepto de los servicios de cobranzas a la empresa tercerizada contratada por la Dirección General de Rentas, siendo esta última retención la más significativa de los tres descuentos expuestos.

Otro análisis importante, ya que hay una legislación que lo contempla, es relacionar lo “cobrado” y lo netamente “reintegrado” para esta unidad hospitalaria,

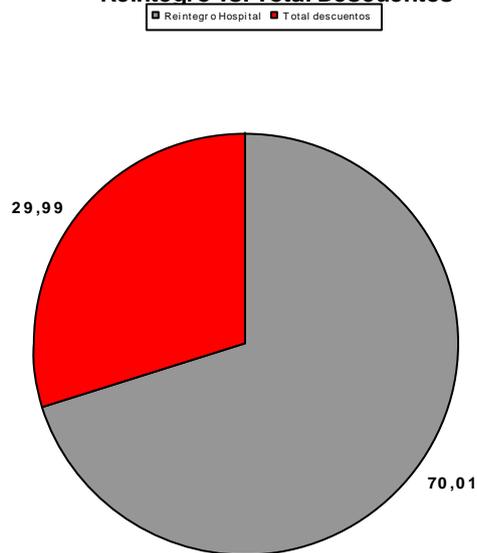


principalmente porque se debería respetar lo normado por la Ley Provincial N° 8373 que en su art. 4 dispone que *“los recursos que se obtengan por la aplicación de la presente ley, se destinarán a los establecimientos que los hayan generado en un porcentaje que, en ningún caso podrá resultar inferior al setenta por ciento (70%) del monto que cada unidad recupere”*.

En este apartado no se considera el primer descuento “débitos – créditos” porque no es un concepto que se deba cancelar por contratar un servicio en particular o devenir de una disposición ministerial; sino que es propio del proceso de facturación.

BLOQ	ESTADO DE FACTURACION	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		TOTAL	
		PESOS	%	PESOS	%	PESOS	%	PESOS	%
1	Cobrado	500.357,29	100,00	583.250,60	100,00	352.656,56	100,00	1.436.264,45	100,00
3	Reintegro Hospital	349.065,53	69,76	406.614,20	69,72	249.917,92	70,87	1.005.597,66	70,01

Reintegro vs. Total Descuentos



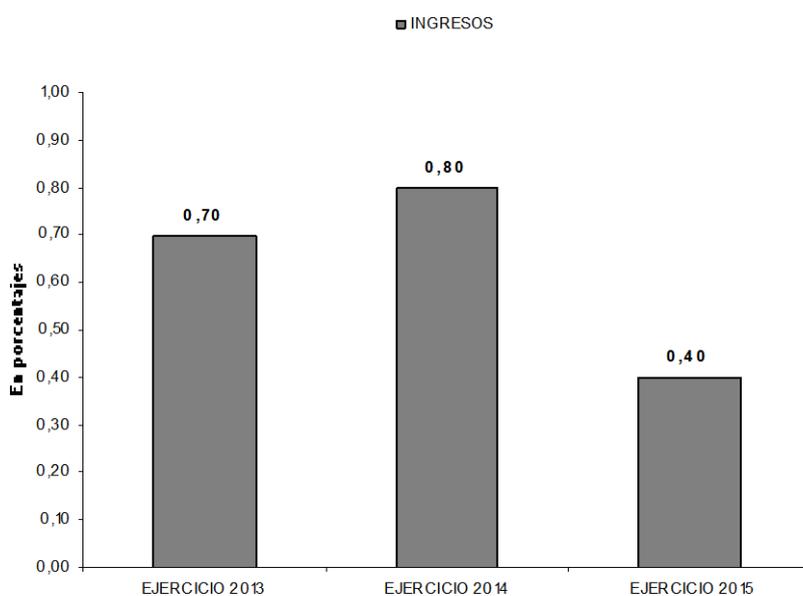
Se concluye, según lo demuestra el gráfico, que en el período 2013 – 2015 dicho porcentaje se ha cumplido de acuerdo al límite permitido por la normativa.

Por otra parte, a los fines de determinar la participación porcentual de lo que recauda la institución, se compara lo “cobrado” con la partida presupuestaria **029911 “Convenios del Ministerio de Salud con organismos varios”**, que como se había manifestado a principios del capítulo, es el renglón presupuestario en el cual se acumula los ingresos bajo este concepto en el presupuesto provincial; más

precisamente de la **columna “recaudado”** según las cuentas de inversión de los ejercicios 2013, 2014 y 2015 (Anexo N°17).

INGRESOS	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		PROM.
	RECAUDADO	%	RECAUDADO	%	RECAUDADO	%	%
Ministerio de Salud	71.717.781,00	100,00	72.874.408,00	100,00	88.241.666,00	100,00	<b>100,00</b>
Hospital Santa Rosa de Río I°	500.357,29	0,70	583.250,60	0,80	352.656,56	0,40	<b>0,63</b>

#### Participación de los INGRESOS del RG en la partida 029911

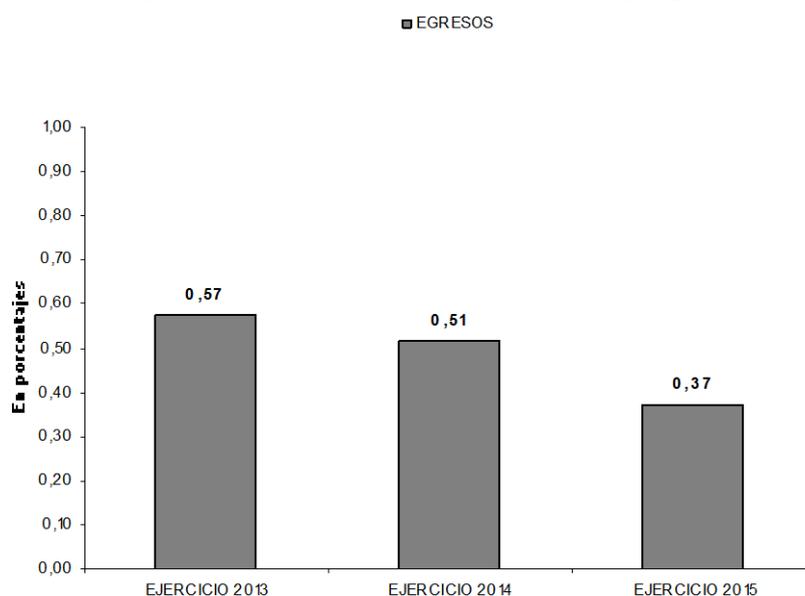


Es clara la poca participación en la recaudación jurisdiccional, pero los datos indican una fuerte caída en los últimos dos años, llegando solo a la mitad del ejercicio 2015 con respecto al 2014 (del 0,80% al 0,40%).

Estudio semejante se efectuó por el lado del gasto, por lo cual se compara lo efectivamente **“ejecutado”** a nivel de la administración del hospital (ver cuadro del punto 4.3) con respecto al programa **464. “(C.E) Convenios con organismos de seguridad social y otros – cuenta especial – recupero del gasto hospitalario – Ley N° 8.373”**, como se puede observar en la **columna “devengado”** (Anexo N°18).

EGRESOS	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		PROM.
	EJECUTADO	%	EJECUTADO	%	EJECUTADO	%	%
Ministerio de Salud	53.881.866,00	100,00	70.970.942,00	100,00	85.325.279,00	100,00	<b>100,00</b>
Hospital Santa Rosa de Río I°	308.911,29	0,57	365.107,63	0,51	318.428,25	0,37	<b>0,49</b>

#### Participación de los EGRESOS del RG en el programa 464



Es deducible que las conclusiones de los gastos lógicamente deberían seguir el comportamiento de los ingresos, por ser esta una cuenta de afectación específica y por consiguiente depender del comportamiento cuantitativo de su producción; por lo cual:

- Tal como el ingreso tiene escasa participación a nivel de su jurisdicción.
- Merma el porcentaje de participación desde el ejercicio 2013 al 2015 pasando del 0,57% al 0,37% respectivamente.

#### 4.10.2 Los ingresos generados por recupero del gasto y su incidencia en el gasto de la administración

En principio será necesario definir las principales características que posee las retribuciones obtenidas por esta cuenta especial:

- Refuerzo Financiero: complementa al financiamiento del hospital, principalmente apuntala los fondos provenientes de las rentas generales (Fondos Permanentes "A").

- Libre Disponibilidad: al ser un recurso genuino generado por el propio nosocomio, amplia cualitativa y cuantitativamente las partidas presupuestarias a las que en definitiva se le imputa el gasto.
- Versátil: tiene que ver con el punto anterior ya que es adaptable a varias imputaciones.

Con el fin de ampliar las últimas características descriptas, en anexo N° 19 se adjuntan los presupuestos del ciclo estudiado (2013-2015) correspondientes a él subprograma "458-005 Hospital Dr. Ramón Bautista Mestre (Santa Rosa De Río Primero)" y en anexo N° 20 el programa "464 (C.E.) Conv. Con Organismos de Seg. Soc. y otros – Cta. Esp. – Recup. Del Gto. Hosp. – Ley N° 8.373" con el objeto de identificar la mayor cantidad de subpartidas habilitadas para el gasto de esta cuenta especial.

Retomando el objetivo de este último punto del capítulo, se detendrá en el papel fundamental que tiene este auxilio financiero en las partidas habilitadas para el accionar de la administración, por lo cual el análisis será de este subsistema en particular sin hacer mención alguna del recupero a nivel ministerial (sistema).

Para introducirse en los movimientos de ingresos y erogaciones, se esbozara a continuación lo ejecutado de todos los fondos utilizados en el servicio de administración:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	EJERCICIO	REGISTROS SEGÚN ADMINISTRACION		
		INGRESOS	EGRESOS	SALDO
Fondos Permanentes "A"	2.013	1.019.503,91	1.019.503,91	0,00
Fondos Permanentes "A"	2.014	1.883.120,71	1.883.120,71	0,00
Fondos Permanentes "A"	2.015	2.524.806,86	2.524.806,86	0,00
<b>TOTAL "A"</b>	<b>TOTAL PERIODO</b>	<b>5.427.431,48</b>	<b>5.427.431,48</b>	<b>0,00</b>
Recupero del Gasto "R"	2.013	308.911,29	307.210,76	1.700,53
Recupero del Gasto "R"	2.014	365.107,63	363.728,31	1.379,32
Recupero del Gasto "R"	2.015	318.428,25	312.826,30	5.601,95
<b>TOTAL "R"</b>	<b>TOTAL PERIODO</b>	<b>989.367,32</b>	<b>983.765,37</b>	<b>5.601,95</b>
Plan Sumar "N"	2.013	73.035,92	73.035,92	0,00
Plan Sumar "N"	2.014	45.529,00	44.781,34	747,66



Plan Sumar "N"	<b>2.015</b>	81.541,66	81.541,66	0,00
<b>TOTAL "N"</b>	<b>TOTAL PERIODO</b>	<b>200.106,58</b>	<b>199.358,92</b>	<b>0,00</b>
<p>* <u>Saldos</u>: los saldos forman parte de los ingresos del siguiente ejercicio, por lo cual en el "Total del Período" de los fondos "R" y "N" se descuentan los mismos.</p> <p>* <u>Saldo ejercicio 2015 o "Total R"</u>: dicho saldo (\$ 5.601,95) se reintegra en 2016 por lo cual pasa a formar parte de los ingresos de ese ejercicio.</p>				

Esta primera aproximación se permitirá dos análisis:

- 1) Poder deducir el neto recibido desde nivel central en concepto de la cuenta recupero del gasto, luego de la cuota parte que se descuenta en concepto del **canon mensual del programa MHO**, software utilizado en la facturación a las obras sociales. Este último descuento se sitúa entre lo informado por el Ministerio de Salud en la columna "reintegrar" y los "ingresos reales" que contabiliza la administración.
- 2) Impacto de la cuenta especial "recupero del gasto" en el financiamiento de las **partidas y subpartidas** utilizadas para el gasto según el clasificador provincial.

Con respecto al primer punto, el siguiente cuadro permitirá alcanzar el monto pagado por el hospital al programa MHO en los tres años:

<b>INGRESOS FONDOS "R"</b>	<b>EJERCICIO 2013</b>	<b>EJERCICIO 2014</b>	<b>EJERCICIO 2015</b>	<b>EJERCICIO 2016</b>
	<b>PESOS</b>	<b>PESOS</b>	<b>PESOS</b>	<b>SALDO</b>
Reintegrar	349.065,53	406.614,20	249.917,92	
Ingresos Reales	308.911,29	363.407,10	317.048,93	
<b>TOTAL</b>	<b>40.154,24</b>	<b>43.207,10</b>	<b>-67.131,01</b>	<b>16.230,34</b>
<p>* <u>Reintegrar</u>: corresponde a la última columna de la contabilidad del Ministerio de Salud. Estos reintegros se realizan en diferentes momentos de cada ejercicio de acuerdo a la disponibilidad de fondos del Ministerio, por lo cual un reintegro de un ejercicio puede efectivizarse en otro.</p> <p>* <u>Ingresos Reales</u>: es la contabilidad llevada a cabo por la administración del Hospital de acuerdo a los ingresos en esa cuenta corriente. En los ejercicios 2014 y 2015 se le descuenta el saldo del año anterior, a los efectos de contabilizar sólo lo girado en el ejercicio.</p>				

Como se puede verificar, los dos últimos esquemas muestran distintos saldos en la cuenta del recupero del gasto; por lo cual por diferencia entre ambos se deduce el pago correspondiente al programa MHO.

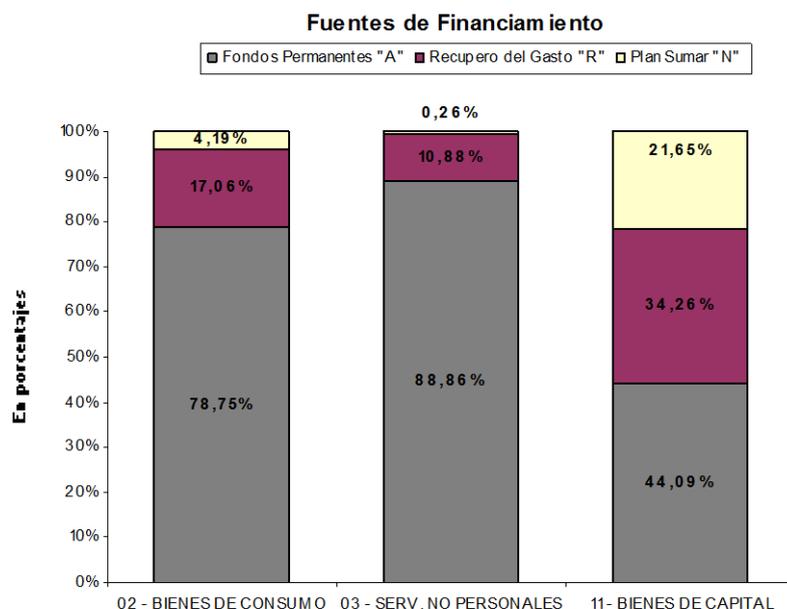
El costo total arrojó un importe de \$ 10.628,39 (16.230,34 – 5.601,95).

En cuanto al financiamiento del hospital, en la introducción de este punto 4, menciona brevemente cuales partidas y subpartidas pueden ejecutar desde la administración de la institución:

- Partida principal 02 - “Bienes de consumo”.
- Partida principal 03 – “Servicios no personales”: todas las subpartidas, a excepción de las siguientes: 0312 – “Servicios de limpieza, lavado y desinfecciones” y la 0313 – “Servicio de racionamiento en cocido” que están bajo el poder ministerial.
- Partida principal 11 – “Bienes de capital”.

En este breve resumen y gráfico se ve la participación en el gasto de las partidas anteriormente mencionadas:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PARTIDAS PRINCIPALES						TOTAL POR CTA.
	02 – BS. DE CONSUMO	%	03 - SERV. NO PERS.	%	11 – BS. DE CAPITAL	%	
Fondos Permanentes "A"	2.742.680,77	78,75	2.591.643,71	88,86	93.107,00	44,09	5.427.431,48
Recupero del Gasto "R"	594.176,70	17,06	317.254,27	10,88	72.334,40	34,26	983.765,37
Plan Sumar "N"	145.962,42	4,19	7.674,04	0,26	45.722,46	21,65	199.358,92
<b>TOTAL POR PARTIDA</b>	<b>3.482.819,89</b>	<b>100,0</b>	<b>2.916.572,02</b>	<b>100,0</b>	<b>211.163,86</b>	<b>100,0</b>	<b>6.610.555,77</b>



Se ve claramente que su mayor aporte es en los bienes de capital en donde alcanza un 34,26% con respecto al gasto total en ese rubro. Es de destacar también el 17,06% alcanzado en los bienes de consumo que, como regla general debería cancelarse con fondos permanentes "A", pero ante situaciones que se presentan por falta de fondos deviene el auxilio de esta cuenta.

#### 4.11 Conclusión

En cuanto a los objetivos de los presupuestos anuales 2013, 2014 y 2015, se ve la necesidad de incorporar mayor atención en:

- 1) Procedimiento y metodología: articular todos los manuales de procedimientos administrativos y de gestión para realizar uno acorde a la realidad del hospital en estudio, mejorando la cuenta "Recupero del Gasto"
- 2) Obras sociales: por parte del Ministerio de Salud de la Nación o Superintendencia de salud, son constantes las demoras en los pagos directos a los hospitales por parte de obras sociales. Por lo tanto se debe analizar el cobro de intereses por mora a dichas obras sociales, o en su caso utilizar los fondos de la Superintendencia de Salud.

Se relevó que hay un fondo común que posee la superintendencia (como si fuese un fondo en las que se les retiene por algún concepto a las OS) y debido a esto las OS justifican que se cobren los hospitales desde ahí hasta agotar el fondo.

## PROPUESTA DE MEJORA

Luego de haber realizado el análisis integral del hospital, habiendo detectado las falacias del mismo, se propondrá las siguientes modificaciones a fin de lograr el objetivo propuesto.

En primer lugar, se propone la formalización e incentivo de la administración de RRHH, a través de un plan de negociaciones colectivas con el gremio del sector, así se pueden presentar condiciones mejores para los trabajadores representados por los gremios y gobierno.

Se deberá incentivar a los agentes, por ejemplo premiarlos con becas para capacitaciones mediante objetivos concretos para obtener una facturación mayor.

Así también se deberá contratar nuevo personal que se auto gestionará con la mayor productividad que obtendrá el hospital.

En segundo lugar, se propone el mantenimiento de la infraestructura el cual se podrá llevar a cabo a través del recupero del gasto, fijando un procedimiento y metodología planteada en el área de recupero del gasto.

Este punto se puede exigir o justificar a través del Decreto N° 939/00 que determina los conceptos de salud pública garantizada a toda la población, pero otorgando la equidad suficiente como para que el Estado pueda recuperar las prestaciones por los servicios otorgados a los beneficiarios de obra social, seguros, etc.

Se deberá realizar un compendio de reglamentaciones, circulares, memorando, etc.; que unifique el modo de realizar las actividades inherentes al área a través de un Manual de Procedimientos.

En tercer lugar se propone el cobro de intereses a las obras sociales por parte del organismo de control y aplicación (Ministerio de Salud de la Nación o la Superintendencia de Salud) aplicando penalidades por demoras en los pagos directos a los hospitales.

## CONCLUSION

Con el desarrollo de este trabajo final de grado se intentó dar pautas y herramientas para beneficiar al hospital provincial en el recupero del gasto, lo cual ha sido posible a través del análisis del funcionamiento del hospital e identificando cuánto dinero recuperan de las obras sociales por las prestaciones realizadas.

Si bien la institución posee fondos de financiamientos: Fondos A “Permanentes”: partida mensual para gastos de funcionamiento que el Ministerio de Salud gira a sus jurisdicciones que tiene a cargo, Fondos R “Recupero del Gasto”: ingresos que se recuperan de la atención a pacientes que poseen obra social. Es una partida variable, y su incremento depende del buen funcionamiento de los procedimientos y metodología del área encargada de la facturación; Fondos N “Plan Sumar”: programa nacional que beneficia a los efectores de salud pública sea cual fuere su jurisdicción (nacional, provincial o municipal) con recursos monetarios y/o materiales por la atención a pacientes desprovistos de obra social donde son constantes las demoras en los pagos directos al hospital.

Por lo tanto se debe analizar el cobro de intereses para las prestaciones de dichas obras sociales. O en su caso utilizar los fondos de la superintendencia. Realizado un análisis del presupuesto ejercicios 2013, 2014 y 2015 y del fondo de ordenamiento sanitario centrándonos en el citado “**Fondos R: Recupero del Gasto**”.

Luego de este análisis, se puede concluir que la problemática detectada es que este medio de financiamiento que proviene de la facturación y cobranza a las obras sociales por la atención de sus afiliados con cobertura, es esencial para el autofinanciamiento del nosocomio, y que la oficina que se encarga del recupero del gasto, presenta deficiencias que se reflejan en distintas aristas, es por ello que se han planteado las diferentes soluciones para lograr el mejoramiento del funcionamiento integral del hospital.

Es por ello que el principal objetivo de esta institución debe consistir en crear las condiciones necesarias para aumentar los niveles de facturación a las obras sociales, tratando de acortar la brecha de lo que en el período analizado se realizó y la potencialidad que tiene el sistema de facturación.

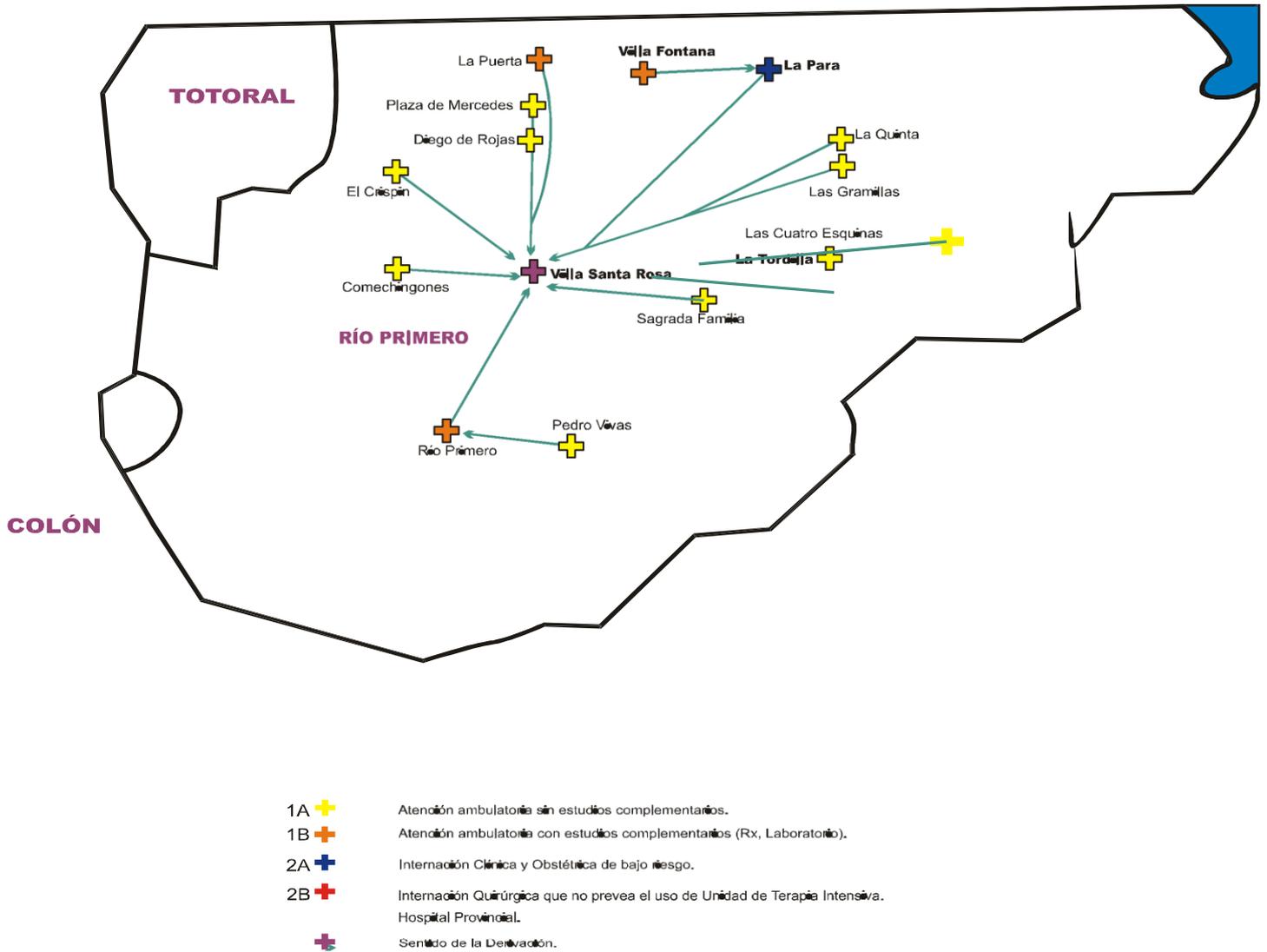
## BIBLIOGRAFIA

- Alfonso Antonio Gambino - "Logística Empresarial" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico.
- Carlos Alberto Norry - "Administración de Recursos Humanos I" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico.
- Katz, Jorge y colaboradores - "El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento" 1ra edición - Fondo de Cultura Económica.
- Las Heras, José María - "Estado Eficiente" 2da edición actualizada - Osmar D. Buyati Librería Editorial.
- Sitios de internet:
- Stephen P. Robbins y Mary Coulter - "Administración" 6ta edición - Prentice Hall.
- Susana B. Barrionuevo - "Administración I" Guía de Estudio - Instituto Universitario Aeronáutico.
- Trabajos prácticos de la materia Administración de Recursos Humanos I de la carrera de Contador Público del IUA.

## ANEXOS

### CAPITULO 2:

#### ANEXO N° 1: "Zona de Integración Sanitaria Villa Santa Rosa".



**ANEXO N° 2: "Localidades en Zona de Integración Sanitaria Villa Santa Rosa".**

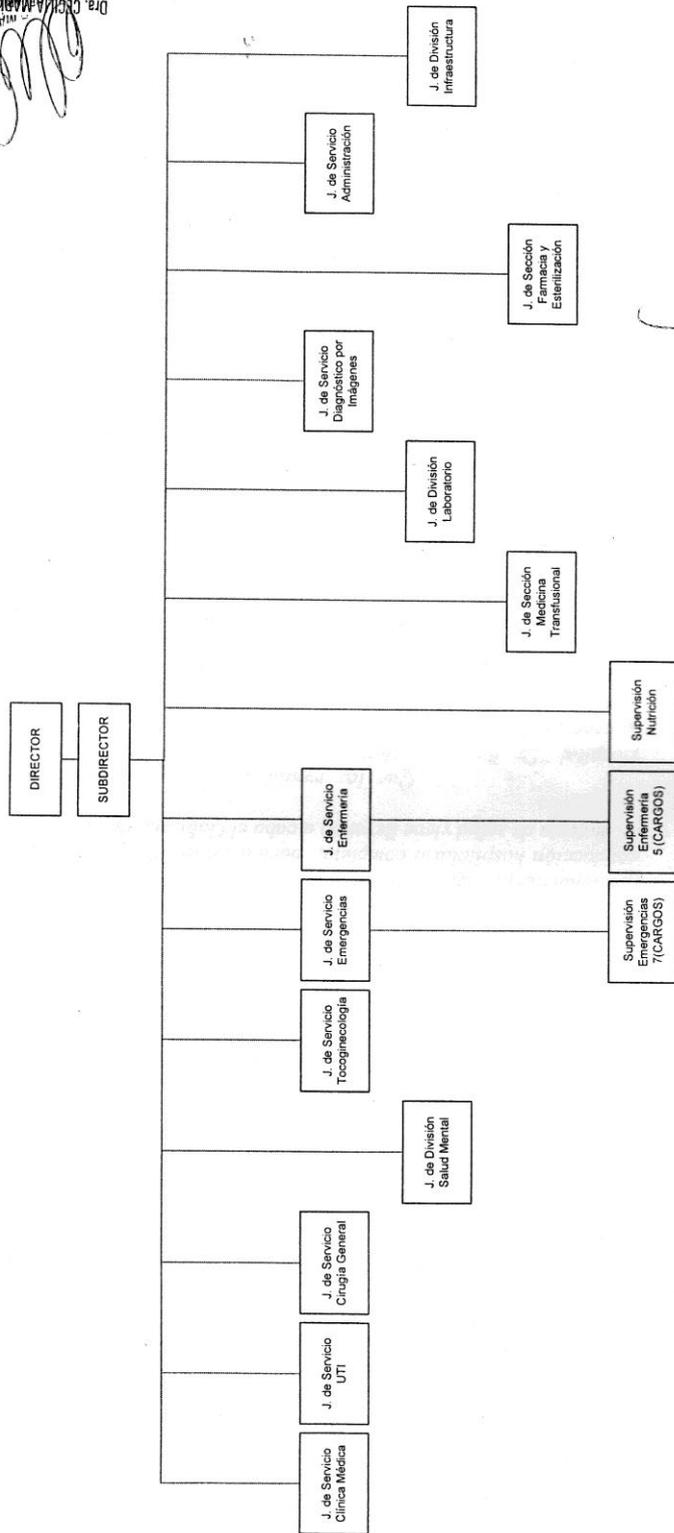
<b>MUNICIPIOS Y COMUNAS</b>	
1. Cañada de Machado.	12. Las Gramillas.
2. Chalacea.	13. Las Saladas.
3. Colonia Las Cuatro Esquinas.	14. Maquinista Gallini.
4. Comechingones.	15. Monte del Rosario.
5. Diego de Rojas.	16. Obispo Trejo.
6. El Crispín.	17. Piquillín.
7. Km. 658 "Pedro E. Vivas - El Cadillo".	18. Plaza de Mercedes.
8. La Para.	19. Río Primero.
9. La Posta.	20. Sagrada Familia.
10. La Puerta.	21. Villa Fontana.
11. La Quinta.	22. Villa Santa Rosa.



ANEXO N° 3: "Orgánica Decreto 965/11".

HOSPITAL DR. RAMÓN B. MESTRE  
SANTA ROSA DE RÍO I

Dra. Cecilia María Baeque  
 MINISTRA DE  
 SUSCRIPCIÓN  
 FISCALIA  
 ES COPIA



Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ  
 MINISTRO DE SALUD

965  
 22 JUL 2011









**ANEXO N° 6: "Anexo II".**

ANEXO II											
COMPROBANTE DE ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES										FECHA	
HOSPITAL										CÓDIGO HOSPITAL	
DATOS DEL BENEFICIARIO											
APELLIDO Y NOMBRE						D NI		N° DE DOCUMENTO			
						L					
						E					
						L					
						C					
TIPO DE BENEFICIARIO				PARENTESCO				SEX		E	
LAR				nyuge				O		DAD	
TITU		NO		ADHERE		CÓ		MA			
LAR		TITULAR		NTE		nyuge		S.			
						H		FE			
						ijo		M.			
						tro					
TIPO DE ATENCIÓN										FECHA	
A CONSULT											
A PRÁCTIC											
A INTERNA											
CIÓN											
Diagnóstico de Egreso				COD.		OTROS					
CIE10				PRINCIPAL		COD					
N. HPGD: Nomenclador Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada						CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades					
Firma del Médico y Sello con N° de Matrícula											
DATOS DE LA OBRA SOCIAL											
NOMBRE COMPLETO DE LA OBRA SOCIAL										CÓDIGO RÑOS	
NÚMERO DE CARNET DE OBRA SOCIAL				FECHA DE EMISIÓN				VENCIMIENTO			
DATOS DE LA EMPRESA											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL										Último recibo de sueldo	
										Mes	
										Año	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA										CUIL DE LA EMPRESA	
FIRMA DEL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO				ACLARACIÓN DE FIRMA				FIRMA DEL BENEFICIARIO			



**ANEXO N° 7: "Planilla Censo Diario en Internación".**

FECHA:								
GUARDIAS – CAMAS								
H B/ C AMA	APELLIDO Y NOMBRE	DNI	H C	F EC. NAC.	INGRE SO	D X	OS	OBSERVACI ON
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
UTI								
H B/ C AMA	APELLIDO Y NOMBRE	DNI	H C	F EC. NAC.	INGRE SO	D X	O S	OBSERVACI ON
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								



**ANEXO N° 8: "Notificaciones de Internación. Denuncia".**

**HOSPITAL SANTA ROSA DE RIO PRIMERO - "DR. RAMÓN B. MESTRE"**

**Moisés Quinteros 548 – Villa Santa Rosa. Dto. Río I° – C.P.: 5133**

OBRA SOCIAL: .....

Según contempla la nueva resolución 635/2015 en su artículo N° 4 inciso "a", las notificaciones deberán efectuarse dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas hábiles desde el momento de efectuarse la internación.

Excepcionalmente, y por motivos de fuerza mayor, se podrá utilizar la notificación posterior a las 48 hs, según consta en RMS 635/2015 art. 8, donde se le solicitará a la obra social la realización de una Auditoría Conjunta a fin de convalidar las prestaciones, otorgando para ello un término de 72 (setenta y dos) horas hábiles, transcurridas las cuales y sin obtener respuesta, el hospital deberá adjuntar al Anexo II la constancia de dicha notificación.

En esta notificación se especificará el motivo de fuerza mayor que provocó el atraso. A tal fin, es necesario ser claro al expresar el motivo y no ser recurrente.

- Apellido y Nombre del Paciente:  
\_\_\_\_\_
- DNI:  
\_\_\_\_\_
- Afiliado N°:  
\_\_\_\_\_
- Fecha y Hora de Ingreso al Hospital:  
\_\_\_\_\_
- Diagnóstico Presuntivo:  
\_\_\_\_\_
- Procedimiento a Realizar:  
\_\_\_\_\_
- Habitación:  
\_\_\_\_\_

-----  
Teléfonos de Referencia:  
\_\_\_\_\_  
Mail obra social:  
\_\_\_\_\_



**ANEXO N° 9: "Anexo I".**

Hospital:					
Fecha de Ingreso del Paciente:		Hora:			
Nombre y Apellido del Paciente:					
DNI/LE/LC:					
a) CARÁCTER DEL TRANSPORTE (marcar con una cruz lo que corresponda):	1- Vehículo particular	2- Colectivos	3- Bicicletas	4- Camiones	5- Ferrovías
b) CARÁCTER DEL DAMNIFICADO (marcar con una cruz lo que corresponda):	1- Peatón	2- Conductor	2- Terceros		
				I- Benévolo (gratuito)	
				II- Oneroso (servicio pago)	
				III- Pariente (grado): _____	
			IV- Desconocido		
c) VEHÍCULOS INTERVINIENTES (si son más de tres, completar al dorso):	Automóvil 1	Automóvil 2		Automóvil 3	
- Marca					
- Modelo					
- Patentes (si se conoce el dato):					
d) TIPO DE SINIESTRO ( descripción – escribir al dorso para completar la información o agregar otra hoja):	..... ..... .....				
Compañía aseguradora/ ART (si se conoce el dato):					
Número de Póliza (si se conoce el dato):					
Comisaría/ Precinto policial actuante (si se conoce el dato):					
Facturista / Personal del Hospital que tomó conocimiento del ingreso del paciente:					

Firma del Facturista/ personal del Hospital

**ANEXO N° 10: "Prórrogas de Internación".**

**HOSPITAL SANTA ROSA DE RIO PRIMERO - "DR. RAMÓN B. MESTRE"**

**Moisés Quinteros 548 – Villa Santa Rosa. Dto. Río I° – C.P.: 5133**

---

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_

De nuestra mayor consideración:

Cumplimos en notificar que a la fecha el siguiente paciente continúa internado habiendo cumplido el plazo de los primeros \_\_\_\_\_ días de estadía en el Hospital Santa Rosa de Río Primero y que conforme surge de los padrones WEB de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE SALUD y/o ANSES, dicho paciente cuenta con cobertura de vuestra obra social, con los siguientes datos:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

H.C. N°: \_\_\_\_\_

N° de Beneficiario: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

N° de Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de Ingreso al Hospital: \_\_\_\_\_

Habitación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Presuntivo: \_\_\_\_\_

Procedimiento a Realizar: \_\_\_\_\_

PRÒRROGA A PARTIR: \_\_\_\_\_

En consecuencia, mediante la presente Notificación efectiva realizada en el plazo de las primeras 48 hs. hábiles de producida la internación, damos cumplimiento a lo establecido en el Artículo 1° de la Resolución del Ministerio de Salud N° 1081/11.

Asimismo, en caso de discrepancia sobre la presente Notificación, quedamos a vuestra disposición a fin de realizar Auditoría Compartida en el presente Hospital.

Quedan Uds. Debidamente notificados.

Teléfonos de Referencia: \_\_\_\_\_

Teléfono Obra Social: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 11: "Presupuestos sancionados al 01-01".**

<b>PRESUPUESTO 01/01</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>01 - Administración Gubernamental</b>	<b>9.404.184.800</b>	<b>12.848.762.000</b>	<b>17.919.301.000</b>
01.01 - Legislativa	188.924.000	235.712.000	341.623.000
01.02 - Judicial	2.022.773.001	2.780.723.000	4.226.135.000
01.03 - Administración General	1.044.462.001	1.365.557.000	1.752.800.000
01.04 - Relaciones Interiores	4.768.763.799	6.554.930.000	9.028.894.000
01.05 - Administración Fiscal	1.281.583.001	1.757.030.000	2.361.510.000
01.06 - Control De La Gestión Pública	91.454.000	128.254.000	173.354.000
01.07 - Información Y Estadísticas Básicas	6.225.000	26.556.000	34.985.000
<b>02 - Servicios De Seguridad Y Justicia</b>	<b>4.146.488.000</b>	<b>5.207.714.000</b>	<b>8.044.180.000</b>
02.01 - Seguridad Interior	3.467.364.001	4.211.097.000	6.525.520.000
02.02 - Sistema Penal	584.139.000	799.441.000	1.251.336.000
02.03 - Administración De La Seguridad	46.937.000	147.000.000	197.365.000
02.04 - Justicia	48.048.000	50.176.000	69.959.000
<b>03 - Servicios Sociales</b>	<b>16.723.004.000</b>	<b>21.606.048.000</b>	<b>31.076.617.000</b>
03.01 - Salud	3.237.700.001	4.292.861.000	6.187.830.000
03.02 - Promoción Y Asistencia Social	789.209.000	940.307.000	1.257.576.000
03.04 - Educación Y Cultura	11.889.163.000	15.626.196.000	22.521.792.000
03.05 - Ciencia Y Técnica	60.059.000	70.048.000	92.198.000
03.06 - Trabajo	328.230.000	68.876.000	113.064.000
03.07 - Vivienda Y Urbanismo	418.643.000	607.760.000	904.157.000
<b>04 - Servicios Económicos</b>	<b>2.584.295.000</b>	<b>4.771.126.000</b>	<b>7.147.739.000</b>
04.01 - Energía, Combustibles Y Minería	42.692.000	44.925.000	140.923.000
04.03 - Transporte	1.276.244.001	2.830.150.000	4.071.227.000
04.05 - Agricultura, Ganadería Y Recursos Naturales Renovables	230.427.000	350.818.000	584.288.000
04.06 - Industria	65.249.000	78.743.000	92.603.000
04.07 - Comercio, Turismo Y Otros Servicios	84.915.000	95.185.000	142.044.000
04.08 - Seguros y Finanzas	143.500.000	170.987.000	173.925.000
04.09 - Administración De Los Servicios Económicos	741.268.000	1.200.318.000	1.942.729.000
<b>05 - Deuda Pública</b>	<b>247.978.000</b>	<b>489.941.000</b>	<b>531.954.000</b>
<b>06 - A Clasificar</b>	<b>(245.213.800)</b>	<b>(309.552.000)</b>	<b>(540.750.000)</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>32.860.736.000</b>	<b>44.614.039.000</b>	<b>64.179.041.000</b>

**ANEXO N° 12: "Presupuestos ejecutados al 31-12".**

<b>PRESUPUESTO 31/12</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>01 - Administración Gubernamental</b>	<b>10.621.764.305</b>	<b>14.389.549.755</b>	<b>19.441.031.164</b>
01.01 - Legislativa	193.326.605	277.548.000	379.451.000
01.02 - Judicial	2.344.136.700	3.259.536.000	4.693.009.000
01.03 - Administración General	1.224.651.874	1.352.313.927	2.084.697.300
01.04 - Relaciones Interiores	5.274.154.600	7.351.665.600	9.047.940.176
01.05 - Administración Fiscal	1.470.971.900	1.977.220.123	2.995.023.088
01.06 - Control De La Gestión Pública	108.627.626	146.216.150	208.467.600
01.07 - Información Y Estadísticas Básicas	5.895.000	25.049.955	32.443.000
<b>02 - Servicios De Seguridad Y Justicia</b>	<b>4.621.390.175</b>	<b>6.863.779.990</b>	<b>8.783.085.000</b>
02.01 - Seguridad Interior	3.802.810.700	5.592.548.400	7.186.521.000
02.02 - Sistema Penal	704.346.600	1.070.998.600	1.371.025.000
02.03 - Administración De La Seguridad	64.057.000	141.900.000	133.166.000
02.04 - Justicia	50.175.875	58.332.990	92.373.000
<b>03 - Servicios Sociales</b>	<b>18.355.684.734</b>	<b>23.960.217.235</b>	<b>33.824.191.612</b>
03.01 - Salud	3.749.215.000	4.990.647.000	7.258.494.000
03.02 - Promoción Y Asistencia Social	838.848.034	1.001.936.000	1.401.749.050
03.04 - Educación Y Cultura	12.780.260.700	17.230.470.923	24.140.405.562
03.05 - Ciencia Y Técnica	60.059.000	71.118.312	83.966.000
03.06 - Trabajo	370.669.000	81.726.000	121.782.000
03.07 - Vivienda Y Urbanismo	556.633.000	584.319.000	817.795.000
<b>04 - Servicios Económicos</b>	<b>2.903.916.800</b>	<b>4.799.382.978</b>	<b>7.685.870.000</b>
04.01 - Energía, Combustibles Y Minería	29.335.000	63.448.531	85.109.500
04.03 - Transporte	1.376.441.800	2.405.228.000	4.658.915.000
04.05 - Agricultura, Ganadería Y Recursos Naturales Renovables	272.879.000	434.768.000	663.280.000
04.06 - Industria	69.804.000	81.232.882	93.328.300
04.07 - Comercio, Turismo Y Otros Servicios	89.080.000	106.541.565	148.486.200
04.08 - Seguros y Finanzas	143.500.000	78.123.000	80.925.000
04.09 - Administración De Los Servicios Económicos	922.877.000	1.630.041.000	1.955.826.000
<b>05 - Deuda Pública</b>	<b>249.951.500</b>	<b>516.163.828</b>	<b>504.928.000</b>
<b>06 - A Clasificar</b>	<b>(578.947.639)</b>	<b>(698.720.886)</b>	<b>(990.000.000)</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>36.173.759.875</b>	<b>49.830.372.900</b>	<b>69.249.105.776</b>



**ANEXO N° 13: Clasificación institucional del gasto y análisis porcentual del gasto con respecto de la etapa anterior.**

JURISDICCION	EJERCICIO 2013			EJERCICIO 2014			EJERCICIO 2015			
	PRESUPUESTADO	COMPROMETIDO	TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR	PRESUPUESTADO	COMPROMETIDO	TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR	PRESUPUESTADO	COMPROMETIDO	TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR	
101 - Dependencia Inmediata Del Poder Ejecutivo	801,452,000	793,866,326	793,866,326	649,450,373	1,318,703,000	1,300,801,559	1,094,029,372	2,022,704,679	2,022,704,673	1,761,747,721
102 - Secretaría De Comunicación Pública	394,001,000	301,419,905	301,419,905	139,794,720	273,827,000	202,090,514	106,024,283	443,802,449	443,802,449	244,706,511
103 - Secretaría De Control Y Auditoría	0	0	0	0	9,794,000	9,654,696	8,387,029	4,873,478	4,873,478	4,873,478
106 - Secretaría De Integración Regional	5,716,000	4,993,754	4,993,754	4,639,950	8,311,000	8,288,419	7,072,775	11,913,470	11,913,470	10,899,201
107 - Secretaría De Asistencia Y Prevención De La Trata De Personas	9,404,000	8,357,468	8,357,468	6,770,191	0	0	0	0	0	0
108 - Ministerio De Planificación, Inversión Y Finanzamiento	1,280,380,000	1,289,556,961	1,289,556,961	1,135,596,400	0	0	0	0	0	0
110 - Jefatura De Gabinete	247,271,000	193,864,013	193,864,013	159,441,836	6,011,259,000	5,736,450,061	5,559,745,501	7,362,076,364	7,362,076,364	7,143,538,541
115 - Ministerio De Finanzas	434,939,000	407,450,021	407,450,021	373,508,832	2,499,133,000	2,487,842,887	2,436,383,377	2,957,357,000	2,952,510,942	2,707,786,820
120 - Ministerio De Administración Y Gestión Pública	1,173,112,000	1,022,875,176	1,022,875,176	844,839,766	1,469,325,000	1,432,669,364	1,115,699,950	2,534,448,222	2,516,009,073	1,806,418,071
125 - Ministerio De Agricultura, Ganadería Y Alimentos	112,506,000	59,019,055	59,019,055	48,388,293	149,063,000	109,733,276	82,988,083	171,710,000	166,798,994	128,950,300
130 - Ministerio De Ciencia Y Tecnología	60,059,000	51,802,088	51,802,088	38,821,786	0	0	0	0	0	0
135 - Ministerio De Educación	10,997,541,500	10,610,341,358	10,610,341,358	9,837,262,441	14,286,163,000	14,259,767,833	13,285,423,960	19,815,981,322	19,807,263,011	18,388,107,961
140 - Ministerio De Justicia Y Derechos Humanos	812,832,600	789,811,445	789,811,445	705,329,120	1,230,762,900	1,194,339,961	1,119,118,017	1,560,436,000	1,537,637,092	1,438,098,781
145 - Ministerio De Salud	3,603,639,000	3,512,119,591	3,512,119,591	2,932,861,301	4,832,250,000	4,762,204,381	4,094,760,697	7,040,001,000	7,001,724,781	5,685,109,511
150 - Ministerio De Infraestructura	1,917,486,000	1,516,681,160	1,516,681,160	1,172,757,607	3,069,293,400	2,924,307,550	2,119,614,610	5,559,469,300	5,536,669,452	3,431,362,911
155 - Ministerio De Agua, Ambiente Y Energía	284,465,000	239,510,301	239,510,301	188,254,588	752,401,000	681,749,084	543,214,905	1,125,886,200	1,099,543,990	823,001,421
160 - Ministerio De Transporte Y Servicios Públicos	215,318,000	174,949,323	174,949,323	165,348,464	0	0	0	0	0	0
165 - Ministerio De Desarrollo Social	839,439,000	807,173,246	807,173,246	688,481,717	1,017,070,000	992,810,591	846,386,245	1,369,251,274	1,347,863,125	1,091,906,821
170 - Gastos Generales De La Administración	6,933,009,881	6,786,379,310	6,786,379,310	6,544,827,261	9,643,380,314	9,553,501,760	9,263,489,094	12,518,881,294	12,511,783,988	12,061,475,351
175 - Ministerio De Seguridad	3,872,139,300	3,675,536,841	3,675,536,841	3,389,087,905	0	0	0	0	0	0
180 - Ministerio De Trabajo	58,881,000	54,465,711	54,465,711	51,642,040	81,726,000	81,061,163	76,770,514	121,782,000	112,237,646	104,088,371
185 - Ministerio De Industria, Comercio Y Maquila	107,337,000	92,263,912	92,263,912	74,266,857	189,397,196	177,356,675	134,677,735	253,434,000	239,179,673	192,913,201
200 - Poder Legislativo	202,085,639	201,904,841	201,904,841	188,321,556	288,944,000	284,260,975	264,061,319	385,103,000	388,243,277	362,311,421
300 - Poder Judicial	2,344,136,700	2,229,377,854	2,229,377,854	2,102,203,517	3,259,536,000	3,202,238,580	3,009,367,938	4,683,008,000	4,625,964,928	4,360,872,941
400 - Defensoría Del Pueblo	24,461,000	24,366,610	24,366,610	21,271,393	36,034,090	35,973,633	30,845,917	65,066,000	64,663,632	62,946,781
450 - Defensora De Los Derechos De Niños, Niños Y Adolescentes	8,015,275	6,395,106	6,395,106	5,963,948	9,087,000	9,010,504	9,010,504	10,510,000	10,247,173	9,271,761
500 - Tribunal De Cuentas	63,751,000	61,216,657	61,216,657	56,360,023	84,983,000	84,316,737	78,354,019	122,933,600	120,792,897	113,017,351
<b>TOTAL</b>	<b>36,773,759,875</b>	<b>34,875,715,233</b>	<b>34,875,715,233</b>	<b>31,504,430,878</b>	<b>50,530,372,900</b>	<b>49,532,429,403</b>	<b>45,287,025,843</b>	<b>70,239,105,776</b>	<b>69,854,508,150</b>	<b>61,923,345,911</b>



Análisis porcentual del gasto respecto de la etapa anterior

JURISDICCION	% EJEC. S/PRESUP.	% DE ORD. A PAG. S.COMPR.	% DE PAGADO S.EJEC.	% EJEC. S/PRESUP.	% DE ORD. A PAG. S.COMPR.	% DE PAGADO S.EJEC.	% EJEC. S/PRESUP.	% DE ORD. A PAG. S.COMPR.	% DE PAGADO S.EJEC.
101 - Dependencia Inmediata Del Poder Ejecutivo	99.05%	100.00%	81.81%	98.64%	100.00%	84.10%	98.59%	100.00%	81.10%
102 - Secretaría De Comunicación Pública	82.81%	100.00%	46.38%	74.17%	100.00%	53.19%	98.56%	100.00%	56.14%
103 - Secretaría De Control Y Auditoría	0.00%	0.00%	0.00%	96.19%	100.00%	89.94%	100.00%	100.00%	100.00%
108 - Secretaría De Integración Regional	86.91%	100.00%	93.34%	98.73%	100.00%	85.33%	98.30%	100.00%	91.11%
109 - Secretaría De Asistencia Y Promoción De La Trabajo De Base en el Ministerio De Planeación, Inversión Y Finanzamiento	88.87%	100.00%	81.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 - Jefatura De Gabinete	99.11%	100.00%	89.45%	96.43%	100.00%	96.92%	98.06%	100.00%	97.03%
116 - Ministerio De Finanzas	93.88%	100.00%	91.67%	99.58%	100.00%	97.93%	98.16%	100.00%	92.34%
120 - Ministerio De Administración Y Gestión Pública	87.19%	100.00%	82.59%	97.51%	100.00%	77.88%	98.27%	100.00%	71.80%
125 - Ministerio De Agricultura, Ganadería Y Alimentos	62.46%	100.00%	81.99%	73.62%	100.00%	74.91%	91.32%	100.00%	82.24%
130 - Ministerio De Ciencia Y Tecnología	86.25%	100.00%	74.94%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
136 - Ministerio De Educación	96.46%	100.00%	92.71%	98.82%	100.00%	93.17%	98.96%	100.00%	92.84%
140 - Ministerio De Justicia Y Derechos Humanos	97.17%	100.00%	89.30%	97.04%	100.00%	93.70%	98.54%	100.00%	93.53%
146 - Ministerio De Salud	97.46%	100.00%	83.51%	98.55%	100.00%	85.99%	98.46%	100.00%	81.20%
150 - Ministerio De Infraestructura	79.10%	100.00%	77.32%	95.28%	100.00%	72.48%	98.61%	100.00%	61.97%
156 - Ministerio De Agua, Ambiente Y Energía	84.20%	100.00%	78.60%	90.61%	100.00%	79.68%	97.66%	100.00%	74.85%
160 - Ministerio De Transporte Y Servicios Públicos	81.25%	100.00%	94.51%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
166 - Ministerio De Desarrollo Social	96.16%	100.00%	82.82%	97.61%	100.00%	85.25%	96.44%	100.00%	81.01%
170 - Gastos Generales De LA Administración	97.80%	100.00%	96.73%	99.07%	100.00%	96.96%	98.94%	100.00%	96.40%
176 - Ministerio De Seguridad	94.92%	100.00%	92.21%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
180 - Ministerio De Trabajo	92.85%	100.00%	94.78%	99.19%	100.00%	93.97%	92.16%	100.00%	92.73%
185 - Ministerio De Industria, Comercio Y Minería	85.56%	100.00%	80.45%	88.95%	100.00%	75.94%	94.38%	100.00%	80.66%
200 - Poder Legislativo	99.91%	100.00%	93.27%	96.38%	100.00%	93.11%	98.27%	100.00%	93.32%
300 - Poder Judicial	95.10%	100.00%	94.30%	98.27%	100.00%	93.95%	98.57%	100.00%	94.27%
400 - Defensoría Del Pueblo	99.74%	100.00%	86.97%	98.83%	100.00%	85.19%	98.38%	100.00%	81.89%
460 - Defensoría De Los Derechos De Niñas, Niños Y Adolescentes	79.79%	100.00%	93.57%	98.16%	100.00%	100.00%	97.50%	100.00%	90.48%
600 - Tribunal De Cuentas	96.02%	100.00%	92.06%	99.22%	100.00%	93.18%	96.74%	100.00%	93.56%
TOTAL	94.84%	100.00%	90.33%	96.03%	100.00%	91.43%	93.45%	100.00%	88.63%



**ANEXO N° 14: Jurisdicción Ministerio de Salud: presupuesto por programas.**

JURISDICCION	EJERCICIO 2013		EJERCICIO 2014		EJERCICIO 2015		PROMEDIO
	PRESUPUESTADO	%	PRESUPUESTADO	%	PRESUPUESTADO	%	%
450 - Actividades Centrales Del Ministerio De Salud	277,413,700	7.70	371,162,000	7.68	483,883,400	6.87	<b>7.42</b>
451 - (C.E.) Actividades De Fiscalización, Evaluación Y	5,736,000	0.16	4,700,000	0.10	3,844,000	0.05	<b>0.10</b>
453 - (C.E.) Programa Federal (Pro.Fe)	96,912,000	2.69	131,628,000	2.72	154,724,000	2.20	<b>2.54</b>
454 - (C.E.) Recurso Solidario Para Ablación E. Implantes -	4,425,000	0.12	2,644,000	0.05	1,675,000	0.02	<b>0.07</b>
455 - (C.E.) Programa De Lucha Contra El VIH - Sida Y	3,250,000	0.09	3,100,000	0.06	1,736,000	0.02	<b>0.06</b>
456 - Actividades Comunes De La Secretaría De Atención	234,301,620	6.50	268,730,000	5.56	498,548,100	7.08	<b>6.38</b>
457 - Hospitales De Capital	1,405,724,769	39.01	1,963,868,000	40.64	2,840,118,500	40.34	<b>40.00</b>
458 - Hospitales Del Interior	1,020,690,910	28.32	1,422,223,000	29.43	2,073,558,000	29.45	<b>29.07</b>
461 - Salud Mental En Hospitales Provinciales	219,718,400	6.10	328,897,000	6.81	506,912,000	7.20	<b>6.70</b>
462 - (C.E.) Plan Nacer - Resolución N° 00425/05	78,400,000	2.18	39,000,000	0.81	57,829,000	0.82	<b>1.27</b>
463 - (C.E.) Programas Nacionales Varios	60,725,000	1.69	65,717,000	1.36	84,365,000	1.20	<b>1.41</b>
464 - (C.E.) Convenios Con Organismos De Seguridad	57,231,000	1.59	72,700,000	1.50	86,309,000	1.23	<b>1.44</b>
467 - Actividades Comunes De La Secretaría De	61,403,600	1.70	81,633,000	1.69	133,053,000	1.89	<b>1.76</b>
468 - Acción Social En Salud	38,591,701	1.07	37,228,000	0.77	59,848,000	0.85	<b>0.90</b>
470 - Arquitectura Y Mantenimiento Hospitalario	34,905,300	0.97	33,413,000	0.69	47,731,000	0.68	<b>0.78</b>
471 - Integración Sanitaria	4,210,000	0.12	5,573,000	0.12	5,591,000	0.08	<b>0.10</b>
475 - Córdoba Te Cuida	0	0.00	34,000	0.00	276,000	0.00	<b>0.00</b>



**ANEXO N° 15: Presupuestos Hospital Santa Rosa de Río Primero - Ejercicios 2013-2015.**

AÑO	N° CAT PROF	N° OBJETO GASTO	CREDITO ORIGINAL	CREDITO VGTE	DEFINITIVO OC	DEFINITIVO DEV	COMPROMISO DEFINITIVO	CREDITO DISPONIBLE	DEVENGADO	ORD. A PAGAR	PAGADO
2013	458 - 005	01010000 - Personal Permanente	8,028,000.00	8,206,000.00	0.00	8,205,183.87	8,205,183.87	816.13	8,205,183.87	8,205,183.87	7,664,488.66
2013	458 - 005	01020000 - Personal No Permanente	6,375,000.00	9,003,000.00	0.00	9,002,605.17	9,002,605.17	394.83	9,002,605.17	9,002,605.17	8,412,945.34
2013	458 - 005	01040000 - Asignaciones Familiares	201,000.00	91,000.00	0.00	90,318.00	90,318.00	682.00	90,318.00	90,318.00	84,753.14
2013	458 - 005	01060000 - Asistencia Social al Personal	189,000.00	88,000.00	0.00	87,296.64	87,296.64	703.36	87,296.64	87,296.64	85,409.95
2013	458 - 005	01070000 - Retroactividades	414,000.00	258,000.00	0.00	257,961.05	257,961.05	38.95	257,961.05	257,961.05	255,407.42
2013	458 - 005	02010000 - Alimentos para Personas	4,000.00	1,000.00	0.00	634.02	634.02	365.98	634.02	634.02	634.02
2013	458 - 005	02020000 - Combustibles y Lubrificantes	76,000.00	197,800.00	0.00	197,415.79	197,415.79	384.21	197,415.79	197,415.79	197,415.79
2013	458 - 005	02030000 - Textiles y Vestuario	26,000.00	2,000.00	0.00	1,887.00	1,887.00	113.00	1,887.00	1,887.00	1,887.00
2013	458 - 005	02050000 - Productos Impresos	0.00	1,000.00	0.00	670.00	670.00	330.00	670.00	670.00	670.00
2013	458 - 005	02060000 - Productos Farmacéuticos y Medicinales	983,000.00	711,000.00	118,857.66	591,840.66	710,698.32	301.68	710,698.32	710,698.32	444,736.97
2013	458 - 005	02080000 - Productos para Limpieza e Higiene	0.00	1,000.00	0.00	720.51	720.51	279.49	720.51	720.51	720.51
2013	458 - 005	02090000 - Utiles e Insumos de Escritorio, Enseñanza e Informáticos	6,000.00	11,000.00	0.00	10,916.84	10,916.84	83.16	10,916.84	10,916.84	10,916.84
2013	458 - 005	02100000 - Repuestos, Accesorios y Herramientas Menores	25,000.00	28,000.00	0.00	27,129.40	27,129.40	870.60	27,129.40	27,129.40	24,159.40
2013	458 - 005	02110000 - Productos Químicos	1,000.00	2,000.00	0.00	1,019.48	1,019.48	980.52	1,019.48	1,019.48	1,019.48
2013	458 - 005	02120000 - Productos de Cuero, Caucho, Plástico	2,000.00	1,000.00	0.00	693.50	693.50	306.50	693.50	693.50	693.50
2013	458 - 005	02130000 - Minerales	2,000.00	1,000.00	0.00	910.49	910.49	89.51	910.49	910.49	910.49
2013	458 - 005	02990000 - Otros Bienes de Consumo N.C.	0.00	1,000.00	0.00	364.15	364.15	635.85	364.15	364.15	364.15
2013	458 - 005	03010000 - Servicios Básicos	131,000.00	198,000.00	0.00	197,453.06	197,453.06	546.94	197,453.06	197,453.06	197,453.06
2013	458 - 005	03020000 - Alquileres y Derechos	1,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2013	458 - 005	03030000 - Servicio de Mantenimiento y Reparación	37,000.00	77,000.00	0.00	76,795.32	76,795.32	204.68	76,795.32	76,795.32	37,899.32
2013	458 - 005	03040000 - Servicios Comerciales, de Seguros y Bancarios	14,000.00	22,000.00	0.00	21,161.64	21,161.64	838.36	21,161.64	21,161.64	21,161.64
2013	458 - 005	03050000 - Servicios Técnicos, Profesionales y de Terceros	171,000.00	251,800.00	0.00	251,137.70	251,137.70	662.30	251,137.70	251,137.70	251,137.70
2013	458 - 005	03060000 - Pasajes, Viáticos, Movilidad y Compensaciones	0.00	10,000.00	0.00	9,726.13	9,726.13	273.87	9,726.13	9,726.13	9,726.13
2013	458 - 005	03120000 - Servicios de Limpieza, Lavado y Desinfecciones	931,000.00	923,000.00	913,810.88	8,320.00	922,130.88	869.12	922,130.88	922,130.88	748,992.03
2013	458 - 005	03130000 - Servicio de Racionamiento en Cocido	667,000.00	728,000.00	727,181.41	0.00	727,181.41	818.59	727,181.41	727,181.41	273,657.37
2013	458 - 005	03990000 - Otros Servicios No Personales N.C.	107,000.00	85,800.00	73,963.44	11,757.90	85,721.34	78.66	85,721.34	85,721.34	32,408.22
2013	458 - 005	06020400 - Personal en Estado de Jubilación - Art. 28 Ley 8936	35,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2013	458 - 005	11010000 - Maquinarias, Equipos, Herramientas E Instrumentos	0.00	9,000.00	0.00	8,046.00	8,046.00	954.00	8,046.00	8,046.00	8,046.00
2013	458 - 005	<b>TOTAL</b>	<b>18,426,000.00</b>	<b>20,908,400.00</b>	<b>1,833,813.39</b>	<b>19,061,964.32</b>	<b>20,895,777.71</b>	<b>12,622.29</b>	<b>20,895,777.71</b>	<b>20,895,777.71</b>	<b>18,767,614.13</b>



2014	458 - 005	01010000 - Personal Permanente	9,208,000.00	11,238,000.00	0.00	11,237,069.40	11,237,069.40	930.60	11,237,069.40	11,237,069.40	10,546,176.28
2014	458 - 005	01020000 - Personal No Permanente	10,558,000.00	12,813,000.00	0.00	12,812,764.90	12,812,764.90	235.10	12,812,764.90	12,812,764.90	11,954,860.10
2014	458 - 005	01030000 - Régimen de Pasividad Anticipada Ley 8836	0.00	2,000.00	0.00	1,568.91	1,568.91	431.09	1,568.91	1,568.91	1,568.90
2014	458 - 005	01040000 - Asignaciones Familiares	131,000.00	84,000.00	0.00	83,542.00	83,542.00	458.00	83,542.00	83,542.00	78,371.37
2014	458 - 005	01060000 - Asistencia Social al Personal	81,000.00	3,000.00	0.00	2,424.00	2,424.00	576.00	2,424.00	2,424.00	2,423.99
2014	458 - 005	01070000 - Retroactividades	559,000.00	110,000.00	0.00	109,380.78	109,380.78	619.22	109,380.78	109,380.78	109,253.48
2014	458 - 005	02010000 - Alimentos para Personas	0.00	2,000.00	0.00	0.00	0.00	2,000.00	0.00	0.00	0.00
2014	458 - 005	02020000 - Combustibles y Lubrificantes	117,000.00	312,000.00	0.00	311,044.79	311,044.79	955.21	311,044.79	311,044.79	311,044.79
2014	458 - 005	02030000 - Textiles y Vestuario	0.00	2,000.00	0.00	1,425.00	1,425.00	575.00	1,425.00	1,425.00	1,425.00
2014	458 - 005	02050000 - Productos Impresos	2,000.00	1,000.00	0.00	300.00	300.00	700.00	300.00	300.00	300.00
2014	458 - 005	02060000 - Productos Farmacéuticos y Medicinales	1,130,000.00	1,280,000.00	182,684.52	1,061,053.71	1,243,738.23	36,261.77	1,226,314.95	1,226,314.95	865,654.40
2014	458 - 005	02080000 - Productos para Limpieza	1,000.00	2,000.00	0.00	495.13	495.13	1,504.87	495.13	495.13	495.13
2014	458 - 005	02090000 - Uiles E Insumos De Escritorio, Enseñanza E Informáticos	8,000.00	17,000.00	0.00	13,506.77	13,506.77	3,493.23	13,506.77	13,506.77	13,506.77
2014	458 - 005	02100000 - Repuestos, Accesorios y Herramientas Menores	20,000.00	68,000.00	0.00	67,719.78	67,719.78	280.22	67,719.78	67,719.78	67,719.78
2014	458 - 005	02110000 - Productos Químicos	3,000.00	4,000.00	0.00	1,897.60	1,897.60	2,102.40	1,897.60	1,897.60	1,897.60
2014	458 - 005	02120000 - Productos de Cuero, Caucho, Pbi y Plástico.	3,000.00	1,000.00	0.00	215.93	215.93	784.07	215.93	215.93	215.93
2014	458 - 005	02130000 - Minerales	2,000.00	1,000.00	0.00	379.00	379.00	621.00	379.00	379.00	379.00
2014	458 - 005	03010000 - Servicios Básicos	103,000.00	210,000.00	0.00	203,622.16	203,622.16	6,377.84	203,622.16	203,622.16	203,622.16
2014	458 - 005	03020000 - Alquileres y Derechos	0.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00
2014	458 - 005	03030000 - Servicio de Mantenimiento y Reparación de Seguros y Bancarios	36,000.00	48,000.00	0.00	47,322.48	47,322.48	677.52	47,322.48	47,322.48	47,322.48
2014	458 - 005	03040000 - Servicios Comerciales,	33,000.00	32,000.00	0.00	28,237.32	28,237.32	3,762.68	28,237.32	28,237.32	28,237.32
2014	458 - 005	03050000 - Servicios Técnicos, Profesionales y de Terceros	32,000.00	589,000.00	0.00	542,402.55	542,402.55	46,597.45	542,402.55	542,402.55	542,402.55
2014	458 - 005	03060000 - Pasajes, Viáticos, Movilidad y Compensaciones	0.00	2,000.00	0.00	646.13	646.13	1,353.87	646.13	646.13	646.13
2014	458 - 005	03120000 - Servicios de Limpieza, Lavado y Desinfecciones.	1,296,000.00	1,227,000.00	1,035,113.84	24,749.20	1,059,863.04	167,136.96	1,039,979.90	1,039,979.90	733,816.89
2014	458 - 005	03130000 - Servicio de Racionamiento en Cocido	1,194,000.00	929,000.00	928,218.82	0.00	928,218.82	781.18	928,218.82	928,218.82	398,556.97
2014	458 - 005	03990000 - Otros Servicios No Personales N.C.	1,000.00	1,000.00	0.00	790.00	790.00	210.00	790.00	790.00	790.00
2014	458 - 005	06020400 - Personal en Estado de Jubilación - Art. 28 Ley 8836	2,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2014	458 - 005	11010000 - Maquinarias, Equipos, Herramientas e Instrumentos	0.00	30,000.00	0.00	29,282.00	29,282.00	718.00	29,282.00	29,282.00	29,282.00
2014	458 - 005	<b>TOTAL</b>	<b>24,520,000.00</b>	<b>29,013,000.00</b>	<b>2,146,017.18</b>	<b>26,581,839.54</b>	<b>28,727,856.72</b>	<b>285,143.28</b>	<b>28,690,550.30</b>	<b>28,690,550.30</b>	<b>25,939,969.02</b>



2015	458 - 005	010100000 - Personal Permanente	13,487,000.00	14,979,000.00	0.00	14,978,529.61	14,978,529.61	470.39	14,978,529.61	14,978,529.61	14,978,529.61	14,047,331.13
2015	458 - 005	010200000 - Personal No Permanente	15,177,000.00	20,417,000.00	0.00	20,416,160.08	20,416,160.08	839.92	20,416,160.08	20,416,160.08	20,416,160.08	19,120,798.03
2015	458 - 005	010400000 - Asignaciones Familiares	118,000.00	128,000.00	0.00	127,282.00	127,282.00	718.00	127,282.00	127,282.00	127,282.00	119,294.31
2015	458 - 005	010600000 - Asistencia Social al Personal	4,000.00	90,000.00	0.00	89,509.97	89,509.97	490.03	89,509.97	89,509.97	89,509.97	89,509.99
2015	458 - 005	010700000 - Retroactividades	128,000.00	392,000.00	0.00	391,567.28	391,567.28	432.72	391,567.28	391,567.28	391,567.28	374,749.91
2015	458 - 005	020200000 - Combustibles y Lubricantes	142,000.00	381,000.00	0.00	380,375.21	380,375.21	624.79	380,375.21	380,375.21	380,375.21	380,375.21
2015	458 - 005	020600000 - Productos Farmacéuticos y Medicinales	1,368,000.00	1,930,000.00	147,803.79	1,868,157.43	1,868,157.43	61,842.57	1,868,157.43	1,868,157.43	1,868,157.43	1,198,342.59
2015	458 - 005	020800000 - Productos para Limpieza	0.00	1,000.00	0.00	752.99	752.99	247.01	752.99	752.99	752.99	752.99
2015	458 - 005	020900000 - E.Higiene	7,000.00	15,000.00	0.00	14,063.74	14,063.74	936.26	14,063.74	14,063.74	14,063.74	14,063.74
2015	458 - 005	021000000 - Utileros e Insumos de Escritorio, Enseñanza e Informáticos	80,000.00	55,000.00	0.00	54,115.70	54,115.70	884.30	54,115.70	54,115.70	54,115.70	54,115.70
2015	458 - 005	021100000 - Repuestos, Accesorios y Herramientas Menores	6,000.00	1,000.00	0.00	585.94	585.94	414.06	585.94	585.94	585.94	585.94
2015	458 - 005	021200000 - Productos Químicos, Caucho, Piel y Plástico	0.00	1,000.00	0.00	597.02	597.02	402.98	597.02	597.02	597.02	597.02
2015	458 - 005	021300000 - Mnerales	0.00	1,000.00	0.00	33.28	33.28	966.72	33.28	33.28	33.28	33.28
2015	458 - 005	030100000 - Servicios Básicos	193,000.00	321,000.00	0.00	320,809.98	320,809.98	190.02	320,809.98	320,809.98	320,809.98	320,809.98
2015	458 - 005	030300000 - Servicio de Mantenimiento y Reparación	36,000.00	77,000.00	0.00	76,483.60	76,483.60	516.40	76,483.60	76,483.60	76,483.60	76,483.60
2015	458 - 005	030400000 - Servicios Comerciales de Seguros y Bancarios	16,000.00	37,000.00	0.00	36,824.72	36,824.72	175.28	36,824.72	36,824.72	36,824.72	36,824.72
2015	458 - 005	030500000 - Servicios Técnicos, Profesionales y de Terceiros	428,000.00	779,000.00	0.00	778,978.00	778,978.00	22.00	778,978.00	778,978.00	778,978.00	778,978.00
2015	458 - 005	030600000 - Impuestos, Derechos, Tasas	0.00	1,000.00	0.00	880.00	880.00	120.00	880.00	880.00	880.00	880.00
2015	458 - 005	030800000 - Pasajes, Viáticos, Movilidad y Compensaciones	1,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2015	458 - 005	031200000 - Servicios de Limpieza, Lavado y Desinfecciones	1,892,000.00	2,247,000.00	1,622,501.46	325,613.29	1,948,114.75	298,885.25	1,948,114.75	1,948,114.75	1,948,114.75	652,950.73
2015	458 - 005	031300000 - Servicio de Racionamiento en Cocido	1,301,000.00	1,429,000.00	1,305,163.16	0.00	1,305,163.16	123,836.84	1,305,163.16	1,305,163.16	1,305,163.16	377,544.53
2015	458 - 005	039900000 - Otros Servicios No personales N.C.	0.00	3,000.00	0.00	2,930.00	2,930.00	70.00	2,930.00	2,930.00	2,930.00	2,930.00
2015	458 - 005	110100000 - Maquinarias, Equipos, Herramientas e Instrumentos	0.00	56,000.00	0.00	55,779.00	55,779.00	221.00	55,779.00	55,779.00	55,779.00	55,779.00
2015	458 - 005	<b>TOTAL</b>	<b>34,384,000.00</b>	<b>43,341,000.00</b>	<b>3,075,468.41</b>	<b>39,772,225.05</b>	<b>42,847,693.45</b>	<b>493,306.55</b>	<b>42,847,693.45</b>	<b>42,847,693.45</b>	<b>42,847,693.45</b>	<b>37,703,730.40</b>



**ANEXO N° 16: CONSULTAS MÉDICAS - Estadísticas Hospital Santa Rosa de Río Primero - Años 2013-2015.**

AÑO	MESES	CLINICA MEDICA	PEDIATRIA	TOCOGINECOLOGIA	OFTALMOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	UROLOGIA	PSIQUIATRIA	PSICOLOGIA	CARDIOLOGIA	NUTRICION	CIRUGIA	OR.L.	DERMATOLOGIA	NEUROLOGIA	TOTAL
2013	Enero	1076	114	291	55	0	38	0	107	0	52	73	0	0	0	1806
2013	Febrero	839	124	206	96	198	0	133	92	153	0	61	0	0	0	1902
2013	Marzo	1061	161	207	198	212	30	137	29	117	48	121	0	0	0	2321
2013	Abril	1091	172	227	173	192	51	104	113	138	51	112	0	0	0	2424
2013	Mayo	906	120	196	93	197	49	97	119	123	64	90	0	0	0	2054
2013	Junio	1023	192	175	105	105	19	70	78	100	53	51	7	10	0	1988
2013	Julio	1095	180	159	91	129	32	76	61	103	48	84	15	14	2	2089
2013	Agosto	999	187	213	80	224	27	76	98	90	53	127	20	14	17	2225
2013	Septiembre	981	158	194	107	251	37	97	99	78	48	119	22	14	39	2244
2013	Octubre	1056	180	254	160	285	35	88	75	104	13	153	15	22	22	2462
2013	Noviembre	899	80	154	104	197	28	55	106	49	44	125	20	14	0	1875
2013	Diciembre	661	91	89	6	108	0	54	50	53	25	30	9	11	7	1194
2013	<b>TOTAL</b>	<b>11687</b>	<b>1759</b>	<b>2365</b>	<b>1268</b>	<b>2098</b>	<b>346</b>	<b>987</b>	<b>1027</b>	<b>1108</b>	<b>499</b>	<b>1146</b>	<b>108</b>	<b>99</b>	<b>87</b>	<b>24584</b>

AÑO	MESES	CLINICA MEDICA	PEDIATRIA	TOCOGINECOLOGIA	OFTALMOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	UROLOGIA	PSIQUIATRIA	PSICOLOGIA	CARDIOLOGIA	NUTRICION	CIRUGIA	OR.L.	DERMATOLOGIA	NEUROLOGIA	TOTAL
2014	Enero	1082	159	135	43	0	155	0	83	0	34	16	17	18	0	1742
2014	Febrero	983	158	102	220	205	131	45	71	156	0	18	23	13	0	2135
2014	Marzo	965	144	167	136	151	58	71	79	144	49	20	21	14	0	2019
2014	Abril	879	195	230	170	191	64	64	105	92	30	0	21	19	0	2060
2014	Mayo	1033	183	218	134	197	101	100	112	185	35	16	20	17	0	2351
2014	Junio	1044	105	161	163	185	75	75	116	123	50	20	20	17	0	2154
2014	Julio	1035	202	202	102	156	62	111	89	111	43	18	14	21	0	2166
2014	Agosto	1289	177	189	65	192	50	66	84	71	39	19	16	18	0	2275
2014	Septiembre	1115	163	285	67	195	62	55	128	168	71	23	17	20	0	2369
2014	Octubre	1081	125	263	96	220	86	186	47	119	46	16	15	14	0	2314
2014	Noviembre	955	64	272	89	198	56	155	81	172	38	0	12	17	0	2109
2014	Diciembre	1115	220	203	64	154	55	139	45	37	22	30	12	16	0	2112
2014	<b>TOTAL</b>	<b>12586</b>	<b>1895</b>	<b>2427</b>	<b>1349</b>	<b>2044</b>	<b>955</b>	<b>1067</b>	<b>1040</b>	<b>1378</b>	<b>457</b>	<b>196</b>	<b>208</b>	<b>204</b>	<b>0</b>	<b>25806</b>



AÑO	MESES	CLINICA MEDICA	PEDIAT RIA	TOCOGI NECOLO GIA	OFTALM OLOGIA	TRAUM ATOLOG IA	UROLOG IA	PSIQUIA TRIA	PSICOLO GIA	CARDIO LOGIA	NUTRICI ON	CIRUGIA	ORL.	DERMA TOLOGI A	NEUROL OGIA	TOTAL
2015	Enero	1417	234	260	0	0	77	44	79	20	42	25	40	18	0	2256
2015	Febrero	1099	130	247	169	114	62	44	65	189	0	28	7	18	0	2172
2015	Marzo	1133	177	173	140	164	23	116	28	100	38	25	15	17	0	2149
2015	Abril	1191	233	187	151	209	79	170	77	70	44	21	12	18	0	2462
2015	Mayo	1005	230	223	122	186	86	150	89	62	33	32	17	17	0	2252
2015	Junio	1185	231	245	133	188	85	119	70	90	55	34	12	18	0	2465
2015	Julio	1114	238	260	93	156	77	132	85	63	45	24	19	18	0	2324
2015	Agosto	1257	162	243	82	157	75	218	78	49	50	26	18	15	0	2430
2015	Septiembre	1319	340	297	130	238	104	194	92	96	55	31	16	18	0	2930
2015	Octubre	1098	132	352	100	213	63	161	76	90	43	27	18	16	0	2389
2015	Noviembre	1061	183	234	107	160	61	110	101	109	23	39	10	17	0	2215
2015	Diciembre	1243	150	187	27	150	56	174	34	75	24	31	14	23	0	2188
<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>14122</b>	<b>2440</b>	<b>2908</b>	<b>1254</b>	<b>1935</b>	<b>848</b>	<b>1632</b>	<b>874</b>	<b>1013</b>	<b>452</b>	<b>343</b>	<b>198</b>	<b>213</b>	<b>0</b>	<b>28232</b>



**ANEXO N° 17: Partida presupuestaria 029911 "Convenios del Ministerio de Salud con organismos varios".**

DESCRIPCION DE PARTIDAS	2013	2014	2015
<b>02 - Ingresos No Impositivos</b>	<b>3,145,998,096</b>	<b>4,140,301,497</b>	<b>5,250,422,449</b>
<b>01 - Tasas Retributivas de Servicios</b>	<b>924,317,415</b>	<b>1,215,942,082</b>	<b>1,660,734,550</b>
01- Poder Judicial -Ley N° 8002-	154,513,070	160,418,420	220,288,879
02- De Transporte -Articulo 11 Y 47 Ley N° 8669-	6,526,780	8,514,678	12,355,723
03- Actividad Nautica -Articulo 9 Ley N° 5040-	1,753,608	2,457,523	3,354,028
04- Registro General De La Provincia -Ley N° 9342-	82,710,745	104,430,628	131,347,713
06- Fondo Agropecuario -Leyes 8116 Y 9138	10,995,129	12,288,769	12,602,881
07- Prestadores Privados De Seguridad -Articulo 30 Ley N° 9236-	995,840	932,960	1,336,210
08- Oficina Móvil Del Registro Civil Y Capacidad De Las Personas -Articulo 3 Ley 9138	3,409,086	5,200,380	6,925,746
09- Departamento De Protección De Alimentos	1,286,033	1,313,960	1,554,443
10- Productos Químicos O Biológicos De Uso Agropecuario - Ley N° 9164 Art 48	0	2,115,224	1,541,794
11-Policía de la Provincia de Cba- Art. 3 Ley 7386 y modif .	93,282,802	164,214,947	214,751,408
12- Minería -Ley N° 7059	0	1,066,587	1,459,041
14- Salud	0	5,667,874	8,333,779
15- Ambiente	5,144,511	5,601,991	9,228,771
17 - Tasa Vial Provincia	534,536,468	693,477,330	977,381,509
18- Tasa Sifcos Ley N° 9693	0	4,355,630	5,193,170
19- Trabajo	0	8,618,490	10,816,573
20 - Registro Industrial - Ley 10.240	0	0	1,662,200
99- Otras Tasas Retributivas De Servicios Nc	29,163,343	35,266,691	40,600,682
<b>99 - Fondos No Tributarios</b>	<b>2,221,680,685</b>	<b>2,924,359,418</b>	<b>3,589,687,899</b>
01- Fondos Caducos De Quiebras - Ley N° 9268 Art 6	475,543	563,415	1,192,647
02- Fondo Mantenimiento de la Red Firme Natural	267,201,302	333,042,064	436,397,488
03- Fondo Recursos Para Ablación E Implantas - Ley N° 9146 Art 1	57,578	2,962,488	2,146,240
06- Fondo de Consorcios Canaeros	25,632,166	31,916,391	41,993,088
07 - Fondo Compensador del Transporte ley 9832	0	0	2,944,218
08 - Fondo Infraestructura para Municipios y Comunas	101,832,013	110,822,411	138,127,951
10- Fondo De Desarrollo Industrial - Ley N° 9121 Art 8	0	0	0
<b>11- Convenios Del Ministerio De Salud Con Organismos Varios</b>	<b>71,717,781</b>	<b>72,874,408</b>	<b>88,241,666</b>
12- Fondo Minero - Ley N° 7059 Art 3	847,740	783,998	820,005
14- Fondo Productos Químicos O Biológicos De Uso Agropecuario - Ley N° 9164 - Art 48	2,744,390	0	0
15- Recursos Ley Organica Del Tribunal De Cuentas. - Ley N° 7630 Art 21 22	768,823	0	0
17- Fondo Para La Prevención Y Lucha Contra El Fuego - Ley N° 9147 Art 17	56,185,615	58,001,198	60,469,248
19- Fondo Rural para Infraestructura y Gasoductos	438,068,269	642,577,544	758,464,847
21- Recursos Por Utilización De Aguas, Canon De Riego Y Otras -Ley N° 8548 Art 9	25,433,144	32,726,904	46,742,449
23- Fondo Para La Asistencia E Inclusión Social - Ley 9505 Art 15	270,356,703	330,749,937	439,907,574
24- Fondo Para La Prevención De La Violencia Familiar - Ley 9505 Art 23	1,331,749	1,810,049	1,448,378
26- Defensa Del Consumidor	324,482	436,692	927,581
27- Producido Explotac.Term.Omnibus Cordoba	0	0	0
30- Multas En Materia Laboral - Secretaria De Trabajo - Ley N° 8015 Art 5	1,617,847	2,278,095	2,053,821
31- Multas De Transito - Ley N° 8560 Art 7,8 - Ley N° 8169	167,927,211	208,524,773	191,384,493
33- Otras Multas Nc	1,535,271	3,945,057	6,162,366
37- Fondo Ley 9870 Art. 109	610,008,555	880,246,410	1,145,859,799



**ANEXO N° 18: Programa 464 "(C.E) Convenios con organismos de seguridad social y otros, cuenta especial recuperado del gasto hos 8.373".**

JURISDICCION	EJERCICIO 2013			EJERCICIO 2014			EJERCICIO	
	PRESUPUES TADO	COMPROMET IDO	TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR	PRESUPUES TADO	COMPROMET IDO	TOTAL DEV. / ORDENADO A PAGAR	PRESUPUES TADO	COMPROMET IDO
02 . Bienes De Consumo	29,722,000	27,980,582	27,980,582	38,800,000	37,963,932	37,963,932	53,660,000	53,264,299
03 . Servicios No Personales	22,812,000	21,765,879	21,765,879	27,012,000	26,271,730	26,271,730	25,472,000	25,184,797
06 . Transferencias Para Erogaciones Corrientes.	867,000	738,765	738,765	1,980,000	1,940,035	1,940,035	3,388,000	3,268,254
11 . Bienes De Capital	2,830,000	2,445,674	2,445,674	4,908,000	4,795,245	4,795,245	3,789,000	3,607,969
12 . Trabajos Públicos	1,000,000	950,966	950,966	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>57,231,000</b>	<b>53,881,866</b>	<b>53,881,866</b>	<b>72,700,000</b>	<b>70,970,942</b>	<b>70,970,942</b>	<b>86,309,000</b>	<b>85,325,279</b>



**ANEXO N° 19: Subprograma 458-005 "Hospital Santa Rosa de Río Primero".**

<b>PARTIDA PRINCIPAL</b>	<b>PARTIDA PARCIAL</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>01 - Personal</b>		<b>15,207,000</b>	<b>20,537,000</b>	<b>28,914,000</b>
	01 - Personal Permanente	8,028,000	9,208,000	13,487,000
	02 - Personal No Permanente	6,375,000	10,558,000	15,177,000
	04 - Asignaciones Familiares	201,000	131,000	118,000
	06 - Asistencia Social al Personal	189,000	81,000	4,000
	07 - Retroactividades	414,000	559,000	128,000
<b>02 - Bienes de Consumo</b>		<b>1,125,000</b>	<b>1,286,000</b>	<b>1,603,000</b>
	01 - Alimentos para Personas	4,000	0	0
	02 - Combustibles y Lubricantes	76,000	117,000	142,000
	03 - Textiles y Vestuario	26,000	0	0
	05 - Productos Impresos	0	2,000	0
	06 - Productos Farmacéuticos y Medicinales	983,000	1,130,000	1,368,000
	08 - Productos para Limpieza E Higiene	0	1,000	0
	09 - Útiles e Insumos de Escritorio, Enseñanza e Informáticos	6,000	8,000	7,000
	10 - Repuestos, Accesorios y Herramientas Menores	25,000	20,000	80,000
	11 - Productos Químicos	1,000	3,000	6,000
	12 - Productos de Cuero, Caucho, Piel y Plástico	2,000	3,000	0
	13 - Minerales	2,000	2,000	0
<b>03 - Servicios No Personales</b>		<b>2,059,000</b>	<b>2,695,000</b>	<b>3,867,000</b>
	01 - Servicios Básicos	131,000	103,000	193,000
	02 - Alquileres y Derechos	1,000	0	0
	03 - Servicio de Mantenimiento y Reparación	37,000	36,000	36,000
	04 - Servicios Comerciales, de Seguros y Bancarios	14,000	33,000	16,000
	05 - Servicios Técnicos, Profesionales y de Terceros	171,000	32,000	428,000
	08 - Pasajes, Viáticos, Movilidad y Compensaciones	0	0	1,000
	12 - Servicios de Limpieza, Lavado y Desinfecciones	931,000	1,296,000	1,892,000
	13 - Servicio de Racionamiento en Cocido	667,000	1,194,000	1,301,000
	99 - Otros Servicios No personales N.C.	107,000	1,000	0
<b>06 - Transf. para Erogaciones Ctes.</b>		<b>35,000</b>	<b>2,000</b>	<b>0</b>
	02 - A Organismos Que Integran la APNF	35,000	2,000	0
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>18,426,000</b>	<b>24,520,000</b>	<b>34,384,000</b>



**ANEXO N° 20: Programa 464 “(C.E) Convenios con organismos de Seg. Soc. y otros, cta. esp. recupero del gasto hosp. – Ley 8.373”.**

<b>PARTIDA PRINCIPAL</b>	<b>PARTIDA PARCIAL</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>02 - Bienes de Consumo</b>		<b>27,939,000</b>	<b>35,682,000</b>	<b>45,335,000</b>
	01 - Alimentos para Personas	1,200,000	1,409,000	1,826,000
	02 - Combustibles y Lubricantes	2,000,000	2,348,000	3,047,000
	03 - Textiles y Vestuario	2,000,000	2,348,000	3,047,000
	04 - Productos Agropecuarios y Forestales	300,000	352,000	457,000
	05 - Productos Impresos	100,000	117,000	152,000
	06 - Productos Farmacéuticos y Medicinales	16,259,000	21,112,000	26,168,000
	07 - Material para Seguridad	30,000	35,000	45,000
	08 - Productos para Limpieza E Higiene	400,000	822,000	1,067,000
	09 - Utiles e Insumos de Escritorio, Enseñanza e Informáticos	1,500,000	1,761,000	2,286,000
	10 - Repuestos, Accesorios y Herramientas Menores	3,000,000	3,523,000	4,572,000
	11 - Productos Químicos	500,000	587,000	762,000
	12 - Productos de Cuero, Caucho, Piel y Plástico	200,000	705,000	915,000
	13 - Minerales	300,000	352,000	457,000
	14 - Productos Metálicos	140,000	164,000	213,000
	99 - Otros Bienes de Consumo N.C	10,000	47,000	321,000
<b>03 - Servicios No Personales</b>		<b>22,945,000</b>	<b>27,199,000</b>	<b>35,080,000</b>
	01 - Servicios Básicos	200,000	235,000	694,000
	02 - Alquileres y Derechos	300,000	352,000	587,000
	03 - Servicio de Mantenimiento y Reparación	7,000,000	8,219,000	9,862,000
	04 - Servicios Comerciales, de Seguros y Bancarios	3,000,000	3,523,000	4,053,000
	05 - Servicios Técnicos, Profesionales y de Terceros	10,000,000	11,730,000	15,224,000
	06 - Impuestos, Derechos, Tasas	300,000	352,000	976,000
	08 - Pasajes, Viáticos, Movilidad y Compensaciones	1,000,000	1,174,000	1,524,000
	09 - Publicidad y Propaganda	20,000	23,000	95,000
	11 - Servicio de Vigilancia	0	23,000	30,000
	12 - Servicios de Limpieza, Lavado y Desinfecciones	440,000	517,000	671,000
	13 - Servicio de Racionamiento en Cocido	5,000	18,000	23,000
	15 - Perfeccionamiento y Capacitación	120,000	376,000	488,000
	16 - Cortesía y Homenaje	60,000	70,000	91,000
	99 - Otros Servicios No personales N.C.	500,000	587,000	762,000
<b>06 - Transf. para Erogaciones Ctes.</b>		<b>37,000</b>	<b>864,000</b>	<b>2,030,000</b>
	06 - Transferencias al Sector Privado	37,000	864,000	2,030,000
<b>11 - Bienes de Capital</b>		<b>5,310,000</b>	<b>6,235,000</b>	<b>8,378,000</b>
	01 - Maquinarias, Equipos, Herramientas e Instrumentos	5,000,000	5,836,000	3,590,000
	02 - Medios de Transporte	100,000	117,000	437,000
	03 - Elementos de Seguridad	50,000	94,000	122,000
	04 - Colecciones, Elementos de Museos y Bibliotecas	10,000	12,000	16,000
	05 - Instalaciones	100,000	117,000	152,000
	07 - Activos Intangibles	50,000	59,000	4,061,000
<b>12 - Trabajos Públicos</b>		<b>1,000,000</b>	<b>220,000</b>	<b>286,000</b>