



**ANÁLISIS COMPARADO DEL FINANCIAMIENTO DE DOS
HOSPITALES MUNICIPALES DE LA PROVINCIA DE BUENOS
AIRES: MUNICIPIOS DE BALCARCE Y RAUCH.**

Presentado por:

Omar Enrique Ávila

Para optar al título de especialista en gestión de organizaciones de salud

Director de tesis: Héctor Calvo

La Plata, 2020

Índice de contenidos

- 1) Introducción.
- 2) Caracterización del problema y su relevancia.
- 3) Marco teórico.
- 4) Objetivos.
- 5) Metodología.
- 6) Breve resumen acerca de los hospitales.
- 7) Desarrollo.
- 8) Conclusiones.
- 9) Bibliografía.
- 10) Anexos.

1) Introducción.

El presente trabajo de investigación se refiere al tema del financiamiento de los hospitales municipales de las ciudades de Balcarce y Rauch. El **financiamiento** es el proceso por el cual los hospitales se ocupan de la generación, asignación y utilización de los recursos financieros destinados al sistema y el **mecanismo de financiamiento** se refiere a las fuentes de financiamiento, las cuales son principalmente el tesoro público, la recaudación directa a través del cobro a los usuarios y la recaudación directa a través del cobro a terceros pagadores.

La característica del financiamiento de los hospitales es que generalmente es insuficiente, ya que los costos en salud aumentan en mayor proporción que el nivel de recaudación.

Para analizar esta problemática es necesario identificar sus causas. Una de ellas es que los hospitales se financian principalmente con recursos fiscales y pagos ocasionales de parte de las obras sociales cuando se atiende a sus afiliados. En Argentina en los últimos años el gasto público en salud ha mostrado una tendencia relativa al descenso. Por otro lado a raíz de las distintas crisis económicas que ha ido atravesando el país un porcentaje creciente de la población argentina ha quedado sin la protección de un seguro de salud, lo cual hace que los hospitales públicos tengan una mayor demanda de servicios.

La crisis financiera actual hace que los hospitales se encuentren en una situación inestable e incierta. Las características contextuales tales como la deuda nacional, la corrupción o una sustancial porción de la economía informal, pueden ser un desafío para el financiamiento del gasto. Es cierto que no se trata de una situación nueva, pero el aumento de los costos de los insumos sanitarios, de las innovaciones terapéuticas por la inflación y en paralelo la recesión económica conduce a la pérdida de trabajo y la caída de ingresos, eso hace que decline el gasto de los consumidores y el ingreso asociado a impuestos, además de una disminución del gasto en salud por parte del gobierno y un presupuesto aprobado que generalmente no da cuenta del nivel de gasto efectivo que generan los hospitales, se convierte en un panorama preocupante que puede conducir a una crisis sanitaria. Situaciones imprevistas como la pandemia de COVID-19 está sometiendo a una gran presión a los sistemas sanitarios de todo el mundo. El rápido aumento de la demanda al que se enfrentan los hospitales y los profesionales de la salud amenaza con sobrecargar algunos sistemas sanitarios e impedir que funcionen eficazmente. La COVID-19 muestra la

fragilidad de muchos sistemas y servicios sanitarios en todo el mundo, y está obligando a los países a tomar decisiones difíciles sobre el mejor modo de satisfacer las necesidades de sus ciudadanos.

Los hospitales públicos funcionan con dificultad principalmente debido a un aumento de la deuda hospitalaria, concentrada principalmente en bienes de consumo, lo cual obliga a la interrupción de pagos a proveedores y de esta manera no se entregan insumos al sector público. Esta situación obliga a los hospitales a no prestar ciertos servicios o disminuir la calidad de la prestación, no pudiendo así garantizar la calidad y prestación de servicios sanitarios.

El presente trabajo de investigación se inscribe en la problemática de financiamiento de hospitales y se realiza con el interés orientado a conocer el nivel de gasto de los hospitales municipales de Balcarce y Rauch, sus fuentes de financiamiento y si existe relación entre el financiamiento del gasto y el mecanismo de financiamiento para poder identificar estrategias de financiamiento con impacto en la sostenibilidad del sistema y la garantía en la calidad de atención.

2) Caracterización del problema y relevancia.

La situación en Argentina respecto al gasto total en salud per cápita es muy particular. Esta situación ha generado un horizonte de preocupación e incertidumbre, no solo porque viene disminuyendo en los últimos años, sino también, porque el porcentaje financiado por el estado también ha disminuido y aumentó considerablemente el gasto de bolsillo de parte de la población usuaria. Esta tendencia representa un doble problema porque el financiamiento de bolsillo está ligado a menos acceso a la atención, resultados adversos en la salud y empobrecimiento y por otro porque es conocido que la disponibilidad de recursos pagos anticipados para la salud, tales como los gastos gubernamentales, es uno de los mayores determinantes del acceso a la atención en salud y puede llevar a ganancias en la salud en la población, siendo el mayor propósito de la cobertura universal de la salud.

El gasto en salud tiende a aumentar con el desarrollo económico. Países con ingresos bajos o medio-bajos como el nuestro aumentarán su gasto en salud a una velocidad mucho menor que los países económicamente desarrollados. Los hospitales tienen un rol creciente en el aumento de los gastos en salud. Así se observa que los hospitales consumen entre un 50 y un 80 % del gasto en salud. Esto plantea la necesidad de una intervención política proactiva para aumentar el espacio fiscal para la salud, sin embargo, características contextuales como la deuda nacional, la corrupción y una importante parte de la economía informal hacen un desafío lograr el financiamiento del gasto en salud.

El tema es relevante por el impacto en la sostenibilidad del sistema y también por el acceso que efectivamente la población puede lograr. El conocimiento del gasto en salud y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones acerca de cómo se asignan los recursos del sector salud y además es clave para visualizar el esfuerzo que hacen las sociedades y los gobiernos para enfrentar los problemas de salud que afectan a sus poblaciones. En este sentido se convierte en un instrumento que permite el diálogo entre los diferentes niveles de la sociedad, el estado y el sector privado con respecto a las prioridades y las políticas de salud, al gasto, al financiamiento, a la oferta de servicios y a la participación de los usuarios del sistema.

El papel de los municipios en la salud es reconocerla como un derecho fundamental de las personas a lo largo de su curso de vida, promoviendo, planificando y ejecutando programas de medicina preventiva y reparativa, asegurando el acceso al recurso terapéutico y

tecnológico de que disponga equitativamente, concretando políticas sanitarias con el gobierno provincial y nacional, otros municipios y provincias, instituciones públicas, privadas y demás organizaciones comunitarias.

3) Marco teórico

Según la Organización Mundial de la Salud la financiación de la salud se ocupa de la generación, asignación y utilización de los recursos financieros destinados a los sistemas de salud¹ y los mecanismos de financiación son las distintas fuentes de donde provienen los recursos financieros².

Los sistemas de salud provienen de dos modelos genéricos, los servicios nacionales de salud, en los que los recursos pertenecen al Estado y se financian mediante impuestos generales, y los de seguridad social, donde los recursos pueden ser estatales o privados y se financian mediante alcúotas del salario^{3,4}. Desde que fueron creados estos dos modelos prototípicos (la Seguridad Social alemana en 1883 y el Servicio Nacional de Salud Británico –NHS- en 1948) en todo el mundo se reprodujeron organizaciones sanitarias similares, con rasgos predominantes de uno u otro modelo, pero en general combinando formas mixtas de organización y financiamiento³. En América Latina predominaron sistemas pluralistas en los que coexistieron diferentes componentes, por un lado subsistemas de servicios públicos financiados por el Estado; otra parte son los subsistemas de seguridad social de origen estatal, financiados mediante aportes salariales y dirigidos a trabajadores formales, cuyos prestadores fueron predominantemente privados, y por último subsistemas privados a través de entidades aseguradoras^{3,5}.

En el sistema de salud argentino justamente coexisten estos tres subsistemas: el subsistema público, el subsistema de la seguridad social y el subsistema privado. El subsistema público comprende los tres niveles del Estado: nacional, provincial y municipal. Este subsistema brinda atención médica a todos los habitantes que lo requieran, más allá de que estos tengan otro tipo de cobertura adicional. Los servicios se proveen en forma descentralizada por parte de los gobiernos provinciales y, en algunos casos, por los gobiernos municipales a través de los efectores de salud. A la luz de los procesos de descentralización, el Estado Nacional cuenta al momento actual con poca injerencia o capacidad de gestión sobre efectores de salud hospitalarios ya que son pocos los establecimientos que dependen de este estamento del Estado.

El subsistema de la seguridad social está integrado por Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y

Pensionados (INSSJP) que brinda cobertura a los adultos mayores de todo el territorio argentino. El subsistema privado comprende por un lado instituciones que actúan brindando cobertura de seguro como las empresas de medicina prepaga, planes médicos de hospitales (de comunidad y privados), mutuales, cooperativas y, por otro, empresas o prestadores independientes que ofrecen servicios de atención de la salud^{6, 7}.

Los principales problemas de salud en Argentina se relacionan con la equidad y la eficiencia. La forma en cómo se recaudan, gestionan, asignan y distribuyen los recursos financieros tiene un impacto directo o indirecto en la calidad de los servicios de salud⁷.

Se considera **gasto total de salud de cada país** a la suma del gasto gubernamental, el gasto por seguros, el gasto de bolsillo de las personas y el gasto de las agencias internacionales de asistencia al desarrollo para la salud. En todo el mundo, el promedio global de los gobiernos proveían el 59,2% del gasto total de salud, mientras que el 22,8% del financiamiento fue de bolsillo y el 17,4% por seguros y solamente el 0,6% fue por asistencia al desarrollo para la salud⁸.

El problema del financiamiento del gasto en salud se explica por tres cuestiones:

- 1- Cuanto del gasto en salud se debe destinar para el financiamiento del hospital.
- 2- De donde provienen los recursos o fuentes de financiamiento.
- 3- Como se asignan los recursos⁹⁻¹¹.

1. Cuanto del gasto en salud se debe destinar para el financiamiento del hospital.

Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud. Hay una serie de variables a ser consideradas para llegar a una respuesta adecuada, y están relacionadas con los niveles de salud de la población, los modelos de los sistemas de salud y el tamaño de la economía¹¹.

Dentro del subsector público de la salud cuanto del gasto de salud se destina al financiamiento de los servicios, depende al menos de la oferta de servicios y de la composición de las acciones. Respecto a la oferta de servicios, obviamente a mayor capacidad instalada mayor gasto operativo del sector. En todo el mundo los hospitales consumen una parte muy significativa de los presupuestos de Salud^{9, 10}. Los hospitales representan entre el 50 al 80 % del gasto del sector salud¹². Está demostrado que un

aumento de la oferta hospitalaria genera un aumento de la demanda de servicios y esto hace que haya que destinar mayor presupuesto para el mantenimiento de los mismos. En relación a la composición de las acciones el gasto en salud es también función del perfil de producción de los establecimientos, a mayor complejidad, mayor es el gasto asistencial. Queda claro que a mayor oferta de servicios y mayor producción por parte de los hospitales necesitan mayor financiamiento⁹.

2. De donde provienen los recursos (fuentes o mecanismos de financiamiento).

Los cambios en la economía, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar la salud¹¹.

La función del Estado en el financiamiento consiste en establecer las fuentes de recursos y las reglas de recaudación y de asignación de subsidios, así como velar por el cumplimiento de estas¹³. Tradicionalmente, se han identificado cuatro mecanismos o fuentes de financiamiento que son:

- el tesoro público.
- los seguros privados de salud.
- los seguros nacionales de salud.
- y el cobro a los usuarios².

Otras fuentes alternativas de fondos para el sector salud, son los fondos sociales de emergencia o fondos de inversión social y la conversión de deuda por salud¹². En relación a los recursos del tesoro público cabe mencionar el concepto de espacio fiscal para la salud que fue desarrollado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, sobre todo durante la década del 2000 y fue reconsiderado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en el 2014. El concepto hace referencia a la capacidad de los gobiernos de asignar recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud, sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos sociales necesarios. Las fuentes de espacio fiscal que se han identificado son: crecimiento económico y creación de las condiciones macroeconómicas propicias; una mayor priorización para la salud; creación de nuevos ingresos fiscales y mayor presión fiscal; ayuda externa en forma de préstamos y donaciones para el sector de la salud y aumento en la eficiencia

de los gastos de salud existentes. Estas son potenciales fuentes de recursos adicionales para el sistema de salud^{14, 15}. De estas fuentes, la primera y más estudiada ha sido la de crecimiento económico. Esta postula que, si el producto bruto interno crece, también lo hace la recaudación del Estado y, si se mantiene la distribución del presupuesto, aumentan los recursos para salud, aunque se ha mostrado las limitaciones de esta fuente, se mantiene como una de las principales para los países de ingreso bajo y medio-bajo como nuestro país. Siguiendo el objetivo de la Estrategia de Salud Universal de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud de construir un camino hacia el acceso y cobertura universal en salud los países miembros acordaron, en 2014, elevar el gasto público en salud hasta 6% del producto bruto interno (PBI) ¹⁵. La cobertura universal de la salud tiene tres grandes dimensiones, la primera hace referencia a la oferta de servicios que están cubiertos (cobertura de servicios), la segunda se refiere a la proporción de los costos totales cubiertos a través de seguros u otros mecanismos solidarios de cobertura de riesgos (cobertura financiera) y la tercera dimensión es la relacionada con la proporción de la población cubierta (cobertura de la población).

En este sentido se puede decir que la primera dimensión representa la aspiración de que todas las personas puedan obtener los servicios de salud que necesitan, mientras que la segunda representa la aspiración de garantizar que la población no sufra dificultades financieras vinculadas al pago por servicios de salud en el momento en que los necesiten y la tercera dimensión refleja la distribución de la cobertura a través de diversos subgrupos de población, lo que en su conjunto realza la importancia de lograr la equidad en la cobertura por sexos, edades, lugar de residencia, condición de migrante, origen étnico y nivel de ingresos¹⁶.

Argentina es uno de los países que nunca alcanzará esa meta con crecimiento económico debido a que atraviesa grandes problemas macroeconómicos como el elevado endeudamiento y ha sido objeto de planes de ajuste en años recientes¹⁵.

Una mayor priorización del presupuesto de salud dentro del gasto público total también aparece como una fuente importante de espacio fiscal, aunque existe importante rigidez de presupuesto público entre sectores. Respecto a la creación de nuevos ingresos fiscales y mayor presión fiscal una opción puede ser aumentar los impuestos a bienes dañinos para la salud, entre otras opciones. La ayuda externa en forma de préstamos y donaciones no es considerada como una posibilidad, dada la volatilidad y sostenibilidad en el largo plazo¹⁴.

Para entender la posibilidad del aumento de la eficiencia de los gastos de salud existentes es necesario diferenciar la **eficiencia económica de la eficiencia técnica**, un método de producción es técnicamente eficiente si no existe ningún otro método que utilice una cantidad menor de, al menos, un factor y ninguna más de otro para obtener un nivel dado de producción y eficiencia económica significa producir al menor costo. La eficiencia técnica es necesaria pero no significa que se produzca al menor costo posible (eficiencia económica) ¹². Esta es una medida con aceptación universal, sin embargo, al momento de aplicar medidas, se puede presentar resistencia si no hay acuerdos previos entre los actores del sector¹⁴. En lo que respecta a el cobro a los usuarios o cobro por la prestación de servicios, la lógica económica es que corresponde a un aumento de precios por lo tanto reduce la demanda de los servicios de la salud que se cobra. El pago por servicios se justifica en términos de aumento de ingresos y de promover mayor eficiencia y equidad. La ganancia en eficiencia sería consecuencia de **un mejor uso de los servicios hospitalarios**.

En lo que se refiere a equidad, se acepta que puede tener efectos positivos o negativos, dependiendo de la manera en que se cobre. El mayor problema de un sistema de pago por servicio es que crea barreras de acceso a los servicios a los más pobres¹². En este sentido, se plantea un dilema en la selección del conjunto de mecanismos más adecuados para conformar una estrategia de financiamiento de la salud que permita lograr financiar el gasto en salud².

3. Como se asignan los recursos

La asignación de los recursos se hace subsidiando la oferta, subsidiando la demanda o bien financiando los resultados. Se denomina subsidio a la oferta a la forma más tradicional de financiación en salud. En Argentina el subsidio a la oferta es el presupuesto global, un modelo muy rígido donde cada hospital dispone de un monto fijo por partida, que en general no está vinculado con ningún tipo de metas de producción y las autoridades del establecimiento no están habilitadas para reasignar partidas^{9,11}. La ventaja del financiamiento de la oferta radica en que facilita la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un máximo control sobre la oferta de recursos, facilitando que la asignación de los mismos se relacione con las prioridades sanitarias¹¹. Dentro de las desventajas la predominancia de la asignación de recursos hacia los prestadores públicos mediante presupuestos históricos influidos por la presión (*lobby*) y con poca relación con

los costos, poco aportan en incentivar la eficiencia y en abordar los incentivos débiles a la productividad en el sector público¹⁴, además de contar con todas las limitaciones de la centralización administrativa¹¹. El mecanismo de los subsidios a la demanda consiste en la asignación directa de los recursos a las personas y no a las instituciones. El supuesto es que se puede simular una competencia dentro del sector público eliminando la financiación a través de presupuestos históricos e incrementalistas y reemplazándola por mecanismos de distribución vinculados a la producción de los hospitales. Durante los últimos años ha prosperado una modalidad de asignación de recursos centrada en contratos o convenios que buscan vincular los recursos al desempeño. Es decir, se trata de establecer un vínculo contractual entre el proveedor y el financiador que involucre el cumplimiento de determinadas metas^{9, 11}.

El conocimiento del gasto en salud municipal y sus mecanismos de financiamiento es esencial para la toma de decisiones respecto a los recursos del sector de la salud y permite evaluar la equidad y la eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos. Tiene una doble finalidad, por una parte identificar la combinación de mecanismos de financiamiento que mejor permita lograr los objetivos de sostenibilidad financiera; y por otra parte, busca el acceso equitativo a servicios de calidad.

Hipótesis: Qué relación existe entre el financiamiento del gasto y los mecanismos de financiamiento en los hospitales municipales de Balcarce y Rauch.

4) Objetivos

- **Objetivo general**

Analizar en forma comparada la relación que existe entre el financiamiento del gasto y los mecanismos de financiamiento en los hospitales municipales de Balcarce y Rauch durante el año 2019.

- **Objetivos específicos**

1. Caracterizar el nivel de financiamiento del gasto de los hospitales municipales de Balcarce y Rauch.
2. Identificar los mecanismos de financiamiento de los hospitales municipales de Balcarce y Rauch.
3. Analizar fuentes probables de ineficiencias en los mecanismos de recaudación de los hospitales municipales de Balcarce y Rauch.

5) Metodología

El presente trabajo de investigación se basa en un diseño no experimental, transversal y de tipo descriptivo.

La unidad de análisis está conformada por los hospitales municipales de las ciudades de Balcarce y Rauch.

El enfoque es mixto con un componente cuantitativo y otro cualitativo.

Componente cuantitativo:

Las fuentes de datos secundarias fueron registros internos de los departamentos de estadísticas, de personal y de las oficinas de facturación y administración de los hospitales, el instituto nacional de censos y estadísticas (INDEC 2010), publicaciones de los gobiernos locales de Balcarce y Rauch.

Los indicadores o dimensiones de análisis que se tomaron en consideración en el presupuesto de ambos hospitales son la Coparticipación (CUD), ingresos por Obras Sociales y particulares, ingresos por donaciones, ingresos por becas del ministerio de salud, ingresos por recursos propios, disponibilidades del ejercicio anterior e ingresos varios, gastos en personal, gastos en bienes de uso, gastos en bienes de consumo, gastos en servicios no personales y servicios de la deuda de ambos hospitales.

Componente cualitativo:

Para el componente cualitativo se utilizará la entrevista que se propone a los directores y administradores de los hospitales municipales de Balcarce y Rauch.

La entrevista es con el objeto de indagar información relativa a los mecanismos y a las fuentes de financiamiento de hospitales municipales de la Provincia de Buenos Aires y consta de una serie de preguntas relativas a aspectos de la gestión de este hospital. La información de esta entrevista será grabada y luego desgravada para organizar los ejes temáticos de las respuestas. Su participación es voluntaria, como así también la posibilidad de interrumpir su participación durante la entrevista o no responder algunas de las preguntas a realizar. La información es de carácter confidencial y será utilizada al único propósito de satisfacer este estudio académico.

El cuestionario de la entrevista consta de dos partes y es guiada por un cuestionario de 16 preguntas. La primera parte es la referida a la conformación del presupuesto y está conformada por siete preguntas y la segunda parte hace referencia a la gestión y asignación del presupuesto y consta de nueve preguntas.

Se estableció una reunión en donde se dio a conocer a los directores de ambos hospitales el plan de trabajo para el proceso en elaboración la actividad de formación práctica.

Luego a los fines de la actividad de formación práctica, en primera instancia se propuso y presentó a los directores y administradores de los hospitales un proyecto a realizar con referencia a un problema u oportunidad de mejora concreta de la "ORGANIZACIÓN" la cual podrá utilizar y/o implementar las soluciones y recomendaciones que surjan del informe final de práctica elaborado, en caso que así lo crea pertinente. Se acordó guardar estricta confidencialidad, evitando efectuar comentarios verbales o escritos –salvo el trabajo académico- de los datos y antecedentes a los que tuviere acceso con motivo u ocasión de esta actividad de formación práctica y se solicitó la autorización a los directores de los hospitales municipales de las ciudades de Balcarce y Rauch respectivamente.

Para el relevamiento de los datos y la realización de las entrevistas se estableció un cronograma de actividades que va desde los meses de mayo a septiembre inclusive.

6) Resumen descriptivo de los hospitales

El partido de Balcarce se encuentra ubicado a unos 400 km al sur de Buenos Aires, el partido de Balcarce se asienta sobre las estribaciones del sistema serrano de Tandilia, formado por elevaciones de origen precámbrico que hoy se alzan apenas unos pocos centenares de metros sobre el nivel del mar.

El territorio del Partido Balcarce es uno de los 135 partidos de la provincia argentina de Buenos Aires. Está localizado en el sudeste de la provincia. Su superficie total es de 4.120 km² (412.000 ha). Formando parte de la Quinta Sección Electoral de la Provincia de Buenos Aires El territorio del Servicio de Salud de Balcarce, destaca por ser pequeño, en relación a la mayoría de los demás Servicios de Salud del país. Sin embargo, es uno de los más poblados de la zona, 10,2 hab. /km², como promedio de sus 5 localidades, menor por sobre el promedio nacional (22,4 hab. /km²), y con una población rural del 11,96 %.

De acuerdo al último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 la población perteneciente al Servicio de Salud del partido de Balcarce es de 43823 personas.

El Hospital Municipal Subzonal “Dr. Felipe Fossatti” (HMSFF), de Complejidad VI único efector de salud Pública del partido de Balcarce, está ubicado en el partido de Balcarce, calle 19 n.º 926, partido de Balcarce Provincia de Buenos Aires.

El Servicio de Salud Pública del partido de Balcarce jurisdiccionalmente comprende las localidades de: Gral. Balcarce, San Agustín, Los Pinos, Ramos Otero, Napaleofu y Villa Laguna la Brava.

El Hospital Municipal fue fundado el 1º de noviembre del año 1891, y la primera comisión administradora estuvo a cargo de la Sra. Doña Catalina De La Cuadra. Durante la década del '60 se había comenzado a construir, por iniciativa de un consorcio privado, las instalaciones donde funcionaría una clínica privada, posteriormente la municipalidad de Balcarce ante el deterioro del hospital, comienza las tratativas para la adquisición de dichas instalaciones. En las cuales se asienta hoy la institución hospitalaria. Este llevaría también el nombre de “Felipe A. Fossatti” en honor a quien fuera un profesional de renombre y ex director del hospital. En poco tiempo se traslada clínica médica, después maternidad y pediatría a continuación los consultorios externos y el lavadero y por último el servicio de emergencias y las oficinas administrativas al 3er piso, mientras que el área de internación de cirugía pasa al 1ro. Cuenta con una escuela de enfermería perteneciente al hospital

brinda una tecnicatura superior en enfermería dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. En la misma se forman profesionales en enfermería desde el año 1987. Esto permite a la institución tener recursos en cantidad y calidad siendo el Hospital de Balcarce un centro con elevado porcentaje de personal universitario en esta rama de la salud.

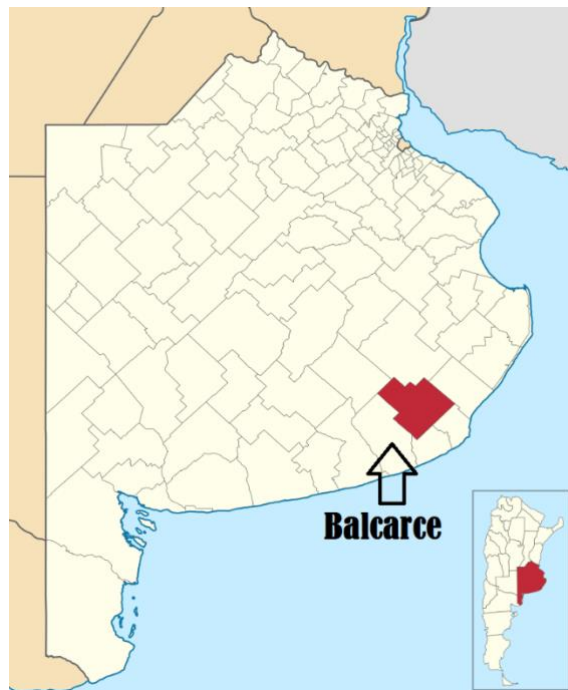
En 1997 se habilita la nueva Unidad de Cuidados Intensivos. Finalmente, durante los últimos años se ha mejorado la estructura edilicia del hospital, mejorando el área de cocina y los quirófanos, y más recientemente el sector destinado al tomógrafo computado. Con un área programática de Centros de atención primario de la salud (CAPS): Gral. Balcarce, Independencia, Los Pinos, San Agustín, Ramos Otero, San Martín, Gendarmería, Martín Guemes, Napaleofu, Norte, Veteranos de Malvinas, CIC I y CIC II.

La estructura organizacional del establecimiento, está constituido por el Intendente Municipal, el Director médico del Hospital Municipal y el Director Médico Asociado y la demás estructura organizacional consta en Organigrama. Las áreas específicas de trabajo, tanto en el ámbito clínico, administrativo u operacional están distribuidas según su complejidad.

El HMSFF corresponde a una superficie total 6.064 m² y semicubierto de 193 m², en donde se encuentra emplazado el edificio y se caracteriza por presentar amplias salas de espera de pacientes, cuenta con baños distribuidos en: baños de personal; baños públicos; baños para discapacitados, amplias vías de acceso, de circulación restringida y evacuación para enfrentar casos de emergencia. Este edificio cuenta con la siguiente distribución: en planta baja Salas de Imagenología (Radiología digital, Tomografía, Mamografía Ecografía y Ecodoppler), consultorios para atención de pacientes ambulatorios, Farmacia Ambulatoria con dispensación automatizada de medicamentos, Laboratorio de análisis clínicos y sector de hemoterapia, Anatomía patológica, Facturación, Estadística, Guardia de emergencia, Estimulación Temprana, Servicio Social, Conmutador telefónico, Galpón de trabajo de mantenimiento y almacenado. En el primer piso Unidad Ambulatoria de Quimioterapia y alivio del dolor, área administrativa (dirección, administración, compras, personal, contaduría, tesorería, asesoría legal), área de internación quirúrgica, secretaría y office de cirugía, sala de médicos, sala de reuniones, área quirófanos: tres quirófanos, un quirófano menor, sala de atención de partos y recepción del recién nacido, esterilización. En el segundo piso área de internación de clínica médica, office y secretaría del servicio, sala de

médicos, terapia ocupacional, jefatura de enfermería, programadores, terapia intensiva (habitación médico, office de enfermería y sala de camas), habitación de choferes de ambulancia y habitación de médicos quirúrgicos. En el tercer piso área de internación de maternidad y pediatría, office y secretaría del servicio, sala de médicos de pediatría, sala de médicos de maternidad y Oratorio. Tiene 82 camas para la internación en general.

La institución cuenta con una planta de 525 empleados y de estos 156 es la cantidad de profesionales que trabajan en la Institución de referencia. El plantel de administrativos está compuesto por 69 empleados. El plantel de auxiliares es de 29 empleados agrupados de la siguiente manera: auxiliares de enfermería 26 y auxiliares de farmacia 3. Además cuenta con 5 camilleros, 8 choferes, 19 de cocina, 13 de mantenimiento, 15 de lavadero, 7 de vigilancia y 2 operadores.



Algunas de las cifras de rendimiento o eficiencia y producción del Hospital de Balcarce correspondiente al año 2019 son las siguientes

Tabla 1. Porcentaje ocupacional por servicios correspondientes

Servicios	Año 2019
UTI	46.4%
Tocoginecología	47%
Pediatría	27.9%

Clínica	91.8%
Cirugía	65.9%
Total	65.3%

De acuerdo a la información aportada por el departamento de estadísticas de hospital de Balcarce en 2019 el servicio con mayor porcentaje ocupacional fue clínica médica, el cual fue secundado por el servicio de cirugía.

Tabla 2. Porcentaje de Giro de Camas por Servicios

Servicios	Año 2019
UTI	16.9%
Tocoginecología	76.8%
Pediatría	50.8%
Clínica	133.2%
Cirugía	108.4%
Total	96.1%

Los servicios con mayor porcentaje de giro cama del hospital de Balcarce en el año en análisis fueron clínica médica y cirugía.

Tabla 3. Promedio de días de estada año 2019

Servicios	Año 2019
Cirugía	2.3
Clínica	2.6
Pediatría	2.0
UTI	5.8
Tocoginecología	2.2
Total	2.5

La unidad de terapia intensiva fue el servicio de Balcarce con mayor promedio de días de estada.

Tabla 4. Número de egresos totales (2019)

Servicios	Año 2019
Cirugía	2189
Clínica	3517
Pediatría	550
Tocoginecología	735

UTI	118
Total	7109

El servicio con mayor número de egresos fue clínica médica.

Tabla 5. Número de consultas externas

Servicios	Total pacientes día	Promedio pacientes día
	Año 2019	Año 2019
Cirugía	4854	2.2
Clínica	8848	2.5
Pediatría	1102	2
Tocoginecología	1641	2.2
UTI	1185	10
Total	17630	2.5

Número de cirugías año 2019: 2852

Consultas en emergencias año 2019: 46497

Exámenes de laboratorio: 106678

Exámenes de imágenes: 22612

El Hospital Municipal de la ciudad de Rauch "General Eustoquio Díaz Vélez" fue inaugurado el 12 de octubre de 1925, gracias al esfuerzo de una Comisión Pro Hospital Municipal con dinero proveniente de donaciones de la comunidad. Desde sus inicios y hasta 2012 conto con la asistencia espiritual de las Hermanas de la Caridad de la Orden Religiosa de las Hijas de San José.

Desde 1993 por la Ley N° 11.072 de descentralización Hospitalaria se faculta al Ministerio de Salud de la Provincia a ejecutar la reestructuración técnica administrativa de los hospitales de su jurisdicción que se adhieran a ella.

El Hospital se transforma en un ente descentralizado sin fines de lucro con la participación de profesionales, trabajadores y la comunidad. La Conducción la ejerce un Consejo funciona como hospital público descentralizado, compuesto por cuatro representantes del Ministerio de Salud y uno de cada estamento mencionado. Se autoriza el cobro de

prestaciones de Obras Sociales, Mutuales y otras formas de cobertura reconocidos conforme a normas establecidas.

En 1997 se produce la modificación de la Ley N° 11.072/93 por medio del Decreto 2368/97 que aclara que la reestructuración técnico administrativa del ente descentralizado al proceso de transferencias de competencias a los servicios hospitalarios requiere incrementar la capacidad de gestión, de resolución de acciones sanitarias sobre la población del áreas programática y la optimización de la calidad de los servicios asistenciales mediante normatización de procedimientos médicos y administrativos, priorización de la atención a población en riesgo, derecho de los pacientes, elección de médico de cabecera y la implementación de la internación conjunta.

El Decreto 135/2003 incluye la extensión horaria de 8.00 a 20.00 horas en el área de cuidados ambulatorios, hospital de día y servicios centrales de diagnóstico y tratamiento. También incluye aplicar mecanismos de referencia y contra referencia con servicios que utilicen la red integral y la estrategia de APS.

Rauch integra la Región Sanitaria IX junto con Azul, Bolívar, Benito Juárez, Gral. Alvear, Gral. Lamadrid, Laprida, Olavarría y Tapalqué. El partido de Rauch tiene 10 centros asistenciales.

La cobertura asistencial correspondiente al Hospital Municipal Eustoquio Díaz Vélez, atiende toda la zona urbana y rural que abarca una superficie de 4.316 Km. La Ciudad de Rauch está situada en el centro sudeste de la Provincia de Buenos Aires, contando con 15.045 habitantes según el censo realizado por el INDEC en el año 2010.

Es un hospital de mediana complejidad, descentralizado y mixto. Para casos en que el usuario requiera derivación a un centro de mayor complejidad, se gestiona tomando en cuenta la cobertura asistencial que posea. De no tenerla se acude al CRES o convenios que tenga el hospital con otros centros de mayor complejidad.

El Hospital Municipal esta categorizado como Nivel de Complejidad II definido como un establecimiento de mediana complejidad donde se desarrollan internación de cuatro especialidades básicas (clínica médica, quirúrgica, pediatría y ginecología) eventualmente cardiología y traumatología y atención del parto de bajo riesgo. En la actualidad el hospital cuenta con 87 camas distribuidas en las siguientes salas: 2 salas de internación clínica, 1

de pre y pos quirúrgicos, 1 UCO, 1 de maternidad, 1 de pediatría, 1 UCI, un Hogar de adultos mayores; 2 quirófanos, 1 sala de partos.



Algunas de las cifras de rendimiento o eficiencia y producción del Hospital de Rauch correspondiente al año 2019 son las siguientes:

Tabla 6. Porcentaje ocupacional por servicios correspondientes

Servicios	Año 2019
UTI	63.27%
Toco ginecología	28.96%
Pediatría	28.60%
Clínica Medica	77.53%
Geriatría	65.35%
Total	52.74%

El servicio con mayor porcentaje ocupacional de camas en Rauch fue clínica medica

El Hospital no tiene Sala de internación de Cirugía declarada como servicio del Hospital, los pacientes que van a cirugía son declarados en Clínica Médica.

Contamos con servicio de Geriatría.

Porcentaje de ocupación de camas por servicios

- UTI: 4 camas

- Geriatría: 30 camas
- Clínica Medica: 37 camas
- Pediatría: 8 camas
- Toco ginecología: 8 camas

Tabla 7. Porcentaje de Giro de Camas por Servicios

Servicios	Año 2019
UTI	2.81%
Toco ginecología	3.93%
Pediatría	3.77%
Clínica Medica	5.5%
Geriatría	8.29 %
Total	24.3%

El servicio con mayor porcentaje de giro cama en Rauch fue geriatría, seguido por clínica médica.

Tabla 8. Promedio de días de estada.

Servicios	Año 2019
UTI	5.08
Toco ginecología	2.28
Pediatría	2.24
Clínica Medica	3.76
Geriatría	3232.3 *
Total	3245.66
	3.34 sin considerar el servicio de Geriatría

El promedio de geriatría es muy alto porque egresaron del servicio solo 3 pacientes y un paciente estuvo internado 9437 días.

Tabla 9. Número de Egresos

Servicios	Año 2019
UTI	3
Toco ginecología	2464
Pediatría	362
Clínica Medica	377
Geriatría	135
Total	3341

El servicio con mayor número de egresos en Rauch fue tocoginecología.

Tabla 10. Número de Consultas Externas

	Total pacientes día	Promedio pacientes día
Servicios	Año 2019	Año 2019
UTI	186	7.15%
Toco ginecología	174	2.10%
Pediatría	167	2.31%
Clínica Medica	2100	4.25%
Geriatría	186	7.15%
Total	562,6	4,59

Número de cirugías: 1145

Consultas especialidad:

- Hemoterapia: 805
- Psiquiatría: 1218
- Neurología: 524
- Urología: 332
- Cardiología: 883
- Oncología: 488

Consultas en emergencias: 19583

Exámenes de laboratorio: 38.087

Exámenes de imágenes: 25.978 (Incluye radiografías, mamografías, ecografías, Eco-doppler y Tomografías)

ECG: 2456

Endoscopias: 668

Ergometrías: 165

Kinesiología: 4582

7) Resultados:

A) Dimensión cuantitativa:

Desarrollo del proceso presupuestario.

Según la Ley 24.156 los presupuestos comprenderán todos los recursos y gastos previstos para el ejercicio, los cuales figurarán por separado y por sus montos íntegros, sin compensaciones entre sí.

El proceso presupuestario tiene etapas bien diferenciadas:

- Formulación (elaboración y aprobación).
- Ejecución.
- Control y rendición de cuentas del ejecutivo.

Formulación presupuestaria

El presupuesto debe ajustarse a un estricto equilibrio fiscal. La ley orgánica de municipios de la provincia no autoriza gastos sin fijar los recursos para su financiamiento. La ejecución del presupuesto tiene que adecuarse al objetivo del equilibrio fiscal y respetar la correspondencia entre la generación de los ingresos y los gastos a realizar.

En el proyecto de presupuesto se incluyen la totalidad de los gastos y recursos ordinarios, extraordinarios y especiales del municipio para cada ejercicio. Estos se clasifican según su finalidad, naturaleza económica y objeto en forma compatible con los planes de cuentas que utiliza el Gobierno de la provincia de Buenos Aires. Además están previstos, en las respectivas finalidades, nombres de programas que identifican los gastos de los principales servicios.

Cada año el Concejo Deliberante sanciona el Presupuesto de Gastos y Cálculo de Recursos, para el año siguiente. La ordenanza para su aprobación necesita simple mayoría de votos de los Concejales presentes. Una vez promulgado el presupuesto, no puede ser modificado sino por iniciativa del Ejecutivo municipal. Si el proyecto de presupuesto es devuelto al Departamento Ejecutivo con modificaciones totales o parciales tras finalizar el período de sesiones, se convoca a sesiones extraordinarias para su tratamiento. También se sigue esta vía si el proyecto no es tratado por el concejo. Si no se llega a la aprobación

del presupuesto durante las sesiones extraordinarias, entra en vigencia el presupuesto del año anterior. Aun así, el Ejecutivo municipal debe insistir con el proyecto no aprobado cuando se reinicien las sesiones ordinarias.

El proceso comienza a desarrollarse con la elaboración de un proyecto de ordenanza que en junio, julio realiza el Departamento Ejecutivo (Secretaría de Hacienda). Este proyecta el presupuesto de gastos y recursos y debe remitirlo al Concejo antes del 31 de octubre de cada año.

De no cumplirse con este plazo el Concejo tiene dos alternativas: conceder una prórroga (Que debe ser solicitada por el departamento Ejecutivo), o proyectar y sancionar un presupuesto cuyo monto no puede superar la recaudación del ejercicio anterior.

El Concejo debe remitir al Intendente el presupuesto aprobado antes del 31 de Diciembre de cada año. Si vencida esta fecha el Concejo no hubiera sancionado el Presupuesto, el Intendente deberá regirse por el vigente para el año anterior y hasta que se apruebe el nuevo.

Las cuentas de la administración municipal serán examinadas en las sesiones especiales que se celebrarán en el mes de marzo.

Ejecución presupuestaria

La ejecución del Presupuesto junto con la recaudación de los recursos es responsabilidad del Departamento Ejecutivo. El presupuesto anual fija el límite en materia de gastos.

El Departamento Ejecutivo puede realizar gastos no previstos o que excedan el monto de las partidas autorizadas, solamente en los siguientes para el cumplir sentencias judiciales firmes, en casos de epidemias, inundaciones e imprevistos que hagan indispensable la acción inmediata de la Municipalidad.

Si los recursos son insuficientes o se hace necesario incorporar conceptos no previstos, el Departamento Ejecutivo puede solicitar que, por ordenanzas, se dispongan recursos suplementarios o transferencias de otras partidas en las que se observen ahorros, siempre que estas conserven recursos para cubrir las necesidades del ejercicio.

Los recursos suplementarios (autorizados por ordenanza) pueden originarse en el superávit de ejercicios anteriores, el excedente de recaudación para el ejercicio de recursos ordinarios (no afectados), la suma que se calcula percibir por el aumento o creación de

tributos y la mayor coparticipación de la provincia o de la Nación no considerada en el cálculo de recursos vigente.

Merece mención especial el régimen actual de coparticipación municipal de impuestos el que está regido por la Ley 10.559 sancionada en Octubre de 1987, luego modificada parcialmente por la Ley 10.752 en Diciembre de 1988. Según esta última, las Municipalidades recibirán en concepto de coparticipación el 16,14%% del total de ingresos que percibe la Provincia en concepto de impuesto sobre los ingresos brutos, impuesto inmobiliario, impuesto a los automotores, impuesto de sellos, tasas retributivas de servicios y participación federal de impuestos. Un primer aspecto a considerar dentro del actual sistema de coparticipación municipal, es la importancia relativa que tiene el criterio de superficie frente a los otros de población y capacidad tributaria, especialmente éste último. En este sentido, de los fondos coparticipados, el 23% se distribuyen en forma proporcional a la inversa de la capacidad tributaria per cápita ponderada por la población, y el 15% en proporción directa a la superficie del partido. Esto, tiende a beneficiar a aquellos municipios de gran superficie y relativamente baja población.

Control y rendición de cuentas

El Departamento Ejecutivo debe habilitar los libros que el Tribunal de Cuentas determine y consultarlo sobre cuestiones contables, presentar al Concejo antes del 1° de marzo de cada año, la rendición de cuentas según las normas que establezca el Tribunal de Cuentas, realizar balances trimestrales de tesorería y comprobación de saldos, y darlos a publicidad (Los organismos descentralizados como el hospital deben dar a conocer sus balances al mismo tiempo que la administración central) y presentar al Concejo, junto con la rendición de cuentas, la memoria y balance financiero del ejercicio vencido.

Además el departamento ejecutivo está obligado a publicar semestralmente, en un diario o periódico de distribución local, durante tres días, una reseña de la situación económica-financiera de la Municipalidad y de sus programas de servicios; unidades de servicios prestados, costos y recursos con los que se financiaron, y anualmente, la Memoria General. Antes de continuar y presentar las estructuras presupuestarias de gastos (presupuestados y devengados o ejecutados) y recursos (presupuestados y percibidos) de los hospitales de Balcarce y Rauch para el periodo de tiempo en estudio, es importante aclarar el concepto de Relevamiento de Expectativas de Mercado (REM). El REM consiste en un seguimiento

sistemático de los principales pronósticos macroeconómicos de corto y mediano plazo que habitualmente realizan analistas especializados, locales y extranjeros, sobre la evolución de variables seleccionadas de la economía argentina que recopila el Banco Central de la República Argentina (BCRA). Se relevan las expectativas sobre los precios minoristas, la tasa de interés, el tipo de cambio nominal, la actividad económica y el resultado primario del sector público nacional no financie. Para el año 2019 los participantes del REM estimaron la inflación en un 29,0%. La inflación de 2019 fue del 53,8%.

Los gastos presupuestados por el hospital de Balcarce para el ejercicio 2019 fueron de un total de \$425.600.000. Se imputaron dentro de este apartado los siguientes conceptos: gastos de personal, bienes de consumo, bienes de capital o de uso, servicios no personales, pagos de la deuda flotante y otros gastos. Los gastos de personal incluyen el pago de salarios de médicos, enfermeros, mucamas, paramédicos y administrativos, lo que incluye personal permanente, personal temporario, asignaciones familiares, asistencia social al personal, beneficios y compensaciones. Los bienes de consumo son productos, que se adquieren en el mercado a un determinado precio, con el objetivo de satisfacer una necesidad. En los hospitales estos incluyen productos alimenticios, agropecuarios y forestales, textiles y vestuarios, productos de papel, cartón e impresos, productos de cuero y caucho, productos químicos y medicinales, productos metálicos, productos de la minería, petróleo y sus derivados, otros bienes de consumo. Los bienes de capital o de uso son la maquinaria, los inmuebles, las instalaciones y las infraestructuras que se utilizan junto a otros factores de producción para producir, a su vez, otros bienes y servicios en el hospital. Los servicios no personales son los servicios básicos, alquileres y derechos, mantenimiento, reparación y limpieza, servicios técnicos y profesionales, servicios comerciales y financieros, pasajes, viáticos y compensaciones, impuestos, derechos y tasas y otros servicios. El pago de la deuda flotante se refiere al pago de la deuda del ejercicio anterior. Y otros gastos incluyen transferencias realizadas por ejemplo para el pago de médicos comunitarios.

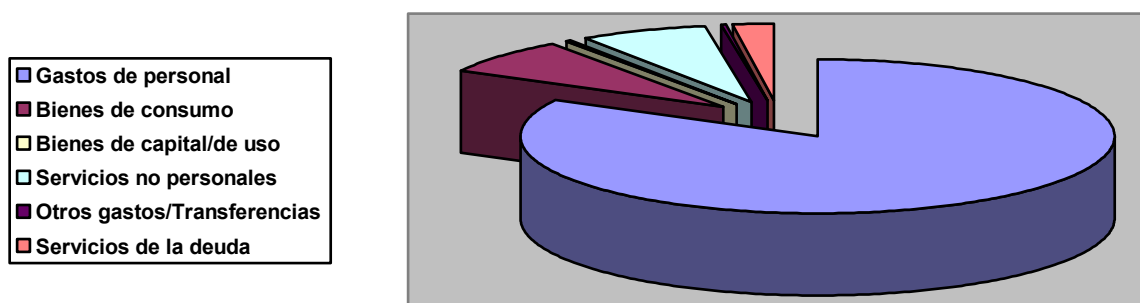
En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de gastos presupuestados por el hospital de Balcarce para el año 2019:

Tabla 11. Presupuesto de gastos del Hospital de Balcarce

Concepto	Año 2019
----------	----------

Gastos de personal	\$352.375.000
Bienes de consumo	\$31.888.000
Bienes de capital /de uso	\$743.000
Servicios no personales	\$30.355.000
Otros gastos	\$289.000
Servicios de la deuda	\$9.950.000
Total	\$425.600.000

Gráfico 1. Gastos presupuestados año 2019 hospital de Balcarce



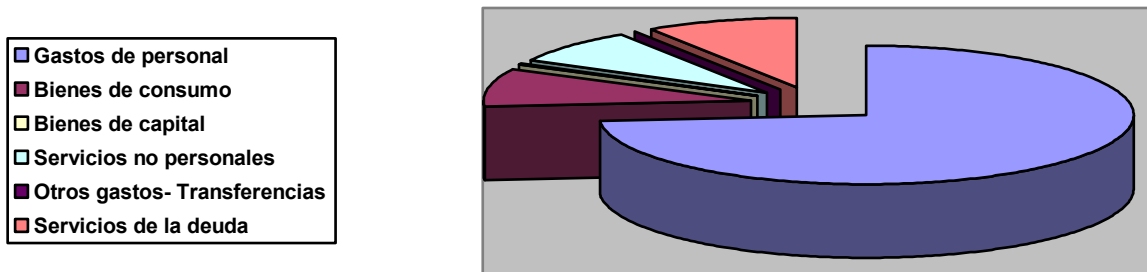
Los gastos devengados o ejecutados por el hospital de Balcarce durante el año 2019 fueron un total de \$541.730.012 millones.

En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de gastos devengados o ejecutados por el hospital de Balcarce para dicho ejercicio:

Tabla 12. Gastos devengados o ejecutados del hospital de Balcarce

Concepto	Año 2019
Gastos de personal	\$399.068.669
Bienes de consumo	\$48.069.509
Bienes de capital /de uso	\$667.420
Servicios no personales	\$44.220.934
Otros gastos-transferencias	\$774.000
Servicios de la deuda	\$48.929.477
Total	\$541.730.012

Gráfico 2. Gastos devengados o ejecutados del Hospital de Balcarce

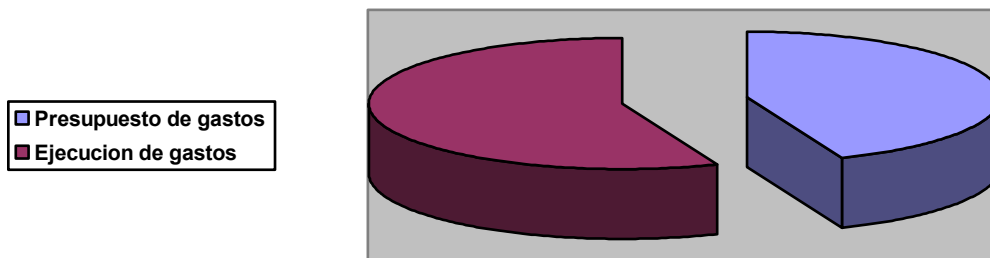


El hospital de Balcarce tuvo una diferencia entre la estimación del gasto y la ejecución del gasto para el año 2019 de \$116.130.012 millones. La variación porcentual fue del 27,28%.

Tabla 13. Gastos presupuestados, devengados y variación porcentual

Total	Año 2019
Gastos presupuestados	\$425.600.000
Gastos devengados o ejecutados	\$541.730.012
Variación porcentual respecto al Presupuesto	27.28 %

Gráfico 3. Presupuesto y ejecución



Los recursos presupuestados por el hospital de Balcarce para el ejercicio 2019 fueron de un total de \$425.600.000 millones. Se imputaron dentro de este apartado los siguientes conceptos: donaciones y legados, ingresos varios, ingresos por internaciones geriátricas, ventas de bienes y servicios, becas del ministerio de salud, recursos de capital y la contribución municipal. El concepto de venta de bienes y servicios se refiere principalmente

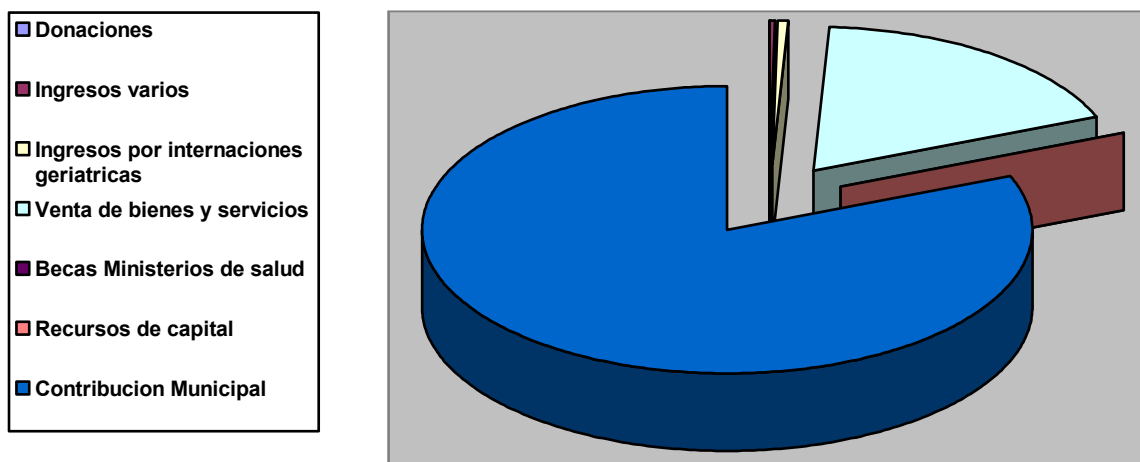
al ingreso por facturación de obras sociales y el de recursos de capital al ingreso por venta de máquinas.

En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de recursos presupuestados por el hospital de Balcarce para el ejercicio del año objeto de estudio:

Tabla 14. Ingresos o recursos presupuestados hospital de Balcarce

Concepto	Año 2019
Donaciones y Legados	\$1.000
Ingresos Varios	\$989.000
Ingresos por Internaciones Geriátricas	\$2.700.000
Venta de bienes y servicios	\$76.350.000
Becas Ministerio de salud	\$0
Recursos de Capital	\$0
Contribución Municipal	\$345.560.000
Total	\$425.600.000

Gráfico 4. Composición de los recursos del Hospital de Balcarce



Los recursos percibidos por el hospital de Balcarce durante el año 2019 fueron un total de \$462.366.413 millones.

Los siguientes recursos percibidos no estaban presupuestados: plan sumar, contribución para la salud, fondo educativo, médicos comunitarios, SAME y asistencia financiera. Dos

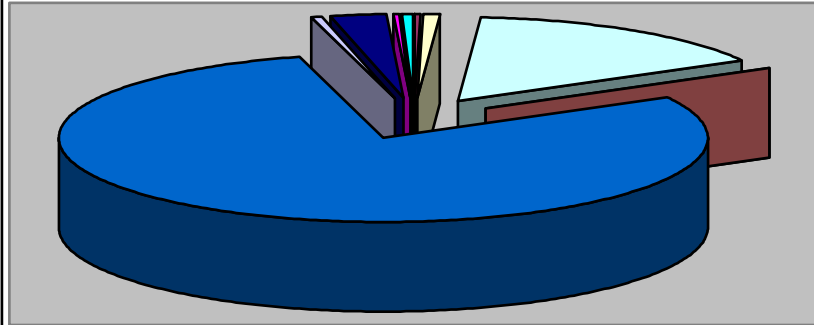
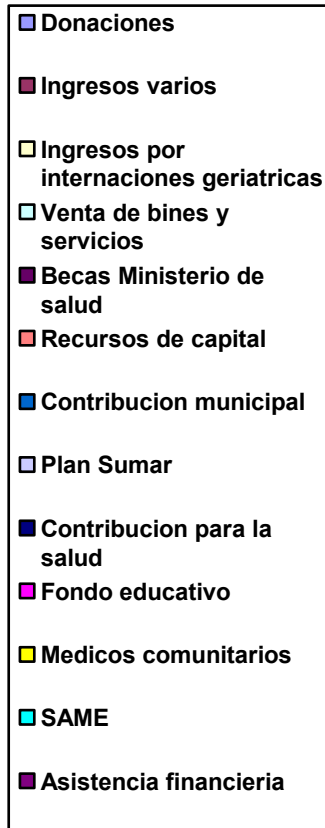
recursos presupuestados tuvieron cero percepciones, el de recursos de capital y el de donaciones y legados.

En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de ingresos o recursos percibidos del hospital de Balcarce para dicho ejercicio:

Tabla 15. Ingresos o recursos percibidos hospital de Balcarce

Concepto	Año 2019
Donaciones y Legados	\$0
Ingresos varios	\$1.234.124
Ingresos por internaciones geriátricas	\$3.534.722
Venta de bienes y servicios	\$73.835.026
Becas Ministerio de Salud	\$342.000
Recursos de Capital	\$0
Contribución Municipal	\$364.336.544
Plan Sumar	\$1.941.595
Contribución para la salud	\$13.581.714
Fondo Educativo	\$709.596
Médicos Comunitarios	\$568.530
SAME	\$2.200.000
Asistencia financiera	\$82.560
Total	\$462.366.413

Grafico 5. Ingresos o recursos percibidos hospital de Balcarce



El hospital de Balcarce tuvo una diferencia entre la estimación de los recursos o ingresos y la percepción de estos para el año 2019 de \$36.766.413 millones. La variación porcentual fue del 8,64%.

Los gastos presupuestados por el hospital de Rauch para el ejercicio 2019 fueron de un total de \$209.241.910,56 millones. Se imputaron dentro de este apartado los mismos conceptos que para el hospital de Balcarce.

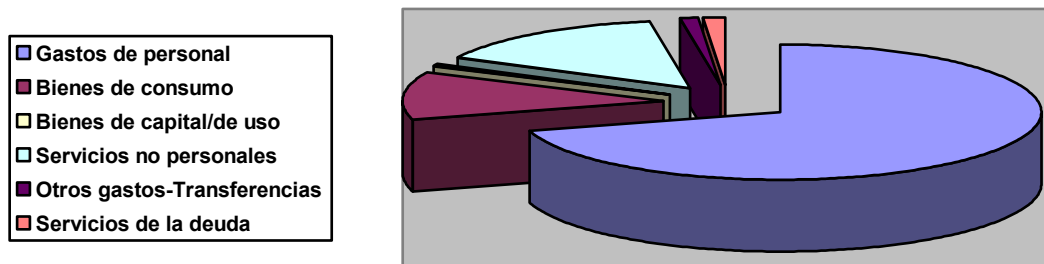
En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de gastos presupuestados por el hospital de Rauch para el año 2019:

Tabla 16. Gastos presupuestados del hospital de Rauch

Concepto	Año 2019
Gastos de personal	\$147.787.360,50
Bienes de consumo	\$23.820.550,98
Bienes de capital/de uso	\$934.697,06
Servicios no personales	\$31.268.183,82
Otros gastos-Transferencias	\$2.431.118,20

Servicios de la deuda	\$3.000.000,00
Total	\$209.241.910,56

Gráfico 6. Gastos presupuestados año 2019 hospital de Rauch



Los gastos devengados o ejecutados por el hospital de Rauch durante el año 2019 fueron un total de \$ 212.890.643,39 millones.

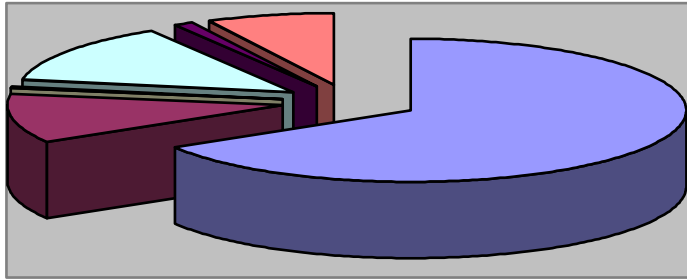
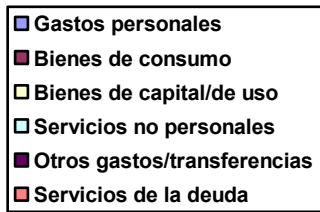
En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de gastos devengados o ejecutados por el hospital de Rauch para dicho ejercicio.

Tabla 17. Gastos devengados del hospital de Rauch

Concepto	Año 2019
Gastos de personal	\$156.307.622,47
Bienes de consumo	\$26.016.003,32
Bienes de capital /de uso	\$605.769,14
Servicios no personales	\$32.035.243,26
Otros gastos- Transferencias	\$2.365.421,59
Servicios de la deuda*	\$17.693.487,91
Total	\$212.890.643,39

*corresponde al pago de la deuda flotante que queda del ejercicio anterior.

Gráfico 7. Gastos devengados o ejecutados del hospital de Rauch.

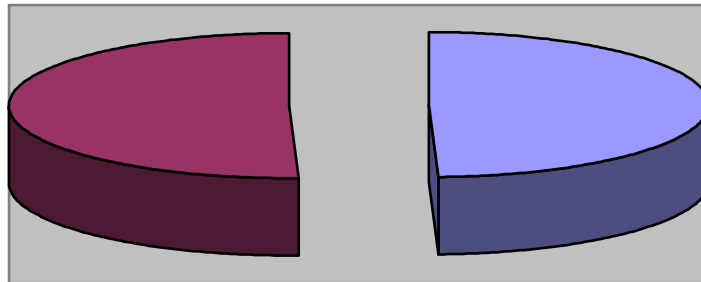
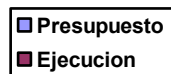


El hospital de Rauch tuvo una diferencia entre la estimación del gasto y la ejecución del gasto para el año 2019 de \$3.648.732,83 millones. La variación porcentual fue del 1.74%.

Tabla 18. Gastos presupuestados, devengados y variación porcentual

Total	Año 2019
Presupuesto	\$209.241.910,56
Ejecución	\$212.890.643,39
Variación porcentual respecto al Presupuesto	1.74%

Gráfico 8. Presupuesto y ejecución



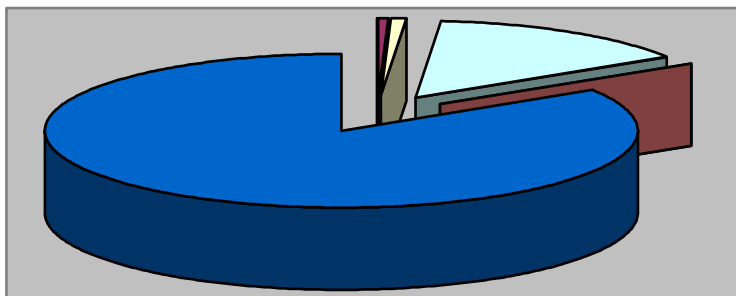
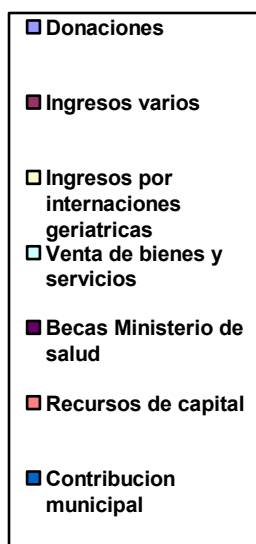
Los recursos presupuestados por el hospital de Rauch para el ejercicio 2019 fueron de un total de \$208.660.058,60 millones. Se imputaron dentro de este apartado los mismos conceptos que el hospital de Balcarce.

En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de recursos presupuestados por el hospital de Rauch para el ejercicio del año objeto de estudio:

Tabla 19. Recursos presupuestados del hospital de Rauch

Concepto	Año 2019
Donaciones y Legados	\$199.555,20
Ingresos varios	\$797.119,86
Ingresos por internaciones geriátricas	\$2.021.162,86
Venta de bienes y servicios	\$30.510.000,00
Becas Ministerio de salud	\$0,00
Recursos de capital (venta de máquinas)	\$0,00
Contribución Municipal	\$174.541.221,68
Total	\$208.660.058,60

Gráfico 9. Composición de los recursos



Los recursos percibidos por el hospital de Rauch durante el año 2019 fueron un total de \$218.380.608,21 millones.

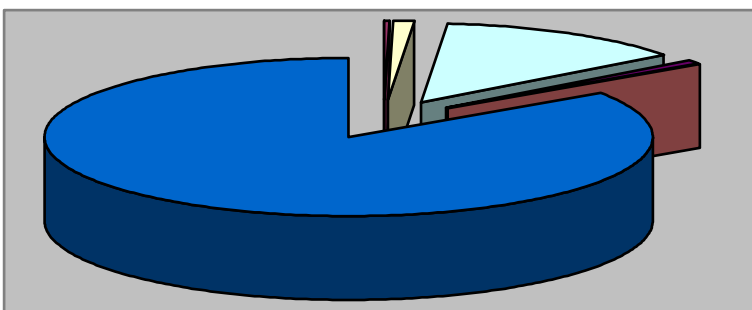
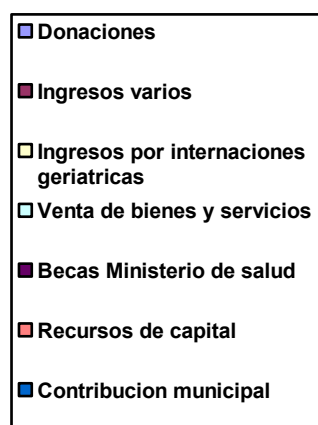
El recurso de capital presupuestado tuvo cero percepciones.

En el siguiente cuadro se mencionan numéricamente los diferentes conceptos de la estructura de ingresos o recursos percibidos del hospital de Balcarce para dicho ejercicio:

Tabla 20. Recursos percibidos hospital de Rauch

Concepto	Año 2019
Donaciones y Legados	\$104.240,00
Ingresos Varios	\$405.028,62
Ingresos por Internaciones Geriátricas Incluye Total Tasas Servicios Asistenciales	\$2.566.882,35
Venta de bienes y servicios (ingresos por obras sociales)	\$29.236.048,11
Becas Ministerio de salud (Progr. Medicos Comunit)	\$1.744.100,00
Recursos de Capital (venta de máquinas)	\$0
Contribución Municipal	\$186.280.822,44
Total	\$218.380.608,21

Gráfico 10. Composición de los recursos



El hospital de Rauch tuvo una diferencia entre la estimación de los recursos o ingresos y la percepción de estos para el año 2019 de \$9.720.549,61 millones. La variación porcentual fue del 4,65%.

B) Dimensión cualitativa:

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de los resultados de las entrevistas realizadas a los funcionarios de ambas instituciones.

Instituciones	Hospital de Balcarce		Hospital de Rauch	
Entrevistados/as	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
Conformación del presupuesto				
1. ¿Cómo se conforma el presupuesto de este hospital?	1.Coparticipación 2.Convenios con OSS, ART, prepagas 3.Origen nacional (SUMAR)	Fondos de origen: 1. Municipal 2. Provincial 3. Nacional	95% del municipio, el resto de provincia y nación	Municipal en su mayoría, el resto provincial y nacional
2. ¿Considera que el presupuesto de este hospital es suficiente?	No	No	No	No
3. En caso negativo ¿podría explicar los motivos?	Gastos de personal e insumos Inflación	Siempre hay que reajustarlo	Recursos escasos y necesidades ilimitadas	Inflación
4. ¿Dentro de las fuentes de financiamiento, qué lugar ocupa el recupero de costos a través de obras sociales u otros convenios?	16% depende de recupero de Obras sociales	16% del presupuesto	13 al 15%	15%
5. ¿Cómo caracterizaría la estructura y funcionamiento de los mecanismos de recupero de costos de este hospital?	Buen funcionamiento Bien armado	Funciona muy bien. Se divide en 3 partes: 1.Guardia 2. Internación 3. Oficina de facturación	Funciona con dificultades. En cuanto a la estructura la oficina de facturación es la encargada del recupero de costos	Funciona con dificultades. La oficina de facturación es la encargada de la recepción de las prestaciones medico asistenciales

6. ¿Cree que el mecanismo de recupero de costos es eficiente? ¿Por qué?	Existen errores Problemas de registro por parte de los médicos	Si, ya que todos los pacientes se facturan	No	No es eficiente porque los valores de las prestaciones no se basan en el sistema de costos totales.
7. ¿La recaudación de fondos por recursos propios fue la esperada? ¿por qué?	Sí, es la esperada	Si, por mayor recaudación de deuda	No	No, por falta de actualización de los aranceles por parte de las obras sociales y retraso en los pagos por parte de las mismas
Gestión y asignación del presupuesto				
8. ¿Cuáles son los criterios de asignación del presupuesto?	Ejercicio del año anterior más inflación	Se tienen en cuenta la pauta salarial, las necesidades de cada servicio y lo efectivamente gastado en el año en curso	En función de lo gastado el año anterior y de los recursos con que se cuentan	Los recursos se asignan por lo percibido y los gastos por lo devengado
9. ¿A lo largo del año, es necesario realizar ajustes o modificaciones del presupuesto?	Sí, siempre se generan partidas presupuestarias	Si	Si	Si
10. En caso afirmativo ¿podría detallar el tipo de ajustes?	Debido a situaciones no previstas	Se modifica en las partidas afectadas	Se compensan partidas entre las partidas con exceso, además de ampliarse el presupuesto por excesos de	Ampliación de una partida presupuestaria insuficiente, por nuevas situaciones o contingencias no previstas en el presupuesto originalmente.

			recaudación de recursos.	
11. ¿Existen diferencias entre el presupuesto estimado y el real? (a lo largo de la ejecución)?	Si	Si	Si	Si
12. En caso afirmativo ¿qué explica estas diferencias?	Se gasta más de lo presupuestado	Aparecen partidas nuevas	Por los ajustes realizados durante el ejercicio por variaciones en los recursos y gastos	Las diferencias se deben a externalidades que impactan en lo económico financiero.
13. ¿Tienen autonomía en el hospital para modificar ustedes el presupuesto asignado?	Si por ser hospital descentralizado	No	No	No
14. Tiene autonomía el hospital para modificar los criterios de asignación del presupuesto para el funcionamiento del hospital?	Si. Tanto los fondos afectados como los de libre disponibilidad se pueden reasignar	Si	Si	Si
15. En caso afirmativo ¿podría explicar los motivos o criterios de reasignación?	Debido a diferencias entre lo que se suponía que se iba a gastar y lo que realmente se gastó.	A través de un decreto	Se discute el presupuesto de cada una de las áreas del hospital	Para brindar el servicio básico se prioriza una partida presupuestaria sobre otra y así se reasigna el presupuesto.
16. Cuáles considera Ud. que son las áreas o partidas críticas que	Sueldos de personal	Gastos de personal, la deuda flotante y	Personal del hospital	Personal del hospital

requieren mayor financiamiento?	Recursos (farmacia)	los gastos de medicamentos		
---------------------------------	---------------------	----------------------------	--	--

En la conformación del presupuesto de ambos hospitales el principal origen son los fondos municipales. Este presupuesto por lo general es insuficiente, lo cual se explica principalmente porque los recursos son escasos y las necesidades ilimitadas, y el principal determinante es la inflación. El recupero de costos como mecanismo de financiamiento del gasto representa entre un 15 a 16 % del total del presupuesto. En cuanto a la estructura y funcionamiento de los mecanismos de recupero de costos de los hospitales, la oficina de facturación es la encargada y en general funciona bien con ciertas dificultades. El recupero de costos para el hospital de Balcarce es eficiente y para el hospital de Rauch no. También se observa una discrepancia en los hospitales en cuanto a que para el hospital de Balcarce la recaudación de fondos por recursos propios fue la esperada y para el hospital de Rauch no.

En cuanto a la gestión y la asignación del presupuesto el principal criterio de asignación del presupuesto es el gasto ejecutado en el ejercicio anterior y la inflación para los dos hospitales. El presupuesto siempre sufre modificaciones a lo largo del año, por situaciones no previstas o por una inflación mayor a la esperada, esto explica la diferencia entre el presupuesto estimado y el real., ya que o se gasta más o bien aparecen nuevas partidas entre otras cosas. Los hospitales no tienen autonomía para cambiar el presupuesto asignado, si para cambiar el criterio de asignación del mismo para el funcionamiento del hospital por ejemplo para brindar el servicio básico se prioriza una partida presupuestaria sobre otra y así se reasigna el presupuesto, debido a diferencias entre lo que se suponía que se iba a gastar y lo que realmente se gastó. Por ultimo para ambos hospitales la partida que requiere mayor financiamiento es gastos del personal.

8) Conclusiones

Gastos

1. El presupuesto 2019 del hospital de Balcarce fue de \$425.600.000 millones.
2. Existió sobre-ejecución del gasto, es decir, se gastó más de lo aprobado por las ordenanzas municipales en los presupuestos originales. La diferencia entre la estimación del gasto y los gastos devengados fueron de \$116.130.012 millones, lo que represento una variación porcentual del 27,28 de las erogaciones autorizadas inicialmente. Teniendo en cuenta que la expectativa inflacionaria para el año era del 29%, y es esta la que se usó para estimar el gasto, y la inflación real fue del 24,8% mayor que la esperada (53,8%), el exceso del gasto por parte del hospital al inicialmente autorizado estaría justificado.
3. Las funciones del gasto que mayor parte abarcaron el presupuesto del hospital de Balcarce para el ejercicio 2019 fueron los pagos al personal, que representaron el 73.66% del presupuesto de gastos.
4. La segunda función del gasto que abarco principalmente el presupuesto del hospital de Balcarce para el año 2019 fueron los servicios de la deuda.
5. El presupuesto 2019 del hospital de Rauch fue de \$209.241.910,56 millones.
6. Al igual que en el hospital de Balcarce en el hospital de Rauch también existió sobre-ejecución del gasto. La diferencia entre la estimación del gasto y los gastos devengados fueron de \$3.648.732,83 millones, lo que represento una variación porcentual del 1,74% de las erogaciones autorizadas inicialmente. La diferencia entre expectativa inflacionaria e inflación real, no explicaría para el caso de Rauch la leve variación entre presupuesto y ejecución.
7. Las funciones del gasto que mayor parte abarcaron el presupuesto del hospital de Rauch para el ejercicio 2019 fueron los pagos al personal, al igual que para el hospital de Balcarce. Los gastos de personal representaron el 73.42% del presupuesto de gastos.
8. La segunda función del gasto que abarco principalmente el presupuesto del hospital de Rauch para el año 2019 fueron los servicios no personales.

Recursos

1. El hospital de Balcarce se financio durante el año 2019 principalmente con recursos percibidos como contribución municipal (78,79% del total de recursos percibidos), en segundo lugar a través de la venta de bienes y servicios (15,96% del total de recursos percibidos) y en tercer término por el fondo de contribución para la salud (2,93% del total de recursos percibidos).
2. En la estimación de recursos para el año 2019 la contribución municipal represento el 81,19% del total que se previó recaudar.
3. Los ingresos estimados en el presupuesto del hospital de Balcarce fueron inferiores a los efectivamente recaudados en el año 2019. Al haberse recaudado más de lo previsto inicialmente, existe en este período una subestimación de los recursos. Esta subestimación de los recursos estimados respecto a los recaudados fue de \$36766413 millones.
4. El hospital de Rauch se financio durante el año 2019 principalmente con recursos percibidos como contribución municipal (85,3% del total de recursos percibidos), en segundo lugar a través de la venta de bienes y servicios (13,38% del total de recursos percibidos) y en tercer lugar por ingresos de internaciones geriátricas (1,17% del total de recursos percibidos).
5. En la estimación de recursos para el año 2019 para el hospital de Rauch la contribución municipal represento el 83,64% del total que se previó recaudar.
6. Los ingresos estimados en el presupuesto del hospital de Rauch también al igual que en Balcarce para el ejercicio 2019 fueron inferiores a los efectivamente recaudados, o sea también existió una subestimación de los recursos. Esta subestimación de los recursos estimados respecto a los recaudados fue de \$9720549,61millones.

Rendimiento o eficiencia y producción

1. En general los cambios en la productividad se explican, bien por variaciones en el porcentaje ocupacional de camas, bien por los promedio días de estada, por eso para el análisis se tomaron estos 2 indicadores.

2. Diversas publicaciones de la organización panamericana de la salud (OPS) sugieren que un promedio de días de estada de siete a nueve días y tasas de ocupación de 70 a 80% constituyen medidas relativas de eficiencia óptima.
3. En base al estándar óptimo (un 20 a 30 % de camas se ponen en reserva legítima para resolver situaciones de contingencia) propuesto por la OPS del indicador porcentaje de camas ocupadas, el 65,3% presentado por el hospital de Balcarce para el total del establecimiento y al igual que el 52,74 % presentado por el hospital de Rauch, son valores bajos de ocupación que sugieren camas ociosas en ambos hospitales durante el año 2019 o sea un mal aprovechamiento de la capacidad instalada de camas (uso ineficiente de los recursos). Esto implica que se presupuestaron recursos para un porcentaje considerable de camas que no están siendo ocupadas, cuestión que debería revisarse dado los costos fijos que implica mantener una cama (recursos de personal y equipamiento que hacen posible la atención de los pacientes).
4. El hospital de Balcarce presento un promedio días de estada de 2,5 días y el hospital de Rauch de 3,34 días (no contempla el servicio de geriatría), ambos hospitales por debajo de los estándares. Esto puede significar bajo grado de resolución de los casos, por lo que se debe derivar al paciente a otro hospital, elevada tasa de mortalidad por infecciones intrahospitalarias, altas voluntarias, derivación a un hospital de alta complejidad. Habrá que hacer un análisis particular en cada caso para determinar si es falla de la capacidad resolutive de los hospitales.
5. El proceso de facturación y recupero de costos que tienen ambos hospitales, resulta en general ineficiente.
6. Las ineficiencias en el la facturación y recupero de costos parecen deberse principalmente a errores de carácter administrativos, o bien discrepancias entre el valor del servicio prestado y los valores que se pagan por ellos.
7. Debido a que la potestad en la facturación y recupero de costos la tienen ambos hospitales a los efectos de subsanar las ineficiencias en la gestión del recupero de costos, ambos hospitales se podrían plantear tercerizar el proceso a una empresa privada, a los efectos de garantizar efectividad en el recupero de costos.

Reflexiones finales

1. Ambos hospitales inician el proceso presupuestario con base en el presupuesto ejecutado o pasado (modelo histórico) y sumándole la inflación estimada para el año siguiente (presupuesto incremental), y si siempre la inflación estimada año tras año es inferior a la real, esto es un error ya que no se confronta las previsiones presupuestarias con la realidad, lo que causa un déficit en el presupuesto y obliga a ajustes permanentes, esto puede comprometer la gestión hospitalaria. Esta forma de presupuestar es poco analítica y debe ser eliminada reemplazándola por mecanismos de distribución vinculados a la producción de los hospitales.
2. Ninguno de los dos hospitales menciona el uso de los indicadores hospitalarios para la creación del presupuesto, estos son muy importantes, como se mencionó anteriormente Balcarce y Rauch tienen una tasa de ocupación baja, lo que implica ineficiencia operativa, mayor costos fijos innecesarios, o sea costos que se pueden optimizar y recursos que se podrían re-direccionar y que los hospitales podrían usar para apostar a nuevas inversiones. He aquí la importancia de los indicadores hospitalarios en la elaboración del presupuesto de gastos por ejemplo.
3. Los hospitales de Balcarce y Rauch respecto al financiamiento del gasto no escapan a la realidad de la mayoría de los hospitales municipales de la provincia de buenos aires, el 70% del presupuesto se lo lleva el personal.
4. La elaboración del presupuesto de ingresos para el financiamiento del gasto en ambos hospitales se basa fundamentalmente en la contribución municipal y son muy dependientes de esa fuente de financiamiento.
5. Cambiar la forma de presupuestar que tienen Balcarce y Rauch, usar los indicadores hospitalarios para la creación del presupuesto, hacer más eficiente el recupero de costos y explorar otras alternativas de financiamiento pueden mejorar el financiamiento del gasto en ambos hospitales.

9) Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Financiación de la Salud [acceso 29/07/2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/health_economics/es/
2. Molina R, Pinto M, et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de la Salud Publica* 2000; 8 (1/2): 71-83.
3. Arce H. Organización y Financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2012; 72: 414-418.
4. Arce H. ¿Cómo afrontar los costos crecientes de la atención medica? *Medicina (Buenos Aires)* 2019; 79 (6/1): 529-533.
5. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos. *Salud Pública de México* 2016; 58: 504-513.
6. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México* 2011; 53 suppl 2: S96-S108.
7. Catalina de la Puente y Laura de los Reyes. ¿Cuánto gasta Argentina en Salud? 2019 [publicado 11/2019, acceso 07/ 2020]. Disponible en : <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>
8. Doval H. Pasado y futuro del financiamiento de la salud en el mundo y en la Argentina. *Revista Argentina de Cardiología* 2017; 85 (4): 388-395.
9. Tobar F. La financiación de la salud. [Publicado 03/2017, acceso 07/2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-financiacion-de-la-salud>
10. Mera J and Bello J. Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción.- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS, 2003.
11. Tobar F. Reforma de los sistemas de salud de América Latina. *Fundación Isalud* 2014: 1-316.

12. Campino A. Alternativas de financiamiento de la atención médica en América Latina y el Caribe. *Revista Saude Pública* 1995; 29 (3): 234-242.
13. Celeron C y Noé M. Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de la Salud Pública* 2000; 8 (1/2): 99-103.
14. Cid Pedraza C, Pagano JP, et al. Espacio Fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Revista Panamericana de la Salud Pública* 2018; 42: 1-9.
15. Cid Pedraza C, Matus-Lopez M, et al. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿Es suficiente el crecimiento económico? *Revista Panamericana de la Salud Pública* 2018; 42: 1-7.
16. Abeldaño R. Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina. *Ciencia y salud colectiva* 2017; 22 (5): 1631-1640.

10) Anexos

**CONVENIO DE ACTIVIDAD DE FORMACIÓN PRÁCTICA PARA LA
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE ORGANIZACIONES DE SALUD, de la
Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP.**

OMAR ENRIQUE AVILA y el DIRECTOR DEL HOSPITAL, en adelante han resuelto firmar el presente convenio a fin de dejar constancia sobre el siguiente acuerdo de voluntades:

-Que la "ORGANIZACIÓN", acepta y asume como obligación, permitirme tomar contacto directo con esta y los referentes involucrados de la misma, así como solicitar y tener acceso a la información que sea necesaria según el problema que se aborde (a través de documentación), y que me permitan cumplimentar la Actividad de Formación Práctica.

-La naturaleza del presente convenio reviste únicamente el carácter de formación académica.

-A los fines de la Actividad de Formación Práctica, en primera instancia se elabora y propone a la "ORGANIZACIÓN", un "Proyecto de Formación Práctica" a realizar con referencia a un problema u oportunidad de mejora concreta la "ORGANIZACIÓN" podrá utilizar y/o implementar las soluciones y recomendaciones que surjan del Informe Final de Práctica elaborado, en caso que así lo crea pertinente

-Guardar estricta confidencialidad, evitando efectuar comentarios verbales o escritos -salvo el trabajo académico- de los datos y antecedentes a los que tuviere acceso con motivo u ocasión de esta Actividad de Formación Práctica.

-Este Convenio tendrá una vigencia de seis (6) meses, a partir de la firma del mismo,

-Cualquier modificación a lo expuesto en este convenio, requerirá de un acuerdo expreso entre las partes que lo celebran.

-En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares, todos de un mismo tenor, en la Ciudad de Balcarce, Provincia de Buenos Aires a los 8 días del mes de Septiembre del año 2020.

Omar Avila
MEDICO ESPECIALISTA
en CLINICA MEDICA
M.A. 228.115

HOSPITAL SUBZONAL DE BALCARCE
Dr. ANTONIO DUJAS
Director

(Autorizado)

**CONVENIO DE ACTIVIDAD DE FORMACIÓN PRÁCTICA PARA LA
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE ORGANIZACIONES DE SALUD, de la
Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP.**

OMAR ENRIQUE AVILA y el DIRECTOR DEL HOSPITAL, en adelante han resuelto firmar el presente convenio a fin de dejar constancia sobre el siguiente acuerdo de voluntades:

-Que la "ORGANIZACIÓN", acepta y asume como obligación, permitirme tomar contacto directo con esta y los referentes involucrados de la misma, así como solicitar y tener acceso a la información que sea necesaria según el problema que se aborde (a través de documentación), y que me permitan cumplimentar la Actividad de Formación Práctica.

-La naturaleza del presente convenio reviste únicamente el carácter de formación académica.

-A los fines de la Actividad de Formación Práctica, en primera instancia se elabora y propone a la "ORGANIZACIÓN", un "Proyecto de Formación Práctica" a realizar con referencia a un problema u oportunidad de mejora concreta la "ORGANIZACIÓN" podrá utilizar y/o implementar las soluciones y recomendaciones que surjan del Informe Final de Práctica elaborado, en caso que así lo crea pertinente

-Guardar estricta confidencialidad, evitando efectuar comentarios verbales o escritos -salvo el trabajo académico- de los datos y antecedentes a los que tuviere acceso con motivo u ocasión de esta Actividad de Formación Práctica.

-Este Convenio tendrá una vigencia de seis (6) meses, a partir de la firma del mismo,

-Cualquier modificación a lo expuesto en este convenio, requerirá de un acuerdo expreso entre las partes que lo celebran.

-En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares, todos de un mismo tenor, en la Ciudad de Rauch, Provincia de Buenos Aires a los 6 días del mes de Junio del año 2020.

Omar Enrique Avila
MEDICO ESPECIALISTA
en CLINICA MEDICA
M.P. 228.115



Juan Pedro Achaga
Director
Sistema Municipal de Salud
M.P. 18.415

Financiamiento del gasto y mecanismos de financiamiento en los hospitales municipales de Balcarce y Rauch.

Entrevista a directores y administradores:

Buenos días/tardes,

Tengo el agrado de invitarlo/a a participar de una entrevista con el objeto de indagar información relativa a los mecanismos de financiamiento de hospitales municipales de la Provincia de Buenos Aires. Para ello le haré una serie de preguntas relativas a aspectos de la gestión de este hospital. La información de esta entrevista será grabada y luego desgravada para organizar los ejes temáticos de las respuestas. Su participación es voluntaria, como así también la posibilidad de interrumpir su participación durante la entrevista o no responder algunas de las preguntas a realizar. La información es de carácter confidencial y será utilizada al único propósito de satisfacer este estudio académico.

Gracias por su colaboración.

Profesión:

Cargo que desempeña:

Años que lleva desempeñando esta función:

Conformación del presupuesto

- 1) ¿Cómo se conforma el presupuesto de este hospital? (en cuanto a sus fuentes de origen)
- 2) ¿Considera que el presupuesto de este hospital es suficiente? SI () NO ()
- 3) En caso negativo ¿podría explicar los motivos?
- 4) ¿Dentro de las fuentes de financiamiento, qué lugar ocupa el recupero de costos a través de obras sociales u otros convenios?
- 5) ¿Cómo caracterizaría la estructura y funcionamiento de los mecanismos de recupero de costos de este hospital?
- 6) ¿Cree que el mecanismo de recupero de costos es eficiente? ¿Por qué?
- 7) ¿La recaudación de fondos por recursos propios fue la esperada? ¿por qué?

Gestión y asignación del presupuesto

- 8) ¿Cuáles son los criterios de asignación del presupuesto?
- 9) ¿A lo largo del año, es necesario realizar ajustes o modificaciones del presupuesto?
SI () NO ()
- 10) En caso afirmativo ¿podría detallar el tipo de ajustes?
- 11) ¿Existen diferencias entre el presupuesto estimado y el real? (a lo largo de la ejecución)? SI () NO ()
- 12) En caso afirmativo ¿qué explica estas diferencias?
- 13) ¿Tienen autonomía en el hospital para modificar ustedes el presupuesto asignado?
SI () NO ()
- 14) Tiene autonomía el hospital para modificar los criterios de asignación del presupuesto para el funcionamiento del hospital? SI () NO ()
- 15) En caso afirmativo ¿podría explicar los motivos o criterios de reasignación?
- 16) Cuáles considera Ud. que son las áreas o partidas críticas que requieren mayor financiamiento?