

# RECUPERO DE COSTOS POR PACIENTES ATENDIDOS CON SEGURO SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE BAHÍA BLANCA.

## HEALTHCARE COST RECOVERY FOR PATIENTS WITH SOCIAL SECURITY IN PUBLIC PRIMARY CARE FACILITIES OF THE CITY OF BAHIA BLANCA.

ANDREA IRENE MARIÑO<sup>1</sup>, ALEJANDRA CRISAFULLI<sup>2</sup>, SERGIO BRESCIA<sup>2</sup>, SILVIA ZÁRATE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Alergia e Inmunología del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.

<sup>2</sup>Unidades Sanitarias de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.

**Resumen:** El objetivo del presente trabajo fue describir el proceso de recupero de costos implementado en el primer nivel de atención de la Municipalidad de Bahía Blanca y cuantificar los recursos obtenidos para el año 2015. Se trata de un trabajo cuantitativo de corte transversal. Se destacan como resultados la motivación del equipo de trabajo y el clima laboral que generó la puesta en marcha del proceso administrativo que permite el cobro de prestaciones de la seguridad social en el primer nivel de atención. También, posibilitó el mejoramiento de estructuras edilicias que no lograban su financiamiento a través del presupuesto municipal, y que representan un aliciente para el trabajo diario de los trabajadores de este nivel de atención. Se espera que resulte un estímulo importante para el ingreso y permanencia del recurso humano en el sistema de salud local.

**Palabras clave:** salud, planificación, costos, sistemas de información, calidad asistencial.

**Abstract:** The aim of this work was to describe the health-care cost recovery process implemented in public primary care facilities of the city of Bahía Blanca and to quantify the economic resources obtained for the year 2015. This is a quantitative transversal work. The main results observed are the motivation of the work team and the work atmosphere generated by the implementation of the administrative process that allows to charge for social security services in public primary care facilities. In addition, this work allowed to improve the infrastructure that could not be financed by the city budget and that represents a reward for the daily work of these healthcare professionals. It is expected for this process to become an important incentive for admission and permanence of human resources in the local healthcare system.

**Keywords:** health, planning, costs, information systems, healthcare quality

---

**Correspondencia:** Dra. Andrea Mariño. Unidad de Alergia e Inmunología del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.  
Dirección postal: Nicaragua 1420 PB. 8000-Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina  
E-mail:aimarino1966@yahoo.com.ar

**Enviado:** 20 de Marzo de 2016

**Aceptado:** 10 de Abril de 2017

## INTRODUCCIÓN

La Ley de Descentralización de los Hospitales posibilita el recupero monetario de las prestaciones de salud llevadas a cabo a ciudadanos que posean un seguro social. El Decreto 939/2000 (1) crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada complementando decretos anteriores como el Decreto N° 9 (1993) de Libre Elección de Obras Sociales (2), el N° 578 (1993) de Régimen de Hospital Público de Autogestión (3) y el N° 455 (2000) del Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos (4). Se proponía la implementación de políticas sustantivas e instrumentales, que permitieran la transformación, el desarrollo y el fortalecimiento del sector salud (1) para una efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de Equidad, Solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas (3).

Dada la autonomía provincial y municipal en materia de salud se plantea promover acciones que permitan incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de seguros de salud, fomentando una gestión eficiente y racional de la salud, sin descuidar la accesibilidad al sistema de la población sin cobertura.

Se plantea fomentar el compromiso del personal de salud, a través de la distribución de un porcentaje de los ingresos obtenidos como resultado de los recursos facturados a la seguridad social por el cobro de las prestaciones efectuadas a sus afiliados desde el sector público garantizando la gratuidad del acceso a la atención, eliminando todo tipo de arancelamiento para la población sin cobertura, asegurándole la máxima cobertura posible.

En este contexto, el Hospital Público de Gestión Descentralizada (1) puede: I) Realizar convenios con entidades de la Seguridad Social comprendidas en las Leyes N° 23660 (5) y N° 23661 (6); II) Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo con las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente, III) Complementar los servicios prestacionales que brinda a la población en el marco de la Superintendencia de Servicios de Salud, a través de la integración de redes con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados, IV) Disponer sobre la Ejecución del Presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital, V) Continuar recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregan los nuevos

recursos generados.

A su vez los recursos genuinos serán utilizados de la siguiente manera: I) Un Fondo de Redistribución Solidaria que deberá privilegiar acciones y/o programas de promoción y prevención, tomando como referencia el Decreto N° 455/00 (4), II) Un Fondo para Inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento, III) Un Fondo de distribución mensual para 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.,

Sin embargo, los Recursos Humanos del Sistema Municipal de Salud de Bahía Blanca incluyen no sólo a los trabajadores del Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero del Segundo Nivel de Atención, dependientes administrativamente de este ente descentralizado, sino también a los trabajadores de las Unidades Sanitarias correspondientes al Primer Nivel de Atención, dependiente administrativamente de la Secretaría de Salud.

Esta dependencia administrativa distinta generó diferencias en los recursos percibidos por la facturación a la seguridad social ya que en el primer nivel de atención no estaban habilitados para implementar este mecanismo de recupero como sí lo estaban el 2° y 3° nivel de atención cuyos trabajadores percibían 3 veces al año un ingreso adicional a su salario provenientes del reparto de recursos.

Actualmente, según el Censo de 2011, en el Municipio de Bahía Blanca, el 62,8% de la población cuenta con cobertura de salud. La población sin cobertura es inscripta en el Plan Sumar (ex Nacer), que desde 2014 establece para la Provincia de Buenos Aires una meta de población a incorporar, sin cobertura social, del 40%, cuyas prestaciones serán cobradas a través del mismo plan. De esta forma quedan establecidos, en el ámbito de la Secretaría de Salud de la MBB, dos fuentes de recupero de costos del sector público: el Programa SUMAR y el programa de recupero para ciudadanos con seguridad social.

## OBJETIVO

Describir el proceso de recupero de costos implementado en el primer nivel de atención de la Municipalidad de Bahía Blanca y cuantificar los recursos obtenidos para el año 2015.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un trabajo cuantitativo de corte transversal. La fuente principal de información fue la Dirección de Programas de la Secretaría de Salud de la MBB, de donde se obtuvo la facturación remitida a las Obras Sociales, así como los por-

centuales de cobro recibidos durante el año 2015.

## RESULTADOS

En 2015 inicia el recupero de fondos proveniente de los pacientes con seguridad social atendidos en el Primer Nivel de Atención de la Salud del Municipio de Bahía Blanca. Se diseña una ordenanza municipal (7), la cual plantea que aprovechando las capacidades y experiencias desarrolladas en el segundo nivel de atención municipal (Hospital Municipal de Agudos Dr. L. Lucero), se facturará por cuenta y orden de la Secretaria de Salud las prestaciones realizadas a todos los pacientes pertenecientes al Sistema de Seguridad Social, Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, Mutualidades, Sistemas Prepagos y Seguros por atención de sus afiliados (8). Luego

el Departamento Ejecutivo realizará las instancias de facturación y gestión de cobro, a través de la conformación de un Comité de Enlace (8).

El procedimiento de recupero de costos se implementó según la reglamentación de la ley nacional de recupero de costos (3). Se conformó un equipo de trabajo con recursos humanos que ya pertenecían al primer nivel de atención, fundamentalmente trabajadores administrativos. Los costos asociados a los recursos humanos necesarios para implementar esta prueba piloto no se especifican debido a que resultaron de una reasignación de tareas de este personal ya existente en el sistema.

Los costos incurridos en la adquisición de tecnología y mobiliario se presentan en la Tabla N° 1 y se estima tengan una vida útil de 5 años.

Durables	Precio (\$)	Cantidad	Valor total (\$)	Vida útil (meses)	Amortización mensual (\$)
PC	5109	3	15327	60	255,45
Monitor	1998	3	5994	60	99,90
Licencia	2576	3	7728	60	128,80
Estabilizador	218	3	654	60	10,90
Impresora	3400	1	3400	60	56,67
Escritorio	1190	2	2380	120	19,83
Esquinero	700	2	1400	120	11,67
Mesa PC	135	2	270	120	2,25
Biblioteca	1890	1	1890	120	15,75
Sillón Giratorio	1690	2	3380	120	28,17
Archivo 2 cajones	1090	2	2180	120	18,17
				TOTAL	647,55

**Tabla 1: Adquisición de bienes de uso durables**

Fuente: elaboración en base a los datos provistos por Secretaria de Salud MBB

A su vez se estimó un costo mensual en bienes no durables (papelería y otros insumos de oficina) en \$ 900 mensuales.

Esta prueba piloto comenzó con la incorporación de 12 Obras Sociales Gremiales, con distintos plazos entre ellas para la adjudicación de pagos. Sólo el 25% de ellas (3) pagan a 30-60 días de facturada la prestación, en primera instancia. El 75% (9), lo hacen en una segunda instancia de presentación ante la oficina de la Superintendencia de Servicios de Salud,

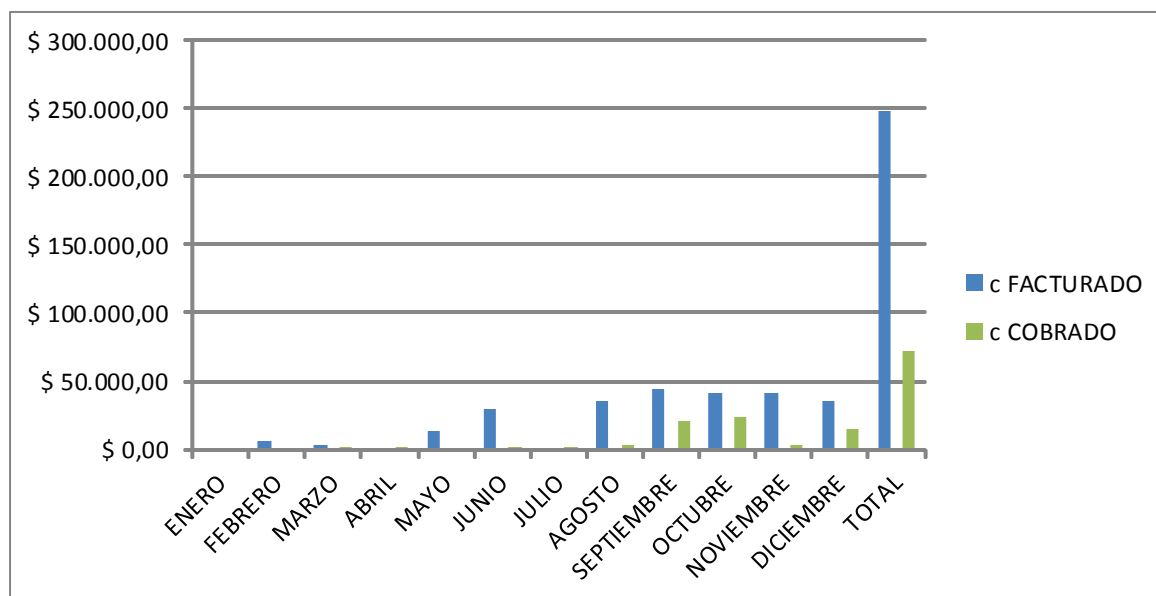
lo que conlleva un término promedio de cobro de 9 meses de facturada la prestación.

El recupero de fondos proveniente de las facturaciones a la seguridad social se presenta en la Tabla 2 y Figura 1.

MES	FACTURADO (\$)	COBRADO (\$)
Enero	0	0
Febrero	5346,00	0
Marzo	3015,00	1467,00
Abril	0	240,00
Mayo	12689,00	0
Junio	28896,00	2220,00
Julio	0	1564,00
Agosto	35321,00	3412,00
Septiembre	44258,00	21232,00
Octubre	41799,00	24137,00
Noviembre	41757,00	3001,00
Diciembre	35565,00	14858,00
TOTAL	248646,00	72131,00

**Tabla 2: Fondos percibidos de la Seguridad Social (año 2015)**

Fuente: elaboración en base a los datos provistos por Secretaria de Salud MBB



**Figura 1: Fondos percibidos de la Seguridad Social (año 2015)**

Fuente: elaboración en base a los datos provistos por Secretaria de Salud MBB.

Los montos recibidos fueron asignados a los tres rubros que exige la Ley Nacional de Recupero de Costos (3), con algunas modificaciones con respecto a los porcentajes estipulados para el segundo nivel de atención, considerando que las acciones

de promoción y prevención constituyen el pilar fundamental del primer nivel de atención en la estrategia de la APS.

Rubro	Segundo Nivel de Atención (%)	Primer Nivel de Atención (%)
Promoción y Prevención	10	30
RRHH	40	40
Inversiones/Infraestructura	50	30

**Tabla 3: Diferencia en el Porcentajes de reparto del Recupero de Costos**  
Fuente: elaboración en base a los datos provistos por Secretaria de Salud MBB

## CONCLUSIONES

La puesta en marcha del proceso administrativo que permite el cobro de prestaciones de la seguridad social en el primer nivel de atención generó una motivación del equipo de trabajo y una mejora en el clima laboral del personal.

Esta experiencia piloto arrojó un promedio mensual de recupero de \$6010,91 (Anual: \$72.131,00), con un pendiente de cobro anual de \$177.515,00, representando lo cobrado un 28,6% del total de lo facturado. El principal inconveniente para el cobro percibido en esta experiencia está relacionado con los distintos tiempos para efectivizar el pago por parte de las obras sociales incluidas.

Las asignaciones recibidas en el Primer Nivel de Atención permitieron el mejoramiento de estructuras edilicias que no lograban su financiamiento a través del presupuesto municipal, y que representan un aliciente para el trabajo diario de los trabajadores de este nivel de atención. Si bien en esta primera instancia de evaluación los ingresos son de pequeña cuantía, se posiciona como una fuente legítima de adquisición de recursos materiales para el Primer Nivel de Atención en el futuro, cuando se incorporen la totalidad de Obras Sociales y Prepagas que componen el espectro de la Seguridad Social de este país.

Creemos que el principal logro de este proyecto, más allá de las variables económicas, se relaciona a la adquisición y equiparación de derechos entre el efector de segundo nivel, que desde el advenimiento de la Ley lo percibe, y el efector del primer nivel de atención, que luego de 18 años de espera, se sentirá finalmente en igualdad de condiciones. Sin lugar a dudas esto representa una de las mayores reivindicaciones para los trabajadores del Primer Nivel de Atención Municipal, que esperamos resulte en un estímulo importante para el ingreso y permanencia en el sistema de salud local.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto Ley 939/2000: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
2. Decreto Ley 9/1993: Libre Elección de Obras Sociales.
3. Decreto Ley 578/1993: Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión
4. Decreto Ley 455/ 2000: Marco Estratégico- Político para la Salud de los Argentinos
5. Ley 23660: Obras Sociales
6. Ley 23661: Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
7. Ordenanza Municipal N° 9655/97
8. Decreto Municipal N° 377-2015
9. Decreto Municipal N° 2-2588-15
10. Resolución del Ministerio de Salud N° 487/2002