

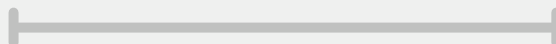
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Sergio Adrián Fernández

EXPERIENCIA EN EL DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE COSTOS EN UN HOSPITAL MUNICIPAL COMO HERRAMIENTA PARA LA OBTENCIÓN DE MAYOR INFORMACIÓN GERENCIAL Y EN LAS ETAPAS DEL PROCESO PRESUPUESTARIO

2009



Citar como: Fernández, S. (2009). Experiencia en el diseño y aplicación de un sistema de costos en un hospital municipal como herramienta para la obtención de mayor información gerencial y en las etapas del proceso presupuestario. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE:

- 1.** Introducción
- 2.** Marco Teórico
 - 2.1. Economía de la Salud
 - 2.2. Presupuesto
 - 2.3. Costos
- 3.** El Contexto de Aplicación: Unidad Hospitalaria San José
 - 3.1. Características generales del partido de Campana
 - 3.2. Características generales de la Unidad Hospitalaria San José (U.H.S.J.)
 - 3.3. Análisis de Porter aplicado a la U.H.S.J.
 - 3.4. Análisis F.O.D.A. de los procesos de gestión de la U.H.S.J.
- 4.** Forma de financiación de la U.H.S.J.
- 5.** Diseño de una matriz de costos directos e indirectos
 - 5.1. Indicadores de gestión basados en la matriz de costos
- 6.** Conclusiones
- 7.** Bibliografía

1. Introducción.

"Cuando una persona puede medir aquello sobre lo que hace y expresarlo en números sabe alguna cosa sobre la cuestión; pero cuando no puede medirlo, cuando no puede expresarlo con números, lo que sabe es escaso e insatisfactorio".

William Thomson 1824-1907.

Entre las prioridades actuales de la gestión hospitalaria se encuentra la gestión estratégica de costos.

El conocimiento de los costos es un imperativo, ya sea para establecer los precios de los productos como para valorar su eficiencia; para el desarrollo del presupuesto anual y el control de su ejecución. Por ello es esencial la información que proporciona un sistema de costos, para administrar y para la toma de decisiones conducentes a alcanzar los objetivos de la organización.

En este trabajo se relata la experiencia en la utilización de un diseño de sistemas de costo en la gestión de un hospital municipal.

La existencia de incrementos de costos en la prestaciones asistenciales y diagnosticas del Hospital resultan un grave problema en la gestión económico financiera por lo cual es imperativo diseñar un sistema de costo para su monitoreo y control. Un análisis y seguimiento pormenorizado del gasto de los presupuestos hospitalarios resulta fundamental para la gestión del sector.

La cuantificación de los costos medios en forma periódica resulta clave para determinar la causa de la variación de los presupuestos de gastos.

Es prioritario administrar los recursos que son escasos y contener los costos crecientes, para lograrlo se debe determinar el nivel de consumo para la producción de objetivos, conocimiento de los precios internos con la imputación de costos.

En la elaboración del presupuesto es fundamental la información sobre: el consumo de días camas mensuales, sobre la cantidad de egresos proyectados, intervenciones quirúrgicas por mes, que insumos, medicamentos, materiales descartables y reactivos consumirá esa producción. Sin el diseño de un sistema de costos esta tarea se hace imposible o de lo contrario no se hace acorde a las necesidades.

2. Marco teórico.

2.1. Economía de la salud.

A partir de la década de los setenta, el crecimiento del gasto público, y particularmente el sanitario se convirtió en una preocupación sanitaria fundamental de los gobiernos, y establecida la simplista asociación de problema crecimiento del gasto sanitario con su solución económica, se dio entrada a los economistas en los problemas de salud.

Esta entrada se vio reforzada, además, tanto por los frecuentes cambios en la regulación, extensa e intensa de todos los determinantes de la salud.

Años mas tarde se percibió que la expansión del gasto sanitario era un problema cuyo abordaje no debía ser exclusivamente económico, pero para entonces los economistas de la salud se habían instalado en el sector y tenía ya otras preocupaciones y cometidos: desde acomodar sus modelos a las características de incertidumbre e información asimétrica definitorias del sector sanitario hasta tratar de dar respuesta,

entre otras cuestiones, a la de medición del rendimiento o financiación e incentivos planteados por políticos y gestores.

Panorama de la economía de la salud.

Por definición, la economía de salud es la ciencia que se ocupa de las consecuencias de la escasez de recursos en la atención de salud (Jacobs 1990).

Contenidos de la economía de la salud:

A. ¿Qué es la salud?

Concepto, medida y valor de la salud.

B. Determinantes de la salud.

Producción y demanda de la salud.

C. La demanda de atención sanitaria.

Influencia de los puntos A y B en la búsqueda de atención sanitaria. Necesidad y demanda. Barreras de acceso. Seguros. Relación de agencia.

D. La oferta de atención sanitaria.

Costes de producción, técnicas alternativas de producción, mercados de factores (medicamentos, recursos humanos...), coordinación e incentivos en las organizaciones sanitarias.

E. Análisis de sectores (mercados).

Interrelación entre proveedores, aseguradores, consumidores. Mercado y Estado. Precios monetarios, listas de espera, establecimientos de prioridades.

F. Evaluación macroeconómica.

Coste-efectividad, coste-beneficio y coste-utilidad de las intervenciones sanitarias.

A, B, C Y D, constituyen el núcleo disciplinario y E, F, G, las principales aplicaciones empíricas.

Al profesional sanitario le interesa el enfoque que contribuye y participa en la investigación sobre servicios sanitarios en la medida que los resultados de esta investigación puedan contribuir a sus conocimientos, habilidades y actitudes.

Por ejemplo, conocimientos acerca de los determinantes de la enfermedad o sobre la eficiencia relativa de diversas alternativas de financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios; habilidades para manejar incertidumbre; actitudes para orientar eventuales contradicciones entre persecución del bienestar de un paciente y persecución del bienestar del colectivo de pacientes.

La eficacia clínica pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes posibles.

El camino a la efectividad social pasa por la efectividad clínica.

La economía de la salud en nuestro país, debe avanzar mucho más los aspectos clínicos y macroeconómicos, y debe enfatizar más el resultado obtenido por cada peso gastado en salud, es decir acoplar el resultado al costo, promoviendo la calidad de la atención.

Nuestra economía de la salud tiene todavía al gasto médico, como una "caja negra" que espera ser abierta, descripta, explicada y evaluada. Además el costo administrativo en salud requiere también análisis y justificación.

Hay tres corrientes recientes que ayudan a enmarcar el análisis económico en salud dentro de la medicina.

La investigación en resultados (Elwood 1989, Roper 1988, Epstein 1996), enfatiza los resultados finales de la atención de salud, tanto en términos de calidad como de costo. Estos resultados deben ser investigados, manejados, y finalmente usados para mejorar la atención y el cuidado del paciente (Epstein 1996). Así se pone el acento en los resultados finales de la atención de salud. La atención médica basada en la evidencia (Muir Gray 1997) enfatiza la promoción de evidencia adecuada de

beneficio de las intervenciones, como soporte a la toma de decisiones en salud. Incorpora el uso inteligente de los estudios de epidemiología descriptiva, ensayos randomizados, investigación en servicios de salud, psicometría y estudios de efectividad clínica. La evaluación económica de los programas de salud (Drummond 1997), enfatiza la metodología requerida para evaluar el costo efectividad de las intervenciones (Drummond 1987, Detsky 1990). La economía y la evaluación de tecnologías contribuyen a este objetivo (Banta 1986). Los avances metodológicos han sido considerables, aunque persisten importantes limitaciones. Hoy se enfatiza hacer bien aquellas cosas que son correctas, obviamente el elemento común, consiste en saber que es lo correcto, es decir tener evidencia.

El punto central de la evaluación económica de intervenciones en salud es relacionar los resultados o consecuencias de la intervención a los costos (Eisenberg 1989, Russell 1996, Drummond 1997).

La salud es también una industria, y una actividad económica sometida a transacciones. Una industria que supera a la industria, y un servicio que supera al servicio. Por esta razón y por el tipo de demanda de la moralidad poblacional, la salud será cada vez más compleja, cada vez más tecnológica, cada vez tendrá más actores diversos envueltos en su accionar y con problemas de coordinación crecientes, será más social y más personal. Todo esto implica, planificación, organización, negociación, presupuestación, decisiones sobre bases racionales y evidencia seria, programas, resultados y evaluaciones de lo realizado en ciclos itinerantes y recurrentes. Solo así puede la medicina extender su accionar para ayudar a muchos.

2.2. Presupuesto.

El sistema de presupuesto se puede definir como un sistema integrado por un conjunto de políticas, normas, recursos y procedimientos utilizados en las diversas etapas del proceso presupuestario por las organizaciones. Sin desmedro de las particularidades de cada una de ellas; requiere para su funcionamiento de niveles de organización de decisión política, de unidades técnico normativas centrales y unidades responsables de su operatividad.

El presupuesto es bajo cualquier concepción tradicional o moderna el más importante instrumento de administración financiera. Su carácter de instrumento asignador de recursos financieros y responsabilidad permite resolver con el mayor grado de previsibilidad los problemas futuros.

Siendo el presupuesto los procesos destinados a elaborar, expresar, aprobar, coordinar, ejecutar y evaluar específicamente las corrientes de gastos e ingresos es considerado un instrumento polivalente de:

Gobierno: porque permite en forma adecuada y oportuna los procesos de toma de decisiones sobre una base técnica minimamente consistente.

Administración: al determinar responsabilidades en función del principio de división de trabajo sirviendo de guía de acción para diferentes niveles de organización.

Planificación: al vincular en el corto plazo las necesidades de asignaciones financieras presentes en programas y planes.

Legalidad: a partir de la aprobación de lo que se va a hacer (presupuesto) es posible el control de lo hecho (ejecución).

El sistema presupuestario tiene por objetivo prever las fuentes y montos de los recursos monetarios y asignarlos anualmente para el financiamiento tanto de planes, programas y proyectos como de la organización adoptada a fin de cumplir los objetivos y metas de la misma. El presupuesto guarda conformidad con el plan

financiero, el plan de inversiones y otros instrumentos de planificación económica y su aprobación se hace con la anticipación suficiente de modo que se posibilite programar la ejecución.

Sus relaciones Inter.-sistémicas son múltiples al establecer las previsiones con que deberán desenvolverse el resto de los sistemas.

*Con el sistema de contrataciones, al fijar los montos globales institucionales y programáticos para la adquisición y provisión de los insumos.

*Con el sistema de crédito al determinar las asignaciones financieras para el pago de servicios de la deuda y para contraer nuevos créditos.

*Con el sistema de tesorería, en virtud de administrar los fondos líquidos que servirán de base, bajo el criterio de caja, para la ejecución presupuestaria.

*Con el sistema de administración de bienes al determinar el presupuesto de gastos para mantenimiento, asignaciones para compras de bienes de uso y recursos derivados de venta de bienes de capital que significan una contribución a la masa de recursos.

Para alcanzar dichos objetivos es necesario utilizar técnicas que permitan vincular las variables reales y financieras en todas las etapas del proceso presupuestario. De esta manera se pueden articular la producción con las demandas, determinar el impacto de los ingresos y los gastos y medir el costo de la gestión.

El presupuesto financiero no es solo un instrumento de previsión con alcance predominantemente financiero tendiente a ordenar la gestión administrativa, sino que se convierte en mandato al cual deben ajustar su accionar los órganos directivos y ejecutivos.

El presupuesto económico busca realizar la programación en materia de producción, consumo, inversión y otras variables económicas, al momento de presupuestar. El presupuesto económico es el estado preventivo de las transacciones económicas que la organización ha de realizar en un período, situado en un contexto económico general del próximo ejercicio. El presupuesto financiero pasa a formar parte de este. En el presupuesto económico se proyectan los bienes a producir durante un ejercicio y su incidencia patrimonial integral, tanto en relación a los insumos como a los productos. En el mismo los insumos adquiridos y no utilizados no constituyen gastos, sino que por el contrario constituyen una modificación de activos.

Esta concepción está asociada a un análisis pormenorizado para determinar todos los bienes y servicios que se producen, sean estos intermedios o finales, la forma de medición, los procesos para lograrlo.

En el proceso presupuestario de un hospital es necesario que los siguientes factores estén presentes:

- Una clara identificación de la misión de la institución.
- Una delimitación precisa de la estructura de la organización y de sus unidades productivas o servicios. Cada unidad productiva, definida como sector de costos al que se le atribuyen, tanto unidades de producción homogéneas como gastos, constituye un programa.
- Un responsable por unidad de producción.
- Una definición de los objetivos, metas y actividades de cada una de dichas unidades.
- Un sistema de indicadores por centro de responsabilidad, que además de permitir la correspondiente evaluación, sirva de guía de comportamiento y control al propio responsable del área.
- Un sistema de información que integre las actividades de los diferentes servicios y permita el monitoreo de la toma de decisiones de cada uno de ellos.

Se enumeran las cuatro etapas básicas del proceso presupuestario.

- 1) Elaboración del presupuesto hospitalario.
- 2) Aprobación del presupuesto hospitalario.
- 3) Ejecución del presupuesto hospitalario
- 4) Control y seguimiento del presupuesto hospitalario.

2.3. Costos.

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

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

La contabilidad de costos es una rama de la contabilidad general que sintetiza y registra los costos de los centros fabriles, de servicio y comerciales de una empresa, con el fin de que puedan medirse, controlarse e interpretarse los resultados de cada uno de ellos, a través de la obtención de costos unitarios y totales en progresivo grado de análisis y correlación en general, para tres propósitos:

- 1) Proporcionar informes relativos a costos para medir la utilidad y evaluar el inventario (estado de resultados y balance general).
- 2) Ofrecer información para el control administrativo de las operaciones y actividades de la empresa (informes de control).
- 3) Proporcionar información a la administración para fundamentar la planeación y la toma de decisiones (análisis y estudios especiales).

Entre los objetivos y funciones de la determinación de costos encontramos los siguientes:

- Servir de base para fijar precios de venta y para establecer políticas de comercialización.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Controlar la eficiencia de las operaciones
- Permitir la valuación de inventarios.
- Contribuir al planeamiento y control y gestión de la empresa.
- Definir políticas de precios.

Para calcular los costos de una actividad, un servicio o un programa de salud, es necesario en primer lugar identificar cuales son sus componentes. Existen diversas maneras de clasificar los costos y la decisión de usar una u otra dependerá de lo que queramos saber y del uso que pretendamos darle a la información:

- Costos de capital, son los costos incurridos en recursos que duran más de un año, para el logro de una actividad, programa o servicio de salud. Equipos, vehículos, obras.
- Costos corrientes o recurrentes, son los costos incurridos en recursos que duran menos de un año, por lo que se adquieren regularmente. Salarios, servicios, etc.
- Costos directos, son aquellos cuya incidencia monetaria en una actividad, programa o un servicio de salud puede establecerse con precisión.
- Costos indirectos, son aquellos que no pueden asignarse con precisión, por lo tanto se necesita una base de prorrateo.
- Costos variables, son aquellos donde se produce el total cambio en relación a los cambios en un factor de costos, varían de acuerdo con el nivel de producción de la actividad

- Costos fijos, son aquellos que no cambian a pesar de los cambios en un factor de costos, no varían con el nivel de producción de una actividad.
- Costo total, es la suma de los costos directos (fijos y variables), más los costos indirectos (fijos y variables), más los costos de oportunidad. El costo total es la suma de todos los costos.
- Costo medio, promedio o costo unitario, resulta de dividir el costo total por el número de unidades, Ej.: $\text{costo medio} = \text{Costo total} / \text{Número de unidades de producción}$.

Entonces puede existir:

$\text{Costo fijo medio} = \text{costo fijo} / \text{Números de unidades de producción}$

$\text{Costo variable medio} = \text{costo variable} / \text{Número de unidades de producción}$.

Costo marginal, es la variación del costo total cuando tiene lugar un cambio unitario en la producción, (El ingreso marginal es el aumento del ingreso total de la empresa cuando eleva las ventas en 1 unidad)

Para el diseño de un sistema de costos se debe cumplir con los siguientes requerimientos:

-Clasificación de los costos

-Procedimientos de costos.

-Forma de acumulación de costos:

a) Por centro de responsabilidad.

b) Por proceso.

c) Por producto.

-Sistema de inclusión de costos, cómo se prorratan los costos indirectos.

-Sistema de captación de datos para la medición de costos.

-Sistema de informes, tipo, contenidos y periodicidad.

-El cálculo del costo de los hospitales reviste gran complejidad debido a dos motivos:

-Los múltiples productos que surgen de la actividad asistencial.

-La gran proporción de gastos indirectos que se encuentran en ellos.

En un hospital, empresa multiproductora, los elementos del costo unitario final presentan una composición diversa y compleja.

El método del costeo por reasignaciones "en cascada" fue el utilizado en el trabajo, es un modelo sencillo de costos de un hospital, cuya gran ventaja es que puede aplicarse en cualquier hospital, de la complejidad que sea, utilizando sólo la información que posee.

Se trata de un sistema de costeo total aplicado mediante un sistema de cascada de costos, de tal manera que ningún costo quede sin ser asignado a un determinado centro de costos.

En este sistema de costeo, la gestión y destino de los fondos se define de modo tal de conocer:

¿Que insumos se compran?

¿Quiénes los compran?

¿Para quiénes los compran y a que precio?

3. EL CONTEXTO DE APLICACIÓN: Unidad Hospitalaria San José (U.H.S.J.)

3.1. Características generales del partido de Campana.

EL hospital se encuentra ubicado en la ciudad de Campana provincia de Buenos Aires. La ciudad de Campana debe su nombre a quien fuera propietario de la estancia en la que hoy se encuentra ubicado: el comerciante andaluz Francisco Álvarez Campana. Por eso, desde mediado del siglo XVIII, se conoció a estas tierras como el RINCON DE CAMPANA. Después de numerosas transacciones, la propiedad pasa a manos de los hermanos Costa. En 1875, se procede al loteo y creación del pueblo de Campana. Como dato interesante cabe señalar el hecho de que ya por entonces Campana se perfilaba como un importante polo de desarrollo; el puerto de ultramar y la creación de la línea férrea, ratificarían ese destino de progreso. Al año siguiente, se realiza el primer viaje de ferrocarril que uniría Retiro con Campana. Numerosas instituciones, como el correo, la policía, el consejo escolar y las escuelas, hacen pronta aparición en el pueblo que comienza a poblarse de numerosos inmigrantes. En 1885 el pueblo se separa del partido de Exaltación de La Cruz, creándose el de Campana, el 6 de julio del mismo año. Don Alfredo Dabble levanta el primer frigorífico Argentino. Se instalan así numerosas industrias: El Molino Harinero de Morixe, la Destilería de Alcohol, etc. Hasta 1924, el Frigorífico, dio empleo a miles de trabajadores campanenses. Ese año un incendio destruye sus instalaciones. Desde entonces, Campana entra en una pronunciada decadencia que se prolonga hasta la instalación en nuestra ciudad de la empresa Dalmine SAFTA, en 1954. Se radicaron además otras industrias de 1er. Nivel, como la destilería Esso Sapa, Cometarsa, Carborundum, Pasa, Rhasa, etc. Actualmente Campana es un centro logístico por excelencia y uno de los polos de desarrollo con más proyección en el futuro inmediato. Esta realidad se ve acompañada por una política municipal de Radicación Industrial activa y facilitadora, orientada a sumar inversiones productivas y puestos de trabajo, como la importante industria Honda, un complejo turístico como Sofitel, una planta termoeléctrica, solo por mencionar lugares en los cuales se pueda palpar el resultado del crecimiento. El partido de Campana posee 954,54 Km2. de superficie, 377 Km2. Corresponden al territorio continental (40%) y 577,54 Km2. son del área insular (60 %), generando alta dispersión poblacional. Se trata de una ciudad con un perfil fuertemente industrial: siderometalúrgico, petroquímico y un parque industrial en expansión. Existen 8 puertos de aguas profundas. Al partido lo atraviesan 4 rutas, 2 nacionales (Ruta Nº 4 y Ruta Nº 9), y 2 rutas provinciales (Ruta Nº 6 y Ruta Nº 12), otorgándole una alta siniestralidad por trauma, sobre todo las rutas Nº 6 y 9. Todas estas características hacen que la población de Campana se halle en permanente crecimiento a raíz de la llegada de personas procedentes de otras zonas del país que se radican en la ciudad por razones laborales (inmigración interna) y, de población de países limítrofes (inmigración externa). Campana es asiento de sedes de Universidades Nacionales como la Universidad Tecnológica Nacional, la Universidad Nacional De Lujan, esto atrae a estudiantes de ciudades vecinas y a su vez facilita el acceso de la juventud local a estudios universitarios que de otra manera serían dificultosos de llevarse a cabo. Por otro lado las universidades son fuente de recursos



humanos calificados. Por último, el hecho que Campana sea una ciudad con un perfil industrial hace que permanentemente se estén radicando empresas, que son una fuente de trabajo para la población local y de ciudades vecinas, esto hace que los niveles de desempleo sean más bajos con relación a otras ciudades de la zona.

Del análisis estadístico de los indicadores básicos según el INDEC se tiene que la población de Campana en el año 2001 era de 83698 habitantes. Por lo que la población estimada para el año 2008 es de 92398 habitantes, de acuerdo a la dinámica de crecimiento poblacional, Campana tiene una tasa de crecimiento mayor de 15/1000 habitantes, datos del ministerio de economía de la provincia de Buenos Aires, de acuerdo a revista Noticias de Economía Nº 68 año 2003.

3.2. Características Generales de La U.H.S.J.

A comienzos del siglo XX, y como consecuencia del constante crecimiento de la población de Campana, en su mayoría inmigrantes, se hizo necesaria la construcción de un hospital cuya infraestructura, pudiera satisfacer una de las necesidades básicas de la comunidad: la Salud.

Este emprendimiento surgió como iniciativa de la comisión de la Sociedad De Beneficencia Hermanas De Los Pobres, creada en 1899, que tenía como presidenta a la Sra. Matilde Viale de Sivori.

Es así que en 1905 se funda el Hospital San José cuya misión incluía "brindar asistencia médica gratuita a enfermos carenciados".

Al poco tiempo se hizo evidente la necesidad de ampliar el edificio para poder cumplir con los objetivos planteados, para lo cual se decidió crear una comisión integrada por personas altamente reconocidas de la ciudad.

La Sociedad de beneficencia se comprometía a asistir gratuitamente a los carenciados, mientras que los pacientes con recursos debían abonar una cuota con las que se obtuvieron fondos para la ampliación y mejoramiento de las instalaciones.

Posteriormente se realizó un convenio con la Congregación Hijas De La Cruz, que sumaron su colaboración continuando la obra de la Sociedad de Beneficencia.

Mas de 100 años han transcurrido desde su fundación, y, tanto la ciudad de Campana, como su hospital, han tenido un crecimiento sostenido.

El 50 % de las consultas diarias se realizan en los Centros de Atención Primaria de la Salud y Centros Integradores Comunitarios, dependientes del hospital, mientras que el otro 50 % se efectúa en la guardia externa (urgencias/emergencias), consultorio de demanda espontánea (atención no programada de patologías de bajo riesgo) y consultorios externos (atención programada de las diferentes especialidades) del Hospital.

La población que concurre al hospital es heterogénea en cuanto a su patología y esto es fruto de tener mucha población joven que asiste a la atención de pediatría (consultas en CAPS, guardia externa, control de niño sano, adolescencia); atención de todo ginecología y perinatología (embarazo en adolescentes, embarazo de alto riesgo); accidentología, (atención en guardia fundamentalmente politraumatismos por accidentes en vía pública, rutas, etc.) y accidentes de trabajo provenientes de las industrias locales.

Por otra parte el contrato de capitación con PAMI, hace que el hospital tenga muchos pacientes añosos con enfermedades crónicas no transmisibles que concurren a, guardia externa por emergencias/urgencias; consultorios externos de diferentes especialidades; internaciones muchas veces prolongadas en Clínica Médica y UTI.

Teniendo en cuenta que la tasa de población sin cobertura de salud es de 41,4 % se tiene que los potenciales usuarios del Sistema de Salud Público serían 38253. Si a esto se suma la atención del 80 % de los beneficiarios de PAMI, que son aproximadamente 11000 afiliados y un importante porcentaje de personas con obra social, se llega a que cerca del 60 % de la población se atiende en nuestra institución.

Dependientes y articuladas con el hospital, existen 23 salas de atención primaria (entre Centros Integradores Comunitarios CICS y Centros de Atención Primaria de la Salud CAPS) que se hallan distribuidas estratégicamente en la periferia del partido de Campana, incluso en el sector de islas, se hallan organizadas en áreas programáticas, y brindan atención ambulatoria, enfocándose en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, constituyendo el primer nivel de atención y articulando con el hospital a través de un sistema de referencia-contrarreferencia.

Del análisis estadístico de las prestaciones médicas que se realizan en la Secretaría de Salud:

222060 consultas anuales (implican consultorios externos, guardia externa y demanda espontánea). Considerando el estándar básico de 4 consultas / beneficiarios por año, da una población de 55515 personas que se atienden en nuestra institución.

Según OMS se necesitan 2.4 camas cada 1000 habitantes, por lo que en Campana se necesitarían 132 camas para hospital de Agudos.

Siguiendo a la OMS se necesitan el 8 % del total de camas hospitalarias para UTI, nuestro hospital necesitaría 10 camas para este servicio.

En el área de emergencias en el último semestre del año 2008, se atendieron 14254 pacientes, de los cuales 1100 correspondieron a politraumatismos, esto representa el 7,71 %. En el 1º trimestre del año 2009, se atendieron 8564 pacientes, de los cuales 600 ingresaron por politraumatismos, esto representa el 7 % del total de atenciones en dicho período.

Los indicadores de producción hospitalaria refuerzan la decisión de:

_Ampliar la dotación de camas de internación.

_Creación del servicio de Unidad de Terapia Intensiva con un número adecuado de camas

_Fortalecimiento del área de Shockroom; esto implica aparatología adecuada, y procesos (normativas, capacitación del personal médico y paramédico).

3.3. Análisis De Porter aplicado a la U.H.S.J.

El modelo de las 5 fuerzas de Porter

Un enfoque muy popular para la planificación de la estrategia corporativa ha sido el propuesto en 1980 por Michael E. Porter en su libro *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. El punto de vista de Porter es que existen cinco fuerzas que determinan las consecuencias de rentabilidad a largo plazo de un mercado o de algún segmento de éste. La idea es que la corporación debe evaluar sus objetivos y recursos frente a éstas cinco fuerzas que rigen la competencia industrial:

Amenaza de entrada de nuevos competidores

El mercado o el segmento no es atractivo dependiendo de si las barreras de entrada son fáciles o no de franquear por nuevos participantes que puedan llegar con nuevos recursos y capacidades para apoderarse de una porción del mercado.

1. La rivalidad entre los competidores
Para una corporación será más difícil competir en un mercado o en uno de sus segmentos donde los competidores estén muy bien posicionados, sean muy numerosos y los costos fijos sean altos, pues constantemente estará enfrentada a guerras de precios, campañas publicitarias agresivas, promociones y entrada de nuevos productos.
2. Poder de negociación de los proveedores
Un mercado o segmento del mercado no será atractivo cuando los proveedores estén muy bien organizados gremialmente, tengan fuertes recursos y puedan imponer sus condiciones de precio y tamaño del pedido. La situación será aún más complicada si los insumos que suministran son claves para nosotros, no tienen sustitutos o son pocos y de alto costo. La situación será aun más crítica si al proveedor le conviene estratégicamente integrarse hacia adelante.
3. Poder de negociación de los compradores
Un mercado o segmento no será atractivo cuando los clientes están muy bien organizados, el producto tiene varios o muchos sustitutos, el producto no es muy diferenciado o es de bajo costo para el cliente, lo que permite que pueda hacer sustituciones por igual o a muy bajo costo. A mayor organización de los compradores mayores serán sus exigencias en materia de reducción de precios, de mayor calidad y servicios y por consiguiente la corporación tendrá una disminución en los márgenes de utilidad. La situación se hace más crítica si a las organizaciones de compradores les conviene estratégicamente integrarse hacia atrás.
4. Amenaza de ingreso de productos sustitutos
Un mercado o segmento no es atractivo si existen productos sustitutos reales o potenciales. La situación se complica si los sustitutos están más avanzados tecnológicamente o pueden entrar a precios más bajos reduciendo los márgenes de utilidad de la corporación y de la industria.

Para éste tipo de modelo tradicional, la defensa consistía en construir barreras de entrada alrededor de una fortaleza que tuviera la corporación y que le permitiera, mediante la protección que le daba ésta ventaja competitiva, obtener utilidades que luego podía utilizar en investigación y desarrollo, para financiar una guerra de precios o para invertir en otros negocios.

Porter identificó seis barreras de entrada que podían usarse para crearle a la corporación una ventaja competitiva:

1. Economías de Escala
Supone al que las posea, debido a que sus altos volúmenes le permiten reducir sus costos, dificultar a un nuevo competidor entrar con precios bajos. Hoy, por ejemplo, la caída de las barreras geográficas y la reducción del ciclo de vida de los productos, nos obliga a evaluar si la búsqueda de economías de escala en mercados locales nos resta flexibilidad y nos hace vulnerables frente a competidores más ágiles que operan globalmente.
2. Diferenciación del Producto
Asume que si la corporación diferencia y posiciona fuertemente su producto, la compañía entrante debe hacer cuantiosas inversiones para reposicionar a su

rival. Hoy la velocidad de copia con la que reaccionan los competidores o sus mejoras al producto existente buscando crear la percepción de una calidad más alta, erosionan ésta barrera.

3. Inversiones de Capital

Considera que si la corporación tiene fuertes recursos financieros tendrá una mejor posición competitiva frente a competidores más pequeños, le permitirá sobrevivir más tiempo que éstos en una guerra de desgaste, invertir en activos que otras compañías no pueden hacer, tener un alcance global o ampliar el mercado nacional e influir sobre el poder político de los países o regiones donde operan.

Hoy en día en la mayoría de los países del mundo se han promulgado leyes antimonopólicas tratando por lo menos en teoría de evitar que las fuertes concentraciones de capital destruyan a los competidores más pequeños y más débiles. La creación de barreras competitivas mediante una fuerte concentración de recursos financieros es un arma muy poderosa si la corporación es flexible en la estrategia, ágil en sus movimientos tácticos y se ajusta a las leyes antimonopólicas.

No obstante su fuerza financiera, la corporación debe tener en cuenta que los pequeños competidores pueden formar alianzas o recurrir a estrategias de nichos. Aquí Sun Tzu nos advierte:

"Si se efectúa un ataque en la proporción de uno contra diez hay que comparar, en primer lugar, la sagacidad y la estrategia de los generales contendientes..."

4. Desventaja en Costos independientemente de la Escala

Sería el caso cuando compañías establecidas en el mercado tienen ventajas en costos que no pueden ser emuladas por competidores potenciales independientemente de cual sea su tamaño y sus economías de escala. Esas ventajas podrían ser las patentes, el control sobre fuentes de materias primas, la localización geográfica, los subsidios del gobierno, su curva de experiencia. Para utilizar ésta barrera la compañía dominante utiliza su ventaja en costos para invertir en campañas promocionales, en el rediseño del producto para evitar el ingreso de sustitutos o en nueva tecnología para evitar que la competencia cree un nicho.

5. Acceso a los Canales de Distribución

En la medida que los canales de distribución para un producto estén bien atendidos por las firmas establecidas, los nuevos competidores deben convencer a los distribuidores que acepten sus productos mediante reducción de precios y aumento de márgenes de utilidad para el canal, compartir costos de promoción del distribuidor, comprometerse en mayores esfuerzos promocionales en el punto de venta, etc, lo que reducirá las utilidades de la compañía entrante. Cuando no es posible penetrar los canales de distribución existentes, la compañía entrante adquiere a su costo su propia estructura de distribución y aún puede crear nuevos sistemas de distribución y apropiarse de parte del mercado.

6. Política Gubernamental

Las políticas gubernamentales pueden limitar o hasta impedir la entrada de nuevos competidores expidiendo leyes, normas y requisitos. Los gobiernos

fijan, por ejemplo, normas sobre el control del medio ambiente o sobre los requisitos de calidad y seguridad de los productos que exigen grandes inversiones de capital o de sofisticación tecnológica y que además alertan a las compañías existentes sobre la llegada o las intenciones de potenciales contrincantes. Hoy la tendencia es a la desregularización, a la eliminación de subsidios y de barreras arancelarias, a concertar con los influyentes grupos de interés político y económico supranacionales y en general a navegar en un mismo océano económico donde los mercados financieros y los productos están cada vez más entrelazados.

La estrategia es incrementalmente dinámica. Las fuentes de ventajas tradicionales ya no proporcionan seguridad a largo plazo. Las barreras tradicionales de entrada al mercado están siendo abatidas por jugadores hábiles y rápidos. La fortaleza de una estrategia dada no está determinada por el movimiento inicial, sino por que tan bien nos anticipamos y enfrentamos a las maniobras y a las reacciones de los competidores y a los cambios en las demandas de los clientes a través del tiempo.

El éxito de la estrategia depende de que tan efectivamente ésta pueda manejar los cambios que se presenten en el ambiente competitivo. La globalización y el cambio tecnológico están creando nuevas formas de competencia; la desregularización está cambiando las reglas de la competencia en muchas industrias; los mercados se están volviendo más complejos e impredecibles; los flujos de información en un mundo fuertemente interconectado le está permitiendo a las empresas detectar y reaccionar frente a los competidores mucho más rápidamente.

Esta competencia acelerada nos está diciendo que ya no es posible esperar por la acción del competidor para nosotros decidir como vamos a reaccionar. El nuevo grito de guerra es anticiparse y prepararse para enfrentar cualquier eventualidad. Cada movimiento de la competencia debe enfrentarse con una rápida contramanoobra, puesto que cualquier ventaja es meramente temporal.

Análisis aplicado al hospital

Los clientes:

Existe un aumento constante en el nº de atenciones debido a múltiples factores:

- Crecimiento de la población por inmigración interna/ externa.
- Crisis socioeconómica del 2001: que dejó a muchas individuos sin cobertura
- Contrato de capitación con PAMI: con una cápita aproximada de 11000 pacientes.
- Atención creciente a pacientes con obra social y prepaga (autogestión)
- Elevada incidencia de politraumatismos: consecuencia de accidentes ocurridos en vía pública y rutas vecinas.

Los resultados de estos factores hacen que en la actualidad el hospital brinde atención al 60 % de la población:

41,4 % pacientes sin cobertura

12 % pacientes afiliados a PAMI

6,6% pacientes con obra social, prepaga, ART.

Los Proveedores:

Dentro de este grupo debemos incluir en 1º lugar al grupo de profesionales médicos, odontólogos, psicólogos, kinesiólogos, asistentes sociales, fonoaudiólogos, Lic. en

nutrición, etc. que trabajan en nuestro hospital: en este grupo encontramos como primer dificultad la escasez de este recurso, por ejemplo el número el cada vez menor de médicos de algunas especialidades como pediatría, terapia intensiva, neonatología, clínica médica, etc., hace que muchas veces sea difícil encontrar personal capacitado para ocupar este tipo de cargos, a la vez que, como consecuencia del crecimiento población y el refuerzo de la atención primaria en CAPS y CICs se necesita un número creciente de profesionales con formación en Atención Primaria de la Salud.

Otro de los proveedores fundamentales tanto en el hospital como en los centros de atención primaria es el personal de enfermería que, como es de público conocimiento a nivel nacional y mundial, es un recurso humano escaso.

El hospital tiene tercerizados algunos de los servicios:

- Ambulancias de traslados locales y de larga distancia.

- Empresa de residuos patogénicos para traslado y tratamiento de los mismos

- Lavadero

- Seguridad

A su vez se efectúan licitaciones para la compra de medicamentos y descartables.

En cuanto a los servicios médicos tiene contrato con servicios que se hallan tercerizados:

- Anestesiología

- Nefrología: para la atención de pacientes y diálisis.

- Anatomía patológica.

Por último, el no disponer de alta complejidad y el limitado número de camas de clínica médica y UTI, sobre todo en épocas de elevada demanda, hace que se genere una demanda insatisfecha que muchas veces es resuelta derivando al paciente a instituciones de mayor complejidad:

Los pacientes sin cobertura se derivan a través de Zona Sanitaria V.

Los pacientes con PAMI se derivan a centros de mayor complejidad que trabajan por para esta institución.

Los pacientes con obra social o prepaga se derivan de acuerdo a lo que dispongan estas últimas, a centros de alta complejidad.

Competencia actual y potencial:

El Hospital Municipal San José junto con las CAPS y CICS son la única entidad pública de la ciudad de Campana que brinda atención gratuita a población sin cobertura, y a su vez el único hospital que brinda atención de 1º y 2º nivel a la cápita de PAMI que tiene contrato con él. En este sentido, a nivel local no tiene competidores actuales para este grupo de población.

En relación a la población que se atiende en el Hospital y cuenta con obra social o prepaga, para este grupo de pacientes los competidores actuales del Hospital serían la Clínica Delta de Campana: una clínica privada, que brinda atención de guardia, atención ambulatoria en consultorios externos e internación de pacientes en clínica médica y UTI, de pacientes con cobertura (obras sociales, prepagas), a su vez que tiene convenios de capitación con algunas obras sociales sindicales.

Otro competidor, para esta franja de población es el Sanatorio Vandom, perteneciente al sindicato de la Unión Obrera Metalúrgica, atiende a pacientes afiliados a este gremio y a pacientes con otras obras sociales y prepagas.

Tanto la Clínica Delta como el Sanatorio Vandom tiene como limitante, un número menor de camas de internación y un staff médico muy acotado que dificulta puedan hacerse cargo de la demanda de pacientes con cobertura.

Como ventaja, tiene ambos un mayor nivel de complejidad, sobre todo la Clínica Delta, que cuenta con tomógrafo, servicio de medicina nuclear y hemodinámica.

Productos Sustitutos:

A nivel local, no hay producto sustituto.

Barreras de entrada:

Son las limitaciones que encuentran los potenciales nuevos entrantes al mercado de la salud en Campana, en este sentido, no existe hasta la fecha, ni a nivel municipal ni a nivel provincial, el proyecto de instalar en la ciudad otra institución pública que tenga como target a la población que se asiste al hospital, los motivos son el hecho que a nivel sanitario se está intentando reforzar el modelo de atención descentralizada, considerando al centro de atención primaria (CAPS, CICs) el lugar del primer contacto del paciente con el sistema de salud, y para aquellos casos en los que es necesaria una atención de mas complejidad, la articulación del 1º con el 2º nivel (hospital) mediante el sistema de referencia-contrarreferencia.

Barreras de salida:

Son las limitaciones que encontraría el hospital para el abandono del sector. En este sentido el carácter universal, solidario, humanitario de la asistencia del hospital público, su historia, la necesidad aún vigente, que motivó en el año 1905, su fundación hace que sea impensable una salida del mismo del sector salud. El hospital público y los centros de atención primaria que de él dependen tienen como objetivo brindarle a la población un derecho fundamental: el derecho a la salud



3.4 Análisis FODA de los procesos de gestión de la U.H.S.J

FORTALEZAS • El Hospital Público brinda atención al 60% de población de Campana • Asistencia a la población de carenciados tanto en el 1º como en el segundo nivel • Apertura de atención a paciente con cobertura (autogestión) • Contrato de atención por capitación a 11000 afiliados del PAMI. • Política de salud orientada a reforzar el 1º nivel de atención, logrando su articulación con el segundo nivel. • Formación y capacitación constante de los profesionales de la institución • Centros de atención primaria en cada punto de la periferia de Campana que se articulan con el hospital • Futura apertura de camas de internación en clínica médica y nueva unidad de terapia intensiva, para hacer frene al aumento de la demanda • Ejecución de programas nacionales y provinciales tanto en el 1º y 2º nivel • .Confección de protocolos de atención de patologías prevalentes.	DEBILIDADES • Mediano nivel de complejidad que obliga a la derivación de pacientes complejos a instituciones de mayor nivel. • Sueldos acotados al presupuesto municipal, en general menores al de los hospitales provinciales y privados que dificultan la obtención de personal humano calificado • Problemas de infraestructura en áreas específicas: cocina, esterilización, mantenimiento, tableros eléctricos, generador. • Envejecimiento de la población con cambios en los perfiles epidemiológicos, donde toman mayor protagonismo las enfermedades crónico degenerativas • Mayores costos por la necesidad de incorporar nuevas tecnologías • Aumento de la demanda por pacientes que han perdido su obra social y cadenciados • Aumento sostenido de pacientes con politraumatismos por accidentes en ruta o en vía pública
OPORTUNIDADES • Ser un hospital de la comunidad que amplíe la facturación de pacientes con cobertura • Inaugurar la unidad de terapia intensiva y la cantidad de camas necesarias en el sector de internación, evitando la derivación de pacientes, aumentando la coparticipación provincial y la facturación • Trabajar en red con otras instituciones de la zona como por ejemplo la utilización del servicio de neonatología del Hospital de Zarate a cambio de prestaciones que se puedan brindar en la U.H.S.J. • Implementar en la guardia del Hospital un Centro de Trauma para el mejor manejo de pacientes politraumatizados, patología que se encuentra en aumento	AMENAZAS • Crisis económica mundial que puede afectar la provisión de recursos tanto humanos como insumos necesarios para el normal funcionamiento del hospital • Aumento de la demanda a consecuencia de la crisis • Escasez de recurso humano capacitado para cubrir puntos clave en el área asistencial

4.FORMA DE FINANCIACIÓN DE LA U.H.S.J.

Los recursos para la financiación de los gastos en el funcionamiento del hospital son provistos, parte por la Provincia de Buenos Aires y parte por el Municipio de la Ciudad de Campana.

Los recursos de provincia ingresan a rentas generales a través de la Coparticipación, el método de determinación de transferencias es un método de combinación de indicadores:

En proporción a la población, supone un gasto por habitante constante. Genera una redistribución territorial de ingresos.

Según superficie geográfica, compensa en mayor medida a aquellas jurisdicciones por tener que atender poblaciones más dispersas territorialmente. No es redistribuido de maneja progresiva.

Según magnitud del gasto público o variables representativas del mismo (componente salud y acción social), este indicador resulta regresivo. Distribuye en relación a lo ocurrido convalidando situaciones de gasto ineficientes, superiores o inferiores al socialmente óptimo.

Inversa de la Capacidad Tributaria per. Cápita.

La forma de recaudar fondos del municipio para es a través de tasas, como la de alumbrado barrido y limpieza.

Se firmó un convenio con PAMI por el cual el Hospital se hace cargo una cápita de aproximadamente 110000 afiliados con el compromiso de brindarles atención médica en el segundo nivel de complejidad, este convenio le genera al hospital un monto fijo mensual de ingresos, el mismo se modifica por incentivos según la eficiencia de la prestación o débitos por falencias.

El hospital se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), por lo tanto los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, están obligados a pagar, conforme al sistema que determine la reglamentación, las prestaciones que sus beneficiarios demanden al hospital.

5. DISEÑO DE UNA MATRIZ DE COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS

Los costos que se incluyeron en la tabla corresponden a un mes (lo óptimo que sugiere la bibliografía es cada 3 meses).

Se utilizó el método de costeo por reasignaciones en cascada que como fue expresado al hablar de costos, es un modelo sencillo de costos de un hospital. Se trata de un sistema "full costing" aplicado mediante un sistema en cascada de costo, de tal manera que ningún costo quede sin ser asignado a un determinado centro de costo.

Se clasificaron los centros de costos y se ordenaron en las columnas de la matriz de costos directos e indirectos, de esta clasificación se obtuvo:

Servicios finales:

Cirugía, clínica médica, tocoginecología y obstetricia, traumatología, consultorios externos, pediatría y unidad de cuidados intensivos.

Servicios intermedios:

Quirófano, diagnóstico por imágenes, laboratorio, farmacia y hemoterapia.

Servicios de apoyo:

Cocina, mantenimiento, limpieza, residuos patogénicos y administración.

Unidad de cuidados intensivos se incluyó en servicios finales debido a que un alto porcentaje de pacientes son tratados en la etapa aguda de la enfermedad en este sector que una vez compensados son derivados(egresos) a otra institución por su obra social, seguro, ART o por lugar de origen (accidentes en rutas).

Se distribuyeron en las columnas de la matriz siguiendo el orden de izquierda a derecha, desde los que reciben más apoyo hacia los que más apoyan.

Se dividieron los costos en dos grandes grupos, remuneraciones y otros gastos.

Remuneraciones, engloba a gastos en personal, para cada recurso humano que trabaja en el hospital, la sumatoria de todos los conceptos que forman parte de las remuneraciones se imputa al centro de costos en el cual el mismo se desempeña. Se solicitó a la Dirección de Personal las planillas de Costo de Remuneración por Dependencia en donde constan por cada recurso humano, su categoría (profesional, técnico, administrativo, enfermera, etc.) y la remuneración dividida en columnas donde consta: remuneración con aportes, remuneración sin aportes, asignaciones familiares, remuneración neta, costo mensual para el municipio, este último fue el utilizado para imputarse a cada RRHH.

En costos por bienes de provisión directa a los servicios que hacen uso exclusivo de ellos como laboratorio y diagnóstico por imágenes que utilizan reactivos y placas radiográficas respectivamente se solicitaron las solicitudes de pedido, solicitudes de gastos y las ordenes de compra mensual a la oficina de compras. Del monto gastado en bienes se descontó el stock remanente y tuvimos los costos del mes que se consignaron en la celda correspondiente.

En costos por bienes que tienen un comportamiento idéntico al centro de costos que los administres como:

Farmacia, este servicio tiene cargado en su sistema de cómputos los pedidos realizados por los distintos servicios en forma diaria tanto de medicamentos como de descartables, se solicitó la lista de pedidos de un mes, se valorizaron los distintos componentes con precios actualizados y se consignaron a la celda correspondiente.

Alimentación y limpieza, se utilizó la misma modalidad que con laboratorio y diagnostico por imágenes, solicitando a la oficina de compras, las solicitudes de pedidos, solicitudes de gastos y órdenes de compras, de los montos totales del mes. Se descontaron los montos que quedaron en stock y se obtuvieron los costos en el mes los cuales se consignaron en su celda.

Mantenimiento: se sumaron todos los pedidos de materiales solicitados en un mes, a esto se sumaron las facturas por reparación de equipos en el mismo lapso realizados por una empresa contratada que factura por reparación realizada.

Hemoterapia, se le adjudicó el costo de los gastos por el transporte de sangre.

En costos por bienes y servicios adquiridos que no pueden se identificados directamente con la atención de los pacientes y no se trata de gastos específicos de cada centro de costos, necesarios para su funcionamiento como:

Oxígeno: se obtuvo el costos mensual y se prorrateó entre los centros de costos de servicios finales, adjudicándole al servicio de terapia intensiva el triple del costo.

Teléfono: prorrateo proporcional entre todos los centros de costos, el doble para el servicio de emergencias.

Costos en la eliminación de residuos patogénicos: es un servicio tercerizado, factura por kilos de residuos retirados, deja un informe con los kilogramos retirados cada vez

que realiza esta operación. Se sumaron los kilogramos retirados en un mes y se valorizó el costo. Se adjudicó el costo a cada centro de servicio final por prorratio proporcional.

Lavadero: es un servicio tercerizado que por un valor mensual realiza el lavado de la ropa blanca y de quirófano; el costo mensual se prorratio en forma proporcional entre los centros de costos.

Gas: se prorratio por superficie entre los centros de costos de servicios finales.

Agua: igual al anterior.

Servicio de vigilancia: es un servicio tercerizado, se prorratio el costo mensual por cada centro de costos de servicios finales.

Un caso particular es el contrato con los médicos anestesta, un servicio tercerizado, cobran por prestación. Es un contrato anual, y facturan lo realizado en el mes. El costo en ese lapso se prorratio por los centros de costos de servicios finales que utilizan esta prestación.

Para completar la Matriz de costos totales por servicios se distribuyeron los costos según su origen entre los diversos centros de costos hasta alcanzar los costos finales de cada centro, a esto se lo denomina distribución secundaria o reasignación de los costos indirectos. Transferencia de los costos desde los centros que apoyan a los centros apoyados. Esto se realiza en dos etapas:

- 1) En la primera se procede a redistribuir los costos de los centros de costos de apoyo a los centros de costos intermedios y finales.
- 2) En la segunda se procede a redistribuir los costos de los centros de costos intermedios a los centros de costos finales.

Ver la Matriz de Costos Directos e Indirectos al final del trabajo.

5.1. Indicadores de gestión basados en la matriz de costos

En el servicio de estadísticas, basado en la planilla de Causa de Morbilidad según Servicio de Egreso, se obtuvieron los datos con respecto a la producción de cada servicio o centro de costo de servicios finales y los días cama que ocuparon.

Con la Matriz de Costos Directos e indirectos se obtuvieron los costos totales de los servicios finales.

Al cruzar estos datos pudimos obtener el valor del día cama de cada servicio y el costo medio unitario de cada servicio.

Servicio de clínica médica:

Costo total del servicio-----\$175000
Unidades producidas-----148
Costo medio unitario----- \$1182

Costo total del servicio-----\$175000
Días cama ocupados-----209
Costo día/cama-----\$ 834

Servicio de cirugía:

Costo total del servicio-----\$229794
Unidades producidas-----37
Costo medio unitario-----\$ 6211

Costo total de servicio-----\$229794

Días cama ocupados-----143
Costo día/cama-----\$1502

Servicio de unidad de cuidados intensivos:

Costo total del servicio-----\$223716
Unidades producidas-----17
Costo medio unitario-----\$13160

Costo total del servicio-----\$223716
Días cama ocupados-----97
Costo día/cama-----\$2306

Servicio de pediatría:

Costo total del servicio-----\$124995
Unidades producidas----- 61
Costo medio unitario----- \$2049

Costo total del servicio-----\$124995
Días cama ocupados----- 246
Costo día/cama-----\$ 508

Servicio de obstetricia:

Costo total del servicio-----\$285985
Unidades producidas-----80
Costo medio unitario-----\$3575
Costo total del servicio-----\$285985
Días cama ocupados-----287
Costo día/cama-----\$996

Servicio de guardia:

Costo total del servicio-----\$361759
Unidades producidas-----251
Costo medio unitario-----\$1441
Costo total del servicio-----\$361759
Días camas ocupados-----325
Costo día/cama-----\$1113

El costo medio unitario se obtiene dividiendo el costo total de cada centro de costos final, por el número de unidades producidas por cada uno.

FACTURACIÓN SOMBRA

Se realizó una facturación sombra en el mes en que se realizó el trabajo de dos servicios, tomar la facturación con precio sombra de la producción realizada es suponer que toda la producción se factura según nomenclador que se toma, en este caso según

Nomenclador IOMA Hospitales, no solo lo que es realmente facturable por tener un financiador, sino también la producción destinada a pacientes sin cobertura.

<u>Facturación de cirugía</u>			
Tipo de cirugía	Cantidad	Precio Unitario	Total
Mastectomía subtotal	1	\$ 1.453,30	\$ 1.353,30
Hemicolectomía	1	\$ 4.611,56	\$ 4.611,56
Drenajepleural/ neumotórax	2	\$ 2.410,26	\$ 4.820,46
Apendicetomía	13	\$ 1.809,57	\$23.524,41
Hernioplastía	4	\$ 1.510,75	\$ 6.043,00
Colostomía	3	\$ 2.447,72	\$ 7.343,16
Colecistectomía	13	\$ 2.579,30	\$33.530,90
Total facturado			\$83.226,79

Costo del servicio en el mismo mes \$229794

Facturación Terapia Intensiva

Tipo de patología	días	total
Politraumatismo grave	2	\$ 1.239,11
Politraumatismo grave	1	\$ 659,55
Insuf. Cardíaca descom.	3	\$ 1.322,68
Sepsis	5	\$ 3.732,06
Sme. Coronario Agudo	5	\$ 3.038,65
TEC grave	7	\$ 5.851,30
CAD	5	\$ 2.134,30
BAV 3 grado	5	\$ 1.037,50
FAARV.	5	\$ 2.473,28
Sepsis	5	\$ 3.732,06
Sepsis	5	\$ 3.732,06
Shock séptico	3	\$ 560,54
Politraumatismo grave	24	\$ 21.241,82
Pancreatitis aguda	2	\$ 2.104,50
ACV isquémico	6	\$ 5.310,43
Sepsis	4	\$ 3.732,06
BAV 3 grado	10	\$ 1.037,50
Total facturación		\$ 62.939,40

Costo de servicio en el mismo mes \$ 223716.

La realización de una facturación sombra se utilizó para tener un espejo donde mirar lo que se estaba haciendo, no significa que los servicios hallan dado pérdida y tengan que cerrarse, es una herramienta para comparar mes a mes lo que se produce, los costos y las desviaciones.

Se plantea a futuro tomar los costos fijos, los costos variables, los costos totales y los costos marginales utilizando la facturación sombra y de esta manera hacer un análisis del punto de equilibrio.

6. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la complejidad en la gestión hospitalaria ésta debe orientarse hacia la utilización de herramientas de la gestión empresarial. El hospital debe cambiar a un centro consciente de los recursos que utiliza, que se preocupa de valorar los costos de la medicina que presta con los beneficios que de ella se producen. Se observa diariamente la existencia de incrementos de costos en las prestaciones asistenciales y diagnósticas, esto resulta en un grave problema para la gestión económico financiera, por lo cual es de suma importancia desarrollar sistemas de información gerencial para su monitoreo y control. Hay que integrar la gestión económica financiera y la gestión clínica y sanitaria considerando un conjunto de determinaciones sociales e institucionales que condicionan los procesos de salud-enfermedad y las respuestas del sistema de salud a ellos. Para lograrlo el accionar futuro tendrá que tener en cuenta los siguientes factores claves:

Identificación de la población beneficiaria. Situación de la salud de la población. Programación y presupuesto por programas. Programación-resultados directos y costos. Análisis efectividad de prestaciones hospitalarias y de redes de salud. Costo efectividad por prestaciones hospitalarias y de redes de salud. Análisis de cobertura e impacto de prestaciones en la población. Control de gestión de información gerencial de resultados y costos.

Hay que innovar las formas de asignación de recursos a los hospitales buscando mayor flexibilidad, así como incentivar la productividad y la eficiencia. Hacer que el dinero siga al paciente, de pagar por lo que la institución hace, por los servicios que presta, en lugar de financiar al hospital para estar disponible para atender. Es más probable en los hospitales públicos la extensión del uso de compromisos o contratos de gestión, una modalidad mas flexible que, en rigor no implica financiar la demanda sino modificar el financiamiento de la oferta vinculando la asignación de recursos al cumplimiento de metas asistenciales y de gestión.

La idea básica es desarrollar en las organizaciones un nuevo modelo de gestión orientado hacia la instrumentación de políticas, objetivos, metas y resultados que privilegien la satisfacción de las necesidades y demandas de la ciudadanía y de la sociedad. Las organizaciones públicas deben pasar de una cultura orientada al cumplimiento ritual de procedimientos y normas, a una cultura orientada al cumplimiento de objetivos mensurables que constituyan un verdadero aporte a los lineamientos políticos del gobierno y de la organización.

Ello implica pasar de la organización burocrática (dirigida por presupuestos y normas) a una organización moderna (dirigida por misiones y metas) basada en un planeamiento eficiente, con una conducta estratégica sobre la base de estructuras flexibles a los cambios en la demandas y una programación y ejecución presupuestaria que pase de los presupuestos por partidas a presupuestos por programas, de un presupuesto orientado al gasto a otro que incentive el ahorro. En síntesis, un modelo de gestión de los organismos públicos centrado en fortalecer su capacidad de generar valor social.

7. BIBLIOGRAFÍA

- DIAZ, Carlos. "El pequeño gestión ilustrado de servicios de salud". Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2005.
- DIAZ, Carlos. "¿Quo Vadis hospital público?". Ensayo. Revista Isalud, volumen 2-número 9:25-30, octubre, 2007.
- GONZALEZ GARCÍA, G Et TOBAR, F. "Salud para los argentinos". Ediciones Isalud. Buenos Aires, 2004.
- INSUA, T. "Evidencia, economía clínica y resultados de la atención médica". Artículo. Cuadernos del programa de gestión de sistemas integrados de atención (GESI), pertenecientes al Centro de Estudios Interdisciplinarios en Gestión y Economía de la Salud (C.E.G.E.S):3-18, junio 2009.
- ISALUD-"Desafío para los Hospitales en Argentina" V Encuentro Nacional de Hospitales-Ediciones Isalud, 2009.
- JIMÉNEZ JIMÉNEZ, J. "Manual de gestión para jefes de servicios clínicos". Ediciones Díaz de Santos. S. A. Madrid. España. 2000.
- OTUÑO-RUBIO, J. L. PINTO-PRADES y J. PUIG-JUNOY. "La economía de la salud y su aplicación a la evaluación". Revista Atención Primaria, volumen 27-número1: 62-64. Enero 2001.
- LEY DE COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL 10.559/87 Y MODIFICATORIAS (10.752/88 y 10.820/89).
- TOBAR, F."¿Qué es gestión por resultados?". Artículo. Revista Isalud, volumen 3-número 14: 25-34, octubre 2008
- SCHWEIGER, A. "El control de la gestión y el sistema gerencial, en sistemas y organizaciones del sector salud". Artículo. Materia: información y control de gestión. Maestría y especialización en sistemas de salud y seguridad social. Año 2009.
- SCHWEIZER, A. CUOMO, C. ROSENDE, H. SPADAFORA, S. "Sistema de costos hospitalarios". Artículo. Materia: información y control de gestión. Maestría y especialización en sistemas de salud y seguridad social. Año 2009.
- SCHWEIZER, A."La gestión económico financiera aplicada a organizaciones de salud. Desafíos pendientes". Análisis. Revista Isalud, volumen 3-número 14: 20-24, octubre 2008.