

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: Daniela Maricel Yegros

ESTIMACIÓN DE COSTOS EN LA INTERNACIÓN DE UN PACIENTE POSITIVO A COVID EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2021 EN EL HOSPITAL INTERDISTRITAL DE CONTINGENCIA COVID19 "EVITA" DE FORMOSA

2021

Directora de Tesis: Mg. Ruth Mariel Litmanovich

Citar como: Yegros, D. M. (2021). Estimación de costos en la internación de un paciente positivo a COVID en el segundo trimestre de 2021 en el Hospital Interdistrital de Contingencia COVID19 "Evita" de Formosa. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2644>

Indice

Resumen/Palabras claves	3
Abstract/Keywords.....	4
1.Introducción.....	5
1.1 Presentación	5
1.2 Tema/ Problema de Investigación.....	7
1.3 Contexto.....	7
1.4 Relevancia y Justificación.....	16
2. Planteamiento del Problema	17
2.1 Formulación del Problema de la Tesis.....	17
3.Objetivos	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. Marco Teórico.	18
4.1 Marco Teórico	19
5. Metodología.....	31
5.1 Tipo de Estudio.....	31
5.2 Universo y características de la muestra.	34
5.3 Fuentes de Información y Técnica de Recolección de Datos.....	34
6. Desarrollo.....	35
Capítulo 1: Descripción de los Servicios que integran el Hospital	35
Capítulo 2. Caracterización de Pacientes	37
Capítulo 3.Asignación de costos: Directos e Indirectos	41
3.1 Distribución de Costos Directos	42
3.2 Distribución de Costos Indirectos	48
3.3 Reparto Primario	52
3.4 Reparto Secundario	56
3.5 Cálculo de Costos Totales y Unitario.....	57
7.Conclusiones	60
8. Discusión-Propuestas.....	62
9. Bibliografía	63
<u>10.Anexos</u>	65

Resumen/Palabras claves

La presente tesis estima el costo total de las internaciones de pacientes positivos a COVID19, durante su estadía en el Hospital Interdistrital de la Contingencia COVID19 "EVITA" (creado para atender pacientes con coronavirus), en la provincia de Formosa (Argentina), durante el segundo trimestre del año 2021.

El principal aporte de los resultados se relaciona con comprender la importancia de contar dentro de una Institución con un Sistema Interno de registración y reportes de Costos. Una de las principales ventajas es contribuir con información útil para la toma de decisiones de directores y administradores de recursos.

La metodología para llevar a cabo la investigación es a través de la construcción de una Matriz de costos y exponerlo mediante el "Método de Costeo por reasignaciones en cascada". Este trabajo no es sencillo, pero tampoco imposible de realizar. Unifica las Contabilidades Financiera y la de Costos apoyados en entrevistas a responsables de los Servicios intervinientes y los Reportes del Sistema de Gestión Hospitalaria. Es decir, el sistema de Costos será nutrido por otros sistemas que le aportarán claridad en la asignación y prorrateo de costos a los diferentes servicios que funcionan en el Hospital.

El punto de partida es el reporte de gastos emanado del Sistema de control presupuestario de la Provincia, se complementa con información adicional de otros Sistemas y documentación, para clasificarlos en costos directos e indirectos a los servicios. Luego, se detalla y caracteriza el universo de pacientes para llegar a un costo por paciente de acuerdo a la Sala de internación que ocupó. Y así se calcula el costo total y unitario de ellos.

Palabras claves: costos directos e indirectos- pacientes COVID19- Hospital pandémico- Sistema Interno de Contabilidad de Costos

Abstract/Keywords

This thesis estimates the total cost of hospitalizations of COVID19 positive patients, during their stay at the Interdistrict Hospital of the COVID19 Contingency "EVITA" (created to care for patients with coronavirus), in the province of Formosa (Argentina), during the second quarter of 2021.

The main contribution of the results is related to understanding the importance of having an Internal Cost Registration and Reporting System within an Institution. One of the main advantage is to contribute with useful information for decision-making by directors and resource managers.

The methodology to carry out the research is through the construction of a Cost Matrix and to present it through the "Cascade Costing Method". This work is not simple, but neither is it impossible to carry out. It will unify the Financial and Cost Accounting supported by interviews with those responsible for the intervening Services and the Reports of the Hospital Management System. That is, the Cost system will be fed by other systems that will provide clarity in the allocation and apportionment of costs to the different services that operate in the Hospital.

It starts from the expense report emanating from the Provincial Budget Control System, it is complemented with additional information from other Systems and documentation, to distinguish direct and indirect costs to the services. Then, the universe of patients is detailed and characterized to arrive at a cost per patient according to the hospitalization room they occupied. And thus the total and unit cost of them is calculated.

Keywords: direct and indirect costs - COVID19 patients - Pandemic Hospital - Internal Cost Accounting System

1.Introducción.

1.1 Presentación

El siguiente trabajo de investigación centra su foco en la Contabilidad, más específicamente en la Contabilidad de Costos aplicada a un servicio esencial como es el de la Salud.

Recordemos que "los objetivos de la Contabilidad de costos han ido evolucionando con el tiempo, dentro de los avatares de su propia historia. Podríamos señalar que a través de una especie de proceso acumulativo se ha llegado a un momento en que se pueden asignar a la Contabilidad de Costos los siguientes objetivos:

1. Planificación y control
2. Valoración de los bienes y servicios

1. La Planificación y el control:

La contabilidad de costos aparece involucrada en el **proceso de gestión** que siguen las empresas.

La planificación estratégica es la parte del proceso de gestión en la que se determinan los objetivos, a largo plazo de la organización y las metas para alcanzarlas. Es una parte del proceso que se plantea con una perspectiva de largo plazo.

El control de gestión es la parte del proceso más amplio, que guía a los dirigentes para conseguir que la gestión corriente obedezca al planteamiento estratégico. Implica sistematización de las decisiones que se han de adoptar en un plazo más corto, que normalmente será el año. El control de gestión se manifiesta de una manera concreta en el presupuesto.

El control de las tareas o el control de ejecución es la parte del proceso de gestión que guía la puesta en práctica de las decisiones llevadas a cabo dentro del marco general de la gestión a la que acabamos de aludir. Va apoyándose en la información sobre los hechos que afectan a la empresa, que se va comparando con la que aparece en los presupuestos; de esa comparación se deducirán unas desviaciones cuya interpretación pondrá de manifiesto las acciones correctoras a seguir.

2. Valoración de los bienes y servicios

La contabilidad de costos ha venido heredando otro objetivo: la valoración de los bienes y servicios que se obtienen a lo largo del proceso productivo. Al conseguirlo, la contabilidad de costos está logrando la valoración de los activos que quedan al final del periodo en la empresa, entre los que pueden estar:

- a) Existencias de materias primas. De ellas se conocerá su precio de factura sin mucha dificultad, pero hay una serie de costos provocados por su adquisición y traslado a la empresa, incluso su conservación y almacenamiento, que es preciso determinar.
- b) Existencia de productos en curso de transformación, que en el momento de su valoración pueden ser objeto de la actividad de la empresa.
- c) Existencia de productos semiterminados, que, habiéndose trabajado en algunos centros de actividad, están esperando ser objeto de otras actividades posteriores.
- d) Existencia de productos terminados, que están esperando el momento de ser vendidos.

Aunque los servicios no tienen normalmente una manifestación corpórea, su costo necesita ser determinado por la contabilidad de costos. Incluso puede darse el caso de algún servicio que en un determinado momento esté en curso de realización. Por ejemplo, en una empresa determinada dedicada a dar servicio de asesoramiento fiscal tenga estudios en curso, pendientes de ciertas investigaciones.” (Fernandez, 1993)

La Contabilidad de costos representa un pilar importante como fuente de información útil para la toma de decisiones en una organización que produce bienes o servicios, donde los recursos son siempre limitados.

Dentro de un hospital, resulta difícil determinar los costos de los servicios prestados, debido a la diversidad y complejidad que estos presentan. Más aun en un hospital con financiamiento público supone una utopía contar con un área de Costos, donde se tenga información acerca de las grandes erogaciones presupuestarias que se realizan periodo a periodo. Los gastos pueden ser cuantificados en unidades monetarias, pero los ingresos y beneficios que se obtienen, no: el valor de la vida, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, las muertes evitadas, etc. no son generalmente fáciles de cuantificar. Es por ello que el área de Recuperación de costos de prestaciones a pacientes con Coberturas sociales por adhesión, no alcanza en proporción a cubrir la realidad.

En las siguientes páginas se destaca que la llegada del COVID19, activó cientos de Planes de Contingencia, en países, provincias, estados grandes y pequeños. Se conoce que el impacto sobre la economía mundial fue negativo, no solo porque retrasó la actividad económica, sino por el gasto que generó acondicionar el sistema de salud para enfrentar esta enfermedad. En muchos países el virus logró expandirse rápidamente, el sistema sanitario se vio sobrepasado y colapsado.

Teniendo presente la dificultad de asignarle un valor monetario a una vida (muerte evitada), sea cual fuere la calidad. Vincular la salud humana con los costos monetarios se percibe muchas veces como cruel, pero si lográsemos un nexo eficiente entre prestar este servicio y costearlo para recuperar inversiones y planificar más de ellas aplicadas al sistema de salud, representaría realmente una retroalimentación positiva para el mismo, sobre todo para los que utilizan los fondos públicos.

El coronavirus es una oportunidad para hacer este análisis y demostrar el aporte positivo que le brinda un sistema de costos a cualquier administración de instituciones, en este caso, un hospital. Se conoce que, algunos países crearon hospitales de campaña, otros expandieron los que estaban en funcionamiento, y otros, adaptaron sus instalaciones para responder a las demandas. Todos, preparados con antelación o no, mal o bien, aprendieron a gestionar recursos durante esta crisis sanitaria. Explica la bibliografía, que enfrentamos una nueva era, donde existen requerimientos formales en la presentación de los desastres que, en particular para el sistema de salud, en las funciones de salud pública y medicina, se necesita para el manejo adecuado de una nueva disciplina denominada "gestión de emergencias". La misma, relativamente novedosa en nuestro medio médico, ya tiene muchos antecedentes, señala que, en los Estados Unidos, desde 1986, existe la Federal Emergency Management Agency (FEMA), una organización dedicada específicamente a estos conocimientos y prácticas.

Hospitalizar un caso positivo, tratarlo, medicarlo, y darle el alta sano, constituye un proceso reducido de lo que sucedió durante la pandemia. Costear este proceso, con sus muchas particularidades, es de suma importancia. Por lo expuesto y considerando tener disponibles las herramientas para hacerlo, se pensó abordar el siguiente trabajo de investigación.

1.2 Tema/ Problema de Investigación.

Estimación de costos de la internación de pacientes COVID positivo en el Hospital Interdistrital de Contingencia de Formosa en el segundo trimestre de 2021.

1.3 Contexto

A finales del año 2019 en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei en China, tuvo origen un brote de una nueva cepa de coronavirus muy contagioso y con alta tasa de letalidad, conocido como SARS-CoV2. Se determinó el 17 de noviembre de 2019 como la fecha del primer caso confirmado en el mundo de la enfermedad que se denominó COVID-19.

Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades respiratorias que afectan a numerosas especies de animales. Algunos de estos virus, incluidos el recientemente descubierto en China, pueden afectar a los seres humanos. Se transmite de persona a persona a través de pequeñas gotas de saliva, que se emiten al hablar, toser, estornudar, etc. se propaga principalmente cuando las personas están en estrecho contacto, pero también se puede difundir al tocar una superficie contaminada. El periodo de incubación de la enfermedad va desde dos a catorce días y los síntomas más comunes son la fiebre, tos seca, dificultad para respirar, pérdida del olfato, etc. Las personas más vulnerables a contagiarse son los adultos mayores, personas con diabetes, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, cardiopatías, o algún tipo de inmunodeficiencia, etc.

Gran parte de los coronavirus producen enfermedades leves, moderadas y graves. Es decir, desde el resfrío común, la neumonía y algunos tipos pueden provocar cuadros más graves como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) o el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), identificados en años anteriores.

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaraba al COVID-19 como una pandemia. A su vez recomendaba:

- Realización de pruebas para detectar casos positivos
- Aislar a los contagiados
- Preparación y reacción rápida
- Distanciamiento social
- Promover medidas de higiene y prevención: lavado frecuente de manos, cubrirse la boca (uso del barbijo)

Esta emergencia sanitaria no solo afectó la salud pública mundial, sino que también ocasionó golpes a las economías, tanto en el sector público como en el privado.

Cada país adoptó la postura que creyó más acertada, tratando de proteger a su población. Los que optaron por implementar medidas de mitigación para atenuar la propagación del virus, obtuvieron mejores resultados. Algunas fueron: cuarentena, confinamiento, restricciones a los viajes, cancelación de todo tipo de eventos, cierre de establecimientos, suspensión de clases escolares. Cabe destacar que no es lo mismo que la pandemia ataque a un país desarrollado que a uno subdesarrollado. Los primeros, pueden recomponerse rápidamente, los otros por lo general no.

En Latinoamérica, la pandemia afectó principalmente a Brasil, Perú, Ecuador y Chile, donde los casos crecían exponencialmente.

En cuanto a Argentina, y sus países limítrofes:

- Límite al Norte: Bolivia, Paraguay y Chile (Noroeste).
- Límite al Oeste: Chile.
- Límite al Este: Brasil, Uruguay y el océano Atlántico.
- Límite al Sur: Chile y el océano Atlántico.

La pandemia se desarrolló de la siguiente manera:

1- En Paraguay: su primer caso positivo fue confirmado el 7 de marzo del 2020. A fines de marzo se sancionaron medidas preventivas y restrictivas sanitarias a fin de mitigar y disminuir consecuencias de la pandemia. Ya en mayo, se relajaron las medidas lo que ocasionó que a fines del 2020 la situación epidemiológica en Paraguay se agravara. Aumentaron los contagios, el número de fallecidos, sobre todo el colapso de las áreas de hospitalización y terapia intensiva.

2- En Bolivia, el 5 de marzo de 2020 aparecen los 2 primeros casos confirmados. El sistema sanitario fue desbordado y las cifras hablaban de 900 muertes por millón de habitantes. Considerando que al 15 de julio de 2022 el número de fallecidos superaba las 20.000 personas. (REUTERS, 2022)

3- Chile confirmó su primer caso el 3 de marzo de 2020, a partir de allí los contagios crecieron desmesuradamente. No se respetó un confinamiento estricto, no se realizó seguimiento de casos sospechosos, en consecuencia, el sistema sanitario colapsó. Sumado a que el sistema de salud chileno tiene problemas estructurales.

4- En Uruguay los primeros casos aparecieron a principios de marzo, el Gobierno uruguayo apostó a la libertad responsable, que dejó en evidencia que no fueron suficientes para evitar la propagación masiva.

5- Brasil, durante el 2020 reportó su primer caso positivo, y a fines del año, su primer caso de reinfección. La notoria posición del presidente de no darle importancia a la

pandemia y el constante enfrentamiento con los demás gobernadores y alcaldes, terminaron con miles de muertes y pérdidas económicas.

Gráfico N°1: Límites de Argentina



Fuente. <https://www.saberespractico.com/wp-content/uploads/2013/09/limites-de-argentina.jpg>

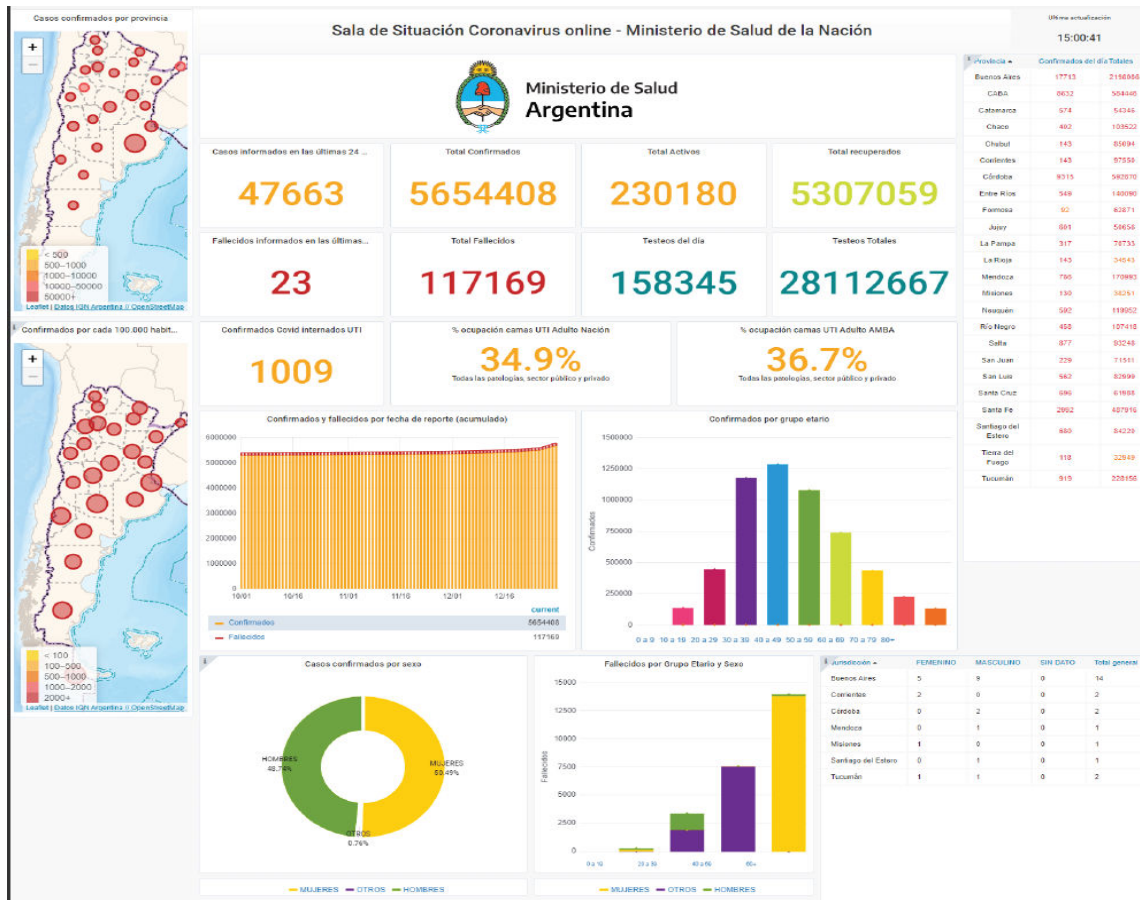
En Argentina, el primer caso fue importado de Europa, un empresario que había visitado ciudades de España e Italia durante el mes de febrero. Regresó a Argentina el 1° de marzo manifestando síntomas de fiebre, dolor de garganta y tos, confirmando el 3 de marzo el Instituto Malbrán el primer paciente COVID19 en nuestro país. El 7 de marzo, el Ministerio de Salud confirma el primer deceso por COVID19, un paciente de 64 años con comorbilidades. Fue así que el Presidente declaró la emergencia sanitaria el 12 de marzo del 2020 mediante el Decreto Nacional N° 260/20. El 19 de marzo de 2020 estableció la cuarentena en todo el país, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio donde solo circulaban los trabajadores esenciales, se abrían sólo comercios fundamentales como supermercados, farmacias y ferreterías. El resto de las tareas pasaron a ser online, fueron también suspendidas las clases presenciales, los espectáculos y actos de masiva concurrencia, ceremonias religiosas, etc. A partir de allí se fueron presentando flexibilizaciones a medida que se controlaba la propagación del virus.

Mientras tanto las primeras vacunas se comenzaron a desarrollar, el Gobierno Nacional firmó un acuerdo con AstraZeneca para la obtención de cerca de 200 millones de dosis. Se adquirieron también 25 millones de Sputnik V. Las primeras que fueron llegando se aplicarían a la población más vulnerable, la campaña de vacunación comenzó el 29 de diciembre del 2020. La Argentina fue el cuarto país de América Latina en iniciar la vacunación. Con el paso del tiempo es importante mencionar como agravante de la pandemia, la mutación del virus y la aparición de sus principales variantes.

Al 31 de diciembre de 2020, se registraron 1.613.928 de infectados y 43.163 muertos por coronavirus. (Argentina, 20-21)

En el segundo año, al 31 de diciembre de 2021, el total de casos confirmados llegó a 5.654.408 y 117.169 víctimas fatales. (Argentina, 20-21)

Gráfico N°2: Coronavirus 2021



Fuente. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico N°3: Mapa de la Provincia de Formosa



Fuente. Formosa.gov.ar

En la Provincia de Formosa, el gobierno se adhirió a la emergencia mediante el Decreto N° 100/20 unos días después del Decreto de la Nación. Con una población expuesta de aproximadamente 600.000 habitantes, en una superficie territorial de 72.066 km.

El alto riesgo del ingreso del virus al territorio formoseño data justamente por su ubicación geográfica, ya que está al norte del territorio argentino, limitando a su norte y al este con la República del Paraguay, al oeste con la Provincia de Salta y al sur con la Provincia del Chaco. Zonas muy afectadas por el coronavirus.

Con respecto a la organización del sistema de salud provincial se legisló mediante la Constitución Provincial (1991):

Artículo 80: El Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad; y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales. Asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema salud, conforme con el espíritu de la justicia social.

Artículo 81: El Estado asegura los medios necesarios para que en forma permanente, se lleven a la práctica los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades, mediante:

1) La constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la Provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa.

2) La capacitación permanente de los efectores de salud, en todos los niveles de atención, como asimismo de la comunidad, para que ésta sea protagonista de su proceso de salud.

3) La planificación y evaluación participativa de las acciones de salud, orientadas fundamentalmente en las enfermedades y males sociales, socio-ambientales, endemo-epidémico y ecológicos regionales.

4) La investigación social, biomédica y sobre los servicios de salud, orientada hacia los principales problemas de enfermedad de la población, el uso de tecnología apropiada científicamente válida y socialmente aceptada; y el suministro de medicamentos esenciales.

5) El contralor de las acciones y prestaciones médico-sanitarias, teniendo como referencia los principios éticos del ejercicio profesional.

6) Toda otra acción del sistema de salud e intersectorial, que convenga a los fines del bienestar de los individuos y tendiente a mejorar la calidad de vida de la población.

7) La confección y utilización obligatoria por los organismos efectores de un vademécum medicamentoso básico social adecuado a las patologías regionales. El Estado Provincial promoverá la legislación correspondiente. (Provincial, 1957.modif 2003)

La Atención Primaria de la Salud (APS) no es otra cosa que: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la

comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". Garantizándose de esta manera la accesibilidad, la capacitación del recurso humano, los servicios esenciales, la participación comunitaria; organizando el sistema y permitiendo desarrollar las actividades de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación de la Salud. Partiendo de los conceptos básicos: - "La Salud como un Derecho Humano Fundamental"; - "La APS como la estrategia para alcanzar la meta "Salud para Todos" y - "La Justicia Social y la Equidad como principios"; se imparten las Políticas de Salud que tienen como eje de su desarrollo la:

A-División Territorial

B- Organización de la Atención por Niveles de Complejidad Creciente

A- División Territorial

Los Sistemas Locales de Salud (OPS) o Distritos (OMS) representan el instrumento de ejecución de la estrategia de Atención Primaria. Constituyen el eje operativo de la reorganización y reorientación del Sector Salud con el propósito de lograr equidad, eficacia y eficiencia sociales con la participación activa de la comunidad. Este concepto, basado en un enfoque sistémico de la salud, se enmarca en el proceso de descentralización del Estado en procura de una mayor eficiencia y democratización. Lo expresado implica la definición de una red de servicios interrelacionados con niveles de atención diferenciados que debe asumir en su conjunto la responsabilidad de dar atención integral a la población.

1-Nivel de Distrito: Determinado por un conjunto de áreas programáticas, incluye como mínimo primeros niveles de atención y una primera referencia, tiene relación directa con la articulación de las relaciones intersectoriales, y con organizaciones intermedias. Se constituye en un pivote entre el Nivel Central y el Nivel Local. Tiene la responsabilidad de atender el complejo comunidad-ambiente físico y psicosocial.

2-Nivel Central: Determinado por el equipo ministerial de apoyo a la gestión global, tiene relación directa con organizaciones gubernamentales provinciales nacionales y con organismos internacionales.

3-Nivel Local: Determinado por los efectores de primer nivel de atención, tiene relación directa con la población, su expresión geográfica es el Área Programática.

4-Áreas programáticas: Con delimitación geográfica definida, tienden a definir zonas más homogéneas, donde se establecen las relaciones cara a cara entre los prestadores de servicios y la población, y tienen como responsabilidad el complejo individuo-familia-comunidad.

Vale aclarar que esta división territorial coincide perfectamente con los radios y segmentos censales, por lo que la población desagregada de los Censos permite asignar a cada área la población de responsabilidad correspondiente

B- Organización de la Atención por Niveles de Complejidad Creciente

Esta red permite que el problema de salud que afecta a una población pueda ser resuelto en el nivel que corresponde, permitiendo de esta manera que la persona pueda ser atendido lo más cercano a donde vive y/o trabaja y por otra parte a una mejor distribución de los recursos por parte del Estado. Basado en el conocimiento de

circulación viral, por el contacto estrecho de la convivencia y, por otro, en los controles, se detectaron numerosos casos de violación a la cuarentena domiciliaria.

Atento a esto se implementó el programa de Ingreso Ordenado y Administrado a Formosa y la habilitación de los Centros de Aislamiento Preventivos (CAP). Esta segunda estrategia sanitaria trataba de que: toda persona que ingresaba al territorio formoseño con intención de permanecer, tenía que realizar una cuarentena obligatoria de 14 días en un CAP designado. Se puso a disposición un sistema de solicitud de autorización de ingreso por la web donde se notificó la autorización por el mismo medio y a la brevedad. Autorización que estaba sujeta a evaluación con criterio médico y social de prioridades.

Este programa fue duramente criticado y hasta considerado violatorio de los Derechos Humanos. Tal es el caso que un Juez Federal subrogante luego de haberlo declarado inconstitucional, en el marco de Habeas corpus requerido obliga a la Provincia el ingreso de personas hacia noviembre de 2020. Fue así que el Programa de Ingreso Administrado fue saturado y ya se pensaba en el rápido avance a la circulación comunitaria del virus. (COVID19, 2021)

Previo al año 2020, en la capital de la Provincia se estaba terminando una gran infraestructura sanitaria con equipamientos de última generación y tecnología: el proyecto "Hospital Interdistrital Evita". Entonces, las autoridades del gobierno, decidieron ponerlo en funcionamiento como un hospital de contingencia, monovalente, que se ocupara de la atención exclusiva de pacientes que portaran el coronavirus. Totalmente equipado y con alrededor de 500 empleados de planta (con un 80% de personal asistencial), a fines de mayo del año 2020, abrió sus puertas.

El efector es financiado con fondos públicos provinciales, cuyo Presupuesto al inicio fue Flexible Ajustado a las necesidades que se presentaban. Iniciaba con equipamiento listo para utilizarse, 160 camas en total, 41 de ellas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) con equipos de ARM y 119 para Internación común.

Tiene una administración centralizada dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano de la provincia.

La flexibilidad en los desembolsos para el correcto funcionamiento, hicieron posible la realización de modificaciones edilicias para poder cumplir con la demanda exponencialmente ascendente. Mediante la Dirección de Mantenimiento y La Unidad Central de Administración de Programas (U.C.A.P), varios sectores fueron adaptados obteniendo como resultado una mayor dotación: 82 camas UTI y 120 salas de internación común (202).

Implícitamente el Hospital Interdistrital formó parte de un Plan Operativo de emergencias hospitalario (POEH) que es recomendado tener ante los actuales Incidentes Médicos Mayores (IMM), que son aquellos eventos en los que el número o el tipo de lesionados satura o pone en peligro el funcionamiento normal del servicio de salud y requiere de procedimientos operativos especiales para afrontar esta situación. Como los autores sugieren, denominarlo EMV: Emergencia con múltiples víctimas; que tiene tanto impacto que afecta al hospital, equipos de respuesta y a la comunidad. Entre los ejemplos figuran las inundaciones, los incendios, brotes epidemiológicos, etc. También brindan los pasos necesarios para elaborar el plan, dice que este documento inicia con el estudio de los riesgos del área programática, (siguiendo los

criterios de índice de probabilidad, de daño y de riesgo, además de confeccionar los mapas de riesgo locales) y de la capacidad de respuesta hospitalaria (número de camas de recepción de emergencias y de los servicios, capacidad máxima de servicios en casos de urgencias, dotación de personal de planta, de personal durante la guardia, equipamiento de guardia y autonomía de infraestructura). El mismo se centra en determinar los recursos y las tareas de diferentes procesos, a saber, la dirección del plan, el equipo de triaje, la asistencia según la gravedad, las prioridades, morgue, enfermería, farmacia, el equipo de internación, la información y el área psicosocial. Su confección es responsabilidad institucional y se puede crear comités de emergencias. La bibliografía consultada enumera una serie de fases de respuesta asistencial para lo que fue el COVID19.

Fase 0: que implica revisión de la capacidad máxima y adecuación de cada área asistencial. Informar y capacitar al personal.

Fase 1: inicio de la pandemia. Sugiere cancelación de vacaciones y permisos del personal hospitalario, posponer actividades electivas, como cirugías, consultas; adecuación del triaje, reconversión de camas de Unidad de Cuidados Intensivos y de Clínica Médica; acondicionamiento de espacios adicionales; entre otros.

Fase 2: Saturación de la UCI, limitar el acceso a ella con criterios estrictos, guiados por escalas objetivas, aplicar los protocolos de limitación del tratamiento de soporte vital con el soporte de comité de ética asistencial, de ser necesario.

Fase 3: Colapso de la UCI y el hospital: implementar medidas tendientes a dar atención a pacientes de la pandemia, y tratar de no bajar los estándares de cuidado de la salud ni relajar las medidas de cuidado personal.

Fase 4: Control de la crisis epidémica, seguir las medidas autoritarias sanitarias, reorganizar la actividad ni bien se recupere la situación. (Dres.Cabrera, 2020)

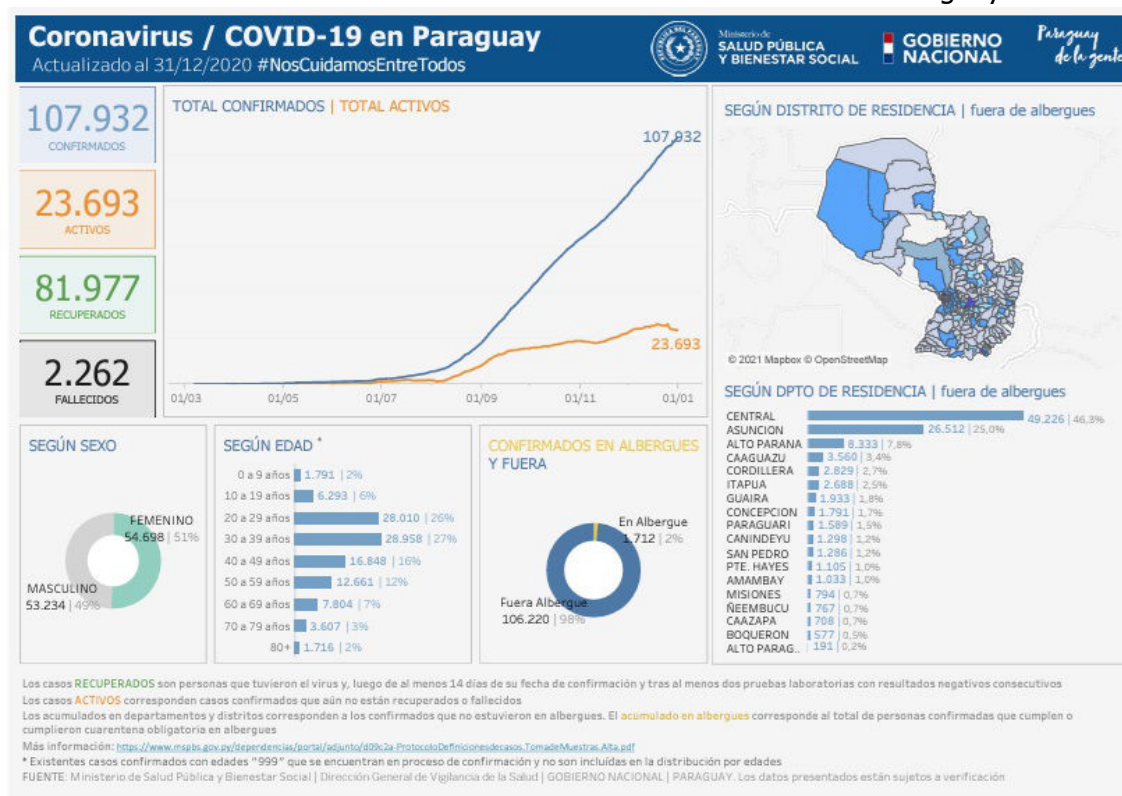
El contagio masivo del coronavirus en la Provincia, la conocida circulación comunitaria, fue retrasado gracias al Protocolo implementado ni bien se conoció de la aparición de este virus. Contemplando el riesgo de latente de las provincias limítrofes y de Paraguay, país también vecino y próximo al territorio provincial. El buen resultado se vio reflejado cuando principios del 2020 aún no se declaraba ningún caso positivo en la Provincia de Formosa. A fines del mes de abril de 2020 Formosa no cuantificaba fallecidos por coronavirus. Sus provincias limítrofes y el país vecino de Paraguay todo lo contrario, registraban cada vez más pérdidas.

Gráfico 5: Casos COVID-19 al 21 de abril de 2020



Fuente. El Estado en tiempos de pandemia.

Gráfico 6: Casos COVID19 al 31 de diciembre de 2020 en Paraguay



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay.

En el país vecino de Paraguay se observa el notable aumento de casos y fallecidos en pocos meses (de abril a diciembre). En Formosa, a diciembre del 2020 se registraba un total de 212 infectados por coronavirus y 3 muertos. Esta situación se sostuvo hasta el 2021, cuando debido a decisiones políticas nacionales se tuvo que flexibilizar el cierre de fronteras e ingresos de territorios contiguos, reflejándose negativamente en la aparición y avance de los contagios del coronavirus.

1.4 Relevancia y Justificación

Investigar sobre costos si bien no es una tarea sencilla, resulta muy útil para entender la situación en la que estamos parados, y elaborar estrategias para alcanzar una posición futura deseable (visión).

Tener claro cuánto se gasta y cuanto de los recursos en salud se utilizan, permite pasar al siguiente nivel que es analizar los costos y verificar si se están utilizando de manera eficiente los recursos. Armar una estructura para analizar costos y gestionarlos se considera una herramienta útil para encaminar las instituciones a obtener los objetivos deseados de calidad y eficiencia. Además facilita el armado del Presupuesto y las modificaciones del mismo.

La contabilidad de costos facilita la obtención de información que utilizara tanto el contador que se desarrolle su actividad en los departamentos contables, como del

contador o licenciado en administración que cumple funciones administrativas o de gerenciamiento en una organización. La Contabilidad de Costos tiene como usuarios (clientes) a los integrantes de la empresa, especialmente a los administradores, quienes usarán la información que se les brinda para tomar decisiones. Estas decisiones pueden referirse a distintos aspectos de las actividades que lleva a cabo la organización para lograr sus objetivos, como por ejemplo:

- A cambios en el modo de realizar el/los procesos productivos
- A quién comprar en qué condiciones
- Cuál será el mercado a atender
- Cuáles serán los canales de comercialización
- Cuáles serán las condiciones de venta, etc. (UNLPam-Lucero, 2017)

Gestionar salud constituye un proceso de planificar, organizar, coordinar y supervisar los recursos y actividades en el ámbito de la salud con el fin de garantizar la prestación efectiva de los servicios de atención médica. Los costos son justificados si ese individuo recupera o mejora su calidad en salud.

Establecer un nexo entre la gestión de costos aplicado al sector de la Salud tiene una vital importancia para brindar una mejor calidad de las prestaciones de salud, optimizar la utilización de recursos y procesos.

Cambiar vagas afirmaciones como: el Hospital cuesta mensualmente cierta cantidad de pesos, por aseveraciones útiles como: tal servicio cuesta..., una paciente cuesta..., el personal de tal servicio cuesta..., etc. Es el punto de partida para entender, evaluar y direccionar los objetivos de la institución.

2. Planteamiento del Problema

2.1 Formulación del Problema de la Tesis.

Al principio de la puesta en marcha del Hospital pandémico, único en el país, las personas que accedían a la atención en el Hospital eran aquellas cuyo resultado de hisopado haya arrojado Positivo a COVID19 sea test rápido o por PCR. El paciente llegaba por derivación de otros Hospitales, centro de salud, o porque ante la presencia de síntomas se acercaba voluntariamente a efectuarse un hisopado. Así también, el alta médica para los internados se daba cuando obtenían el resultado negativo al test, siendo así la estadía más larga de aproximadamente 90 días. A medida que crecía el número de infectados este protocolo de asistencia fue cambiando. Llegando así a la mayor cantidad de pacientes internados hacia el segundo trimestre del año 2021.

Cada paciente en un hospital consume: días-cama, medicamentos aplicados, insumos, alimentos, servicios de atención de profesionales de la salud, etc.; conociendo también que en el caso del paciente COVID-19 se agregaba los Elementos de Protección Personal para todo aquel que tenía contacto con un infectado, además de los casos puntuales que iban surgiendo a medida que el virus se iba expandiendo por el territorio de la provincia. Resultaría muy útil poner atención en los costos del Hospital de contingencia partiendo de la premisa que allí se concentraron los pacientes infectados por el coronavirus en su mayor cantidad.

Teniendo como ventaja que se lo institucionalizó como un organismo público obligado a rendir cuentas a los Órganos de Control, se pueden utilizar esos registros para elaborar herramientas de gestión que sirvan para tomar decisiones. Este efector tiene un Sector de Administración, donde se llevan a cabo las gestiones de adquisición de bienes y servicios necesarios para su funcionamiento; cumpliendo con los requisitos burocráticos para que se efectúen los pagos de manera íntegra, ordenada y oportuna. Sin embargo, no tiene un Sector específico donde se registren ni analicen los costos. "El conocimiento de los costos, tanto en una organización con fin de lucro (beneficio privado) como en una sin fin de lucro (beneficio social), es un imperativo, ya sea para establecer los precios de sus productos como para valorar su eficiencia." (Schweiger, Mag. Cuomo, Cr. Rosende, & Spadafora, 2010).

Si bien, hasta la fecha, no se ha evidenciado cuánto le costó al Sistema de Salud formoseño enfrentar al coronavirus, crear un Sistema de Costos dentro del Hospital permitiría realizar análisis de los mismos, cubriendo así gran parte de la información sobre el impacto económico de la pandemia en la provincia, debido a que la mayor concentración de pacientes positivos a COVID19 se atendieron en estas instalaciones. Considerando que es apremiante potenciar la Cultura de Eficiencia Económica también en el sector público de la salud porque los recursos son cada vez más limitados y las necesidades van en aumento. Dejar de conocer solamente que "el gasto público aumentó a raíz de la pandemia" y empezar a entender en qué fase del proceso, si sería útil trabajar en la prevención, tratamiento o rehabilitación, etc.

Esta investigación propone, utilizando los datos disponibles, llegar a responder el siguiente interrogante: **¿cuánto le costó al Hospital Interdistrital de Contingencia COVID19 internar un paciente positivo a coronavirus en el segundo trimestre del 2021?**

3. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Estimar los costos de las internaciones de pacientes positivos a COVID19, durante su estadía en el Hospital Interdistrital de la Contingencia COVID19 "EVITA" de Formosa durante el segundo trimestre del año 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los servicios que integran el Hospital y las funciones de cada uno.
- ✓ Caracterizar a los pacientes y el proceso de su internación.
- ✓ Calcular el costo total y unitario del Hospital en el período bajo estudio.

4. Marco Teórico.

4.1 Marco Teórico

Para comprender la utilidad de estimar el costo que genera la atención hospitalaria de un paciente, se debe comenzar por explicar conceptos básicos como:

Costos, distinción de gastos

Se entiende por Costo todo el sacrificio económico necesario para la obtención, la transformación, el mantenimiento o el intercambio de un bien o servicio. Por lo tanto, la contabilidad de costos forma parte del sistema contable y surte información tanto para la contabilidad financiera, que es la preparación de estados de resultados, como para la contabilidad administrativa, que implica el cálculo de puntos de equilibrio, márgenes de contribución, presupuestos, entre otros. (Alesso, 2008)

Los Objetivos de la contabilidad de costos son:

- Determinar el costo de producir un bien o prestar un servicio
- Establecer un control administrativo
- Suministrar información para la planeación y toma de decisiones

Uno de los aspectos más importantes en la contabilidad de costos es la diferenciación entre los conceptos de costo y de gasto. Ambos conceptos denotan un sacrificio de recursos, pero mientras el costo es aquél demandado por la obtención, la transformación, el mantenimiento o el intercambio de determinado bien o servicio, el gasto es aquél que si bien está vinculado con el desenvolvimiento de la organización, no lo está específicamente con alguno de los bienes que produce o los servicios que desempeña. El segundo deberá cargarse al estado de resultados del periodo en el cual los recursos fueron consumidos. (Alesso, 2008)

Se debe distinguir también los tipos de costos que existen.

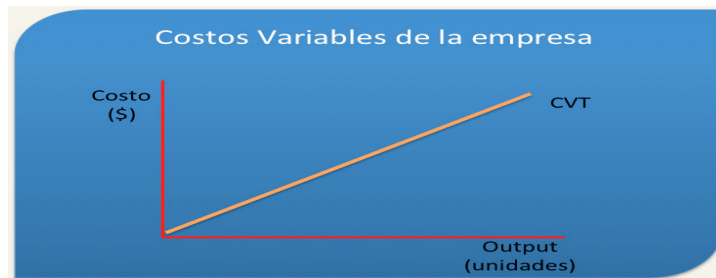
Clasificación de costos:

Costos fijos y variables

Los costos no se comportan de la misma manera en los diferentes periodos de tiempo. Entre los distintos factores que influyen en que los costos por naturaleza sean distintos en un periodo que en otro podemos destacar el volumen de producción obtenido por la unidad económica. Es viable comprobar que al variar el volumen de producción varían también ciertos costos, muchas veces de una forma casi proporcional. Si una empresa para producir 10 unidades incurre en un cierto costo es evidente que al producir 100 unidades incurrirá en un costo mayor. A estos costos se los denomina costos variables.

Por ejemplo, si una empresa para producir 10 unidades consume x unidades de materia prima y horas de trabajo, para producir 100 unidades necesitara consumir más materia prima y más horas de trabajo. Pero, el alquiler de la fábrica o el sueldo del director general, será normalmente el mismo en un caso y en otro.

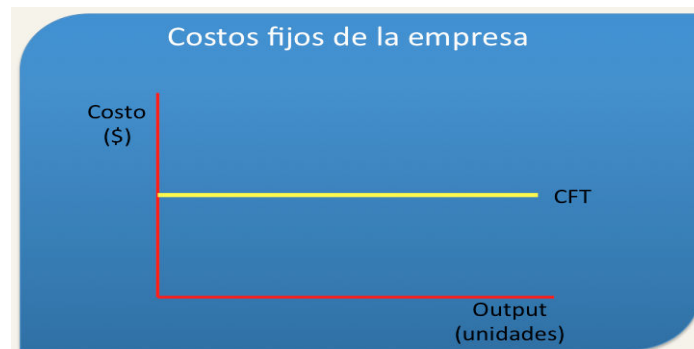
Grafico N° 7: Los costos variables



Fuente: <https://empresaygestionbi.weebly.com/>

Algunos costos son insensibles a los cambios en el volumen de producción. Cualquiera que sea el volumen de producción, son invariables a corto plazo. Por ejemplo el costo del seguro de incendios de los edificios es una cantidad fija, independiente de la cantidad producida. Lo mismo ocurre con el costo del servicio de seguridad. A todos estos costos se los denomina costos fijos.

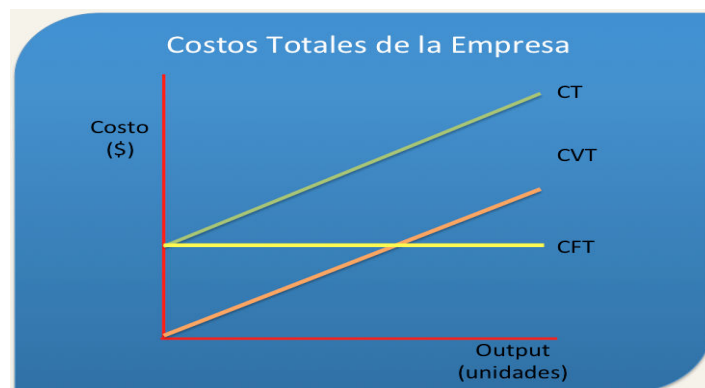
Grafico N° 8: Los costos fijos



Fuente: <https://empresaygestionbi.weebly.com/>

De la sumatoria de los Costos Fijos y Variables se obtienen los Costos Totales.

Grafico N° 9: Los Costos Totales



Fuente: <https://empresaygestionbi.weebly.com/>

Costos inventariables y costos no inventariables

Existen una serie de costos que están íntimamente relacionados con los productos, en otras palabras son consustanciales con el producto, dado que su principal razón de ser en la empresa es ayudar directamente a que esos productos puedan obtenerse. Tal será el caso de la primera materia, o de la mano de obra que lo elabora, o de las máquinas que lo transforma, etc.

Estos costos entrarán siempre a formar parte del costo total de los productos, quedando por tanto incorporados a ellos, y de esa forma, permanecerán en los almacenes o inventarios de la empresa hasta tanto los productos no sean vendidos. Son así costos que tienen la característica de poder permanecer en la empresa durante las de un ejercicio económico. Son costos inventariables.

En cambio puede hablarse de otros costos que al no participar directamente en la elaboración de los productos, como pueden ser los de administración o los financieros, no existe unanimidad total en que deban incorporarse a los citados productos y así algunos modelos utilizados para calcular sus costos consideran que deben reintegrarse e regularizarse en el periodo en que se originan, no pudiendo entonces permanecer en la empresa durante más de un ejercicio económico. Son por tanto, costos no inventariables.

Los costos inventariables se conocen también con la denominación de costos intrínsecos al producto, y los no inventariables suelen denominarse como costos a reintegrar, por cuanto se reintegran al periodo en el que se producen mediante el proceso de regularización.

Costos controlables y costos no controlables

Para poder realizar esta clasificación es necesario como paso previo establecer cuáles son los diferentes centros de responsabilidad, así como las personas que van a dirigirlos, por ejemplo el director de compras. Y es respecto de esa persona como se enjuicia la capacidad para controlar o no un determinado costo.

Así pues, los costos controlables con respecto a una persona responsable serán aquellos sobre los que tal directivo tiene capacidad de decisión, tanto sobre la conveniencia de incurrir o no en él, como su importe. Y serán considerados costos no controlables aquellos que escapan de la capacidad de un directivo determinado para poder tomar cualquier tipo de decisión sobre él.

Ejemplo, la decisión de comprar la primera materia prima a un proveedor determinado provocará un costo en la categoría de controlable para el directivo responsable de las compras, y la dirección general podrá exigirle que responda sobre la conveniencia o no de haber realizado tal adquisición. En cambio, no se le deberá pedir que responda, por ejemplo, de los elevados costos a lo que está financiando la empresa, por cuanto, esos costos escapan el control del directivo de compras, es decir, tienen para él la consideración de no controlables.

Costos realizados o históricos y costos predeterminados o estándares

El análisis de toda la problemática relacionada con los costos que se originan como consecuencia del proceso productivo, puede realizarse desde dos perspectivas temporales distintas.

Por una parte, a la empresa le puede interesar a saber qué es lo que ha sucedido y como ha llevado a cabo ese proceso productivo. Para poder conocerlo, tendrá que recabar información acerca de todos los costos que se han producido en ese ejercicio que se intenta analizar. Se trata, por consiguiente, de estudiar una serie de costos realizados, es decir, son costos que ya se han originado en la empresa. Cuando la contabilidad de costos trabaja en estos costos en que ya se han incurrido, se dice que está actuando con costos históricos o reales.

Pero en muchas otras ocasiones, a la empresa le interesa conocer no tanto lo que ha pasado, si no lo que pueda suceder durante el ejercicio. Para poder realizar el estudio de algo que aún no ha sucedido, no le queda más remedio que predecir o predeterminar todos los acontecimientos que según su entender van a suceder, en función de ello calcular los distintos costos en los que tendrá que incurrir para poder llevarlos a efecto.

Por ejemplo, tendrá que preestablecer cuanta materia prima va a consumir y cuanto le costara, cuanta mano de obra va a necesitar y cuanto le pagara, cuantas horas tendrán que estar funcionando los equipos productivos y que costo le supondrá, etc. cuando la contabilidad de costos estudia el proceso productivo de esta manera, se dice que está actuando con costos predeterminados o estándares. (Fernandez, 1993)

Costos Directos e Indirectos:

Hay ciertos costos que se pueden identificar en los productos, es decir pueden llevarse a formar parte de su costo. Por ejemplo de una manera sencilla y evidente podemos repercutir dentro del costo total de una mesa el costo de los kilos de madera que ha necesitado. Estos costos se denominan costos directos o propios.

A su vez existen otros costos que no pueden identificarse de una manera evidente y sencilla con los productos fabricados, los costos de administración o de dirección general, ya que en principio es difícil conocer la medida en que cada uno de los productos que la empresa obtiene ha necesitado de esos costos para su fabricación. Estos costos deben repartirse de una manera más o menos arbitraria, entre ellos. Se les denominan costos indirectos y que corresponden a varios productos.

La distinción entre costos indirectos y directos es puramente contable, y suele realizarse tomando otras referencias distintas a los productos, por lo que también cabe hablar de costos directos e indirectos con respecto a otras referencias (una función, una actividad, un centro, etc.).

Grafico N° 10: Costos Directos e Indirectos



Fuente: <https://fundacionvidaindependiente.cl/lessons/conociendo-los-costos-de-mi-negocio/>

Para la construcción de una Matriz serán utilizados los Costos Directos e Indirectos, y Estructurales resulta necesario definirlos dentro del ámbito de costos en salud:

Costos Directos

Los costos directos son aquellos atribuibles directamente a una actividad, programa o un servicio de salud. Por ejemplo en un servicio de inmunización el costo directo lo constituyen las jeringas, el algodón, el alcohol, la cadena de frío, el tiempo que la enfermera le dedica a la actividad, etc. Es decir, salarios, insumos, medicamentos. (Schweiger, Mag. Cuomo, Cr. Rosende, & Spadafora, 2010)

Costos Indirectos

Los costos indirectos son aquellos que no están directamente relacionados con la actividad, el programa o el servicio de salud. Por ejemplo: prestaciones para los empleados, gastos de administración, gestión, impuestos, seguros y otros. (Schweiger, Mag. Cuomo, Cr. Rosende, & Spadafora, 2010)

Costos estructurales

Es el que se da en contabilidad a los recursos que sirven a muchos departamentos y programas distintos; por ejemplo, la administración general, la lavandería central, el archivo de historias, la limpieza, el consumo de electricidad. (Michael F. Drummond, 2001).

Métodos de costeo

El método de costeo es el esquema de cálculo a aplicar para la determinación del costo de un producto o servicio, esto puede depender de diversos factores. Debido a la fluctuación de los precios, un artículo puede ser adquirido a distinto costo en diferentes fechas. Es indispensable elegir el método que te permita determinar los costos más precisos posibles. Entre ellos, se conoce:

Método de costo completo

El método de costos completos sostiene que todos los costos en que incurre la empresa para producir y vender son costos de tal producción y venta y, que por tanto todos los costos deben ser incorporados al costo final.

Para llegar a la determinación de este costo final este método propone el análisis de los costos por naturaleza en costos directos y costos indirectos.

Una vez que los costos por naturaleza se tienen reclasificados en directos e indirectos, los defensores de costos completos o full costing proponen que el cálculo del costo final integre todos los costos tanto directos como indirectos. Es decir, todos los costos son elementos del costo final. Los costos indirectos se asignan al costo final a través de algún mecanismo contable de reparto centrado en las secciones.

Método de costo variable o directa costing

Este método propone que los costos clasificados por su naturaleza sean analizados y reclasificados en costos fijos y costos variables. Los defensores del direct costing proponen que, en el cálculo de costos y costos finales por productos, no intervengan más que los costos variables y que los costos fijos se lleven globalmente al resultado del periodo, por no ser considerados como elementos del costo del producto.

El costo del producto de un periodo únicamente absorbe los costos variables, ya que los costos fijos, por sus características no se consideran costos del producto si no costos del periodo. Se obtiene así un costo final variable.

Este método específico de determinar los elementos del costo final tiene una justificación en el concepto de costo del periodo, es decir, los costos fijos son costos del periodo y no del producto.

El método del costo estándar

Tanto el costo final completo como el costo final variable pueden calcularse a posteriori, es decir, después de haberse producido los hechos y haberse obtenido los datos correspondientes, con lo que estaremos en presencia de un costo final completo real o un costo final variable real-asimismo lado histórico. Pero también puede calcularse a priori, de manera provisional, es decir, pueden emplearse estos dos mismos métodos, así como los elementos de base del cálculo, para productos que todavía no se han obtenido, pero que se tiene intención de producir. En lugar de manejar datos históricos o reales se manejan datos preestablecidos.

En este caso estaremos en presencia de un costo final estándar completo o costo final estándar variable según se calcule por uno u otro método.

El método del costo por imputación racional

Son dos los métodos tradicionales fundamentales del cálculo del costo: el método del costo completo y el método del costo variable, y que ambos pueden expresarse, bien en términos reales o históricos, bien en términos estándar.

Además de estos dos métodos fundamentales han ido apareciendo otros que, en definitiva, no son más que correcciones o perfeccionamientos de estos dos métodos fundamentales. En este sentido podemos citar, como perfeccionamiento del método del costo completo, el método del costo de imputación racional, y como perfeccionamiento del costo variable, el llamado método de costo variable perfeccionado o direct costing evolucionado.

Este método supone una corrección sobre el método del costo final completo. Consiste en incluir en el costo y costo final para una parte, los costos variables (directos e indirectos) y, por otra, los costos fijos pero calculados en función de la relación entre el volumen real de producción y el volumen de producción definido como normal de la explotación.

Es decir sabemos que algunos costos varían en función de la producción de la empresa, la materia consumida por un taller, mientras que otra es independientes de ese volumen, alquileres y patentes. Pues bien, en estas consideraciones se basa el método de costo de imputación racional, según el cual los costos variables (directos e indirectos) deben intervenir en el cálculo del costo final por su utilización efectiva, es decir por su totalidad, mientras que los costos fijos deben incorporarse, no por su totalidad, si no por su importe corregido, teniendo en cuenta el porcentaje de producción real respecto del que, previamente, se ha definido como porcentaje de producción normal.

El método del costo basado en las actividades (ABC)

Hay quien defiende que el método del costo basado en las actividades, también conocido como modelo de costos ABC, ha supuesto según unos autores una auténtica revolución en la manera de entender la formación del costo final.

Este método parte de la diferencia entre costos directos e indirectos, relacionando estos últimos con las distintas actividades que tienen lugar en la empresa. El costo final atendiendo a este método se formara con los costos directos y con los indirectos asociados a ciertas actividades, justamente las que considera que añaden valor.

Las actividades se plantean de manera que todos los costos indirectos respecto del producto aparecen como costos directos de las actividades, desde donde se trasladan los productos de acuerdo con la cantidad consumida de esa actividad, medida adecuadamente.

El método ABC también puede plantearse en términos de costos históricos y en términos de costo estándar. (Fernandez, 1993)

Método de cálculo de costos adecuado para un hospital

Una clínica, un hospital, sea público o privado tiene muchas particularidades.

"Por lo tanto, no puede pretenderse que el costo de los servicios asistenciales represente una verdad irrefutable, sino solo una imputación justificable. Por lo tanto, en salud especialmente, establecer costos comporta ciencia y arte, es una proyección subjetiva sobre una base objetiva."(Schweiger, Mag. Cuomo, Cr. Rosende, &Spadafora, 2010)

Método de Costeo por Reasignaciones en cascada

El método del costeo por reasignaciones "en cascada" 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 en primera instancia sólo la información que éste posee.

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

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

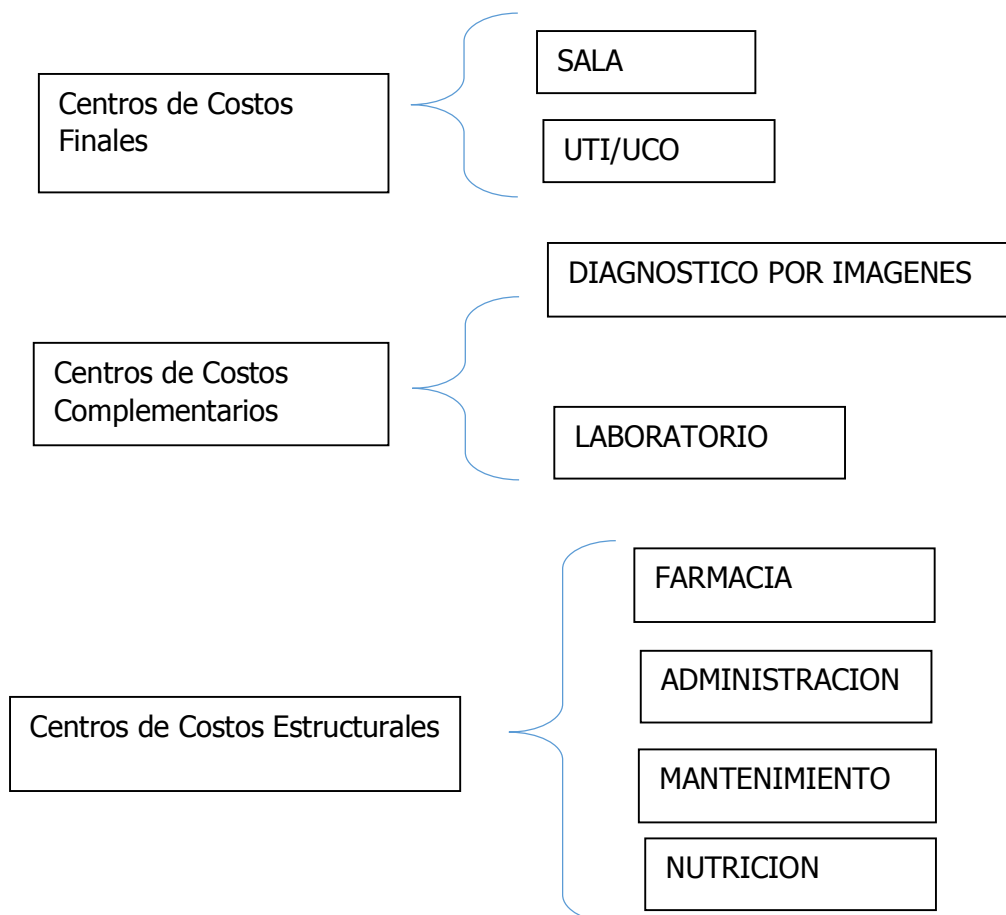
- ¿Qué insumos se compran?
- ¿Quién los compra?
- ¿Para quién se compran y a qué costo?

Al establecer para quién se compra o provee, esto posibilita la "facturación" entre servicios centros y la determinación del costo por producto final o intermedio.

El diseño del sistema de costos que se presenta, en el caso que el hospital posea un sistema de información global informatizado, el personal no debe preocuparse de los procesos de cálculo. Si el hospital no posee un Sistema de Información automatizado, igual puede realizarse la estimación de costos por medio de la contabilidad de costos, contando solamente con la información de la contabilidad general y utilizando la "matriz de costos directos e indirectos" (Schweiger, Mag. Cuomo, Cr. Rosende, & Spadafora, 2010)

A los fines de este presente trabajo se utilizará este último, diseñando a la matriz de costos con los siguientes centros:

Gráfico N° 11: CENTROS DE COSTOS H.I.C.C



Fuente. Elaboración propia.

El producto terminado en salud

El Producto sanitario es el resultado en términos sanitarios del conjunto de procesos (grupo de actividades secuenciales interrelacionadas entre sí: actuaciones, recursos, tareas y decisiones que se encadenan para conseguir un resultado) y de atención, y de los problemas relacionados con la salud por parte del sistema de salud. Hay dos tipos de producto sanitario:

- ❖ Final: Es la conclusión de un proceso en el que la unidad prestadora de servicios de salud interactúa sobre el paciente. Puede ser resultante del proceso de producción de productos intermedios que caracterizan la actividad asistencial de salud.
- ❖ Intermedio: Es aquél que se origina en el proceso de producción primaria (radiografías, análisis, etc.), es consumido en el proceso de producción de otro grupo más complejo y generalmente integra el producto final. (Alesso, 2008)

Según la OMS se distingue a la enfermedad de los pacientes con COVID19, consecuencia de esta infección, de la siguiente manera:

*Enfermedad crítica: Se define atendiendo a los criterios de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), síndrome séptico, choque séptico u otros procesos patológicos que normalmente harían necesario realizar intervenciones de apoyo vital, tales como la ventilación mecánica (invasiva o no invasiva) o el tratamiento con vasopresores.

* Enfermedad grave: Se define por la presencia de cualquiera de los siguientes signos:

1. saturación de oxígeno < 90% con aire ambiente;
2. frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto en adultos y niños > 5 años de edad; ≥ 60 respiraciones por minuto en niños < 2 meses de edad; ≥ 50 en niños de 2 a 11 meses de edad; y ≥ 40 en niños de 1 a 5 años de edad;
3. signos de disnea grave (uso de músculos accesorios, incapacidad para terminar las frases al hablar y, en los niños, tiraje intercostal muy pronunciado, quejido respiratorio, cianosis central, presencia de cualquier otro signo general de alarma).

*Enfermedad no grave: Se define como la ausencia de todo signo de COVID-19 grave o crítica. (Salud, 2021)

Antecedentes relacionados

Luego de definir estas particularidades en la prestación de la salud y su cálculo de costo procedemos a mencionar los trabajos de investigación y publicaciones actuales relacionadas a este tema.

1- El Gobierno de la Provincia de Formosa publicó en su portal oficial lo siguiente:
"Entre marzo y diciembre del año 2020 la Provincia invirtió más de \$ 3.461 millones para atender la emergencia sanitaria. En un año difícil para todo el mundo, Formosa combinó el crecimiento económico con cuidado de la salud, que garantiza el compromiso del Gobierno con el pueblo, ratificando la protección, cuidado y seguridad. El Gobierno Provincial para hacer frente a la pandemia del COVID19 invirtió durante el 2020 en diferentes puntos esenciales para sobrellevar la emergencia sanitaria:

- Más de \$ 1.065 millones fueron destinados a equipamiento en infraestructura hospitalaria.
- \$ 1.031 millones en medicamentos, insumos médicos y elementos de bioseguridad.
- \$1.240 millones en internación de pacientes COVID-19 y alojamiento de personas en cuarentena.
- Más de 20 millones en educación virtual.” (www.formosa.gob.ar, 2021)

Además, existen valiosos trabajos de investigación que abordan los costos durante la pandemia.

Un aporte muy interesante fue publicado en la Revista online Estudios Económicos del Colegio de México, extraída de la base Scielo, cuyo título es Los beneficios y costos económicos de las medidas de mitigación del COVID-19 en México del autor Rubén Irvin Rojas Valdés.

Según el escenario donde no existían las medidas de distancia social, se redujeron el exceso de demanda de camas de hospital en más de 200.000 casos y el exceso de demanda de UCI en más de 28.000 casos. Aún así, aún bajo el escenario controlado, a más de 2.800 pacientes a los que se les indica hospitalización se les niega la misma, y cerca de 9.000 pacientes con necesidad urgente de UCI no reciben la atención adecuada.

Es importante señalar también que bajo el escenario controlado, el número de días en que la demanda de camas hospitalarias está por encima de la oferta es prácticamente el mismo que bajo las medidas sin control. Por otro lado, el período de UCI superpobladas es casi tres veces mayor. Esto significa que aplanar la curva también puede traducirse en que algunos recursos se utilicen durante más tiempo. Así, el número de días en los que la demanda supera la capacidad no es en todos los casos el mejor indicador del éxito de la mitigación.

1. Considerando las estimaciones de flujos diarios de muertes; en el escenario no controlado, el número acumulado de muertes habría superado las 214.000. Por otro lado, bajo la distancia social y las medidas de mitigación, se espera que el número de muertes se reduzca a unas 90.000. En el escenario no controlado, se habría esperado un máximo de 8.525 muertes diarias frente a un máximo de 808 muertes diarias en el escenario controlado actual.
2. La reducción de muertes por las políticas de mitigación representa un beneficio de 224.500 millones de dólares. Adicionalmente, el distanciamiento social y las medidas de mitigación tienen un efecto indirecto en la reducción del hacinamiento en hospitales y UCI, generando un beneficio adicional de 301.732 millones de dólares. El beneficio total de las medidas de mitigación asciende a 536.232 millones de USD. (Valdés, 2021)

Se puede destacar de este trabajo teniendo en cuenta que utiliza dos escenarios: uno controlado, por medidas de mitigación implementadas, y un segundo escenario, sin ellas. A partir de allí queda analizar los efectos que tuvo en:

- La cantidad de pacientes internados
- Las personas que demandan una cama
- Las muertes evitadas
- Y por último, darle valor monetario a los resultados.

Como segundo aporte encontramos a la investigación de la Mag. Ana Carolina Villafañe en su trabajo La Contribución del Sistema de Costeo por Actividades (ABC) en el recupero de costos del proceso "muestras fijadas en formol" en el Servicio de Patología del Hospital de Pediatría Garrahan en el año 2017" que arribó a la determinación de costos de una prestación guiándose por el conjunto de actividades que implicaba.

No podríamos determinar costo por paciente en nuestro trabajo propuesto utilizando este método ya que nos encontraríamos con numerosas actividades difíciles de costear y dejando quizás de lado algunas no tan significativas pero necesarias. Para llegar al objetivo la CP Villafañe trabajó con cálculos de los Costos Directos e Indirectos a determinadas actividades relacionadas al proceso, según los lineamientos del Método de costo utilizado y de Servicios estructurales o de apoyo para llegar al costo unitario del procedimiento en cuestión.

Esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Patología del Hospital Pediátrico Garrahan y concluyó en que el sistema de actualización del nomenclador de Recupero utilizado no alcanza a cubrir los costos estimados de las prestaciones. (Villafañe, 2019)

Luego de realizado el análisis, la autora Villafañe demostró que el método de costeo ABC aplicado a un servicio específico, estima con mayor exactitud el costo del mismo. Además de notar actividades en el proceso que bien podrían facturarse para recuperar esos recursos utilizados. Sostiene que el problema no es solamente que el índice inflacionario es insuficiente para actualizar el precio del costo del estudio en este caso, las muestras fijadas en formol. Se necesita contar con un nomenclador ajustado a la realidad con respecto al conjunto de actividades que integran un proceso dentro de un servicio de un hospital. Esto contribuirá a un mayor recupero. Para ello es necesario romper con los esquemas burocráticos, destinar recursos a estudiar y modificar el nomenclador vigente. El sistema de salud nacional se verá beneficiado en el largo plazo.

El tercer aporte, proviene de la misma casa de estudios pertenece al año 2012 titulado "Costos de las Infecciones Hospitalarias-Neumonías asociadas a respirador (NAR)" del Lic en Enfermería Claudio Bonaventura.

El estudio compara las tasas de NAR determinadas durante el período de vigilancia activa sin educación (fase 1) con las tasas luego de la implementación de un programa de control de infecciones mediante educación y devolución de datos (fase 2). El período que estudia la fase 1 corresponde al primer semestre 2007 y la fase 2 se corresponde al primer semestre de 2008.

Se realizó una vigilancia epidemiológica en UTIA de la Institución, de todos los pacientes con asistencia respiratoria mecánica (ARM) que consistía en recorrida de sala y laboratorio de Microbiología en forma diaria, con pesquisa de pacientes con cultivos positivos y/o antibióticos.

Apoyado en el programa VIHDA (Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina), depende del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias y tiene su sede en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" de Mar del Plata.

Fueron estudiados cuatro indicadores: días de estancia en el hospital, administración de fármacos antimicrobianos, cultivos efectuados durante la hospitalización y

reintervenciones. El costo más alto fue generado por los días cama, que representaron más de 84% del total del costo.

Para la institución, el costo de los días de internación generaba costos económicos de entre \$ 200 a \$ 1.600 diarios.

Las tasas de infecciones provocadas por NAR han disminuido considerablemente entre el año 2007 a 2008, las tasas del 2007 ascendieron a 25.82 % y 10.19 % en 2008.

Si tenemos en cuenta los costos relacionados a los días de cama producto de la prolongación de la internación podemos estimar un ahorro de más de un 50 % en gastos por infecciones hospitalarias para la institución en 2008 respecto a 2007.

El trabajo concluye sosteniendo que la prevención de las infecciones asociadas a NAR redujeron los costos en la institución de salud como así también ayuda a conservar el nivel de vida del paciente y de su familia. (Bonaventura, 2012).

En este caso nos encontramos una vez más con un escenario A y otro B, ambos reales antes y después de una intervención. Data de una infección intrahospitalaria evitable si se apunta a la prevención, controlando exhaustivamente las medidas de asepsias en las unidades de servicios. Podemos ver aquí como las conductas del personal asistencial no está aislada a lo que son los costos del hospital. Bonaventura expuso la diferencia que existe entre cómo se encara esta problemática en los países desarrollados y en los subdesarrollados y los resultados que obtienen en cada uno.

Una publicación a mencionar, es que realiza la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba (ACLISA), titulado "Indicador costos Servicios Complejos", del Sistema estadístico de costos de la salud, en la misma detallan el Costo de una unidad de terapia intensiva, durante varios meses del 2020 y 2021. Resaltamos el costo UTI adulto COVID19, para Junio de 2021, en \$59.500,09 para 24 camas con una tasa de ocupación del 70%. Anexo 1.

Por su parte, Infobae emitió una noticia el 12 de junio del 2021, bajo el título "El otro lado de la pandemia del COVID-19: ¿cuál es el costo de un paciente en terapia intensiva en las clínica del conurbano?" Aquí presenta un caso puntual de un paciente, estos cálculos se analizan desde la perspectiva de la Obra Social que recibe la facturación de una Clínica privada del Conurbano. Su principal intención es explicar cómo los efectores privados de salud se fundieron en pandemia sin la ayuda del Estado.

Caso 1: El paciente, de 42 años, estuvo cinco días en una cama UTI, por lo cual, solo de sedantes, el valor de la rendición fue de 111.088 pesos. Los cinco días de cama UTI tuvieron un costo de 175.000 pesos (35.000 pesos diarios) y de oxigenoterapia 5.500 pesos diarios, esto es 27.500 pesos. A esto se le debe sumar los 2.872 pesos por una tomografía computada torácica, y los 16.500 pesos por la colocación de una vía central (para pasar suero y medicación) y una interconsulta con un especialista, otros 2.420 pesos. En total la facturación ascendió a 335.380 pesos por esos cinco días en una cama de cuidados intensivos.

Caso 2: Un paciente de 66 años estuvo internado desde el 21 de abril hasta el 27 de mayo pasado, fecha en que fue dado de alta. Es decir 36 días.

En ese lapso, también estuvo 14 días en una cama de terapia intensiva con respirador. El resto del tiempo -22 días- ocupó camas de adultos en el sector de clínica médica.

Como se excedía del plan, se le facturaron diez días de internación, y otros diez días módulos por material descartable, también por oxigenoterapia, tres tomografías computadas, una cerebral, otra torácica y la última por "otros órganos".

A esto se le sumó una interconsulta con un profesional especialista y dos colocaciones de vía central, una realizada el 23 de abril y la otra el 7 de mayo. Por estas prestaciones, se facturaron 845.860 pesos.

A ese importe, hay que sumarle la medicación de sedación que se le suministro durante los 14 días en terapia, que sumó 943.939,60 pesos. Este tipo de sedantes también se utilizan para los enfermos con otras patologías que también necesitan ventilación, pero la diferencia es la cantidad de días que necesita oxigenoterapia un paciente COVID a uno no COVID.

El total de la facturación de este paciente fue de **1.833.837 pesos**. (INFOBAE, 2021)

5. Metodología

5.1 Tipo de Estudio

El trabajo propuesto es de enfoque cuantitativo, retrospectivo, diseño no experimental, longitudinal y de alcance descriptivo. Se llevará a cabo utilizando los datos adquiridos de la Contabilidad financiera registrada en el efector y los Reportes de pacientes hospitalizados en el mismo período.

Con el fin de poder estimar los costos planteados, se utilizará el "Método de Costeo por reasignaciones en cascada".

Se debe aclarar que las internaciones inician en el año 2020, continuando al 2021 hasta la fecha. Durante el segundo trimestre del año 2021 el número de internados llegó a su número máximo hasta la actualidad. Razón por la cual se tomará como período bajo estudio a los meses de Abril, Mayo y Junio del año mencionado.

Gráfico N°12: Línea de tiempo de altas

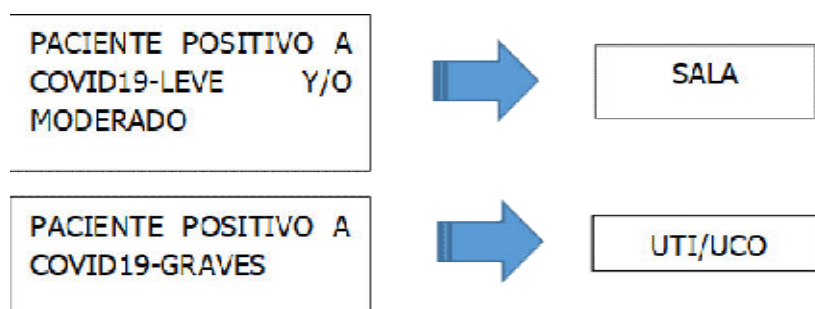


Fuente: Elaboración Propia.

Por otra parte, se requirió al área administrativa los datos disponibles de las erogaciones de este período y se analizó el clasificador vigente para diferenciar los costos directos e indirectos (Contabilidad financiera). Para esto se requirió los Libros Ingreso-Egreso aprobados por la delegación del Tribunal de Cuentas de la Provincia, se adaptó la información contenida ampliándose con detalles extraídos directamente de los Expedientes madre con el fin de determinar qué servicio solicitó el bien adquirido y dónde fue consumido el mismo, en caso de poder determinarlo. Se pidió autorización para acceder a datos alusivos a los pacientes, Reportes Estadísticos que contiene la plataforma de SIGHO para analizar producciones en Laboratorio, como en Diagnóstico por Imágenes, que se encuentran bajo la forma de Informes. Además, se solicitó toda nota alusiva al circuito de compras y pagos, como el Reporte del Servicio de Nutrición sobre consumos.(Anexo 2)



Como producto final se consideró a la cantidad de pacientes positivos a COVID19, egresados en forma mensual durante el período elegido. A los fines de puntualizar el costo de estos pacientes diferenciamos en primer lugar que las internaciones se dividían de la siguiente manera:



En todo el proceso de asignación de costos se utiliza la información arrojada por los reportes, para ir identificando en cuál de estos servicios se generó (como por ejemplo, Sueldos de personal médico de UTI/UCO diferenciado de personal médico de SALA). Cotejando las notas de pedidos de los insumos o servicios solicitados, como así también las actas de los que recibieron los mismos. En caso de costos indirectos, como la utilización de oxígeno medicinal se tomó como referencia la capacidad de litros que tiene cada salida de internación: SALA, 5 litros por puesto (boca) y UTI, 15 litros

por puesto. Así utilizando las fuentes de información disponible para que la asignación sea la más exacta posible.

En cuanto al Reparto Primario de Servicios Estructurales, se tomó en cuenta el porcentaje de participación de cada uno respecto a los Servicios que le preceden en la Matriz creada. Para el Reparto Secundario de los Servicios complementarios, se utilizaron los reportes del Informe de Prácticas realizadas por el Servicio de Diagnóstico por Imagen a solicitud del servicio de Sala por un lado y de UTI/UCO por otro, basándose en el número de solicitudes, dejando de lado aspectos como complejidad por ejemplo porque tomar esta decisión simplifica conseguir las estimaciones que se pretenden.

Para finalizar, los informes de pacientes internados en ambos sectores fueron utilizados para llegar a los montos buscados.

Con respecto a lo consumido por el paciente en el período mencionado, se utilizó el Clasificador Provincial, según Ley N°1180 de la Provincia de Formosa que se vuelca en el Sistema Integrado de Administración Financiera y Control, dependiente del Sistema Integrado de Gestión Gubernamental. Este clasificador incluye para el Presupuesto del Hospital los siguientes ítems:

1. Gastos en Personal (Permanente y Temporario): Pago de Sueldos de Planta, Guardias, Asignaciones extraordinarias.
2. Bienes de Consumo: insumos médicos, papelería, librería, artículos de limpieza, etc.
3. Servicios no personales: servicios de recolección de residuos patológicos, seguridad privada, etc.
4. Bienes de Uso: Insumos informáticos, Muebles, Equipos médicos, Herramientas menores, etc.
5. Transferencias: beneficios realizados a personas de bajos recursos o sin obra social.

Según "Resolución N° 5091 - Manual de clasificaciones presupuestarias", Formosa



Por otro lado, es necesario aclarar que los insumos de Farmacia, medicamentos, son provistos por la Unidad de Compras de Productos e Insumos Medicinales (UCPIM), y los reportes de los pedidos recepcionados durante el segundo trimestre del 2021. Dejándolo como un dato aislado ya que no integra el Presupuesto del Hospital.

La autora es trabajadora de la Institución donde realizó la investigación a los fines exclusivamente académicos, lo que facilita la autorización al acceso a información. No recibe financiamiento, no tiene conflictos de interés. La autora declara bajo juramento conocer y respetar normas legales y éticas internacionales, nacionales y provinciales: Código de Núremberg, la declaración de Helsinki, las pautas Éticas Internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de CIOMS/OMS, las guías operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos de la OMS 200, la declaración de Derechos humanos y Bioética UNESCO del 2005, y las normas nacionales vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.

5.2 Universo y características de la muestra.

El universo de estudio son todos los pacientes internados en el efector que dieron positivo al test o hisopado para COVID19 durante el segundo trimestre del 2021. Los que recibieron su alta durante este periodo. En abril de 2021, egresaron 125, en mayo 353 y en junio 351; lo que totalizan 829 pacientes durante este periodo.

5.3 Fuentes de Información y Técnica de Recolección de Datos

Para acceder a los datos necesarios para llevar a cabo la presente investigación, se utilizaron los registros del Sistema de Información del Hospital-SIGHO (Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria, previa autorización correspondiente. (Anexo 2)

Con esto se determinó la cantidad de pacientes dados de alta en el período, Informes de Determinaciones del Laboratorio, Informe de Prácticas del Servicio de Diagnóstico por Imágenes y los reportes de insumos recibidos y dispensados por la Farmacia Central del efector. Además, se solicitó acceso a los Informes elaborados por el sector de Estadísticas referentes a la caracterización de los pacientes egresados en el período bajo estudio (abril, mayo y junio del 2021).

Los datos contables, fueron requeridos a la Dirección de Administración, para acceder a los reportes del sistema de registración contable del Hospital y los Libros obligatorios sujetos a fiscalización, también toda documentación (notas, expedientes, remitos, etc.) necesaria para la obtención del mayor detalle posible. En este caso, Sistema Integrado de Administración Financiera y Contable de la Provincia de Formosa.

6. Desarrollo

Capítulo 1: Descripción de los Servicios que integran el Hospital

❖ Servicios finales: son los que hacen al objetivo del hospital. A ellos se dirigen los esfuerzos de los demás centros de costos para que, unidos a los propios, se haga posible el cumplimiento de la finalidad del establecimiento u Hospital. Estos centros de costos, en el caso de hospitales, tienen relación directa con la asistencia del paciente. También comprenden formación e investigación. En ellos se elabora el producto final del hospital. En el caso del efector en cuestión se tiene dos: Internación Común o Sala y la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) donde funciona también la Unidad Coronaria (UCO).

Dentro de la Sala se internan pacientes en estado leve y moderado. Se considera que estos pacientes son aquellos que presentan síntomas que no producen señales de alarma. Tiene un Sector A-Leve donde tiene 20 habitaciones con 2 camas cada una. El Sector B-Moderado tiene 40 habitaciones con 2 camas. En total son 120 camas en el ámbito de Sala.

En cambio, un paciente grave, se internaba en la UTI/UCO, es aquel que presentaba pautas de alarma tales como desaturación de oxígeno, frecuencia respiratoria alterada, disnea, etc. Algunos sumaban patologías de base conocidas como comorbilidades, tales como HTA, DBT, etc. En este Servicio incluye Asistencia Mecánica Respiratoria. Integrada también por la Unidad Coronaria, disponía de un total de 82 camas divididas en 8 sectores.

❖ Servicios complementarios: Los Centros de Costos de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, a cargo de la gestión clínica y de la logística de la atención del paciente en los procesos de diagnóstico y tratamiento, trabajan a petición de los centros de costos finales. Por lo tanto, están capacitados para costear sus respectivas producciones y “trasladar” la parte correspondiente de dicha producción (“factura”) a los servicios finales, demandantes desde el interior del Hospital, así como a los centros de salud externos.

Los mismos se subdividen en el Servicio de Diagnóstico por Imagen y Laboratorio.

En el Servicio de Diagnóstico por Imagen se efectúan procedimientos a pedido de los médicos de planta para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Las prácticas más comunes relacionadas al COVID19 son: Radiografía de tórax, frente y perfil, TAC de tórax, TAC helicoidal de tórax con o sin contraste, de abdomen, etc.

El Laboratorio realiza prácticas necesarias para el control de rutina diario de los pacientes y también pedidos especiales. Entre las más comunes encontramos: Ac. IgG SARS-CoV-2(Ac.antiSpike), Estado de Ácido Base EAB, TEST RÁPIDO ANTÍGENO SARS - COV-2, CREATININA, ORINA O SANGRE, etc.

❖ Con respecto a los Servicios Estructurales, el nosocomio cuenta con: Nutrición, Mantenimiento, Administración y Farmacia.

En el servicio de Nutrición se prescriben las dietas sean comunes o especiales para que la empresa tercerizada, cocine las raciones para los pacientes, sus acompañantes y el personal autorizado. Las raciones que se sirven son: el desayuno, almuerzo, merienda y cena, más algunas colaciones y pedidos especiales. Se realiza una programación anticipada del número de raciones a cocinar por día. Pasado el mes, la empresa y el servicio realizan un balance mensual para dar inicio a los correspondientes pagos.

Mantenimiento: Es el encargado de garantizar la operatividad del nosocomio, tanto de sus instalaciones, equipamientos electromecánicos, médicos, informáticos y mobiliarios también deberá gestionar proyectos de actualización técnicas de los recursos bajo su cargo, como así también de gestionar proyectos de actualización de tecnologías, de arquitectura, como así también de asesorar técnicamente la apertura de nuevos servicios.

El Servicio integra los servicios de Infraestructura, Electromecánica, Ingeniería Clínica e Informática.

Destinados a reparar, instalar, mantener las instalaciones del Hospital.

Administración: Integra también los Subservicios de Tesorería, Contable, Compras y suministros, Recursos Humanos, Admisión y Telefonía.

Se llevan a cabo las gestiones de incorporación y reclutamiento de personal, compras o contrataciones de bienes o servicios, rendición de las cuentas corrientes bancarias relacionadas con pagos realizados a personal y proveedores de servicios.

Como la administración es desconcentrada, tiene por un lado que enviar Pedido de Fondos a la Tesorería General de la Provincia que una vez controlada la documentación, realiza el depósito en la cuenta del proveedor.

La Tesorería interna maneja un monto controlado denominado Fondo Permanente el cual puede disponer para cubrir urgencias. Tiene un funcionamiento que un Fondo Fijo. Recordemos que un fondo fijo es un importe fijo a utilizar para gastos pequeños, los pagos cubiertos con este tipo de fondo tienen la característica de no ser realizados mediante cheques o medios electrónicos.

La Tesorería cuenta con Caja Chica. Es un fondo de dinero que se destina para gastos menores o de menor cuantía, el objetivo de este es que en la empresa haya dinero disponible para los gastos menores o de menor cuantía, el objetivo de este es que en la empresa haya dinero disponible para los gastos de simple administración, por lo cual no sea necesario o amerite emitir cheques o transferencias de tipo electrónica. El encargado o responsable del fondo tiene la responsabilidad de llevar un control de gastos, y para obtener un reembolso debe hacer entrega material de las facturas y los comprobantes de los desembolsos. A cambio de las facturas o los comprobantes, la administración repone fondos. (<https://www.concur.com.ar/blog/article/cajas-chicas>)

Farmacia: realiza actividades de desarrollo y colaboración, a través de la selección, preparación, adquisición, dispensación, control, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo - efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el establecimiento. Debe también verificar el estado y atender la conservación y ordenamiento de drogas, medicamentos, productos biomédicos y del material e instrumental de trabajo. Es la encargada de la gestión de abastecimiento a los demás

servicios del hospital. El proveedor principal es la Unidad de Compras de Productos, Insumos y Medicamentos (UCPIM).

Capítulo 2. Caracterización de Pacientes

Un paciente es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.

Desde un punto de vista histórico, la concepción del paciente ha evolucionado significativamente. En las primeras etapas de la medicina, la relación médico-paciente era de naturaleza más paternalista, donde el médico tomaba decisiones en base a lo que consideraba mejor para el paciente, con poca o ninguna participación de este último en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, con el paso del tiempo, esta dinámica ha cambiado hacia un modelo de atención más centrado en el paciente, en el cual se valora y se respeta la autonomía del individuo, sus deseos y sus preferencias.

En la medicina contemporánea, el paciente es considerado como un socio activo en su propio cuidado de salud. Esto implica una comunicación bidireccional entre el paciente y el profesional de la salud, donde el intercambio de información es fundamental. Los pacientes son alentados a participar activamente en su tratamiento, lo cual incluye tomar decisiones informadas sobre las opciones de cuidado disponibles y expresar sus preocupaciones y preferencias.

La relación médico-paciente es un componente esencial en la práctica de la medicina. Esta relación se basa en la confianza, el respeto mutuo y la comunicación abierta. La calidad de esta relación puede tener un impacto significativo en los resultados del tratamiento y en la satisfacción del paciente con la atención recibida. Por ello, es crucial que los médicos no solo sean competentes en sus habilidades clínicas, sino también en habilidades comunicativas y empáticas. (Navarra-ESP, 2024)

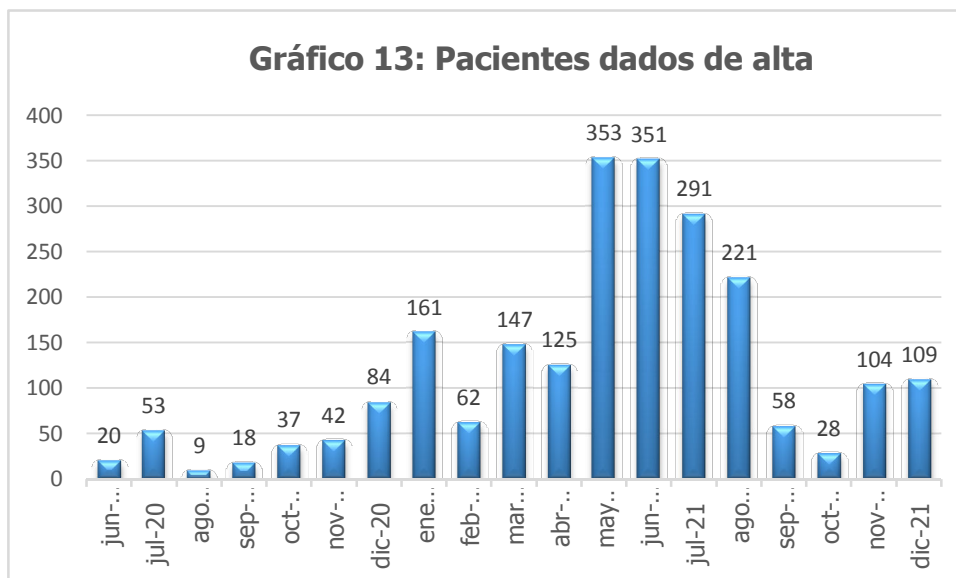
Por eso, para obtener máximo bienestar para la población requiere que se logre La triple meta según Donald Berwick trata de:

- Mejor experiencia en el cuidado (humanización, satisfacción del paciente)
- Mejor relación entre resultado y costo (costo-efectividad, DALYS)
- Mejores condiciones de salud de la población

La humanización fue fundamental durante la pandemia. Ser un paciente COVID POSITIVO sumaba a los síntomas exteriorizados, una incertidumbre ante cómo te afectaría la enfermedad, sentimientos de miedo al escuchar los contagios masivos y la pérdida de personas allegadas o conocidas. El aislamiento, no poder frecuentar con familiares y amigos, impactó negativamente en los estados emocionales con la aparición de la ansiedad, la depresión, falta de sueño, etc. en personas sanas.

En el Hospital Interdistrital de la Contingencia COVID19, durante el segundo trimestre de 2021, se recibieron sólo pacientes COVID POSITIVO, de todo el territorio de la Provincia. En el 2º Trimestre se dio alta médica a un total de 829 pacientes.

Si observamos la línea temporal representada de altas, vemos que en el periodo de esta investigación es donde más numerosas fueron.

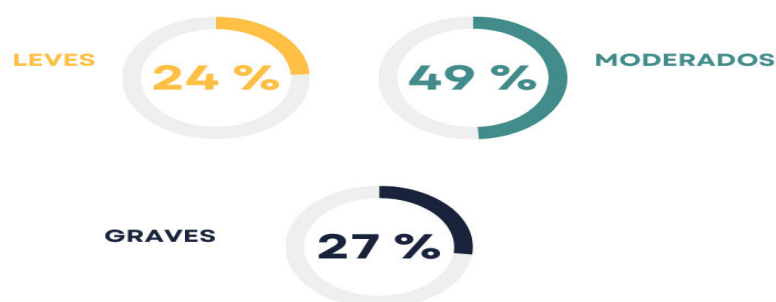


Fuente. Elaboración propia

Estas personas, con resultado positivo en hisopado PCR, llegaban al Hospital y pasaban a ser evaluados en el triage, de ahí, pasaban directamente a ocupar una cama de SALA, o una cama de UTI/UCO según la decisión del médico de guardia. Los reportes de internaciones arrojan resultado de un 73% de pacientes leves y moderados que se internaban en el servicio de SALA y 27% de pacientes graves internados en cama de la UTI/UCO.

Gráfico N° 14: Síntomas al Ingreso de Pacientes

INGRESOS DE PACIENTES



Fuente. Elaboración propia

Para conocer quiénes fueron los pacientes y caracterizarlos, se observa las Historias clínicas, donde figuran sus datos personales y filiales. Para determinar, por ejemplo, la procedencia se diferencia un 65% estaban domiciliados en Formosa capital y el 35% restante vivían en los pueblos del interior de la Provincia, Provincias vecinas u otros.

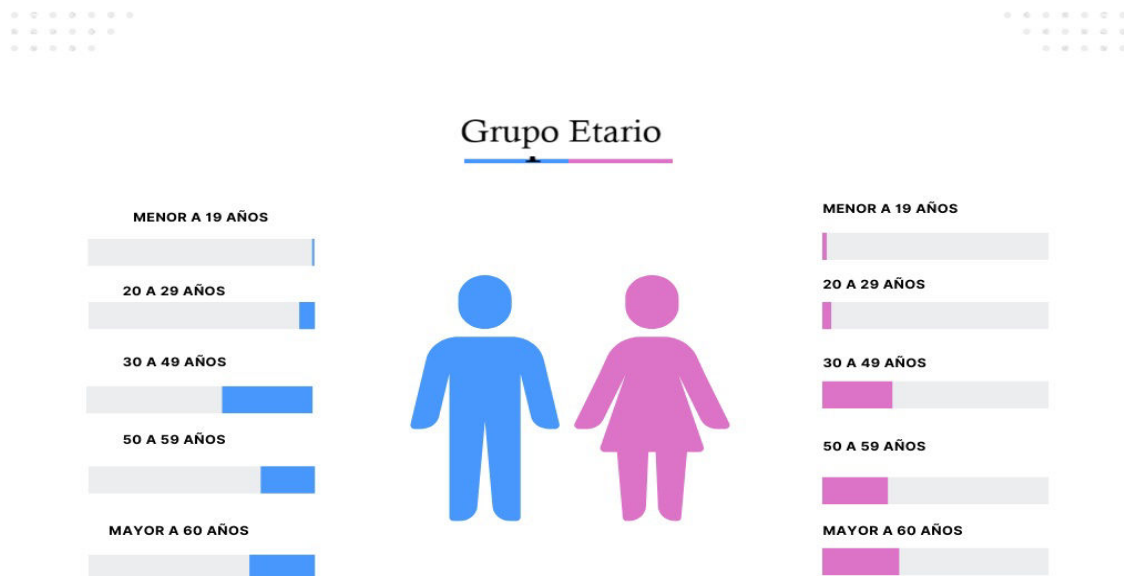
Los días de estada abarcaron de 1 a 66 ya que cada uno obtenía el alta cuando el virus estaba inactivo. Se determinó un promedio de 12 días para un paciente de UTI y 11 días para un paciente en SALA.

ESTADA	
Días de internación total	9480
Días de internación UTI	3830
Pacientes UTI	311
Días de estadía promedio	12

ESTADA	
Días de internación total	9480
Días de internación SALA	5650
Pacientes SALA	518
Días de estadía promedio	11

Otra característica a saber es clasificar a los pacientes por grupo etario, donde se observó que fueron hospitalizados en mayor parte hombres entre 30 y 49 años.

Gráfico N°15: Grupo Etario



Fuente. Elaboración propia

Otro dato importante es el motivo por el que los pacientes recibieron su alta médica, obteniendo la proporción de mortalidad aproximadamente en el 38% de las internaciones del período.



Fuente. Elaboración propia

Una alta médica transitoria significó que el paciente va a su domicilio y que debe continuar con atenciones postcovid por consultorio externo.

Un alta por derivación quiere decir que el paciente ya sin COVID19 se dirigió a otro establecimiento sanitario debido a la necesidad de continuar con un tratamiento o atender otras enfermedades.

Una alta voluntaria es donde el paciente todavía con el coronavirus activo, firma el consentimiento y compromiso de aislarse en su domicilio.

Un alta por óbito representa el deceso del paciente. Recordemos que el protocolo a seguir para un óbito con COVID19 estaba diferenciado del paciente común. En primer lugar, se recomendaba aislar el cuerpo para prevenir transmisión; desinfectar las áreas donde estuvo el paciente y fundamentalmente brindar apoyo a los familiares. En este último punto toma importancia destacar el arduo trabajo del Servicio Social de cada hospital o centro. En el caso de los traslados al interior de la Provincia, también se respetaba el tratamiento especial recomendado del cuerpo.

Todas estas altas médicas se realizaban por decisión de los médicos de SALA y de la UTI/UCO. Un paciente dado de alta representa para el sistema de salud tanto una muerte evitada (cuando NO haya fallecido), y un gasto consumido para el sistema de costeo hospitalario, es decir un COSTO; en todos los casos.

Se tiene registrado también el Servicio final que le dio el alta, en estos casos la mayor cantidad de pacientes dados de alta han sido del Servicio de Sala. Es decir, los que se denominaron pacientes recuperados del COVID19.

Servicio del Alta médica	Total	%
SALA	518	62%
UTI/UCO	311	38%
TOTAL	829	100%

Exponemos de esta manera los pacientes con coronavirus que se internaron en el Hospital de Contingencia para recibir su tratamiento y batallar contra esta enfermedad. De las entrevistas con el personal desde el momento que se los ingresaba, cada caso era una experiencia particular, tomar sus datos (si era posible), resguardar sus pertenencias, realizarle los controles, proveerle su alimento, contener a los familiares sabiendo de las dificultades del contacto con sus seres queridos. Más allá de la parte de asistencia y provisión, en Formosa se sintió con intensidad cada caso positivo a COVID19. Despedir una persona más allá de un número que se reportaba a fines estadísticos, representaba un dolor para la sociedad.


Capítulo 3. Asignación de costos: Directos e Indirectos

En este capítulo, se procede a ordenar, clasificar y exponer las estimaciones de los costos incurridos para llevar a cabo la atención de los pacientes mencionados anteriormente.


La Contabilidad Financiera del Hospital nos provee una clasificación de los gastos, utilizados de forma unificada en todos los organismos provinciales. Mencionamos así que cada gasto efectuado en todas sus etapas (Preventivo, Devengado y Pagado), se diferencian por lo que la Ley de Administración de la Hacienda Pública denomina Incisos. El número 1 corresponde con Gastos en Personal y del inciso 2 al 5, encontramos a la adquisición de Bienes de consumo, Servicios, Bienes de Uso, y Transferencias (conocida como ayudas económicas).

Esto forma parte del Presupuesto Oficial que se publica por Ley en la Provincia. En el 2019 y 2020, el Hospital integraba el presupuesto del Ministerio de Desarrollo Humano, luego ya contaba con sus propias partidas presupuestarias.

Gráfico N° 17: Reportes de Gastos-2021



Gastos - 1.3.05.03 Hospital Interdistrital Evita
Ejercicio 2021



Estructura + Objeto por Fuente de Financiamiento del 01/01/2021 al 31/12/2021
Fuente de Financiamiento : 1.1 Tesoro Provincial
Crédito Original

Estructura + Objeto	1.1 Tesoro Provincial
20 Centro de Contingencias COVID 19	316.859.804,00
20.00	316.859.804,00
20.00.00	316.859.804,00
20.00.00.A01 Centro de Contingencias COVID 19	316.859.804,00
20.00.00.A01.1 GASTOS EN PERSONAL	213.578.927,00
20.00.00.A01.2 BIENES DE CONSUMO	78.872.197,00
20.00.00.A01.3 SERVICIOS NO PERSONALES	24.408.680,00
Totales	316.859.804,00

Fuente: SIAFYC Formosa.

Del Reporte resumido de Gastos ejecutados del trimestre en cuestión, nos determina que, del importe total, que asciende a la suma de \$188.786.139,63, un 75,98%

corresponde a Gastos en Personal y el resto a la adquisición de Bienes y Servicios. Como primera observación se afirma que el mayor porcentaje de gastos que tiene este Hospital es, en lo que la Contabilidad denomina MANO DE OBRA.

Tabla N° 1

Total de Gastos del 2° Trimestre del 2021		
INCISOS	IMPORTE EN \$	%
1 GASTOS EN PERSONAL	143.445.244,97	75,98%
2 BIENES DE CONSUMO	31.592.987,06	16,73%
3 SERVICIOS NO PERSONALES	8.775.213,18	4,65%
4 BIENES DE USO	4.368.991,74	2,31%
5 TRANSFERENCIAS	603.701,68	0,32%
	188.786.138,63	100,00%

Elaboración propia.

3.1 Distribución de Costos Directos

Siguiendo el concepto de Costos Directos, trabajamos la información que nos provee el Sistema de Administración, y ordenamos los datos de manera tal de obtener el costo directo de personal por Servicio habilitado, que integra la Matriz de Costos en cascada a elaborar.

Inciso 1: Gastos en Personal

Para la clasificación del Inciso 1, vamos a utilizar los reportes de las liquidaciones de sueldos, conocidas como "cabeceras". Aclarando que, por mes se realiza un pago para Sueldos mensuales y un pago para Horas Guardias realizadas, pero en este periodo se efectuó, además, un pago extra exclusivo para el personal de salud, que es la Asignación extraordinaria comúnmente llamada "bono". Entonces se construye una planilla donde unimos estos reportes y utilizamos para las columnas los siguientes datos del personal: Nombres y CUIL, Cargo, Oficina donde se desempeña, Sueldo Bruto en pesos.

En "Oficina donde se desempeña" aparecediferenciado el Servicio al que pertenece. Lo que nos facilita determinar lo directo de este costo. Tomando esta referencia, agregamos dos columnas: una, que representaría una primera clasificación para determinar a cuál servicio pertenece; y, la segunda clasificación si este es personal administrativo o asistencial.

Definimos personal administrativo a todo aquel que interviene en la operatoria habitual del nosocomio pero que no tiene contacto directo con el paciente. Parámetro contrario a lo que es un trabajador asistencial. Dentro del concepto "Administrativo" se incluye solamente a los servicios Administración propiamente dicha y Mantenimiento. El resto de los servicios son considerados asistenciales.

Este procedimiento se puede realizar al tener una cantidad de empleados que se puede manejar. Se obtiene la siguiente distribución:

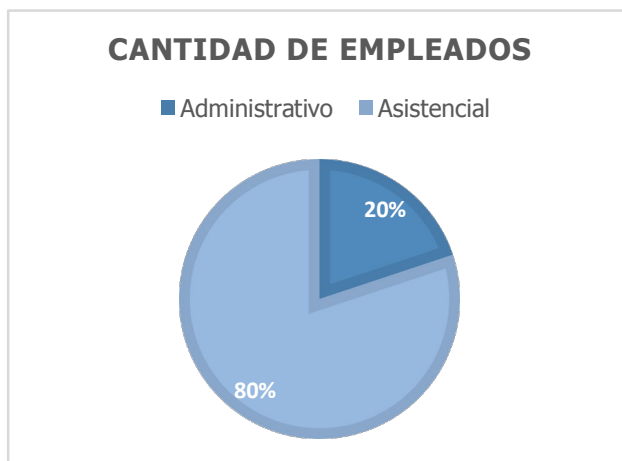
Tabla N° 2

Costo de Personal por Servicio			
N°	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	%
1	NUTRICION	11	2%
2	MANTENIMIENTO	42	8%
3	ADMINISTRACION	58	12%
4	FARMACIA	5	1%
5	LABORATORIO	24	5%
6	IMÁGENES	18	4%
7	MEDICINA	61	12%
8	ENFERMERIA	284	56%
		503	100%

Elaboración propia.

Se puede distinguir la proporción del tipo de personal con que cuenta el nosocomio.

Gráfico N°18: Cantidad de Empleados



Elaboración propia.

Si los transformamos a importes cobrados en pesos quedarían así:

Tabla N° 3

Costo de Personal por Servicio				
N°	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	%	IMPORTE EN \$
1	NUTRICION	11	2%	2.276.183,04
2	MANTENIMIENTO	42	8%	8.690.880,71
3	ADMINISTRACION	58	12%	12.001.692,41
4	FARMACIA	5	1%	1.034.628,66
5	LABORATORIO	24	5%	4.966.217,55
6	IMÁGENES	18	4%	3.724.663,16
7	MEDICINA	61	12%	12.622.469,60
8	ENFERMERIA	284	56%	58.766.907,64
		503	100%	104.083.642,76

Elaboración propia.

Si observamos los Servicios N° 7 y 8, se debe efectuar una Tercera clasificación al personal de Enfermería y Medicina identificando quienes forman parte de Clínica Médica (SALA) y/o Terapia Intensiva (UTI/UCO).

Basándonos en nuestro papel de trabajo, reporte de Horas y turnos programados y cumplimentados presentados a RRHH, podemos clasificar quienes colaboran en las Salas y a quienes lo hacen en la Terapia Intensiva. Notamos también que contábamos con enfermeros, auxiliares y personal de limpieza que trabajaban en pasillos comunes y otros sectores. Entonces, en principio solo consideramos como integrantes de las internaciones de Sala y UTI a aquellos que cubrían totalmente sus horas de planta y guardias en ellos.

De allí obtuvimos los siguientes resultados:

Tabla N° 4

Distribución de Enfermería y Medicina			
	SERVICIOS	ENFERMERIA	%
ASISTENCIAL I	SALA	172	61%
	UTI/UCO	60	21%
	FUERA DE LAS INTERNACIONES	52	18%
		284	100%
	SERVICIOS	MEDICINA	%
ASISTENCIAL II	SALA	51	83,61%
	UTI/UCO	10	16,39%
		61	100%

Elaboración propia.

Se utilizó como criterio para asignar los enfermeros, auxiliares de enfermería y limpieza que cubrían pasillos comunes, en base a los pacientes atendidos. al Servicio de Sala y UTI/UCO a los fines de facilitar el cálculo del costo.

Tabla N° 5

Enfermeros fuera de las internaciones	%	Cant de enfermeros
ASIGNADO A SALA	62,00%	32
ASIGNADO A UTI	38,00%	20
	100%	52

Elaboración propia.

Reformulamos el total:

Tabla N° 6

PERSONAL ASISTENCIAL EN	TODOS	%
SALA	255	63,33%
UTI/UCO	90	22,27%
RESTO DE ASISTENCIALES	58	14,39%
	403	100%

Elaboración propia.

Y al final llegamos a la estimación final de Gastos en Personal para el periodo bajo estudio de acuerdo a los Servicios detallados en la matriz.

Tabla N° 7

	PERSONAL ASISTENCIAL EN	TODOS	%
TOTALES	SALA	255	63,33%
	UTI/UCO	90	22,27%
	FARMACIA	5	1,24%
	NUTRICION	11	2,73%
	IMÁGENES	18	4,47%
	LABORATORIO	24	5,96%
		403	100%

Elaboración propia.

Incorporamos finalmente a Administración y Mantenimiento. Además, como lo que queremos es conocer el costo, debemos agregar las Contribuciones que hace la Administración que es en este caso la patronal.

Llegamos a la tabla definitiva del inciso:

Tabla N° 8

1-GASTOS DE PERSONAL						
N°	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	%	IMPORTE EN \$	CONTRIBUCIONES	TOTAL
1	NUTRICION	11	2%	2.276.183,04	860.790,51	3.136.973,55
2	MANTENIMIENTO	42	8%	8.690.880,71	3.286.654,66	11.977.535,37
3	ADMINISTRACION	58	12%	12.001.692,41	4.538.713,57	16.540.405,98
4	FARMACIA	5	1%	1.034.628,66	391.268,41	1.425.897,07
5	IMÁGENES	18	4%	3.724.663,16	1.408.566,28	5.133.229,44
6	LABORATORIO	24	5%	4.966.217,55	1.878.088,38	6.844.305,92
7	SALA	265	53%	54.835.318,75	20.737.225,82	75.572.544,57
8	UTI/UCO	80	16%	16.554.058,49	6.260.294,59	22.814.353,08
		503	100%	104.083.642,76	39.361.602,21	143.445.244,97

Elaboración propia.

De esta manera, los importes quedan listos para ser volcados a la Matriz de Costos en Cascada.

Tabla N° 9

	TOTAL PAGADO	SERVICIOS FINALES		SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		SERVICIOS ESTRUCTURALES			
		SALA	UTI/UCO	DIAGNOSTICO POR IMAGEN	LABORATORIO	FARMACIA	ADMINISTRACION	MANTENIMIENTO	NUTRICION
A01 Centro de Contingencias COVID 19	2° trim 2021								
1 GASTOS EN PERSONAL	143.445.244,97	75.572.544,57	22.814.353,08	5.133.229,44	6.844.305,93	1.425.897,07	16.540.405,96	11.977.535,37	3.136.973,55
Haberes y Guardias percibidas	104.083.642,77	54.835.318,75	16.554.058,49	3.724.663,16	4.966.217,55	1.034.628,66	12.001.692,41	8.690.880,71	2.276.183,04
Contribuciones	39.361.602,20	20.737.225,82	6.260.294,59	1.408.566,28	1.878.088,38	391.268,41	4.538.713,55	3.286.654,66	860.790,51

Elaboración propia.

Inciso 2,3,4 y 5: BIENES DE CONSUMO, DE USO, SERVICIOS, TRANSFERENCIAS

Para iniciar la correcta distribución de costos incluidos en los incisos 2 y 4 Bienes de consumo y de uso, 3 servicios y 5 transferencias se utilizó el Libro Obligatorio denominado Ingreso Egreso de las cuentas bancarias del Hospital, fiscalizado por el Honorable Tribunal de Cuentas.

Las cuentas a examinar son las denominadas:

CtaCte N° 00286707/001 Presupuesto

CtaCte N° 00286707/003 Fondo Permanente

A los registros extraídos se le agregó algunos indispensables para identificar el Servicio que recibió el bien o servicio en cuestión. Aparece la columna de Detalle, en ella se describe de que se trata la compra o contratación registrada, quién pidió el bien o servicio y cuál será el destino de uso o consumo del mismo. Para esto se observa directamente los expedientes integrantes del Cuerpo Documental resguardado.

En una nueva columna llamada Servicio de Destino se incluye siguiendo un criterio determinado a que servicio se corresponde el costo. En primer lugar, se da tratamiento a los Costos que se puedan identificar Directos.

Para ello habilitamos las siguientes opciones:

NUTRICION: se asignan los pagos relacionados con las raciones de alimentos en cocido, preparadas por una empresa tercerizada para pacientes, acompañantes si hubiere y personal autorizado.

MANTENIMIENTO: en líneas generales los bienes son solicitados por esta Dirección, para utilizarlo en los servicios que requieran (por ejemplo, una canilla, un artefacto eléctrico, etc.) o para habilitar alguna función específica. Vale recordar en esta instancia que dependiente de la Dirección de Mantenimiento están las Secciones de Infraestructura, Electromecánica, e Ingeniería Biomédica.

ADMINISTRACIÓN: se encarga de distribuir a los demás servicios los insumos de limpieza, de librería y tiene asignada una cuenta específica para gastos menores y urgentes que afrontar (caja chica).

LABORATORIO: se le asigna insumos y mobiliario que fueron solicitados y utilizados en este servicio.

Para agrupar los Costos Indirectos se clasifica cada ítem de compra con:

SALA/UTI UCO: todo lo adquirido para ser utilizado en relación a los pacientes internados en cualquiera de estos servicios.

GENERAL: ítems que no pueden asignarse a ningún servicio en particular.

Antes de sumar los importes, preparamos los datos ajustando las retenciones. Estas son impositivas nacionales de AFIP, provinciales de Dirección General de Rentas. Las mismas son aplicadas por cada Orden de Pago generada, de acuerdo a la situación

particular de cada proveedor como contribuyente. Estas retenciones, mes a mes, se van declarando y pagando. Una vez aplicado este ajuste procedemos a determinar los subtotales por inciso y por servicio.

Se obtuvo la siguiente tabla:

Tabla N° 10

	SERVICIO DE DESTINO	SUBTOTAL
Directos	NUTRICION	8.231.972,66
	MANTENIMIENTO	12.737.369,82
	ADMINISTRACION	1.506.518,12
	LABORATORIO	1.458.192,65
Indirectos	SALA/UTI	12.946.511,13
	GENERAL	8.460.329,28
	TOTAL	45.340.893,66

Elaboración propia.

A continuación se detalla los ítems incluidos como costos directos de los servicios de: Nutrición, Mantenimiento, Administración y Laboratorio que van directamente a la Matriz de Costos en Cascada.

COSTOS DIRECTOS DETALLADOS:

- Nutrición: 8.231.972,66
 - 2.1 Raciones alimentarias**
 - 2.2 Nutroterápicos enteral nasogástrica**
- Mantenimiento: 12.737.369,82
 - 2.3 Materiales para la construcción, ferretería y electricidad**
Incluye adquisición de insumos como pinzas, destornillador, baldes de pintura, rodillo, alicate, teflón, juego de llaves, precintos, cinta aislante, escuadra, cables, tubos pvc, etc.
Se considera en su totalidad que se consumió en la Dirección de Mantenimiento.
 - 2.4 Insumos informáticos**
Incluye fichas balun, routerwifi, grabadores de voz, pinza crimpeadora, splitter HDMI, kit teclado y mouse inalámbrico, placa de red, etc.
Se considera en su totalidad que se consumió en la Dirección de Mantenimiento.
 - 2.5 Indumentaria para el personal de mantenimiento**
Incluye camisas y pantalones de grapa, zapatos punta de acero y chalecos para el personal de mantenimiento.
Se considera en su totalidad que corresponde a la Dirección de Mantenimiento.
- Administración: 1.506.518,12
 - 2.6 Artículos de librería**
Incluye resmas de papel, cuadernos, biromes, perforadoras, abrochadoras con repuestos, libros de actas, carpetas colgantes, tóner, etc.
Se considera en su totalidad que corresponde a la Dirección de Administración.
 - 2.7 Combustible para móviles oficiales**

Incluye combustible para recarga de los móviles oficiales que se ocupan para hacer trámites administrativos.

Se considera en su totalidad que corresponde a la Dirección de Administración.

2.8 Gastos menores (caja chica)

Incluye sellos, útiles de oficina, insumos que el normal del proceso de compras retardaría su adquisición.

Se considera en su totalidad que corresponde a la Dirección de Administración.

- Laboratorio: 1.458.192,65

2.9 Insumos para laboratorio

Se trata de un apoyabrazos solicitado y adquirido para ser utilizado al momento de extraer sangre.

Tabla N° 11: Matriz de Costos en cascada (parcial)

Gastos - 1.3.05.03 Hospital Interdistrital de Contingencia COVID-19										
Ejercicio 2021										
Estructura + Objeto por Fuente de Financiamiento, del 01/04/2021 al 30/06/2021										
Estructura + Objeto										
		TOTAL PAGADO	SERVICIOS FINALES		SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		SERVICIOS ESTRUCTURALES			
A01 Centro de Contingencias COVID 19	%	2º trim 2021	SALA	UTI/UCO	DIAGNOSTICO POR IMAGEN	LABORATORIO	FARMACIA	ADMINISTRACION	MANTENIMIENTO	NUTRICION
2- BIENES DE CONSUMO, DE USO Y SERVICIOS	0,00%	-	-	-	-	1.458.192,65	-	1.506.518,12	12.737.369,82	8.231.972,66
2,1 Raciones alimentarias para pacientes, acompañantes y empleados										6.736.600,01
2,2 Nutrición enteral nasogástrica										1.495.372,65
2,3 Materiales de Construcción, Ferrería y Electricidad									9.247.765,03	
2,4 Insumos Informáticos									2.832.062,22	
2,5 Uniformes y Zapatos de trabajo para el personal de mantenimiento									657.542,57	
2,6 Artículos de librería								574.405,35		
2,7 Combustible para móviles oficiales								258.592,77		
2,8 Gastos Menores (Caja Chica)								673.520,00		
2,9 Insumos para Laboratorio: apoyabrazos						1.458.192,65				

Elaboración Propia.

3.2 Distribución de Costos Indirectos

Se elabora una segunda clasificación, se analiza detenidamente uno a uno los ítems dentro cada inciso para el Rubro que se denominó GENERAL y el rubro SALA/UTI.

A continuación, se enumeran los ítems de los Costos Indirectos a distribuir:

1. Insumos médicos menores
2. Provisión de gases medicinales
3. Artículos de Limpieza para diferentes sectores
4. Recolección de residuos biopatogénicos
5. Equipos médicos
6. Seguridad Privada
7. Remodelación de las Internaciones
8. Erogaciones varias

1. Insumos médicos menores: 3.766.600,55

Cuenta con aerocámaras, estetoscopio, pinzas, kit y dilatador de traqueotomía, oxímetro, brazalete, etc. Se asigna de acuerdo a la proporción de pacientes atendidos en cada servicio final.

Tablas N° 12:

INTERNACIONES	SALA	UTI	TOTAL
PACIENTES	518	311	829
%	62%	38%	

Insumos médicos	
SALA	2.353.557,40
UTI	1.413.043,15
TOTAL	3.766.600,55

Elaboración Propia.

2. Provisión de gases medicinales para pacientes: 2.303.133,00

La adquisición incluye oxígeno medicinal líquido, gaseoso y C2.

Para prorratear su costo se toma como referencia la capacidad de litros que tiene cada salida de internación, criterio sugerido por los responsables de Ingeniería Biomédica del nosocomio.

Tablas N° 13:

	SALA	UTI/UCO	TOTAL
	5 LTS POR PUESTO	15 LTS POR PUESTO	
CAMAS	120	82	202
TOTAL POR PUESTO	600	1230	1830
%	33%	67%	100%

El resultado quedaría de la siguiente manera:

Gases Medicinales	
SALA	755.125,57
UTI	1.548.007,43
TOTAL	2.303.133,00

Elaboración Propia.

3. Artículos de Limpieza: 1.755.508,16

Según los reportes de entrega a los diferentes servicios, durante el periodo, se determina que:

Tablas N° 14:

ARTICULOS DE LIMPIEZA			
N°	SERVICIOS	%	IMPORTE
1	NUTRICION	14%	245.771,14
2	MANTENIMIENTO	3%	52.665,24
3	ADMINISTRACION	5%	87.775,41
4	FARMACIA	11%	193.105,90
5	LABORATORIO	10%	175.550,82
6	IMÁGENES	12%	210.660,98
7	UTI/UCO	20%	351.101,63
8	SALA	25%	438.877,04
	TOTAL	100%	1.755.508,16

Elaboración Propia.

4. Recolección de Residuos Biopatogénicos: 2.700.000,00

Luego de una entrevista con los encargados de recibir los manifiestos de la empresa contratada para tal servicio, tomamos como fecha de Corte el 21/05/2021 y obtuvimos los siguientes porcentajes:

Tablas N° 15:

Fecha de corte 21/5/2021		
Datos	Bolsas rojas entregadas/retirada	%
Sala	120	54%
UTI/UCO	80	36%
Diagnóstico por Imagen	10	5%
Laboratorio	10	5%
	220	100%

Del total de erogaciones del período se obtiene la siguiente distribución:

RECOLECCION DE RESIDUOS BIOPATOGENICOS	IMPORTE
SALA	1.458.000,00
UTI	972.000,00
IMÁGENES	135.000,00
LABORATORIO	135.000,00
TOTAL	2.700.000,00

Elaboración Propia.

5. Equipos médicos de uso común: 930.385,98

Se trata bombas de alimentación requeridas utilizadas por todos los pacientes que la necesiten. Se distribuye el costo de acuerdo al número de camas de cada Internación partiendo de la premisa que se utiliza 2 bombas por cama, llegando a este resultado:

Tablas N° 16:

INTERNACIONES	SALA	UTI	TOTAL
CAMAS	120	82	202
2 POR CAMA	2	2	
Bombas de alim	240	164	404
	59%	41%	

EQUIPOS MEDICOS	
SALA	552.704,54
UTI	377.681,44
TOTAL	930.385,98

Elaboración Propia.

6. Seguridad privada: 5.675.985,77

Para asignar este costo se tomó como criterio la cantidad de empleados y la de pacientes internados durante el periodo bajo estudio. Se divide porcentualmente y se obtiene lo siguiente:

Tabla N° 17

N°	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	PACIENTES	TOTAL	%	IMPORTE
1	NUTRICION	11		11	0,83%	46.873,76
2	MANTENIMIENTO	42		42	3,15%	178.972,52
3	ADMINISTRACION	58		58	4,35%	247.152,53
4	FARMACIA	5		5	0,38%	21.306,25
5	LABORATORIO	24		24	1,80%	102.270,01
6	IMÁGENES	18		18	1,35%	76.702,51
7	UTI/UCO	80	311	391	29,35%	1.666.148,98
8	SALA	265	518	783	58,78%	3.336.559,20
	TOTAL	503	829	1.332	100%	5.675.985,77

Elaboración Propia.

7. Remodelación de las internaciones:1.695.915,24

Incluye materiales de construcción, herramientas varias que se utilizaron para acondicionar las habitaciones con el fin de dotarlas para una mejor y mayor atención. Se distribuye según los m2 del espacio físico:

Tablas N° 18

	SALA	UTI	TOTAL
M2 POR HABITACION 6,12*3,6= APROX 22M2	2640	1804	4444
	59%	41%	100%

REMODELACION DE LAS INTERNACIONES	
SALA	1.000.589,99
UTI	695.325,25
TOTAL	1.695.915,24

Elaboración Propia.

8.Erogaciones varias: 2.579.311,71

Se trata de: Provisión de agua envasada para personal, pacientes y visitas; instalación de cortinas reglamentarias en oficinas y pasillos comunes; elementos de uso personal para pacientes; y otros adquiridos para usos específicos; etc.

Se utilizará como criterio de prorrato el porcentaje de pacientes.

Tabla N° 19

EROGACIONES VARIAS	
SALA	1.611.680,90
UTI	967.630,81
TOTAL	2.579.311,71

Elaboración Propia.

3.3Reparto Primario

Luego de la primera distribución se inicia el Reparto Primario a partir de los siguientes subtotales.

Tabla N° 20

N°	SERVICIOS	\$
1	NUTRICION	11.661.591,11
2	MANTENIMIENTO	24.946.542,95
3	ADMINISTRACION	18.381.852,02
4	FARMACIA	1.640.309,22
5	LABORATORIO	8.715.319,41
6	IMÁGENES	5.555.592,93
7	SALA	87.079.639,22
8	UTI/UCO	30.805.291,77
		188.786.138,63

Elaboración Propia.

Para efectuar esta etapa se realiza lo siguiente:

1- NUTRICION:

Se analizan los Informes de la Cocina cotejados con el Servicio que nos compete donde detalla cantidad de raciones dispensadas en el periodo al que corresponde el expediente de pago.

INFORME DE COCINA									
RACIONES	DESAY	ALMUERZO	MERIENDA	CENA	POSTRES	AGUA MIN	COLACION	TOTAL	%
PACIENTES	1888	1950	1927	1960	3894	5876	1295	18.790	45%
PERSONAL AUT	3200	4810	3120	3661	8471			23.262	55%
TOTAL	5088	6760	5047	5621	12365	5876	1295	42.052	

El costo total del servicio es de 11.661.591,11.

De acuerdo al porcentaje de la tabla de arriba se divide 5.247.716,00 directo a pacientes y el total de 6.413.875,11 a personal autorizado.

Se subdivide de acuerdo al porcentaje de pacientes internados de referencia.

INTERNACIONES	SALA	UTI	TOTAL
PACIENTES	518	311	829
%	62,48%	37,52%	

Entonces, se afirma que:

- 3.279.031,23 corresponde a pacientes y acompañantes internados en SALA
- 1.968.684,77 corresponde a pacientes y acompañantes internados en UTI/UCO.

En cuanto al personal autorizado, se procede a distribuir utilizando la tabla que detalla la cantidad de empleados por Servicio. El importe total a distribuir es de 6.413.875,11. Quedaría de la siguiente manera:

Nº	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	%	EMPLEADOS
1	NUTRICION	11	2,19%	140.263,67
2	MANTENIMIENTO	42	8,35%	535.552,20
3	ADMINISTRACION	58	11,53%	739.572,08
4	FARMACIA	5	0,99%	63.756,21
5	IMÁGENES	18	3,58%	229.522,37
6	LABORATORIO	24	4,77%	306.029,83
7	SALA	265	52,68%	3.379.079,33
8	UTI/UCO	80	15,90%	1.020.099,42
		503	100%	6.413.875,11

Los costos en cascada requieren que se divida el total de nutrición en los demás servicios. Se hace en partes iguales. Se le suma a cada servicio 20.037,67. De ello, resulta:

Tablas N° 21

N°	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	%	EMPLEADOS	NUTRICION	TOTAL
1	NUTRICION	11	2,19%	140.263,67		
2	MANTENIMIENTO	42	8,35%	535.552,20	20.037,67	555.589,86
3	ADMINISTRACION	58	11,53%	739.572,08	20.037,67	759.609,75
4	FARMACIA	5	0,99%	63.756,21	20.037,67	83.793,88
5	IMÁGENES	18	3,58%	229.522,37	20.037,67	249.560,04
6	LABORATORIO	24	4,77%	306.029,83	20.037,67	326.067,49
7	SALA	265	52,68%	3.379.079,33	20.037,67	3.399.117,00
8	UTI/UCO	80	15,90%	1.020.099,42	20.037,67	1.040.137,09
		503	100%	6.413.875,11	140.263,67	6.413.875,11

Elaboración Propia.

Sumado al costo en pacientes asignados a SALA y UTI/UCO, el reparto del costo de Nutrición queda así:

N°	SERVICIOS	CANT DE EMPLEADOS	%	PERSONAL AUTORIZADO	PACIENTES	TOTAL
2	MANTENIMIENTO	42	8,54%	555.589,86		555.589,86
3	ADMINISTRACION	58	11,79%	759.609,75		759.609,75
4	FARMACIA	5	1,02%	83.793,88		83.793,88
5	IMÁGENES	18	3,66%	249.560,04		249.560,04
6	LABORATORIO	24	4,88%	326.067,49		326.067,49
7	SALA	265	53,86%	3.399.117,00	3.279.031,23	6.678.148,23
8	UTI/UCO	80	16,26%	1.040.137,09	1.968.684,77	3.008.821,86
		492	100%	6.413.875,11	5.247.716,00	11.661.591,11

Se traspasa a la Matriz de costos en cascada.

2-MANTENIMIENTO:

Será dividido en partes iguales a los Servicios restantes. Si bien la demanda de tareas es distinta dependiendo de cada servicio, se considera en este caso la misma disposición con respecto a todos los servicios del hospital.

Tablas N° 22

Mantenimiento	
Subtotal 1	24.946.542,95
Reparto de Nutrición	555.589,86
Subtotal 2	25.502.132,81
Dividir 6 servicios restantes	4.250.355,47

Elaboración Propia.

3-ADMINISTRACION:

SUBTOTAL 1	18.381.852,02
RECIBIO DE NUTRICION	759.609,75
SUBTOTAL 2	19.141.461,77
RECIBIO DE MANTENIMIENTO	4.250.355,47
SUBTOTAL A REPARTIR	23.391.817,24

Para repartir el costo de este servicio se utiliza el criterio de "proporción ajustada" del restante de los servicios.

Tablas N° 23

	SALA	UTI/UCO	DIAG POR IMAGEN	LABORATORIO	FARMACIA	ADMINISTRACION
Subtotal previa	98.515.731,01	37.557.081,57	10.132.024,40	13.215.241,87	5.974.462,15	23.391.817,24
Participación ajustada	59,56%	22,71%	6,13%	7,99%	3,61%	100%
Distribución de Administración	13.932.166,35	5.312.281,70	1.433.918,40	1.869.006,20	844.444,60	

Elaboración Propia.

4-FARMACIA: El acumulado del servicio de Farmacia

INICIAL DE FARMACIA	1.640.309,22
NUTRICION	83.793,88
MANTENIMIENTO	4.250.355,47
ADMINISTRACION	844.444,60
TOTAL LUEGO DEL REPARTO	6.818.903,17

En base a los reportes de pedidos, se desagrega en el resto de los servicios de la siguiente manera:

Tablas N° 24

SERVICIO QUE DEMANDA:	%	FARMACIA
DIAGNOSTICO POR IMAGEN	13%	886.457,41
LABORATORIO	17%	1.159.213,54
SALA	40%	2.727.561,27
UTI/UCO	30%	2.045.670,95
	100%	6.818.903,17

Elaboración Propia.

Así se obtiene como Resultado final del Reparto Primario:

Tablas N° 25

SERVICIOS FINALES	SALA	114.667.870,52
	UTI/UCO	45.422.421,75
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	DIAGNOSTICO POR IMAGEN	12.452.391,70
	LABORATORIO	16.243.454,66
SERVICIOS ESTRUCTURALES	FARMACIA	-
	ADMINISTRACION	-
	MANTENIMIENTO	-
	NUTRICION	-
		188.786.138,63

Elaboración Propia.

3.4 Reparto Secundario

*LABORATORIO:

Tablas N° 26

INICIAL	8.715.319,41
NUTRICION	249.560,04
MANTENIMIENTO	4.250.355,47
ADMINISTRACION	1.869.006,20
FARMACIA	1.159.213,54
FINAL DE LABORATORIO	16.243.454,66

Elaboración Propia.

Se observa el reporte del Informe de Determinaciones realizadas por el Servicio de Laboratorio. Allí se diferencia el Servicio de Sala y UTI/UCO, según quien realizó el pedido médico. Se distribuye porcentualmente para asignar los costos.

Tablas N° 27

SERVICIO SOLICITANTE			
SALA	3.941	62,48%	10.149.709,91
UTI/UCO	2.366	37,52%	6.093.744,75
TOTAL	6.307	100,00%	16.243.454,66

*DIAGNOSTICO POR IMAGEN:

INICIAL	5.555.592,93
NUTRICION	326.067,49
MANTENIMIENTO	4.250.355,47
ADMINISTRACION	1.433.918,40
FARMACIA	886.457,41
FINAL DE DIAG POR IMAGEN	12.452.391,70

Elaboración Propia.

De la misma forma que el servicio anterior, se observa el reporte del Informe de Prácticas realizadas por el Servicio de Imágenes. Allí se diferencia el Servicio de Sala y UTI/UCO, según quien realizó el pedido médico. Se distribuye porcentualmente para asignar los costos.

SERVICIO SOLICITANTE	CANTIDAD DE PRACTICAS	%	\$
SALA	2128	62%	7.780.867,19
UTI/UCO	1278	38%	4.671.524,51
	3406	100%	12.452.391,70

Elaboración Propia.

3.5 Cálculo de Costos Totales y Unitario

COSTO ESTIMADO TOTAL

SALA:

Tabla N° 28

INICIAL	87.079.639,22
NUTRICION	6.678.148,23
MANTENIMIENTO	4.250.355,46
ADMINISTRACION	13.932.166,34
FARMACIA	2.727.561,27
LABORATORIO	10.149.709,91
DIAG POR IMAGEN	7.780.867,19
FINAL	132.598.447,62

Elaboración Propia.

El costo estimado final del Servicio de Sala del Hospital Interdistrital Evita de Formosa, luego de realizados ambos repartos, asciende a la suma de pesos 132.598.447,62.

UTI/UCO:

Tabla N° 29

INICIAL	30.805.291,77
NUTRICION	3.008.821,86
MANTENIMIENTO	4.250.355,47
ADMINISTRACION	5.312.281,70
FARMACIA	2.045.670,95
LABORATORIO	6.093.744,75
DIAG POR IMAGEN	4.671.524,51
TOTAL FINAL	56.187.691,01

Elaboración Propia.

De la misma manera, el costo estimado final del Servicio de UTI/UCO del Hospital Interdistrital Evita de Formosa, luego de realizados ambos repartos asciende a la suma de pesos 56.187.691,01.

COSTOS UNITARIOS

SERVICIO DE SALA:

Recibió en el segundo trimestre del 2021, un total de 518 pacientes leves y moderados. El costo unitario de estas internaciones asciende a \$255.981,56.

SERVICIO DE UTI/UCO:

Recibió en el segundo trimestre del 2021, un total de 311 pacientes graves y críticos. El costo unitario de estas internaciones asciende a \$180.667,82.

SERVICIO DE LABORATORIO:

Procesaron 6307 muestras para distintas determinaciones de pacientes internados. El costo unitario estimado asciende a \$2.575,46.

SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN:

Se tomaron 3406 imágenes de pacientes internados. El costo unitario estimado asciende a \$3.656,02.

Tabla N° 30: Matriz final

A01 Centro de Contingencias COVID 19	TOTAL PAGADO	SERVICIOS FINALES		SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		SERVICIOS ESTRUCTURALES			
	2º trim 2021	SALA	UTI/UCO	DIAGNOSTICO POR IMAGEN	LABORATORIO	FARMACIA	ADMINISTRACION	MANTENIMIENTO	NUTRICION
1- GASTOS EN PERSONAL	143.445.244,97	75.572.544,57	22.814.353,08	5.133.229,44	6.844.305,93	1.425.897,07	16.540.405,96	11.977.535,37	3.136.973,55
1,1 Haberes y Guardias percibidas	104.083.642,77	54.835.318,75	16.554.058,49	3.724.663,16	4.966.217,55	1.034.628,66	12.001.692,41	8.690.880,71	2.276.183,04
1,2 Contribuciones	39.361.602,20	20.737.225,82	6.260.294,59	1.408.566,28	1.878.088,38	391.268,41	4.538.713,55	3.286.654,66	860.790,51
2- BIENES DE CONSUMO, DE USO Y SERVICIOS	45.340.893,66	11.507.094,65	7.990.938,69	422.363,49	1.871.013,48	214.412,15	1.841.446,06	12.969.007,58	8.524.617,56
2,1 Raciones alimentarias para pacientes, acompañantes y empleados	6.736.600,01								6.736.600,01
2,2 Nutrición enteral nasogástrica	1.495.372,65								1.495.372,65
2,3 Materiales de Construcción, Ferretería y Electricidad	9.247.765,03							9.247.765,03	
2,4 Insumos Informáticos	2.832.062,22							2.832.062,22	
2,5 Uniformes y Zapatos de trabajo para el personal de mantenimiento	657.542,57							657.542,57	
2,6 Artículos de librería	574.405,35						574.405,35		
2,7 Combustible para móviles oficiales	258.592,77						258.592,77		
2,8 Gastos Menores (Caja Chica)	673.520,00						673.520,00		
2,9 Insumos para Laboratorio: apoyabrazos	1.458.192,65				1.458.192,65				
2,10 Insumos médicos menores	3.766.600,55	2.353.557,40	1.413.043,15						
2,11 Provisión de oxígeno medicinal para pacientes	2.303.133,00	755.125,57	1.548.007,43						
2,12 Artículos de limpieza	1.755.508,16	438.877,04	351.101,63	210.660,98	175.550,82	193.105,90	87.775,41	52.665,24	245.771,14
2,13 Recolección de residuos patológicos, biopatógenos o infecciosos	2.700.000,00	1.458.000,00	972.000,00	135.000,00	135.000,00				
2,14 Equipos médicos de uso común	930.385,98	552.704,54	377.681,44						
2,15 Seguridad Privada para pacientes, empleados y edificio en general	5.675.985,77	3.336.559,21	1.666.148,98	76.702,51	102.270,01	21.306,25	247.152,53	178.972,52	46.873,76
2,16 Remodelación de las internaciones	1.695.915,24	1.000.589,99	695.325,25						
2,17 Erogaciones Varias	2.579.311,71	1.611.680,90	967.630,81						
SUBTOTALES	188.786.138,63	87.079.639,22	30.805.291,77	5.555.592,93	8.715.319,41	1.640.309,22	18.381.852,02	24.946.542,95	11.661.591,11
Participación %		46,13%	16,32%	2,94%	4,62%	0,87%	9,74%	13,21%	6,18%
NUTRICION		6.678.148,23	3.008.821,86	326.067,49	249.560,04	83.793,88	759.609,75	555.589,86	
Subtotal previa distribución de Mantenimiento		93.757.787,45	33.814.113,63	5.881.660,42	8.964.879,45	1.724.103,10	19.141.461,77	25.502.132,81	
MANTENIMIENTO		4.250.355,46	4.250.355,47	4.250.355,47	4.250.355,47	4.250.355,47	4.250.355,47		
Subtotal previa distribución de Administración		98.008.142,91	38.064.469,10	10.132.015,89	13.215.234,92	5.974.458,57	23.391.817,24		
Participación ajustada para Administración		59,56%	22,71%	6,13%	7,99%	3,61%			
ADMINISTRACION		13.932.166,34	5.312.281,70	1.433.918,40	1.869.006,20	844.444,60			
Subtotal previa distribución de Farmacia						6.818.903,17			
FARMACIA		2.727.561,27	2.045.670,95	886.457,41	1.159.213,54				
Subtotal 1 R.P		114.667.870,52	45.422.421,75	12.452.391,70	16.243.454,66				
LABORATORIO		10.149.709,91	6.093.744,75						
IMÁGENES		7.780.867,19	4.671.524,51						
Subtotal 2 Final		132.598.447,62	56.187.691,01						
Costo Total		132.598.447,62	56.187.691,01	12.452.391,70	16.243.454,66				
Unidad de Producción		518	311	3.406	6.307	855.652,00			
Costo Unitario		255.981,56	180.667,82	3.656,02	2.575,46	-			

Elaboración Propia.

Queda así presentada la Matriz de costos en cascada. Donde se observa registrados los cálculos realizados paso a paso con anterioridad.

El inciso 1 detalla todo lo percibido por el personal incluidas las contribuciones, durante este periodo. Con la ventaja de tener especificado en el sistema consultado, en que área, servicio o sector cumple sus funciones cada empleado.

Del inciso 2 al 5 se presentan ítems considerados relevantes a los fines del cálculo de costos, entre los que se incluyen costos directos e indirectos. Esto puede diferenciarse luego de observar documentación anexa a las registraciones que se han utilizado. Para establecer la distribución de los costos considerados indirectos, se analizó informes anexos y reportes, se entrevistó a los responsables de distribuir físicamente bienes o insumos en su caso, para que aproximarse a representar con mayor precisión la realidad en la estructura de los costos del hospital estudiado.

Luego se realizó el reparto primario y el secundario.

Como cifra final, se obtuvo que el 70% del costo del hospital lo acumuló el Servicio de Sala, contra 30% que corresponde al Servicio de UTI/UCO.

Quedan calculados y expuestos también los costos unitarios.

7. Conclusiones

Una vez desarrollada la investigación, el costo que se estimó de las internaciones de los pacientes positivos a COVID19, durante su estadía en el Hospital Interdistrital de la Contingencia COVID19 "EVITA" de Formosa, en el segundo trimestre del año 2021 partieron de un total de \$188.786.138,63. Donde el 70% lo acumuló el Servicio de Sala, contra un 30% que corresponde al Servicio de UTI/UCO. Esto quiere decir que los pacientes leves y moderados le costaron al Hospital \$132.598.447,62 y los graves \$56.187.691,01.

Durante este periodo los servicios en funcionamiento fueron: Servicios estructurales que proveían a los demás eran: Nutrición, Mantenimiento, Administración y Farmacia. Cada uno costó \$11.661.591,11; \$24.946.542,95; \$18.381.852,02; \$1.640.309,22; respectivamente. Los Servicios intermedios: Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes recibieron de los estructurales \$14.424.934,02; costando así luego del primer reparto: \$12.452.391,70 y \$16.243.454,66, respectivamente.

Fueron internados 518 pacientes leves y moderados y 311 pacientes graves. La mayor proporción se trató de pacientes masculinos entre 30 y 49 años. El proceso de internación duraba hasta que el resultado de su hisopado daba negativo al coronavirus.

El costo de un paciente, durante el trimestre estudiado, leve y moderado es de \$255.981,56; y \$180.667,82 de un paciente grave. Esta distinción confirma la aclaración realizada previamente en este trabajo, que los costos de insumos y medicamentos utilizados para estos pacientes, lo soportaba la administración de la Unidad de Compras de Productos e Insumos Medicinales (UCPIM), dependiente del Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas de la provincia de Formosa.

Estos resultados significan que luego de las clasificaciones de costos, prorrateo y asignaciones, el monto deja de ser un dato aislado y representa un puntapié para nuevas investigaciones y sobre todo evaluar la eficiencia en el manejo de los recursos.

Para establecer un punto de comparación, de ser posible, con la publicación de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba, titulado "Indicador Costos Servicios complejos" (Anexo 1) donde arroja costos de algunos servicios, para el periodo de Junio de 2021, se expone lo siguiente:

1- UTI/UCO:

	COSTO DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA- UTI ADULTO COVID19	COSTO DE UTI/UCO HIEF	DIFERENCIA
DETALLE	24 CAMAS-OCUPACION 70%	82 CAMAS-OCUPACION 90%	
jun-21	\$ 59.500,09	\$ 60.222,61	\$ 722,52

*60.22,61 es el resultado de mensualizar el costo trimestral que arroja la matriz para el Servicio de UTI/UCO (180.667,82 dividido 3).

La diferencia no es significativa a pesar que la dotación en el Hospital Evita es mayor.

2- SALA:

	COSTO DE INTERNACION EN PISO (SIN COVID)	COSTO DE SALA HIEF	DIFERENCIA
DETALLE	100 CAMAS-OCUPACION 70%	120 CAMAS-OCUPACION 90%	
jun-21	\$ 20.186,88	\$ 85.327,19	\$ 65.140,31

*85.327,19 es el resultado de mensualizar el costo trimestral que arroja la matriz para el Servicio de SALA (255.981,56 dividido 3).

La diferencia se debe a que la publicación aclara que el monto expuesto no incluye insumos (medicamentos y descartables), ni aparatología, y que, no se consideró costos propios del COVID19.

3- DIAGNOSTICO POR IMAGEN:

	COSTO DE UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	COSTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES HIEF	DIFERENCIA
DETALLE	TOMOGRFO-ECOGRAFO-RX-RESONANCIA MAGNETICA	TOMOGRFO-RX	
jun-21	\$ 10.247.238,00	\$ 12.452.391,70	\$ 2.205.153,70
RADIOLOGIA-COSTO UNITARIO	\$ 2.701,39	\$ 3.669,21	\$ 967,82
TOMOGRAFIA COMPUTADA- COSTO UNITARIO	\$ 9.746,97	\$ 3.632,79	\$ -6.114,18

Las diferencias radican en el tipo de producción y la organización del servicio, que son distintas.

El cálculo del costo unitario de las prácticas en el Hospital Evita se realizó según reportes de lo producido en el periodo.

Rep Diag por Imágenes	Cant	%	\$	C.Unit
RX	2172	64%	7.969.530,69	3.669,21
TAC	1234	36%	4.482.861,01	3.632,79
	3406	100%	12.452.391,70	

8. Discusión-Propuestas

Este trabajo ha contribuido a utilizar herramientas obtenidas durante el cursado de la Maestría y llevarlo a un caso práctico. Este método de costeo en particular, permite esquematizar qué Servicio está consumiendo el Presupuesto y en qué proporción. Distinto es el caso si quisiera darle un enfoque para mejorar el Recupero de prestaciones.

A partir de la investigación realizada se propone:

- Crear un Sistema Interno de Costos luego de exponer las ventajas el mismo aporta a toda organización. Como ser, tener un control financiero permanente, que contribuye a la toma de decisiones, apoya a la planificación y presupuestación, entre otras. Tener un Instructivo institucional que explique paso a paso las registraciones y cálculos, cuidando que sea flexible, abierto a modificaciones que se presenten y adaptaciones.
- Un bosquejo del circuito para registrar costos sería:
 - Crear una sección dentro de Rendición de cuentas que registre, ordene y exponga la contabilidad de costos.
 - Adaptar el cursograma vigente para distribuir costos y calcularlos. El criterio de prorrateo a utilizar para los Costos Indirectos debe estar consensuado por personal interviniente en las actividades generadoras de los mismos.
 - Elaborar plantillas que se completen en forma automática de los repartos primarios, secundarios y el cálculo de costos, totales y unitarios.
 - Automatizar en lo posible el completamiento de la matriz de costos en cascada, adaptándola permanentemente.
- Elaborar una matriz de costos en cascada, con los mismos criterios para otro periodo y compararlas.
- Las conclusiones de este trabajo dejan una puerta abierta para futuras investigaciones puntualizando la mirada en cualquiera de los resultados obtenidos en la matriz.

9. Bibliografía

Alesso, A. C. (2008). Sistema de Información Gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en hospitales públicos seleccionados. Buenos Aires: Universidad ISALUD.

Bonaventura, C. (2012). Costos de las Infecciones Hospitalarias-Neumonías asociadas a respirador (NAR). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD.

COVID19, C. d. (2021). El Estado en tiempos de pandemia. La defensa de la vida frente al virus y sus cómplices. Formosa.

digital, T. (10 de 06 de 2020). Primer-caso-coronavirus-Formosa. Obtenido de <https://www.telam.com.ar/>

Española, R. A. (2022). Diccionario de la lengua española. Obtenido de <https://dle.rae.es/>

Formosa, M. d. (2010). Sistema de Salud de Formosa. Obtenido de <https://www.formosa.gob.ar/>

Michael F. Drummond, B. J. (2001). Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Ediciones Díaz de Santos.

Nación, M. d. (2020). El primer caso confirmado en Argentina. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar>

Podmoguilnye, M. G. (2017). El costeo basado en actividades-Un enfoque desde su aplicabilidad práctica en las empresas argentinas. Buenos Aires: La Ley.

REUTERS. (2022). Estadísticas de la pandemia. Obtenido de <https://www.reuters.com/graphics/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/countries-and-territories/bolivia/>

Salud, O. M. (25 de ENERO de 2021). Manejo clínico de la COVID-19: Orientaciones evolutivas.

Schweiger, M. A., Mag. Cuomo, C., Cr. Rosende, H., & Spadafora, M. S. (Junio de 2010). Sistemas de Costos Hospitalarios. Buenos Aires, Argentina: Universidad ISALUD.

Valdés, R. I. (2021). SCIELO: The economic benefits and costs of COVID-19 mitigation measures in Mexico. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72022021000100027

Villafañe, L. C. (2019). La Contribución del Sistema de Costeo por actividades (ABC) en el recupero de costos del proceso "muestras fijadas en formol" en el Servicio de Patología del Htal de Pediatría Garrahan en el año 2017. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD.

www.formosa.gob.ar. (20 de 01 de 2021). La inversión y crecimiento económico de Formosa en la pandemia del COVID-19. Portal Oficial de la Provincia de Formosa.

ACLISA. (2do trimestre de 2021). aclisa.org.ar.

Argentina, M. S. (20-21). argentina.gob.ar/salud/epidemiología.

Dres.Cabrera, V. (2020). Medicina Hospitalista. Dsitribuna.

Fernandez, A. S.-F. (1993). Contabilidad de Costes y Contabilidad de Gestión. España: McGraw-Hill.

INFOBAE. (12 de 06 de 2021). <https://www.infobae.com/politica/2021/06/12/el-otro-lado-de-la-pandemia-del-covid-19-cual-es-el-costo-de-un-paciente-en-terapia-intensiva-en-las-clinica-del-conurbano/>.

Navarra-ESP, C. U. (2024). <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/paciente>.

Provincial, C. (1957.modif 2003). Asamblea Constituyente. Fsa.

UNLPam-Lucero, L. V. (2017). Costos para la Gestión. Universidad de la Pampa.

Indicador Costos Servicios Complejos

Sistema Estadístico de Costos de la Salud

Boletín 2021 – n° 3

El **Sistema Estadístico de Costos de la Salud** es un instrumento que permite (a) generar **estadísticas de costos** de distintas prestaciones de salud, (b) elaborar **proyecciones** bajo distintos supuestos y escenarios, (c) elaborar **simulaciones de impacto** de cambios en cualquier factor con incidencia sobre las prestaciones médicas.

Utilizando una **metodología basada en la modelización matemática del funcionamiento de distintas áreas de una entidad prestadora de salud**, que incluye parámetros que reflejan las regulaciones, modos habituales de realizar una actividad, protocolos médicos y otros supuestos de trabajo, y variables monetarias, que reflejan los costos unitarios que interactúan con los parámetros para estimar los distintos ítems de costos.

COSTO DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Costos de una unidad de terapia intensiva (UTI) a nivel basal, es decir, sin considerar insumos (medicamentos y descartables) o aparatología necesarios para tratamiento de patologías específicas. UTI adultos de 24 camas, UTIN de 12 camas y UTIP de 12 camas, y con una tasa promedio de ocupación del 70%.

	Diciembre 2020	Marzo 2021	Junio 2021
UTI Adulto Basal	\$ 25.864,45	\$29.493,36	\$32.597,19
UTIN Basal	\$ 32.450,48	\$37.170,52	\$41.530,91
UTIP Basal	\$ 30.877,83	\$35.429,86	\$39.649,76

Tomando como base la modelización de una UTI Adulto basal, se incluyeron y modificaron variables adicionales para simular la atención de pacientes con Covid-19, como equipo de protección personal, inversiones en equipamiento e infraestructura.

	Diciembre 2020	Marzo 2021	Junio 2021
UTI Adulto Covid 19	\$ 49.329,94	\$54.154,06	\$ 59.500,09

COSTO DE INTERNACION EN PISO

Costos de internación en piso con una estructura de 100 camas y tasa de ocupación del 70%, sin considerar insumos (medicamentos y descartables) o aparatología necesarios para tratamiento de patologías específicas.

	Diciembre 2020	Marzo 2021	Junio 2021
Piso	\$ 15.740,07	\$18.349,37	\$20.186,88

COSTO DE UNA UNIDAD DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Costos de diagnóstico por imágenes prestados, de manera independiente, dentro de una clínica privada, con una estructura en torno a un tomógrafo de 16 cortes, un resonador de 1.5 teslas, un equipo digital directo sin radioscopia, un ecógrafo de 3 transductores con doppler para ecografías convencionales y un ecógrafo para ecografías especializadas. En todos los casos se trata de costos a nivel basal, con servicio activo de lunes a viernes de 8 a 20hs (es decir, sin guardias pasivas ni sábado, domingos y feriados), con tasa de ocupación de capacidad de 100% y una tasa de eficiencia de 80%.

	Diciembre 2020	Marzo 2021	Junio 2021
Unidad de Diagnóstico por Imágenes (en contexto covid)	\$ 8.063.019 (\$ 8.668.321)	\$9.106.206 (\$9.429.341)	\$9.961.177 (\$10.247.238)
<i>Radiología</i> (en contexto covid)	\$ 2.242,54 (\$ 3.444,77)	\$2.460,30 (\$3.735,52)	\$2.701,39 (\$4.071,06)
<i>Resonancia Magnética</i> (en contexto covid)	\$ 6.998,45 (\$ 9.840,94)	\$7.725,56 (\$10.750,61)	\$8.447,24 (\$11.653,40)
<i>Tomografía Computada</i> (en contexto covid)	\$ 5.395,32 (\$ 8.227,61)	\$5.952,35 (\$8.961,79)	\$6.524,79 (\$9.746,97)
<i>Ecografía Convencional</i> (en contexto covid)	\$ 2.120,23 (\$ 3.213,58)	\$2.316,81 (\$3.488,77)	\$2.523,68 (\$3.789,24)
<i>Ecografía Especializada</i> (en contexto covid)	\$ 2.307,30 (\$ 3.480,62)	\$2.522,61 (\$3.782,77)	\$2.745,30 (\$4.105,85)

Solicita los informes completos a info@aclisa.org.ar

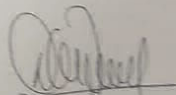
Formosa, 05 FEB 2023

A LOS SEÑORES DIRECTORES
DR. GUTIERREZ SAMUEL
LIC. JORGE DE VIDO
HOSPITAL INTERDISTRITAL EVITA
S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. a efecto de solicitar su AUTORIZACION para acceder a información de las bases de datos del Hospital, tanto del SIGAPP como del SIGHO, así como también realizar entrevistas a personal responsable de determinadas áreas. Motiva el presente pedido el objetivo de realizar la Tesis titulada: Estimación de costos en la internación de un paciente positivo a COVID en el segundo trimestre de 2021 en el Hospital Interdistrital de Contingencia COVID19 "Evita" de Formosa. Para la Maestría, Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISALUD. Cohorte 2021.

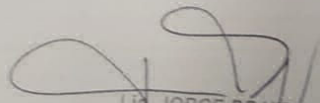
Aclaro que la investigación a realizarse es de índole exclusivamente académico, por el que no recibo financiamiento y declaro que conozco y respeto las normas legales y éticas en torno al trabajo a realizar.

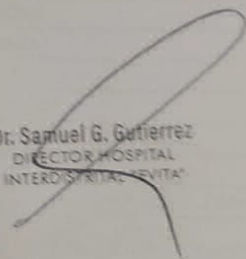
Aguardando una favorable respuesta, saludo a Uds. Muy atentamente.


C. Mariana M. Jéguez
M.P. 1530



AUTORIZADO


LIC. JORGE DE VIDO
DIRECTOR DE ADMINISTRACION
HOSPITAL INTERDISTRITAL
"EVITA"


Dr. Samuel G. Gutierrez
DIRECTOR HOSPITAL
INTERDISTRITAL "EVITA"