

Final

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
LA MATANZA**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS**

**GERENCIAMIENTO EN ORGANIZACIONES  
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

**55/B061**

2000

*[Handwritten signature]*  
Lorenzo Roberto G.

# **“GERENCIAMIENTO EN ORGANIZACIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.”**

## **INDICE**

1. REALIDAD DE LA SITUACION ACTUAL EN ARGENTINA EN SALUD	Pg. 2
1.1.SITUACION DE SALUD EN ARGENTINA	Pg. 4
1.2.EL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO.	Pg. 6
1.3. SISTEMAS DE ATENCION MEDICA FRENTE A INTERESES SECTORIALES CONTRADICTORIOS	Pg. 8
1.4. LOS MODELOS DE ATENCION DE LA SALUD EN ARGENTINA	Pg.12
1.4.1.MODELO PUBLICO ESTATAL	Pg.12
1.4.2 MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL	Pg.13
1.4.3.MODELO DE SEGURO PRIVADO	Pg.14
1.4.4.MODELO DE PAGO DIRECTO	Pg.14
1.5. EL HOSPITAL DE NUESTROS DIAS: SU CARACTERIZACION	Pg.14
1.6.EL HOSPITAL PUBLICO DE AUTOGESTION	Pg.15
2. HACIA UN ANALISIS CRITICO	Pg.19
2.1. ECONOMIA DE LA SALUD. POSIBILIDADES DE UN APORTE	Pg.22
2.2.LA GESTION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	Pg.28
2.3.OTRAS CARACTERISTICAS QUE INCIDEN EN LA GESTION	Pg.32
2.4. IMPLANTACION DE UN SISTEMA INTEGRADO DE CONTROL	Pg.33
2.5. CONDICIONES Y FACTORES PARA LA IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO	Pg.35
2.6. LOS COSTOS EN ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS	Pg.42
2.6.1. CONCEPTOS PREVIOS	Pg.42

2.7. RAZONES PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIOS	Pg.52
2.8. LOS CENTROS DE COSTOS	Pg.52
2.9. INFORMACION INDISPENSABLE PARA LA IMPLEMENTACION	Pg.53
2.10. ASIGNACION E IMPUTACION DE COSTOS	Pg.56
2.11. SISTEMAS UTILIZADOS EN EL SECTOR SALUD	Pg.59
2.12. RACIONALIZACION DE LOS COSTOS	Pg.65
2.13. PROGRAMA DE REDUCCION DE COSTOS	Pg.66
3. A MODO DE CONCLUSION	Pg.67
3.1. UNA META ESPERADA	Pg.67
3.2. LA DESCENTRALIZACION EN EL ESPACIO SANITARIO. VENTAJAS POTENCIALES	Pg.72
3.3. LOS HOSPITALES COMO EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	Pg.74
BIBLIOGRAFIA	Pg.78
<b>CUADROS</b>	
-COMBINACION DE RECURSOS PARA LA OBTENCION DE PRODUCTOS	Pg.25
-ECONOMIA DE LA SALUD	Pg.27
-EL SISTEMA DE CONTROL	Pg.34
-PROCESO PRODUCTIVO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD	Pg.47
-FUNCION DE PRODUCCION EN UN HOSPITAL	Pg.51
-ETAPAS PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE COSTOS	Pg.55
-COMPOSICION DEL COSTO TOTAL	Pg.58
-SISTEMA DE COSTOS G.R.D	Pg.64

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
LA MATANZA**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS**

**GERENCIAMIENTO EN ORGANIZACIONES  
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD  
55/B061**

**Equipo de Investigación**

**Director del proyecto**      Dr. Larocca, Norberto Genaro

**Investigadores:**              Dres.: Larocca, Norberto Genaro.  
Pasqualino, Roberto Emilio. (\*)  
Imwinkelried, Gloria Elena.  
Corengia, Rodolfo José.  
Rodriguez, Gastón Nestor.  
Fittipaldi, Gabriela Karina.

(\*) Integró el equipo de investigación hasta mayo de 2000  
2000

## 1. REALIDAD DE LA SITUACION ACTUAL ARGENTINA EN SALUD

El presente trabajo, trata sobre la necesidad de focalizar aspectos relevantes de la gestión de los organismos prestadores de servicios de salud, fundamentalmente los de nivel micro, tal como son los Hospitales. Dentro de éstos últimos, prestamos una especial atención sobre el Hospital Público, el que tiende en la Argentina actual a la autogestión, a través de procesos de descentralización administrativa-financiera y operativa en general, que si bien persiguen objetivos de agilización y de solución a muchos de los problemas potenciales, adolecen de recursos humanos profesionales no médicos y administrativos para desempeñarse y producir un cambio en la cultura organizacional. Proceso en el que además, deben participar activamente los médicos y personal de apoyo asistencial.

Es de hacer notar, que los referidos hospitales han desempeñado y obtenido a lo largo de los años, prestigio y calidad indiscutible en términos médicos, no habiendo ocurrido estrictamente lo mismo, en lo que respecta a la jerarquización de la gestión, por ende con insuficiencia de recursos administrativos-contables y de apoyo logístico, tanto a nivel cuantitativo como

cualitativo, lo que provoca que en la mayoría de los casos, el profesional médico termine siendo el director, el administrador y porque no, el arquitecto, el ingeniero. Esto último no se compatibiliza con las necesidades y evolución del Hospital para nuestros días, que presentamos en este trabajo. En la práctica, no se dimensionó el papel del hospital en la formación de administradores de servicios de salud, salvo a nivel de cuerpo médico, con una gran dosis de autismo sobre la existencia de otras profesiones, concretamente formadas y preparadas para los propósitos que abordamos.

En primera instancia, intentamos un diagnóstico de situación del Hospital, a través de aspectos que hacen a su funcionamiento: los Sistemas de Atención Médica con sus intereses sectoriales contrapuestos, los Modelos de Atención, la Financiación, la Gestión Hospitalaria, el denominado Hospital de Autogestión y la Descentralización, y la situación de Salud en Argentina. Aspectos todos éstos que conforman una realidad en replanteo, puesto que se hallan influenciados por los vertiginosos cambios que se están produciendo en los órdenes social, económico y político.

## 1.1. SITUACION DE SALUD EN ARGENTINA

Según la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), los países de América Latina y el Caribe, en los umbrales del siglo XXI, deben hacer frente a los viejos problemas de salud y a las dificultades que plantean la epidemia del SIDA, la intensificación de la violencia, los peligros del medio ambiente y las enfermedades emergentes y reemergentes. Estos cambios ocurren en el marco de transformaciones políticas y económicas y de reformas del sector salud.

En este contexto se encuentra la Argentina, afectada por similares problemas y tendencias en la salud de su sociedad. La situación sanitaria del país muestra una tendencia de mejoría en muchos de sus indicadores de salud, sin embargo, se presentan aún grandes heterogeneidades según jurisdicciones y grupos de población. Para las Instituciones sanitarias del subsector público y de las Obras Sociales, una de las mayores dificultades radica en la provisión de servicios en forma equitativa, adecuada y accesible. La actual agenda de reformas, que incluye, entre otros, la descentralización creciente de los servicios de salud, implicando esto: redefinición del rol de los niveles centrales, nuevas

modalidades de financiamiento y gestión; está orientada a la búsqueda de la equidad, eficiencia y calidad.

En la primera mitad de la década del 90, el paso de la inflación a la estabilidad y del estancamiento al crecimiento económico, significó revertir dos situaciones que forzaban al empobrecimiento de los sectores más relegados de la sociedad. Pero el funcionamiento del mercado del trabajo en ese período, no ha ofrecido las condiciones para revertir los niveles de desprotección acumulados durante el período anterior, ya que genera nuevas fuentes de vulnerabilidad que contra balancean los efectos positivos de aquellos logros.

El análisis de esta situación y de algunas de sus tendencias muestra que las desigualdades persisten y que requiere de políticas sanitarias y sociales destinadas a reducirlas. En el país, el proceso de reforma del sector salud ha tenido por objetivos explicitados: la equidad, la eficiencia, la eficacia y la calidad en la atención de la salud.

Resta aún, el desafío de la implementación de planes y programas y la permanente búsqueda de mecanismos que permitan construir un sistema de salud más equitativo y sostenible.

## 1.2. EL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO.

En junio de 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su informe anual. Este año fue dedicado a un estudio de evaluación comparativa entre los desempeños de los sistemas de salud del mundo. La Argentina, en ese estudio comparativo entre 191 países, está en el **puesto 75** (según datos tomados en 1997). Un lugar que no se corresponde con la posición que tuvo y tiene nuestro país en el ámbito mundial. Por ejemplo, en el ingreso per cápita (con relación al Producto Bruto Interno – PBI - ) se ubica en el número 35. Además, se debe tener en cuenta el nivel de la medicina argentina, con los únicos tres premios Nóbel en América Latina, el prestigio de nuestras escuelas médicas, nuestros hospitales, etc.

El estudio de la OMS analizó **el nivel de salud de la población, la calidad de la respuesta ante los requerimientos de la gente y la justicia en la financiación.**

En el listado que se estableció de acuerdo a esos parámetros, el primer lugar fue para el sistema de salud de Francia. En los primeros lugares están también Italia y España. En América

Latina, los países mejores colocados son Colombia, Chile, Costa Rica y Cuba. Estados Unidos está en el número 37, a pesar que su sistema es el número uno en gasto en salud y éste corresponde a un 14% del PBI de ese país. El Reino Unido, que gasta el 6% del PBI está en el puesto 18.

El "Informe 2000" de la OMS resalta que en cuanto al gasto en salud, la cuestión no es solamente cuánto se gasta sino **cómo se gasta**, y qué influencia tiene ese gasto en modificar las condiciones de salud en una población.

También el Informe señala que el pago directo de bolsillo que deben hacer los pacientes en muchos países y situaciones acentúan la **inequidad** en salud de los sectores más pobres de la población, por ello considera que deben eliminarse los pagos directos del paciente en el momento en el que se le presta atención. Debe tenderse a que la atención médica sea pagada previamente, ya sea a través de impuestos o de un sistema de seguros.

La OMS rescata el papel de las numerosas personas que trabajan en cada uno de los sistemas de salud para aliviar los problemas de la gente y promover la salud. También insiste en la

necesidad de analizar las dificultades y producir las transformaciones necesarias. Este informe, que sin duda suscitará polémica y pedidos de correcciones, puede ser un interesante elemento para ahondar en el estudio de las realidades en cada uno de los países. Para Argentina es un desafío: el contraste entre las posibilidades y lo obtenido en salud nos preocupa a todos. Esta es una nueva oportunidad para profundizar el debate.

### **1.3. SISTEMAS DE ATENCION MEDICA FRENTE A INTERESES SECTORIALES CONTRADICTORIOS.**

Ante todo, debemos identificar a los distintos participantes en el Sistema, para poder referirnos con posterioridad a los "intereses contrapuestos". Pasamos a mencionar:

- Los profesionales de la salud, que constituyen un verdadero fenómeno de vocación expansiva.
- Los usuarios, ejerciendo una verdadera puja, con el objeto de obtener buenos y adecuados servicios.
- Los sectores productivos y comerciales relacionados con bienes y servicios inherentes al área.

- Las tecno-burocracias institucionales, atentas para el mantenimiento de sus estabildades y vigencias en el manejo del tema en cuestión.
- Los políticos de turno, con sus esquemas que se transforman en acciones, determinando e influyendo sobre la problemática.

La falta de coincidencia entre los tiempos médico-asistenciales, políticos y administrativos, dan lugar a la presentación de distintas variables, que deben tenerse en consideración.

En el Sistema de Salud, además de tener repercusión los diversos participantes, hay que considerar a nivel macro del país, las estructuras económicas, sociales, políticas y culturales, así como la evolución de la demanda y de las prestaciones, aspectos éstos que pasaremos a revisar, para una mejor ubicación.

La *evolución de la demanda* se debe a un progresivo y mayor requerimiento de servicios, mayor diversidad y complejidad tecnológica, lo que cambia fundamentalmente el panorama de la salud, dando lugar a caracterizaciones, que a continuación se esbozan:

- 1) Evolución de la tecnología médica, creando mayor seguridad y confianza en los pacientes.
- 2) Caída de la tasa de mortalidad, aumento de la natalidad, por ende crecimiento demográfico, mayor proximidad de los servicios de salud, sobre todo atendiendo a esquemas de urbanización.
- 3) Mejores transportes, medios de comunicación e incrementos significativos de la cultura.
- 4) Cambios epidemiológicos, con el consecuente incremento del nivel de consumo, no sólo cuantitativamente, sino además en requerimiento de complejidad.
- 5) Las modificaciones en el aspecto social, que han dado lugar al acceso a los servicios de salud, frente a la búsqueda de políticas de equidad.

Con respecto a la *evolución de las prestaciones* debemos mencionar aspectos tales, como:

- 1) El desarrollo de las profesiones médicas, así como la necesidad de la incorporación de grupos profesionales

no médicos, que necesariamente deben compatibilizarse dentro del equipo de salud,

2) El incremento significativo de los costos, tanto por el aspecto señalado precedentemente, así como por la tecnología.

3) La necesidad creciente de planificación, organización, capital y el desarrollo de iniciativas que pretendan efectuar una adecuada armonización en la efectividad, eficacia y eficiencia de las prestaciones.

Como podemos observar, los distintos sectores intervinientes, así como la diversidad de variables a considerar, dan lugar a la existencia de intereses totalmente diferentes, debido a que los objetivos de cada uno de ellos, se contraponen y entran en conflicto, influyendo sobre un aspecto tan fundamental, como es la salud de la población, íntimamente ligada con la calidad de vida de los ciudadanos, no dejando de ser situaciones, frente a las que se tiene que plantar un Gerente de Servicios de Salud, a los efectos de operar dentro de un proceso necesario de toma de decisiones, tanto a nivel macro como micro del Sector.

## **1.4. LOS MODELOS DE ATENCION DE LA SALUD EN ARGENTINA.**

Existen varios modelos de atención médica, con financiación proveniente del Presupuesto Público (Nacional, Provincial ó Municipal), ó bien del Sector Privado, ó del Area de la Seguridad Social (Obras Sociales). Frente a las referidas alternativas, surgen los Modelos que se detallan a continuación:

- Modelo Público Estatal.
- Modelo de Seguridad Social.
- Modelo de Seguro Privado.
- Modelo de Pago Directo

### **1.4.1. MODELO PUBLICO ESTATAL**

La financiación emerge del Presupuesto Público Estatal (Nacional, Provincial ó Municipal), aunque también es posible recurrir a los fondos provenientes de la facturación a obras sociales, prepagos o a usuarios en forma directa, a través del arancelamiento de servicios.

La segunda alternativa de origen de fondos, constituye en la actualidad un verdadero desafío, puesto que involucra una gestión minuciosa del Area de Facturación, con un adecuado seguimiento que permita retroalimentar el Presupuesto Público, generalmente insuficiente y con la exigencia del cumplimiento de normas que no cuentan con el debido grado de actualización y que repercuten en desabastecimientos y conflictos que castigan a las organizaciones prestadoras de servicios de salud. En cambio los fondos provenientes de facturación, cuentan con un mayor grado de flexibilidad en su utilización, coexisten con normas adecuadas a las urgencias hospitalarias, permitiendo en la medida que cuantitativamente sean suficientes, un mayor equilibrio y armonía en los aprovisionamientos.

#### **1.4.2. MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL.**

Algunas de las Obras Sociales cuentan con servicios propios, mientras que otras tercerizan contratando servicios privados profesionales tanto independientes, de instituciones privadas, ó a través de algún otro tipo de agrupaciones. Puede aún darse el caso de una Obra Social que para la prestación Médico-asistencial, convenie con una Mutual dedicada a dicho objeto.

#### **1.4.3. MODELO DE SEGURO PRIVADO.**

Se trata de instituciones aseguradoras con servicios propios ó contratados total o parcialmente.

#### **1.4.4. MODELO DE PAGO DIRECTO.**

Más que un modelo, constituye una opción de pago, por parte del usuario.

#### **1.5. EL HOSPITAL DE NUESTROS DIAS: SU CARACTERIZACION.**

Para que podamos ir dilucidando los escenarios con que nos podemos encontrar, así como las fortalezas y debilidades en lo interno, y las oportunidades y amenazas en el contexto, haremos referencia a algunas de las características que le deberían ser propias a un Hospital para nuestros días:

- Atención médica personalizada, considerando al hombre como una unidad dentro de su medio.

- Enfoque en actividades de prevención y promoción de la salud, que disminuyan los riesgos de la enfermedad.
- Proyección y apertura del Hospital hacia la Comunidad.
- Capacitación y desarrollo de la totalidad del personal que se desempeña.
- Investigación abarcativa de los aspectos clínicos-quirúrgicos, epidemiológicos, psicosociales y administrativos de las actividades de salud.

La presente caracterización se contrapone al hospital, que podríamos representar a través de las expresiones siguientes:

**“...surgió el hospital como la apoteosis centralizada del saber médico, como el moderno laboratorio de los magos de la ciencia, como la ciudadela de la salud que se erguía aislada y soberbia contra la enfermedad y la muerte...”(Abraam SONIS,1984.).**

## **1.6. EL HOSPITAL PUBLICO DE AUTOGESTION**

La legislación vigente en Argentina, ha modificado el rol que debe cumplir el Hospital Público, dentro del Sistema de

Atención Médica. Estos cambios son tendientes a recuperarlos para que cumplan eficientemente con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación que le son propias.

Por el Decreto 578 del 1/7/93 se crea la figura de Hospital Público de Autogestión (H.P.A.), cualquier Hospital Público puede adherir a este Sistema cumpliendo con determinados requisitos. Para ello el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación ha habilitado un registro destinado a tal efecto.

La característica distintiva de este nuevo modelo de gestión, es que los Hospitales actúan como organismos descentralizados, de acuerdo con las normas legales vigentes de cada jurisdicción y con las facultades legales que le asigna la autoridad competente.

La descentralización de los Hospitales implica reformular la conceptualización que actualmente rige en Salud Pública y no solo la adopción de un instrumento que permita la mera desconcentración de mecanismos técnico-administrativos. Es decir, debe inscribirse en una profunda reforma por parte de un Hospital con inserción en la Comunidad a la que pertenece, su incorporación

a una Red de Prestadores mediante la concertación intra y extra sectorial y el establecimiento de estrategias de participación a nivel local y provincial, con una renovada formulación de la relación poder central - hospital.

Esta descentralización abarca los servicios que brinda el Hospital, otorgándole facultades para la administración y manejo de los recursos presupuestarios. De este modo se podrá planificar, compatibilizando los requerimientos con las disponibilidades y programar el desarrollo institucional y el correspondiente recurso humano.

Se ofrecerá al Sistema, la totalidad de los recursos, adecuadamente definidos en sus capacidades y orientados en su crecimiento. Con esta dinámica se irá abandonando el modelo de compartimentos estancos, que no solo bloquea la optimización de los subsistemas, sino que condiciona la accesibilidad.

Por lo expuesto precedentemente, se desprende la posibilidad de obtención de recursos propios por prestación de servicios médicos a usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, disponiendo posteriormente la administración de los mismos.

Se hace necesario que la autoridad sanitaria pueda contar con elementos e indicadores para la toma de decisiones, para lograr la plena vigencia del derecho a la Salud de la población, mediante un sistema basado en criterios de **EQUIDAD, SOLIDARIDAD, EFICACIA, EFICIENCIA Y CALIDAD.**

Algunos de los problemas que pueden presentarse en el proceso de descentralización, son los siguientes:

- El recorte de poder del nivel central puede dificultar la viabilidad de la propuesta.
- La cultura del centralismo.
- La lucha por el poder a nivel local.
- Las rigideces institucionales.
- El mantenimiento de legislación que favorezca el centralismo (normas presupuestaria y de contabilidad, manejo de los recursos por parte del nivel central).
- Déficit locales técnicos y de recursos y una inadecuada coordinación central para manejar la redistribución de recursos.
- Dificultades para la capacitación a nivel local de los recursos humanos.

- Organización de la participación
- Resistencia de la burocracia a que otros sectores de la sociedad controlen la gestión.
- Monopolio de la información, por parte del nivel técnico.
- La atomización del sistema.

## 2. HACIA UN ANALISIS CRITICO

Frente a los cambios producidos en los campos socio-económicos, así como políticos, en los países de todo el mundo, de los que no escaparon los pertenecientes a América Latina, el Sector Salud comienza a reflexionar, repensar y cuestionar el esquema de "beneficencia", reinventando un paradigma en el que se articulan:

- libre mercado.
- reordenamiento del esquema socio-económico tradicional, con implicancias fundamentales en el Sector Público.
- modelo innovador que podemos denominar "Empresa Social de Salud"

Se elimina la rivalidad existente entre Economía y Salud y pasa el Sector Salud a apropiarse de estrategias y prácticas de los Sectores de la Economía y más precisamente de la Administración, naciendo una nueva concepción que destruye el mero concepto de "asistencia social" para presentar un modelo distinto con las connotaciones de cambios, coherentes con la actualidad.

Volcamos dos conceptos de "Empresa" que tienen amplia relación con la propuesta que pretendemos.

**"Empresa es aquella que el hombre acomete, por lo general en común y que organizadamente sostiene de manera eficaz y eficiente, para producir con calidad, asumiendo eventuales riesgos, bienes ó servicios en beneficio del individuo (Cliente) y del orden y desarrollo social en general. Si son justos y distributivos los servicios sociales de la empresa, la recompensa que es el retorno, está significado en el pago de la prestación del servicio" (Alfonso Borrero Cabal).**

**"Es un conjunto de recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros, que se orientan hacia la consecución de uno o varios objetivos previamente establecidos (económicos, sociales, culturales, etc.) y que llevan a la producción de los bienes ó servicios que requiere la comunidad " (Jimenez, Lozano y Varela).**

De los conceptos anteriores se desprende que no existe ninguna empresa que no preste un servicio, aún las manufactureras y comerciales. Definido el servicio como la suma de los valores proporcionados al Cliente, sean éstos tangibles ó intangibles.

Por ende, las Organizaciones de Salud, deben enfocar el Servicio, como un compromiso. Las Instituciones prestan un Servicio de Calidad, con valores agregados, para que a su vez los que lo reciben paguen los servicios recibidos a valores superiores a los reales, con relación a los costos, de manera tal que den lugar a una utilidad que asegure la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la institución para beneficio de la misma comunidad. Las utilidades no se reparten entre socios, sino que se constituye en inversión para el pueblo mismo.

Instituciones prestadoras de servicios de salud, de excelente calidad, con el rango de empresas sociales que forman parte integrante de la prestación de Servicios de Salud y un Estado regulador de las interrelaciones, posibilitará un modelo coherente de transacción entre lo económico y social.

La filosofía de la estructura externa utilizada para efectuar comparaciones con nuestras organizaciones tradicionales, se encuentra representada, por el enfoque presentado en ésta Introducción, así como por los aspectos que forman parte del Análisis Crítico que nos proponemos con el desarrollo de los siguientes temas.

## **2.1. ECONOMIA DE LA SALUD. POSIBILIDADES DE UN APORTE.**

En general, se parte de la consideración que aplicar el pensamiento económico a los temas relacionados con la salud, resulta mercantilista y ajeno a la función del área en cuestión. Sin embargo, la "economía de la salud" trata de obtener el máximo de salud para la población, con los recursos limitados existentes; lo que se convierte en una rama de la economía del bienestar.

Las particulares características de las empresas, a las que nos estamos refiriendo, han dado lugar a que el Hospital no haya tenido en cuenta en la dinámica de su gestión ordinaria, todo aquello que es deseable y normal en la administración de las empresas comerciales y/o industriales. Las decisiones

asistenciales eran tomadas al margen de cualquier análisis económico.

El Sector Salud, utiliza una importante cantidad de recursos, que son escasos, debiendo considerar además que aquellos que financian la salud: Obras Sociales, Seguros, Prepagas, etc., presionan cada vez más para que se tomen en consideración prácticas adecuadas, relacionadas con la gestión y su control, de manera tal de obtener eficacia que se encuentre en coherencia con los costos.

Lo referido torna importante que los profesionales de la medicina, desempeñen en la medida de las posibilidades un doble papel:

- Ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad.
- Responsabilizarse del uso más adecuado del gasto.

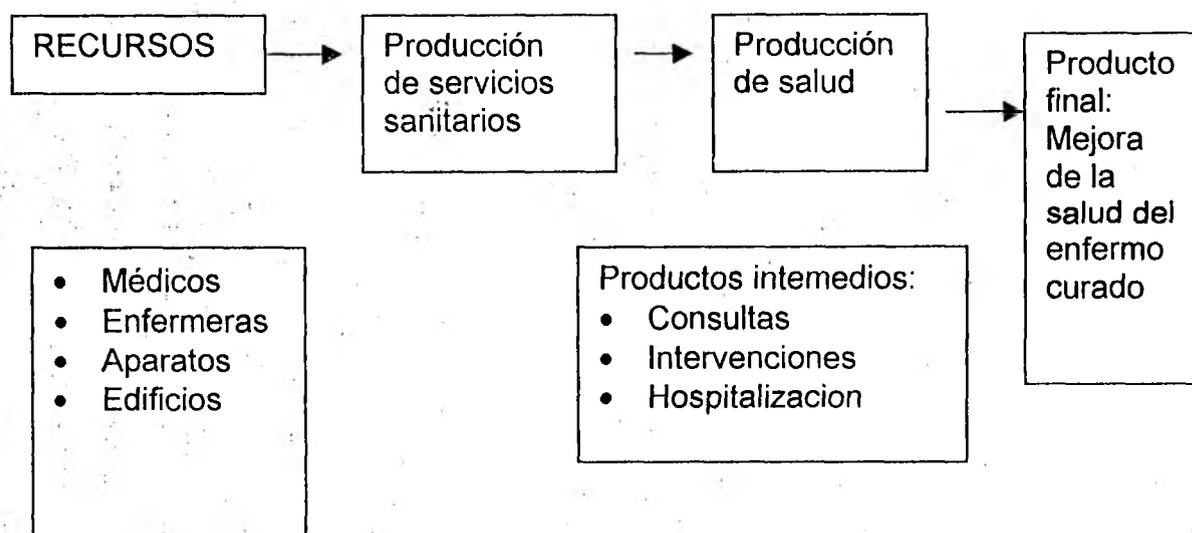
La gestión de las empresas de salud, es evidente que tienen ó cuentan con variables de complejidad, entre las que mencionamos:

- el "producto" es la persona enferma, tanto productos como pacientes.
- elevado número de centros de decisión.
- el trabajo y su resultado no siempre puede ser estandarizado.
- complejidad del mercado, numérico segmento de la clientela.
- amplitud de las operaciones, lo que exige un número muy importante de personal.
- factores jurídicos, políticos y del entorno social, con alto grado de repercusión.

La salud es un bien económico, además de necesario, la necesidad es superior a la oferta. Es además, un bien de inversión tanto para la persona, como para la sociedad.

Partiendo del hecho ampliamente constatado, que las necesidades son crecientes e ilimitadas (la demanda de asistencia sanitaria) y los recursos son finitos (la oferta es limitada), resulta inevitable la necesidad de adjudicar esos recursos a diversas actividades en competencia.

Si hacemos referencia al "proceso productivo en la asistencia sanitaria", que tiene por objeto transformar determinados recursos en un bien ó producto final, deberíamos visualizar el Cuadro "Combinación de Recursos para la obtención de productos", que nos hace reflexionar en que las cantidades productos no se puede incrementar, si no se utilizan mayores cantidades de algún factor de producción (recursos), salvo que la producción no guarde el aspecto cualitativo deseable.



**CUADRO: Combinación de Recursos para la obtención de productos.**

La función de producción nos señala como variará el producto, si cambian algunos factores de producción. Aquellos factores que no pueden cambiar en un tiempo corto se llaman factores fijos, mientras que los que lo hacen a corto plazo se identifican como factores variables.

Hay que destacar que en nuestra área de estudios, existe:

- Interacciones ajenas al mercado, existencia de externalidades.

⇒ la preocupación de los individuos por la salud de sus semejantes.

- Falta de conocimiento por parte de la demanda.

⇒ los consumidores no siempre tienen los conocimientos necesarios para efectuar la elección.

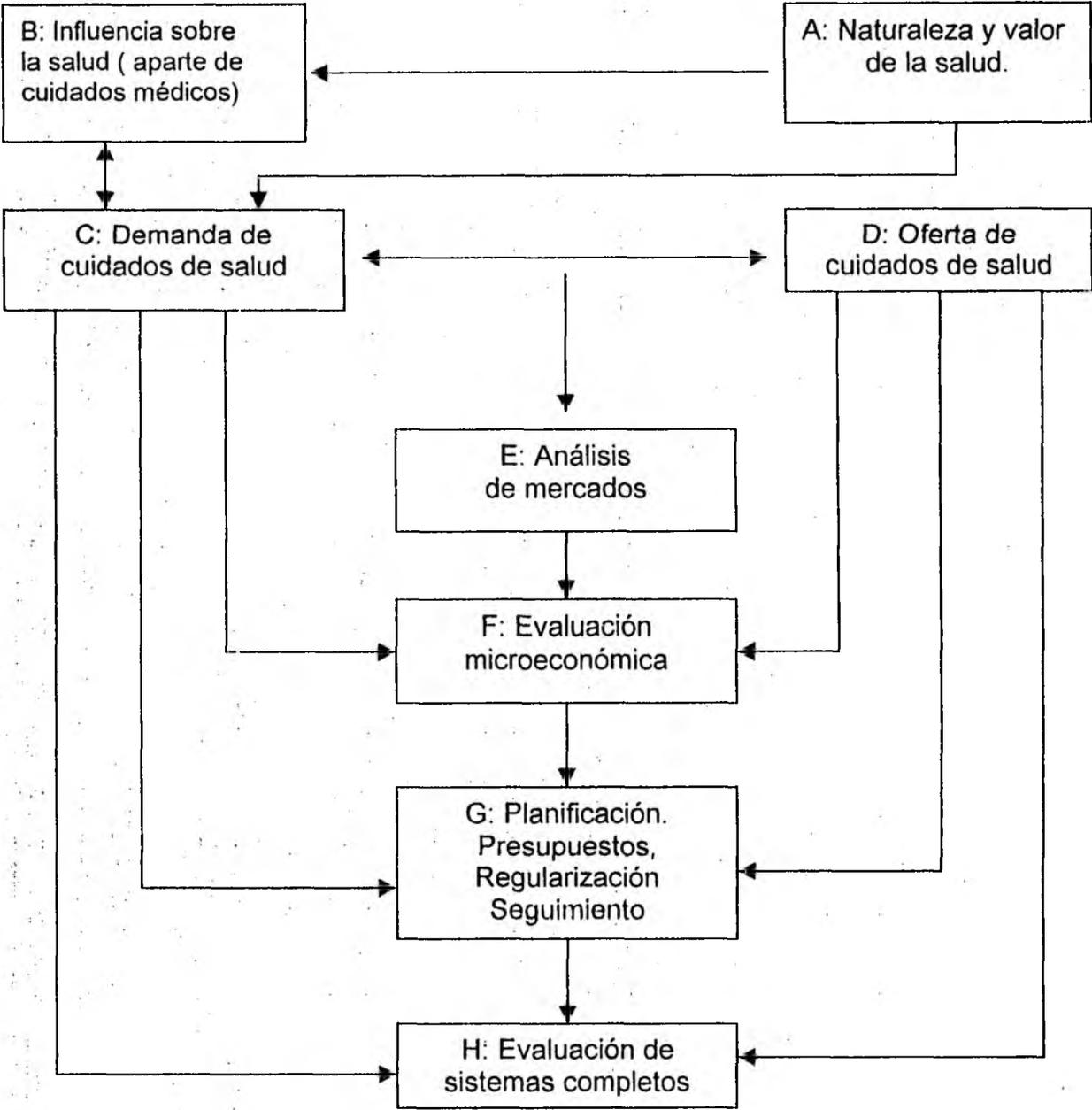
- El riesgo y la incertidumbre son ingredientes significativos.

⇒ prevalencia de incertidumbre.

- La preocupación por la equidad.

⇒ no olvidemos que se trata de un bien de primera necesidad.

La estructura esquemática de la economía de la salud



CUADRO: "ECONOMIA DE LA SALUD".

## 2.2. LA GESTION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

No nos cabe duda, respecto que la Organización Sanitaria, como el Hospital, conforman estructuras productoras de servicios, debiéndose señalar que la calidad de los mismos, se determina por su capacidad de satisfacer necesidades y nivel de expectativas del cliente, dando lugar constantemente a la medición de los desajustes que se produzcan, con el objeto de actuar tanto sobre las dimensiones del servicio, como de su calidad.

Sería importante recordar, los elementos que conforman una organización: un fin u objetivo, un conjunto de hombres y medios, un esfuerzo combinado y un sistema de dependencias y relaciones.

A partir de los parámetros precedentes, podemos identificar a la Empresa como un ente socio-tecno-económico, que busca rendimientos ó la utilización más adecuada de sus recursos.

En la actualidad no se puede hablar en forma exclusiva de hombres y máquinas, sino de tecnología al servicio de las personas; además la motivación del individuo, tiene que ver con la motivación

del grupo con el que se identifica, situación que pasa a tener un rol de importancia.

Dentro de las organizaciones hospitalarias, los costos en concepto de remuneraciones al personal, representan la partida más importante, utilizándose además, alta tecnología. En general, en este tipo de organizaciones, a pesar de la utilización de gran cantidad de equipamiento de alta generación, no resulta factible reemplazar a los recursos humanos.

Para la caracterización de la gestión de los servicios, a continuación detallaremos, algunos aspectos, que deberán tenerse en cuenta, a saber:

- Los clientes no adquieren la propiedad, sino el uso del servicio; entra en juego el concepto de "intangibilidad del servicio".
- Existencia de un contacto directo entre la empresa y sus usuarios (clientes).
- Entre la oferta y la demanda existe una interacción constante que puede variar en uno u otro sentido, según la fuerza de poder existente entre las empresas y su clientela:

- La fortaleza de los servicios.
- La imagen de la empresa.
- La interacción individual con los clientes
- La propia naturaleza del servicio

Algunas empresas consideran a sus clientes en situación de inferioridad o dependencia, conceptualización errónea, puesto que provoca reacciones no deseables, desde los clientes, puesto que de utilizar los servicios, no lo hacen por satisfacción, sino sólomente en el caso de imposibilidad de elegir otros.

En los servicios existen dos aspectos inseparables, como son la Producción y el Consumo, debiéndose enfatizar que en las empresas de salud, la participación del cliente en la Producción se realiza a través de distintas funciones:

- Especificación del servicio por parte del cliente, puesto que éste brinda información para el diagnóstico y el tratamiento.
- Coproducción, puesto que en algunas oportunidades, los familiares cuidan al paciente hospitalizado.
- La relación directa entre el personal y el usuario es indispensable para la prestación del servicio.

- Control de calidad, reducido a los reclamos de pacientes.
- Desarrollo y perfeccionamiento del sistema, en la medida de la exigencia del cliente.
- Comercialización del servicio, debido a la interacción de los clientes en la fase de la atención, así como con posterioridad.

Uno de los problemas críticos de la atención médica hospitalaria, es la contradicción existente, en lo que hace a la participación del cliente, puesto que a pesar de las relaciones precedentes, con respecto a la intervención del mismo, podemos decir que se encuentra en una posición de debilidad.

Los principios que regulan la gestión de los servicios públicos en general, son:

- La igualdad del tratamiento para todos los relacionados con el servicio en cuestión.
- La continuidad temporal y espacial del servicio.
- El cambio continuo, tanto para el mantenimiento del grado de calidad, como para la permanente evolución.

### 2.3.OTRAS CARACTERISTICAS QUE INCIDEN EN LA GESTION.

- Los servicios no pueden almacenarse, ajustar constantemente la oferta a la demanda, representa un verdadero inconveniente, difícil de resolver.
- Son difíciles de medir.
- No pueden inspeccionarse.
- La calidad no puede predeterminarse
- El tiempo de atención, incluye no solo ésta, sino también tiempos asociados como espera, etc.
- Se trata de servicios críticos, donde lograr el error 0, más que una meta, es una obligación.
- Se encuentran sujetos a la fiabilidad humana.
- La calidad es tanto objetiva, como subjetiva, puesto que está supeditada a la apreciación del cliente.
- Las fallas pueden estar dadas por las personas, los equipos utilizados, o ambos.

## 2.4. IMPLANTACION DE UN SISTEMA INTEGRADO DE CONTROL

A los efectos que ningún responsable tome decisiones que de algún modo puedan afectar el interés global, se hace necesario un Sistema integrado de Control, que cumplimente características tales, que elimine posibilidades de constitución de feudos, dentro de la organización. Nótese que se trata de uno de los aspectos que distinguen a éstas organizaciones, llámese por la especialización, así por la participación de la profesión médica, ajena a los temas relacionados con la gestión empresaria y por ende, con falta de motivación por la administración; situación ésta última, que tiende a ser superada por un adecuado management, que confiere una toma de conciencia, aún para los profesionales cuya formación se sitúa alejada de esta filosofía.

Dicho sistema, además de responder al Cuadro: "El Sistema de Control", debe responder a los requisitos siguientes:

- Total: abarcativo de la totalidad del hospital.
- Periódico: debe contar con secuencias predeterminadas.
- Cuantitativo: Identificativo de unidades de medida.
- Coordinado: en la medida que considere cada problema, atendiendo al conjunto.

Preventivo

Continuo

**Está**

- Indisolublemente unido a los sistemas administrativos y contables de la organización.
- Incorporado al diseño de la estructura, de los procedimientos y sistemas administrativos y de información.

**No es**

Esporádico

Externo al sistema al que sirve. Ni externo a la empresa u organización en que éste opera.

**Implica**

Eficacia en los procedimientos y controles

Eficiencia operativa

Seguridad en materia de información (esto es, acceso válido únicamente para los usuarios autorizados, que tengan motivos lícitos de utilización)

**Utiliza**

La relación costo – beneficio para determinar la configuración y la profundidad de los controles a efectuar

**Cuadro: EL SISTEMA DE CONTROL.**

## 2.5. CONDICIONES Y FACTORES PARA LA IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO.

Las condiciones previas que deben reunirse para la implementación de un Sistema adecuado de Control, consisten en:

- Identificación de lo que necesariamente, debe ser controlado.

⇒ Se encuentra ligado a lo vinculado con los objetivos del Sistema hospitalario y lo que puede ser identificado y medido más económicamente.

- Previsión de las rupturas de comunicación que pueden ocurrir en el canal de transmisión de información

⇒ Tiene que ver con los riesgos de deformación en lo que se comunica, por factores humanos y otros.

- Análisis de la rapidez de respuesta del sistema organizacional a los acontecimientos.

⇒ Lo deseable es llegar a un alto grado de sensibilidad, lo que es sólo factible con un nivel importante de control sobre la actividad.

- Constatación clara de las situaciones de liderazgo y de motivación existentes en el Hospital.

⇒ Las características propias de los grupos humanos hacen que toda acción de este tipo haya de basarse en la responsabilidad de los individuos, sin cuyo concurso falta la base primordial para que las medidas correctivas de una situación sean puestas en práctica.

Los factores a tener en cuenta, para la posible implementación, son:

- **Implicación de la dirección.**
- **Estructura de la organización.**
- **Planificación.**
- **Sistema de información.**

Merece algunos comentarios, la consideración de cada uno de los referidos factores:

### **Implicación de la dirección:**

Ineludiblemente la dirección debe:

- Explicar el Sistema de Control que se pone en marcha,
- Recepción, evaluación y en su caso, atención de las sugerencias o propuestas, que se puedan recibir.
- Respaldo total al responsable de implantar y poner en vigencia el Sistema.

### **Estructura de la organización:**

La organización de la empresa debe cumplir, requisitos mínimos, tales como:

- Debe tratarse de una organización, donde se encuentren debidamente delimitadas las responsabilidades y atribuciones.
- Las unidades de medida deben ser unívocas, homogéneas y conocidas.
- Las unidades orgánicas objeto de control, no deben ser tan pequeñas que no tenga objetivo controlarlas, ni tan grandes que se diluyan las responsabilidades.

- Deben existir Centros de responsabilidad y estos deben ser los que reciban y suministren información una vez procesada y preparada para poder tomar decisiones.

■

### **Planificación:**

Sin planificación, resulta prácticamente imposible, ejercer control alguno. Los objetivos de la organización hospitalaria tienen que estar fijados y los estándares de medición previamente establecidos.

### **Sistema de Información:**

Se basa en las fuentes de información, así como en el procesamiento de la misma. En el caso de un hospital y como una propuesta factible, tendríamos:

#### **Area de Admisión y Egresos:**

Para información de carácter asistencial

Ingresos, internación, pases internos y altas.

- Consultas.
- Intervenciones quirúrgicas
- Urgencias.

### **Area Personal:**

Para información relacionada con los Recursos humanos.

- Remuneraciones y Honorarios.
- Retenciones y Aportes.
- Ausentismo.
- Situaciones laborales diversas.

### **Area Administración Económica:**

Para comunicación relacionada con informes emitidos a partir de la Contabilidad.

- Balance, Cuenta de Resultados.
- Ejecución Presupuestaria.
- Situación de Costos.
- Cash-flow.
- Estados de evolución de cuentas.
- Inventarios.

### **Area de Aprovisionamiento:**

Para informar sobre el estado y avance de los suministros

- Pedidos
- Cotizaciones.

- Contrataciones en general
- Preadjudicaciones.
- Adjudicaciones.
- Ordenes de Compra

### **Area de Recepción:**

Debe suministrar información relacionada con:

- Recepción.
- Almacenamiento.
- Consumos.
- Inventarios.

### **Area de Mantenimiento**

Debe informar sobre Actividad y Costos.

- Mantenimiento preventivo.
- Mantenimiento correctivo.
- Consumos generales (agua, luz. gas, oxígeno, etc.)
- Obras en curso.

### **Area de Servicios Generales:**

Debe informar sobre Actividad y Costos .

- Consumos de Cocina.
- Raciones y Dietética.
- Ropería.
- Lavandería.
- Servicios de camilleros.
- Ambulancias y Medios de Transporte.

### **Area de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento:**

Debe informar sobre Consumos, en su caso, por Centros de Costos y situación de Inventarios.

- Farmacia.
- Radiodiagnóstico y/o Diagnóstico por Imágenes.
- Laboratorio de Análisis Clínicos.
- Anatomía Patológica.
- Hemoterapia.
- Endocrinología y Medicina Nuclear.

Toda esta información debe estar organizada e interrelacionada con las distintas Areas de Procedimientos, Consultas

Externas, Internación, Quirófanos y Urgencias del Hospital,; de manera tal de considerar la integridad de la actividad.

## **2.6.LOS COSTOS EN ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS.**

### **2.6.1.CONCEPTOS PREVIOS**

Todo modelo de gestión en empresas prestadoras de servicios, requiere un análisis de sus costos, lo que no debe escapar a los entes productores de servicios de salud. El costo representa el consumo de bienes y servicios, cuantificado en términos monetarios para conseguir un determinado objetivo o producto.

Cuando se encuentra en juego la actividad Salud, resulta compleja la determinación de los costos, debido a que tienen repercusión una serie de factores de difícil medición en unidades monetarias.

En un esquema de recursos escasos, la eficiencia económica emparentada con el menor gasto posible, es un aspecto que el administrador de servicios de salud, debe tener en consideración, puesto que se relaciona con la supervivencia y

desarrollo de la atención médica. De lo contrario, parecería que las filosofías ajenas a la consideración de la economía de la salud, muestra en América Latina y de alguna forma en el resto del mundo, tanto en vías de desarrollo, como en los del primer mundo, el quiebre, tornándose insostenible su mantenimiento y evolución.

Es interesante señalar algunos de los factores que contribuyen al incesante crecimiento de los costos en Salud , detallándolos a continuación:

- Desarrollo de la tecnología médica
- Recursos humanos
- SIDA y otras enfermedades de nueva aparición
- Incremento constante en el precio de los medicamentos
- Cambios en los niveles de resolución o complejidad
- Expectativas de la población sobre la calidad de la asistencia
- Factores epidemiológicos y medioambientales
- Juicios de Mala Praxis

Consideramos interesante señalar conceptos que hacen a la estructura básica de los costos, con el objeto de poder delinear

con posterioridad, la propuesta de un modelo, por lo tanto, señalamos:

El costo total de un proceso productivo, está compuesto por distintos tipos de costos:

#### ■ COSTOS HISTORICO Y COSTOS DE REPOSICION.

El costo histórico tiene relación con valores de ayer, sacrificio económico oportunamente incurrido, mientras que el costo de reposición se compatibiliza con el valor emergente de tener que adquirir o producir hoy o en el futuro. Este último valor, encierra una información más adecuada, para procesos de toma de decisiones futuras.

#### ■ COSTOS DIRECTOS Y COSTOS INDIRECTOS.

El costo directo es el que está asignado e identificado claramente con una unidad productiva o un centro productivo concreto, en cambio el costo indirecto debe ser prorrateado entre distintas unidades productivas o centros productivos, no cuenta con identificación clara y precisa. Este último es el que exige al especialista en costos, buscar bases de asignación, que requieren

creatividad y retroalimentación continua para el mejoramiento en la obtención de la herramienta que nos proponemos.

#### ■ COSTEO POR ABSORCIÓN Y COSTEO VARIABLE..

El costeo por absorción incluye los costos fijos independientes del volumen de actividad, conocidos como costos de infraestructuras, los que en algún momento, habrá que analizar la posibilidad o no de racionalización de los mismos y los costos variables íntimamente relacionados con la actividad, conocidos como costos de actividad. El costeo variable es el que tiene en cuenta sólo los costos de actividad, posibilitando con su obtención un Margen de contribución o Contribución Marginal que permita enfrentar la posibilidad de encarar los costos fijos y la posibilidad de obtener beneficios o excedentes.

#### COSTEO VARIABLE

Ingr. prestaciones  
- Costos variables

---

Contribución marginal  
- Costos fijos

Hay costos que poseen una parte fija y otra variable, suele denominárselos semifijos o semivARIABLES. Que un costo sea o no fijo, depende además del tiempo que se tenga en consideración. Casi todos los costos son fijos en el corto plazo, mientras que en el largo plazo, pueden considerarse semifijos o variables.

Si los ingresos son iguales a los costos totales (fijos y variables) el beneficio será cero, estaremos frente al punto de equilibrio, que es el umbral de rentabilidad, donde el margen de contribución cubre los costos fijos

### ■ COSTOS TOTALES Y COSTOS UNITARIOS

El costo total es el que se genera para enfrentar la totalidad de la actividad , en tanto el costo unitario tiene que ver con la unidad de producción (promedio).

#### VARIACIONES DEL COSTO CON LA ACTIVIDAD

	Costo total	Costo unitario
Costo fijo	Es constante	Varía
Costo variable	Varía	Es constante

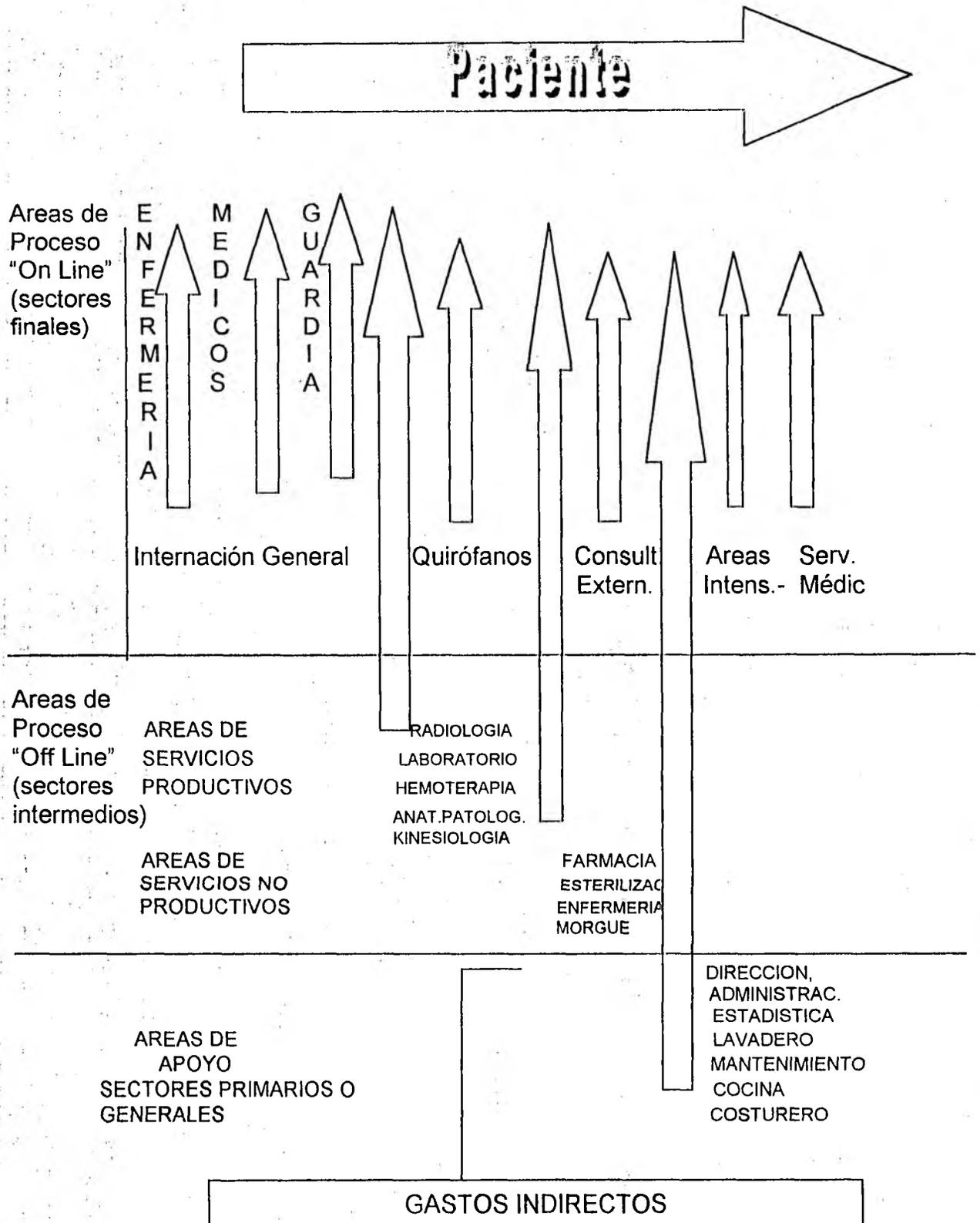
### ■ COSTOS MARGINALES.

El aumento que experimenta el costo total al producirse una unidad adicional, es los que se identifica como costo marginal.

### ■ COSTOS DE OPORTUNIDAD.

Tiene que ver con el sacrificio incurrido, expresado en términos monetarios, por no haber elegido una alternativa distinta.

La mejor alternativa, es aquella cuyo costo de oportunidad es el menor.



CUADRO: PROCESO PRODUCTIVO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

## ■ EL COSTEO ESTANDAR

■ Se trata de un costo de referencia para comparar lo que sucede en la institución (estándar vs. real). Para su obtención se tendrá en consideración la experiencia anterior, así como estudios técnico-económicos.

Puede definirse como el costo medio de la fabricación de una unidad de producto en condiciones normales; es una estimación de lo que objetivamente debe suceder. Dichos estándares deben lograrse para todos los factores integrantes del costo:

### ■ **Aprovisionamientos (Materias Primas y Materiales)**

Cantidad de materia prima utilizada por el precio, en términos éste último del valor de costo de las mismas.

### ■ **Personal**

Merece estudio de tiempos, los que deben encontrarse acompañados por las retribuciones en vigencia. A los efectos de las Remuneraciones considerar además de las habituales, el S.A.C. proporcional. Los importes brutos referidos más los Aportes patronales correspondientes, constituyen el concepto que nos ocupa.

## ■ Costos Generales

Son los costos fijos y variables que no pertenecen al producto en forma directa, sobre los que hay que adoptar algún criterio de distribución.

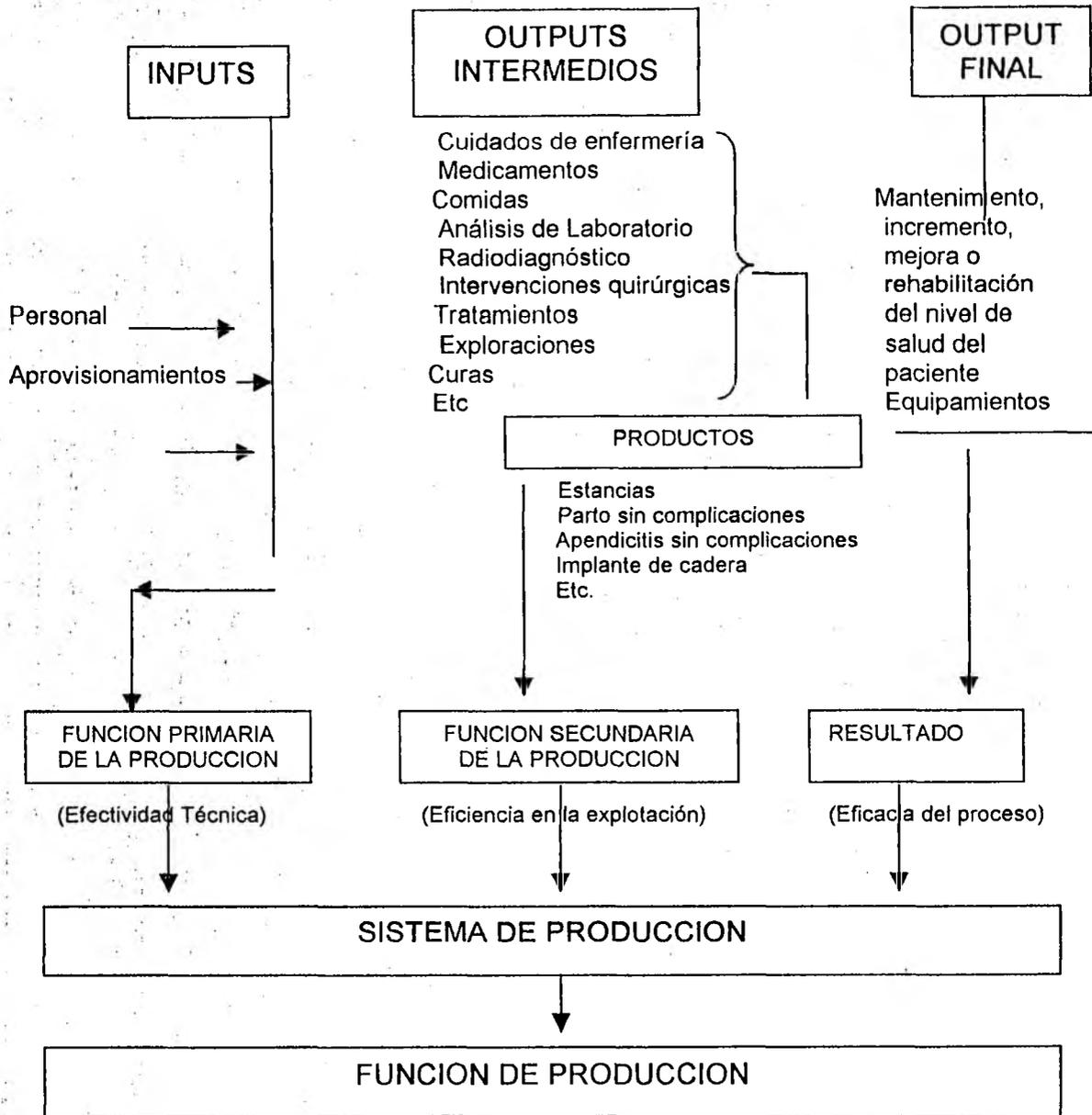
El sistema de estándares, exige un análisis de las desviaciones, lo que permite controlar los resultados reales. Es fundamental tener en cuenta que los estándares merecen una revisión periódica y ofrecen la posibilidad de detectar ineficiencias, así como gestiones poco adecuadas.

La información procedente de los costos, exige llevar una contabilidad más analítica que la tradicional contabilidad financiera ó de uso externo. Se trata de lograr una información más detallada sobre la gestión de los recursos, analizando los precios de costos por servicios, evolución de los mismos, análisis de desviaciones, etc.

En la página siguiente, se muestra un cuadro con la Función de Producción Hospitalaria, donde básicamente se muestran entradas (IMPUTS) y salidas (OUTPUT) del proceso, reflejando a través de las funciones primaria, secundaria y

resultado, la Efectividad técnica, Eficiencia en la explotación y Eficacia del proceso, respectivamente.

El esquema señalado precedentemente, constituye el esqueleto sobre el que se plantea la modelización de costos que el equipo de investigación propone, para lograr una base de datos, que permita recopilar información histórica o estimada, así como predictiva para el Control de Gestión, de las organizaciones en cuestión. Logrado el punto de partida, nuestro objetivo es buscar el método por el cual se captan todos los elementos que se deberán desembolsar para prestar los servicios.



CUADRO: FUNCION DE PRODUCCION EN UN HOSPITAL

## **2.7.RAZONES PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIOS.**

Un Sistema de Costos constituye, algo así, como la base para implementar un sistema integral de información que facilite el Control de Gestión, y por ende el proceso de toma de decisiones. Además repercute favorablemente, puesto que presenta las posibilidades siguientes:

- Es el medio para conocer el resultado de las actividades médicas, tanto de las intermedias, como de las finales,
- Permite el aprovechamiento de la totalidad de los recursos, disminuyendo o eliminando costos ocultos o de la no calidad,
- Posibilita fijar o replantear el precio de las prestaciones,
- Pueden servir de base para reforzar las decisiones relacionadas con las inversiones en bienes de capital u otras,
- Conforman un elemento auxiliar fundamental para la elaboración del presupuesto general de la institución, cualesquiera sea la técnica presupuestaria que se aplique.

## **2.8.LOS CENTROS DE COSTOS.**

Una unidad contable de la institución hospitalaria, respecto a la cual se recogen y acumulan los datos de costos, merece la caracterización de centros de costos, los que pueden funcionar

como centros de responsabilidad. Cada uno de ellos a los efectos de la determinación de los costos, pasa a ser una unidad independiente.

Con el objeto de poder efectuar con posterioridad, la tarea de asignación e imputación de costos, fundamental para la concreción de su elaboración, vamos a intentar una clasificación de los Centros de Costos, de acuerdo al esquema siguiente:

- Centros de costos productivos o finales
- Centros de apoyo o auxiliares (incluye centros intermedios y generales)
  - A) Servicios Directos.
  - B) Servicios Indirectos.
  - C) Servicios Administrativos.
  - D) Servicios Generales.

## **2.9. INFORMACION INDISPENSABLE PARA LA IMPLEMENTACION**

Toda implementación requiere crear un ambiente, a los efectos de conseguir la colaboración de todo el personal implicado directa e indirectamente. Además de la adhesión necesaria en todos los casos que requieren cambios, posibilidad de control, etc.,

es indispensable contar con una adecuada información, la que por otra parte, debe ser comprobable y registrable, con el fin que la misma sea objetiva y confiable,

Vamos a pasar a detallar información de relevancia, que deberá ser considerada previamente a la implementación del Sistema de Costos que nos proponemos:

- Estructura orgánica formal.
- Sistema Contable con inclusión de su Plan de Cuentas.
- Planos de Planta física sectorizados en metros cuadrados.
- Remuneraciones, horas extras y otros beneficios al personal, con su sectorización..
- Aportes patronales sobre Remuneraciones.
- Activos fijos, asignados a cada sector.
- Líneas telefónicas externas e internas, asignadas a cada sector.
- Insumos entregados a cada sector por los respectivos depósitos.
- Estadísticas médicas abiertas por Departamento, División, Unidad, Sección.
- Codificación de patologías.
- Descargo de Sectores de actividades intermedias; Raciones, Ropería y Lavadero, Mantenimiento, Farmacia, Esterilización, Otros servicios.
- Facturación relacionada con cada Centro productivo.

ETAPAS/ TAREAS	TIEMPOS			
	1º MES	2º MES	3º MES	4º MES
<b>I. RELEVAMIENTO Y DIAGNOSTICO</b>				
Relevamiento y análisis de estructura y procesos	┌───┐			
<b>II. EVALUACION Y DISEÑO</b>				
Determinación centros de costos y unidades de producción	┌───┐			
Diseño de circuitos y documentación de soporte	┌───┐			
Determinación de bases de asignación y distribución y elaboración del plan de cuentas de costos.	┌───┐			
Implementación de circuitos y formularios		┌───┐		
Capacitación de recursos humanos.		┌───┐		
Análisis de las tareas de registro y su confiabilidad.			┌───┐	
Diseño de planillas de registro.			┌───┐	
<b>III. INSTALACION E IMPLEMENTACION</b>				
Instalación de registro informático y pruebas de sustentación.			┌───┐	
Capacitación de recursos humanos.			┌───┐	
Análisis de las tareas de registro y su confiabilidad.			┌───┐	
<b>IV. SEGUIMIENTO Y CONTROL</b>				
Evaluación de correcciones y desvíos. Presentación de resultados				┌───┐
Evaluación conjunta de resultados y su presentación a los funcionarios responsables				┌───┐
Revisión global del sistema. Instalación sistema de evaluación permanente.				┌───┐

CUADRO: Etapas para la implantación del Sistema de Costos.

## 2.10. ASIGNACION E IMPUTACION DE COSTOS

Los costos de los centros de apoyo se asignan a los distintos centros productivos, de acuerdo a determinados criterios o bases de distribución. Cada centro de apoyo (intermedio o general) reparte sus costos en los demás centros, hasta que todos ellos quedan asignados a los centros productivos. En todos los casos habrá que aplicar la razonabilidad técnica y el sentido común.

Procedemos a ejemplificar, respecto a los criterios de distribución o reparto.

<b>Centros de apoyo</b>	<b>Base de distribución*</b>
Anatomía Patológica	Estudios
Calefacción y Aire	Medidor o Consumo técnico
Cuidados Intensivos	Paciente-día
Enfermería	Horas utilizadas
Farmacia	Recetas y Pedidos despachados
Kinesiología	Sesiones
Laboratorio	Determinaciones
Lavadero	Kg. Ropa lavada, tratada y planchada.
Limpieza	Superficie
Mantenimiento	Ordenes de trabajo
Nutrición y Dietología	Raciones servidas
Quirófanos	Horas quirúrgicas
Vigilancia	Superficie

\*En algunos casos, actúan como Unidades de medida (de producción).

Se puede requerir coeficientes de ponderación en función de algún parámetro, como por ej.: carga de trabajo, tecnología aplicada, para el caso de las determinaciones de

laboratorio de análisis clínicos; etc.. La aplicación de dichas ponderaciones requieren un estudio especial y representan correcciones a bases conformadas por unidades de medida que no siempre son homogéneas y pueden distorsionar significativamente el cálculo de costos.

Hay que destacar que las bases de prorratio propiamente dichas, surgen para aquellos centros que no tienen unidades de medidas diferenciadas, puesto que otros cuentan con su unidad de producción, a los efectos de la determinación del costo unitario real, entre ellos algunos de los centros intermedios, como la gran mayoría de los centros finales identificados con productos finales.

$$\text{COSTO UNITARIO REAL} = \frac{\text{Gasto total del Sector}}{\text{Nro. Unidades Producción}}$$

En la página inmediata siguiente, contamos con un gráfico que nos muestra, la **composición del costo total**, partiendo de Centros de apoyo o auxiliares, dividiéndolos para mayor discriminación y análisis en Sectores Generales e Intermedios y los Centros Productivos o Finales en Sectores finales, resultando una planilla de trabajo que muestra la dinámica para la obtención de los costos de los Sectores finales.

SECTORES	COSTO ASIG.PROPIO 1	COSTO INDIRECTO ASIGNADO DE LOS SECT.GRALES 2	SUBTOTAL 1 + 2 = 3	COSTO INDIRECTO ASIGNADO DE LOS SECT.GRALES 4	COSTO TOTAL 3 + 4 = 5	UN. DE PRODUC. 6	COSTO UNITARIO 5 + 6 = 7
<b>FINALES</b>							
Consultorios Externos	80.000	33.500	113.500	41.800	155.300		
Internación	200.000	131.000	331.000	143.200	474.200		
Cirugía - Quirófanos	100.000	24.500	124.500	133.550	258.050		
Guardia de Urgencia	50.000	17.000	67.000	45.450	112.450		
	430.000	206.000	636.000	364.000	1.000.000		
<b>INTERMEDIOS</b>							
Terapia Intensiva	150.000	17.000	167.000				
Farmacia	70.000	16.500	86.500				
Rayos X	40.000	10.000	50.000				
Laboratorio	50.000	10.500	60.500				
	310.000	54.000	364.000				
<b>GENERALES</b>							
Administración	30.000						
Serv. Limpieza y Manten.	60.000						
Lavadero y Costura	80.000						
Alimentación	90.000						
	260.000						

Notas: Los importes son meramente ejemplificativos para mostrar el funcionamiento del cuadro.

CUADRO: COMPOSICION DEL COSTO TOTAL

## 2.11.SISTEMAS UTILIZADOS EN EL SECTOR SALUD

### ■ Costos por servicios.

#### • Ventajas:

- Amplía el conocimiento de la Institución hospitalaria y sus diversas interrelaciones,
- -Aumenta la responsabilidad sobre las decisiones que impliquen costo,
- -Al planificar se operativizan mejor las compras,
- -Se crea un adecuado Sistema de información, sumamente útil para la gestión.

#### • Desventajas:

- Los responsables de los sectores finales no tienen control sobre algunos costos indirectos, así como de los costos de las áreas intermedias y generales,
- No se trabaja sobre la eficiencia de los resultados,
- Existe subjetividad en la elección de los criterios y bases de distribución.

### ■ Costos por proceso.

#### • Ventajas:

- Brinda información sobre el costo de cada producto/proceso,
- -Posibilita identificar productos/procesos beneficiosos o no, desde el punto de vista de los resultados,
- -Confiere responsabilidades a los que se encuentran a cargo de los productos/procesos.

- **Desventajas:**

- Su aplicación es fundamentalmente para productos finales como: internación, Consulta externa, Urgencia,
- No hay en Salud, una clasificación de productos/procesos de aceptación generalizada, al menos en la bibliografía analizada, como en la práctica relevada.

- **Costos por actividad.**

- **Ventajas:**

- Determina los costos con mayor precisión, acumulándolos por actividades,
- Determina el costo total del Area, el de cada uno de los servicios y prestaciones que realiza,
- Reduce los errores.

- **Desventajas:**

- Produce una mayor laboriosidad en la recolección de la información,
- Requiere una mayor capacitación de personal, más en lo técnico que en lo administrativo.

- **El costo real hospitalario y los GRD.**

Si queremos buscar una opción distinta a la determinación de los costos, atendiendo al producto, los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) son los de mayor desarrollo, en base a la homogeneidad en el consumo de recursos .

Una alternativa más sencilla sería, calcular el costo total medio por GRD, con la limitación que no permite conocer las variaciones de costos dentro de los grupos, ni tampoco las diferencias por prácticas médicas dentro del mismo GRD.

Uno de los temas a resolver en la implementación de un Modelo de Costos, es la de utilizar costos históricos ó estándares, conforme hemos explicitado oportunamente, conociendo desde ya las ventajas informativas de la segunda alternativa.

Se dieron algunas experiencias, con sistemas de costos directos, relacionados con los pacientes. Los argumentos más utilizados fueron: la arbitrariedad de los criterios de imputación de los costos indirectos; el sistema de costos totales puede ser útil para fijar el valor de prestaciones, a pesar de su falta de riqueza informativa para la gestión.

Los GRD constituyen un método de clasificación de pacientes, que se basa en la agrupación de los diagnósticos emitidos al dar de alta a los pacientes. Estos pacientes presentan una serie de características que permiten predecir el nivel de consumos que requieren.

Las variables utilizadas para la asignación de los grupos son:

1. Diagnóstico mayor, según diagnóstico principal.
2. Procedimientos quirúrgicos o no.
3. Procedimiento quirúrgico clasificado según intensidad de consumo de recursos.
4. Procedimiento médico no quirúrgico, subclasificado según diagnóstico principal.
5. Edad y complicaciones.

La Información requerida para proceder a la clasificación de los pacientes, debe ser:

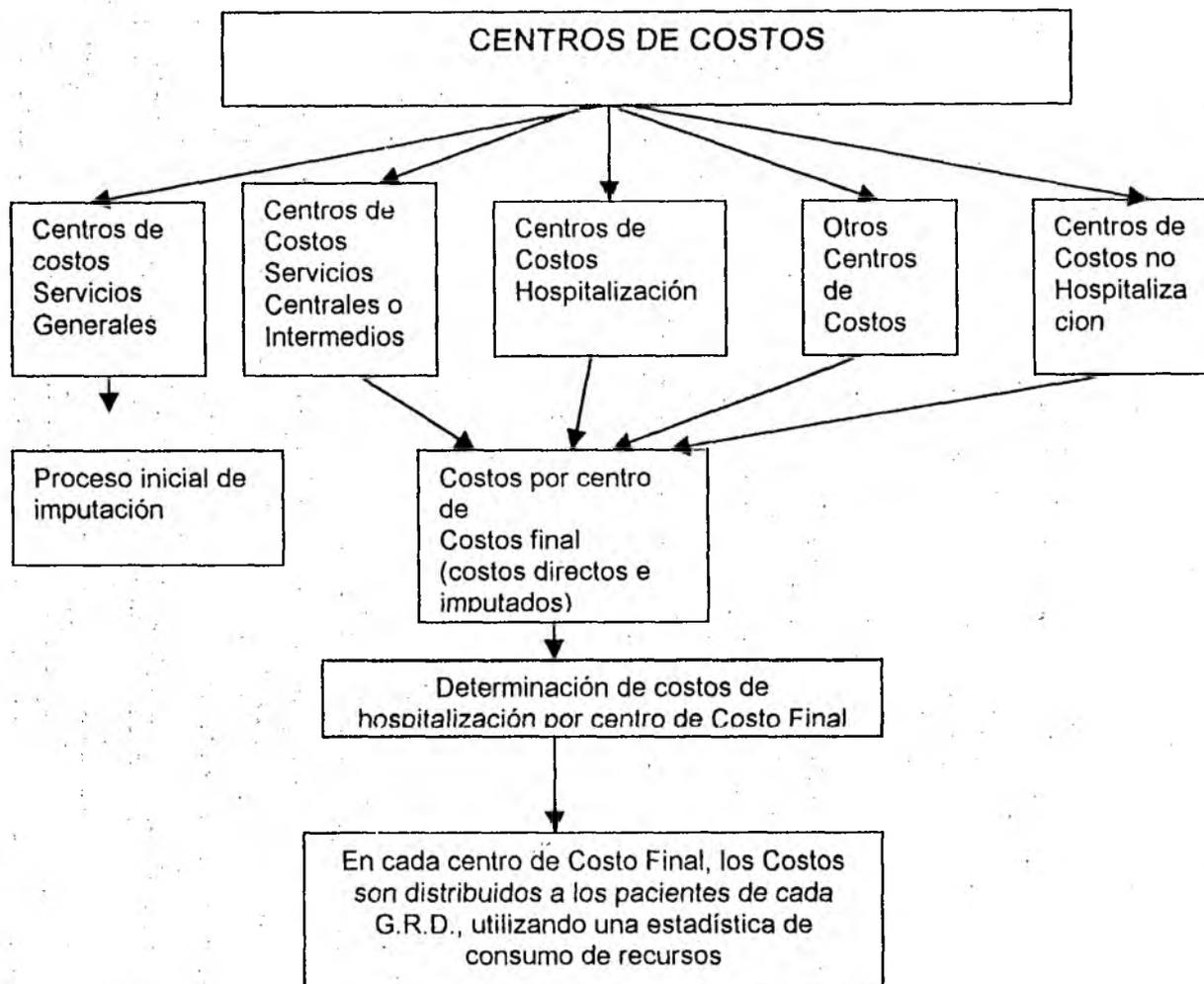
- a) Edad
- b) Sexo
- c) Diagnóstico principal
- d) Diagnóstico secundario
- e) Procedimientos
- f) Circunstancia del alta

- **Ventajas::**
- Información de fácil obtención y manejo,
- Se definen los productos del Hospital,
- Se mide la eficiencia en el uso de los recursos,

- Incorpora al médico en la preocupación de los recursos y sus respectivos costos,
- Permite evaluar desviaciones con los costos medios de un tratamiento,
- Posibilita un conocimiento más adecuado del proceso productivo, en este tipo de organizaciones.
  
- **Desventajas:**
- Pueden abarcar escaso número de categorías,
- No incluye a la totalidad de los pacientes,
- No tiene en cuenta los distintos grados de severidad de los pacientes,
- Requiere una continua evaluación y reingeniería.

Consideramos que el mayor acercamiento al costo del producto final hospitalario, consiste en la clasificación y ordenamiento de la totalidad de diagnósticos de ingresos, según características clínicas y consumos de recursos, en grupos que presenten homogeneidad, lo que exige:

- Proceso de codificación
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico secundario
- Procedimiento principal
- Procedimiento secundario.



CUADRO: SISTEMA DE COSTOS G.R.D.

## 2.12. RACIONALIZACIÓN DE LOS COSTOS

Es importante y esperable dentro del esquema de una adecuada gestión, encontrar constantemente estrategias y aspectos del Control Interno de la Institución Hospitalaria, que respondan a las categorías y áreas, que se proponen a continuación:

CATEGORIAS	AREAS
Uso de Recursos por los médicos.	Educación y compromiso de los médicos en reducción de costos.
Uso de recursos por los pacientes.	Manejo de incidentes de pacientes. Detección precoz y monitoreo. Manejo de pacientes.
Costos de proveedores.	Selección de Proveedores. Manejo de Materiales.
Política de personal	Salud y Seguridad. Rotación, Retención y Beneficios.
Costos operativos	Mantenimiento de Planta y Equipos. Servicios Contratados a terceros. Sistemas de Información. Programas de Auditorías. Programas de Eficiencia.

## 2.13.PROGRAMA DE REDUCCION DE COSTOS

Dicho programa requiere básicamente cuatro pasos, a saber:

1) Concientizar a la totalidad del personal, sobre la necesidad de la herramienta de costos.

1.1) Informar a todo el personal.

1.2) Esclarecer que todos, grupal e individualmente pueden colaborar.

2) El monitoreo de los costos.

2.1) Diseñar y recrear un Sistema de Costos que tenga que ver con la operatividad de la organización.

2.2) Dar respuestas sobre la significación de los mismos.

3) La gestión de costos.

3.1) El Sistema de Gestión de Costos, debe definir responsables de implementar iniciativas, estándares y criterios para la función.

3.2) El Sistema, debe definir responsable de comunicar objetivos y resultados con respecto a los estándares.

4) Los incentivos emergentes del programa.

4.1) Estudiar la conveniencia de gestionar incentivos.

4.2) Definir los incentivos económicos y no económicos que estimulen la participación de todos.

4.3) Tener en cuenta todos los riesgos a corto y largo plazo, por efecto de la aplicación de los referidos incentivos.

### **3. A MODO DE CONCLUSION:**

#### **3.1.UNA META ESPERADA**

Las organizaciones para el cuidado de la salud en general y los hospitales en particular, encaran presiones desde todos los frentes: de la tecnología médica, de sus consumidores, de su propio personal y de las fuentes de subsidios. Como consecuencia, la administración hospitalaria se torna cada vez más difícil.

- Los adelantos en la ingeniería genética y en la tecnología médica, producen formas nuevas de intervenir frente a la enfermedad.
  
- La demanda de servicios totalmente nuevos y la rápida obsolescencia de los métodos de tratamiento existentes, requieren flexibilidad por parte de la administración.
  
- Los consumidores de cuidados de la salud. también ejercen más presión, puesto que esperan un tratamiento de alta calidad y una tecnología médica actualizada, así como una atención mucho más personalizada.

- Los directores generales de éstas organizaciones, se encuentran en el centro de todas las presiones y enfrentan grandes dificultades para conciliar los problemas humanos, las políticas de la autoridad central, los intereses del personal y las necesidades del paciente.

- El costo del cuidado de la salud, se eleva en forma considerable, creando concomitantemente problemas frente al aprovisionamiento, tanto de los consumos, como de los bienes de capital requeridos por las actuales tecnologías.

Es importante señalar y comprender las barreras organizacionales y humanas al cambio, y un claro conjunto de estrategias necesarias para vencerlas, esenciales para administrar las organizaciones de salud, que evidentemente son complejas, difíciles de controlar y que exigen mayores habilidades gerenciales, no solo del administrador del hospital, sino también de otros miembros de la organización, dada la interdependencia de los empleados y los departamentos, los niveles altos de desarrollo de habilidades, así como los adelantos tecnológicos necesarios, para continuar siendo competitivos y asegurar la calidad del cuidado de los pacientes.

Posiblemente la barrera más importante, para poner en marcha un programa de cambio, es la independencia de los profesionales de la salud. Dada la importancia de sus trabajos, el cual es personal en gran medida, y a menudo se relaciona con aspectos cruciales de la vida, de la muerte y del sufrimiento humano, así como la complejidad de la tecnología y la base de conocimientos requeridos para el diagnóstico y el tratamiento, los profesionales de la salud tradicionalmente han contado con niveles altos de interdependencia, su expectativa de autonomía no solo reduce al mínimo la observación de su trabajo, sino que, aún más importante, constituye una fuente formidable de resistencia.

En las organizaciones, la conducta habitual, tiende a ser adoptada por sus miembros. En parte, este proceso es involuntario y proviene de la imitación y la observación; sin embargo, en alguna medida es deliberado, sobre todo en las instituciones de salud. La conducta programada no siempre es negativa, de hecho, las instituciones de salud, no podrían funcionar sin ella. Sin embargo, a menudo impide la innovación.

La división del trabajo en tareas específicas, suele producir tales resultados, que las personas implicadas en las tareas, pierden

la perspectiva de la relación entre sus actividades y los objetivos de la organización. Para éstas personas los intentos de mejorar la calidad, por ejemplo la implantación de enfoques gerenciales modernos, pueden parecer amenazadores e inquietantes. Esta resistencia no es sinónimo de falta de inteligencia ó de buenas intenciones; más bien, la gente se concentra en su función especializada, que tiende a perder de vista las posibilidades totales de innovación y cambio.

Los objetivos generales son mejorar la eficacia, la eficiencia y la salud de la organización hospitalaria, para ayudar a ésta a lograr su misión .

Dentro del esquema de la necesidad de implementar un adecuado Sistema de Control, sobre todo a partir de la inquietud de retroalimentar las Areas que se relacionan con las temáticas Administrativas-Contables y de Apoyo Logístico, que tienen una incidencia indirecta, pero fundamental en el producto final, que nos proponemos lograr; es prioritario atender a:

- Desarrollar la confianza entre los individuos y los grupos de toda la organización, y en forma ascendente y descendente en la jerarquía.
- Crear un ambiente abierto de solución de problemas.
- Localizar las responsabilidades de tomas de decisiones y de solución de problemas.
- Aumentar el sentido de "posesión" de las metas y objetivos organizacionales.
- Avanzar hacia una mayor colaboración entre personas y grupos interdependientes dentro de la organización.
- Aumentar la conciencia del "proceso" de grupo y sus consecuencias para el desempeño

Lo señalado en última instancia, significa ayudar a las personas a obtener conciencia de lo que sucede a los miembros del grupo y entre éstos, a nivel de aspectos tales, como: la comunicación, la influencia,, los sentimientos, los estilos de

liderazgo y las luchas por obtenerlo, las relaciones entre grupos y las formas de manejar el conflicto, etc.

### **3.2. LA DESCENTRALIZACION EN EL ESPACIO SANITARIO. VENTAJAS POTENCIALES.**

Los objetivos específicos de la descentralización, enumerados por diversos documentos de la O.P.S. son:

- Aumentar la capacidad de resolver los problemas, al acercar al lugar donde estos se presentan la toma de decisiones sobre el uso de recursos.
- Posibilitar la participación, por parte de la comunidad y de los sujetos, de la capacidad de decisión y conducción.
- Permitir la extensión de cobertura con equidad, eficacia y eficiencia.
- Lograr una mayor eficiencia técnica y una mayor eficiencia social de los servicios.
- Mejorar la organización del sistema de servicios de salud y la prestación de los mismos.

- Favorecer un proceso de desburocratización de las estructuras administrativas actuales y prevenir las tendencias a la hipertrofia.

Las ventajas potenciales de la descentralización las podemos sintetizar de la siguiente manera:

- Política, planes y programas acordes con las necesidades locales.
- Incremento de las relaciones interjurisdiccionales.
- Interdependencia Institucional.
- Intersectorialidad.
- Aumento de la capacidad de respuesta.
- Asignación eficiente de los recursos.
- Transformación de la burocracia.
- Desarrollo de la participación social.
- Unicidad de mando.
- Mayor control de las instituciones por parte de la sociedad.
- Mayor capacidad social para decidir.
- Servicios y tecnologías acordes a las necesidades.

- Integralidad de las acciones sanitarias.
- Conformación de redes de servicios.
- Mayor accesibilidad.
- Extensión de cobertura.

Es importante recalcar las ventajas precedentes, por la funcionalidad y perspectivas que ofrecen, en contraposición con lo señalado en la primera parte del trabajo, que resulta ser rebatido.

### **3.3.LOS HOSPITALES COMO EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.**

Las Organizaciones Hospitalarias, funcionando como empresas sociales, autogestionándose, con un esquema actualizado de descentralización, adquieren un conjunto de características, que tiende a acercarse al Hospital que aspiramos. Siguiendo a Londoño. Galán Morera y Pontón Laverde (1996, 97-98), con algunas modificaciones para la adaptación a la realidad argentina, transcribimos:

- Descentralizadas - Autónomas - Responsables.
- Rentables económica y socialmente.

- Proactivas a las necesidades y expectativas del cliente externo e interno y a los cambios del entorno.
- Preocupadas por hacer el servicio cada vez mejor. (mejoramiento continuo).
- Innovadoras y gestoras del cambio.
- Organizadas como unidades de producción, cada una de las cuales es una empresa en sí misma.
- Interrelaciones y coordinación entre los distintos Hospitales (sobre todo de los que conforman un Sistema), a través de la dinámica de los procesos y su mejoramiento.
- Protagonistas de la investigación de servicios y de la ética. Gestora de procesos educativos y porque no de autoevaluación.
- Apropriadas y funcionando con los siguientes componentes:
  - Plataforma jurídica.
  - Análisis estratégico y periódico de la situación actual.
  - Planeación estratégica y proceso de planeación.
  - Mejoramiento de procesos.
  - Procesos de Control.
  - Sistema de Información.
  - Trato amable e información suficiente y adecuada.
- Disposición de servicio oportuno y cumplido.

- Abolición de barreras - no discriminación.
- Reconocimiento de la identidad - respecto a la cultura y a la individualidad.

Para efectuar un análisis sobre las organizaciones prestadoras de Servicios de Salud y precisamente dentro de ellas el Hospital Público de Autogestión, tal como se aspira en la Argentina de hoy, es importante en primera instancia, ubicarnos en el "pensamiento estratégico" de manera que podamos ir dilucidando los escenarios con que nos podemos encontrar, así como las fortalezas y debilidades en lo interno, y las oportunidades y amenazas en el contexto. Esta visión nos permitirá ir hacia el futuro, de manera tal de acotar las situaciones de riesgo e incertidumbre que potencialmente se puedan presentar. Podemos identificar a la estrategia dentro del marco de una organización, como un Plan de Acción que fija objetivos básicos, establece los grandes cursos de acción, a partir del estudio del contexto y de los puntos débiles y fuertes a nivel interno; asigna los recursos requeridos; fija responsabilidades y habilita la medición y el control pertinente.

A pesar de las brechas que puedan darse, respecto a la realidad hospitalaria actual, nuestro equipo considera que el

mejoramiento de los servicios hospitalarios se encuentra radicado en la concreción de la filosofía de hospital de autogestión con tendencias a la consideración de lo que se conoce como "Calidad Total", lo que evidentemente implica tender al cambio en el estilo de dirección, lo que mostramos sintéticamente a través de diez puntos considerados "fuerza":

1. El cliente y la satisfacción de sus necesidades son lo más importante.
2. La satisfacción de las necesidades de los clientes prevalece sobre los objetivos de la organización.
3. El Hospital debe desarrollar al máximo sus funciones activas diagnósticas y terapéuticas.
4. Responsabilizarse e implicarse en el proceso de mejora continúa.
5. Democratizar la organización.
6. Motivar e impulsar la creación de equipos.
7. Establecer y mejorar los canales de comunicación e información.
8. Considerar las sugerencias de los trabajadores y responder rápidamente a ellas.
9. Asumir que la mayor parte de los problemas radica en el mal funcionamiento de los sistemas y no en los errores de las personas.
10. Insistir en mejorar los sistemas y procesos.

## BIBLIOGRAFIA

- Arce, Hugo E. "El territorio de las decisiones sanitarias." Buenos Aires: Ediciones Macchi, 1995.
- Pungitore José Luis. "Herramientas de Sistemas de Información". Buenos Aires: Ediciones Héctor Macchi, 1993.
- Baroli, Carlos A. y otros. "Administración aplicada a Organizaciones de Salud. Buenos Aires" Editorial Osmar D. Buyatti, 1997.
- Berstein, Pascual Horacio. "Principios básicos de Management y Marketing para profesionales de la Salud." Buenos Aires: Ediciones Héctor Macchi, 1997.
- Corella, José María. "La Gestión de Servicios de Salud" Madrid. Ediciones Díaz de Santos, 1996.
- Cuervo J. L., Varela J., Belenes R.. "Gestión de Hospitales. España" Ediciones Vicens Vives, 1994.
- Droveta Susana. "Dirección de la Salud." Buenos Aires Ediciones Macchi, 1992.
- Errasti Francisco. "Principios de Gestión Sanitaria." Madrid Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- Malagón-Londoño Gustavo, Galán Morera Ricardo, Pontón Laverde Gabriel. "Administración Hospitalaria." Bogotá. Colombia Editorial Médica Panamericana, 1996.

- Pujol. Miguel Jaime. "La Administración en Salud." Buenos Aires Editorial "Su Libro". 1997.
- Sonis Abraam y colaboradores. "Atención de la Salud". Buenos Aires Editorial El Ateneo, 1984.
- Varo Jaime. "Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión Hospitalaria". Madrid Ediciones Díaz de Santos, 1994.
- Wayne Boss. "Desarrollo organizacional en los Servicios de Salud". Estados Unidos: Addison-Wesley Iberoamericana, 1991.

#### ■ DOCUMENTOS

- Larocca Norberto G., Rímoli Ricardo H. ,Rossi María Proyecto: "Curso de Especialización en Gerencia de Servicios de Salud." Buenos Aires, 1993.
- Larocca Norberto G., Pasqualino Roberto y otros. Proyecto de Investigación: "Hacia el diseño de un Sistema de Información histórico y predictivo que contemple el Control de Gestión en empresas prestadoras de Servicios de Salud". San Justo, Pcia. de Buenos Aires: Universidad Nacional de la Matanza, 1997.
- Larocca Norberto G., Pasqualino Roberto y otros. Proyecto de Investigación: "La incidencia de los juicios de mala praxis en el incremento de los costos en entidades

prestadoras de servicios de salud" San Justo, Pcia. de Buenos Aires: Universidad Nacional de la Matanza, 1999.

- Larocca Norberto G.- Tesis Doctoral ante la Pacif Western University – EEUU. "Gerenciamiento de cambios en organizaciones prestadoras de servicios de salud. Octubre 1998.
- FEIAS Y HOSPITAL ITALIANO – Modelos y Técnicas de Costos en los Sistemas de Salud – Ciclo de Jornadas Internacionales. Buenos Aires, Argentina, 9 y 10 de octubre de 1998.
- Anuario Clarín, 1997-1998.
- El Hospital en la Reforma II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires. Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad, 1996.
- Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Legislación). Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social, 1994.
- Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud. Instrumentos para el Hospital Público de Autogestión. Buenos Aires. Pronatass, 1994.
- Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud. Normas de Descentralización para Establecimientos de Salud. Buenos Aires. Pronatass, 1994.
- Otros: Informaciones varias de O.P.S. y Banco Mundial.