

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO – SEDE ANDINA
TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA
LICENCIATURA EN ECONOMÍA

Diseño de un modelo de valuación de costos hospitalarios.
Estudio de caso y aplicación en el Hospital Zonal Bariloche
“Dr. Ramón Carrillo”



Autora: Mercedes Vázquez Castillo
DNI:19.074.463
Legajo:UNRN-14.459
Directora: MSc. Mariana Beatriz Dondo Bühler
Codirector: Dr. Héctor Martín Civitaresi

San Carlos de Bariloche, Septiembre 2020

A mis padres, a mi cito, a 'niño' y a 'nene'.

Agradecimientos

A mis tutores, Mariana Dondo y Martín Civitaresi, por su guía, por la humildad con la que me transmitieron sus saberes y las valiosas discusiones en las que me permitieron participar como una más. Además, por el continuo apoyo que me brindaron y las palabras de aliento que nunca faltaron. Sin ellos este trabajo no hubiese podido realizarse.

A la Universidad Nacional de Río Negro, estoy orgullosa y agradecida de haberme formado en esta universidad pública y por haber conocido tanta gente linda y profesional dispuesta a ayudar; además, por las dos becas de reconocimiento al mérito académico que me otorgaron. Al Centro Interdisciplinario de Estudio sobre Territorio, Economía y Sociedad (CIETES), en el cual se realizó este trabajo, en el marco de una beca BEITA y una beca EVC-CIN.

Al Hospital Zonal Bariloche “Dr. Ramón Carrillo”, dentro del cual se llevó a cabo gran parte de esta investigación. A Leo Gil, por haberme facilitado el vínculo con el resto del personal y el acceso a la información. A todo el personal que me ayudó en las entrevistas e intercambios que tuvimos. Especialmente, a Ana Hollmann, por el tiempo que me dedicó, por sus valiosas contribuciones, por el caudal de conocimientos que me transmitió y, sobre todo, por la calidez humana con la que siempre me trató.

A todos mis profesores, quienes de una manera u otra contribuyeron a mi formación y me acompañaron durante estos años. En especial, a Andrés, por su comprensión; a él, a Fran y a Omar, por sus explicaciones claras y esa increíble cualidad de hacer parecer fácil lo difícil; a Ana Capuano y Lugones, por haber despertado en mí el interés por las ciencias sociales; a Azcoitia y al profe Martín, por la pasión que nos transmitieron en sus clases y fuera de ellas, revolucionaron mi manera de pensar; a la Dondo, por su profesionalismo y eficiencia, por su palabra amiga; a ella y a Evelyn, por el pragmatismo en sus explicaciones directas y sencillas; a Lucas, por convertir las clases en un laboratorio y animarnos a ser agentes activos en el proceso de aprendizaje; a López, por su sentido del humor en las clases y haberme introducido en el fascinante mundo de las finanzas; al profe Kozulj, quien nos contagiaba con su entusiasmo y amor por la economía; a Escardó, por aterrizarnos tantas teorías a la realidad económica actual en las discusiones que generaba en Eco III; a Lanza, por las reflexiones que

nos animaba a hacer constantemente. A Migueeuu, por nuestras interminables horas de debate, por ese escepticismo suyo que nos llevaba a conclusiones inimaginables para mí, pero sorprendentes a la vez; por adentrarme aún más en el alucinante mundo de las matemáticas y permitirme trabajar con él como alumna ayudante en Matemática para Economistas I.

A mis compañeros de clases, por el cariño con el que me trataron, por la humildad con la que me explicaban cuando yo no entendía algo, por la paciencia que me tuvieron; aprendí mucho de la Argentina a través de ellos. No sólo me hicieron sentir bienvenida, sino una más del grupo. Para ellos soy “la cubana”; ellos para mí forman parte del subconjunto de mis argentinos favoritos. Les deseo muchos éxitos en sus vidas personales y profesionales.

A mis familiares, amigos, compañeros de trabajo y alumnos. En especial, a mi Bella, por su cariño y lindas travesuras; a Ivette, por su sinceridad y lealtad, por estar ahí siempre, y a Daniel, por su incondicionalidad y sentido del humor, a ambos por la linda amistad que hemos sabido cultivar; a Mabel, mi hermana del corazón, por sus malcriadeces y sus sabios consejos, por recordarme quién soy cuando se me olvida; a Ama, por querer siempre lograr la mejor versión de mí y por hacerme reír como pocos pueden; a Mahe y a Testé, dos almas bohemias, con quienes tuve el placer de compartir momentos muy felices en la vida; a Silvia y al profe Armando, por esos ricos almuerzos y las tardes llenas de fructíferos debates; a Simoniin, por su optimismo, por estar siempre dispuesta a escuchar y ayudar; a Aymee, por acompañarme en la distancia durante mis dos embarazos, juntas redefinimos la amistad en la era digital; a la profe Corina, por permitirme trabajar en algo que me apasiona; a mis alumnos, por contagiarme con la alegría de la vida y su juventud.

Por último, pero por sobre todo, a mis padres, quienes nunca han dejado de sacrificarse por sus hijas y, ahora, por sus nietos. Ellos han sido mi guía, mi ejemplo, mi inspiración. A mi cito, quien no me dejó rendirme cuando el cansancio y los obstáculos parecían vencer, por las horas que tuvo que escucharme hablando de la carrera, por confiar en mí más que yo misma. Para ellos no encuentro palabras suficientes de agradecimiento por su apoyo y ayuda incondicional.

Y a mis hijos, quienes vinieron a enseñarme que se puede amar hasta el infinito.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE FIGURAS	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
Resumen.....	6
Introducción	8
Capítulo 1: El sistema de salud en Argentina y su proceso de descentralización	16
i. Estructura del sistema de salud en Argentina	16
ii. Distintas etapas del proceso de descentralización en el sistema de salud	23
a) La figura de los HPGD.....	31
Capítulo 2: Referencia al marco metodológico ABC y otros aspectos conceptuales vinculados a la gestión médica	38
i. Conceptos básicos de la metodología ABC.....	38
a) Objeto de costo, recursos, proceso y actividad	38
b) Cost drivers o inductores de costos	40
c) Centros de costos.....	41
ii. Asignación de costos según el método ABC	43
iii. Paciente día.....	44
iv. Costos fijos y costos variables.....	45
v. Costos directos y costos indirectos.....	46
Capítulo 3: Método ABC aplicado al cálculo del costo del paciente día en el HZB.....	48
i. Identificar los centros de costos en el HZB	48
ii. Determinar las bases de asignación.....	54
a) Inductores de costos de los centros de costos administrativos y generales	57
b) Inductores de costos de los centros de costos intermedios.....	62
c) Inductores de costos del personal	67
d) Otros inductores de costos	72
e) Amortización, servicios y partidas excluidas.....	72
Capítulo 4: Análisis de los resultados para el año 2018	74
i. Comparación entre los costos de internación y el NPS	85
ii. Comparación entre los costos de internación (teniendo en cuenta las fuentes de financiamiento) y el presupuesto del HZB.....	87
iii. Actualización de datos	89
Reflexiones finales	90
Anexos	97
i. Anexo 1: Nomenclador de Prestaciones de Salud	97
Referencias bibliográficas.....	98
i. Fuentes documentales.....	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de salud en Argentina	17
Figura 2: Lógica del método de costos ABC.....	39
Figura 3: Mapa conceptual del método de costos ABC.....	40
Figura 4: Centros de costos del HZB.....	48
Figura 5: Flujo de las prestaciones de servicios a las salas de internación	50
Figura 6: Pacientes días del HZB en 2018.....	78
Figura 7: Participación de las salas en el costo del paciente día del HZB en 2018.....	78
Figura 8: Participación de las salas en el costo mensual de internación del HZB a valores de diciembre de 2018.....	79
Figura 9: Participación de los componentes en el costo total del paciente día del HZB en 2018.....	80
Figura 10: Relación de los costos fijos y variables en el costo del paciente día del HZB en 2018.....	82
Figura 11: Participación de los costos directos e indirectos en el costo total del paciente día del HZB en 2018.....	84
Figura 12: Composición de los costos directos e indirectos del HZB en 2018	85
Figura 13: Porcentaje del costo promedio del paciente día del HZB (2018) cubierto por el Nomenclador vigente en 2018.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Actividades administrativas de los centros de costos administrativos y generales	51
Tabla 2: Actividades generales (de apoyo asistencial) de los centros de costos administrativos y generales	52
Tabla 3: Actividades (de tipo técnico) de los centros de costos auxiliares	52
Tabla 4: Nombres de las salas en las distintas fuentes del HZB	56
Tabla 5: Criterios de asignación de los centros de costos administrativos y generales.....	58
Tabla 6: Total de pacientes en el año 2018	58
Tabla 7: Pacientes días por sala y criterios homogéneos combinados	59
Tabla 8: Criterios de asignación de los centros de costos administrativos y generales.....	60
Tabla 9: Criterio de asignación de la alimentación para pacientes: No. de tipos de comida.....	62
Tabla 10: Criterios de asignación de los centros de costos intermedios o auxiliares	63
Tabla 11: Servicios técnicos auxiliares año 2018: consultas externas e internación	64
Tabla 12: Criterios de asignación de los centros de costos intermedios (servicios técnicos)	64
Tabla 13: Personal de salud relacionado al trabajo en las salas de internación	67
Tabla 14: Bases de asignación del personal médico que trabaja directamente en las salas: tiempo dedicado al trabajo en internación	69
Tabla 15: Personal médico, técnico y administrativo empleado en los servicios técnicos.....	71
Tabla 16: Bases de asignación generales de varias partidas de gasto	72
Tabla 17: Principales resultados para cada sala de internación en el año 2018.....	75

Resumen

En esta tesina se parte del principio de que la salud es un derecho que debe ser garantizado por el Estado. Por cuestiones de garantía de derechos, de equidad y de externalidades positivas de la salud, el Estado interviene o bien como prestador directo o como regulador, o bien ofreciendo información. En los tres subsectores que componen el sistema de salud argentino –el público, el privado y el de la Seguridad Social– participan varios actores con distintos objetivos y poder de negociación en la prestación, el financiamiento y la regulación de los servicios sanitarios. Además, en Argentina los tres niveles de gobierno intervienen en las políticas de salud en mayor o menor grado. Esta fragmentación del sistema de salud dificulta la coordinación de políticas sanitarias y una gestión eficiente de los recursos. Este trabajo pretende contribuir con la generación de información valiosa que falta para lograr una mayor eficiencia en la gestión presupuestaria y un mejor uso de los recursos escasos.

El objetivo general de esta tesis es, entonces, contribuir a una gestión más eficiente y racional del presupuesto destinado a la salud pública, en el contexto de la descentralización microeconómica del sistema de salud y el funcionamiento de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD). Para ello se proponen tres objetivos específicos: i) comprender los procesos de descentralización en salud y las normativas que propiciaron el proceso de descentralización microeconómica en la gestión de la salud, dando lugar a los HPGD, para contextualizar el análisis de costos de prestación de servicios hospitalarios; ii) adaptar la metodología para la medición de costos a un hospital de complejidad VI, como es el caso del Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo (HZB); iii) estimar los costos de sus salas de internación, analizar y discutir los resultados encontrados en el contexto de aplicación de nomencladores para el recupero de costos de prestación.

Como parte de la estrategia metodológica para llevar adelante el objetivo específico i, se analizan artículos de varios autores, las normativas y los decretos concernientes a la política de descentralización hospitalaria. Las normativas son accesibles en la página de información legislativa. Para alcanzar los objetivos específicos ii y iii se desarrolla un modelo analítico de valuación del costo promedio del paciente día del HZB en el año 2018, partiendo del marco

propuesto por la metodología de Costeo Basado en Actividades (ABC). Este método rastrea los costos desde los recursos empleados en la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, hasta las actividades y luego desde éstas hasta los objetos de costos (productos, servicios finales, procesos y clientes).

Esta investigación arroja una serie de resultados importantes para la gestión presupuestaria y el uso eficiente de los recursos en el HZB. Por ejemplo, se estima que el costo promedio de un día de hospitalización es de \$5054 a valores de diciembre de 2018 y, actualizado a abril de 2020, es de \$8565 (55.6% mayor). El costo varía entre salas, siendo en promedio el de las áreas críticas tres veces mayor al de las no críticas (\$13,478 y \$4,663, respectivamente). Las áreas críticas representan un 23,3% del costo total de internación y las no críticas un 76.7%. En este estudio se estima que, para el año 2018, el costo de internación asumido por el HZB representa, en promedio, un 53% del presupuesto del HZB. Por otro lado, existen diferencias significativas entre los costos de internación calculados con el método ABC y los montos que el HZB puede facturar a las instituciones que cofinancian el sistema de salud en caso de atender a pacientes que tengan esas coberturas. Los casos más llamativos son de Pediatría, UCI neo y UTI pediátrica, en las que los costos promedios del paciente día son 6.3, 5.3 y 4.5 veces mayores que los montos del nomenclador.

El aporte principal de este trabajo, en el contexto de descentralización microeconómica, ha sido la generación de información valiosa, como son los costos de producción de las salas de internación del HZB. Conocer los costos posibilita que los directivos realicen una gestión más racional y eficiente de los recursos y del presupuesto hospitalario. La información generada en este trabajo sirve de insumo para la elaboración del programa anual y el cálculo de gastos y “recursos genuinos” del HZB, y proporciona a los directivos datos más sólidos para negociar mejores convenios con los Agentes de Seguro de Salud. Este trabajo sirve de referencia para futuras investigaciones: se podría determinar luego el costo del paciente día que fue intervenido quirúrgicamente o teniendo en cuenta las patologías más frecuentes. Para continuar con la labor iniciada en este trabajo es indispensable modernizar los sistemas de información del HZB y adoptar lineamientos estadísticos comunes a todos los servicios.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946) define a la salud como “el estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este concepto ha ido evolucionando en el tiempo y ha integrado diversas perspectivas y dimensiones hasta llegar a ser considerada la salud como la capacidad de funcionar o un fenómeno multidimensional (AECID, 2014). El derecho a la salud está contemplado en la Constitución de la OMS como uno de los derechos humanos fundamentales, es decir, es un derecho inmanente a todas las personas, sin distinción alguna de religión, sexo, nacionalidad, etnia o cualquier otra condición (OMS, 1946). Además, el derecho a la salud se relaciona ineludiblemente con otros derechos fundamentales, como son el derecho a la educación, al trabajo, a una vivienda digna, a la no discriminación, al acceso a la información, entre otros (OMS, 2017).

En este trabajo se parte del principio de que la salud es un derecho que debe ser garantizado por el Estado, más allá de la búsqueda de la eficiencia en el mercado de salud. Es el Estado el principal responsable de brindar una cobertura médica homogénea a toda su población, ofrecer las mismas oportunidades a todas las personas de disfrutar el nivel máximo de salud que puedan alcanzar, y velar porque se respete el derecho de los individuos de controlar su salud y su cuerpo sin injerencias (AECID, 2014; OMS, 2017). Para que las personas puedan ejercer su derecho a la salud es necesario que el Estado adopte políticas no discriminatorias, a la vez que protejan, respeten y promuevan los derechos humanos fundamentales (OMS, 2017).

De igual manera justifica la intervención estatal el problema de la desigualdad, ya que el mercado no garantiza el acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios (Abuelafia et al., 2002). Además, la existencia de distintos actores con diferentes objetivos y poder de negociación, así como la heterogeneidad en el poder adquisitivo de las personas, condicionan el acceso y la cobertura de salud (Abuelafia et al., 2002). Por otro lado, la financiación y las prestaciones de los servicios de salud se desarrollan generalmente en mercados imperfectos. Por tanto, por cuestiones de garantía de derechos, de equidad y de externalidades positivas

y/o negativas de la salud, el Estado interviene o bien como prestador directo o como regulador, o bien ofreciendo información.

Las principales fallas en el mercado de salud se relacionan con la falta o asimetrías de información, así como la existencia de externalidades positivas y/o negativas en el suministro de los servicios. Las imperfecciones en el flujo de la información son explicadas por las relaciones que se establecen entre los prestadores de los servicios (médicos y centros de salud) y los pacientes, así como entre ellos y los terceros que financian el sistema de salud, es decir, las obras sociales (OS) de distintas jurisdicciones, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), el Ministerio de Salud (MSAL) u otros financiadores (Maceira, 2002; Arce, 2012). Surge así el problema de agencia en el sistema de salud, que junto a las ya mencionadas fallas restringen el uso del sistema de precios como mecanismo asignador de recursos más eficiente. Se explica así la necesidad de la intervención por parte del Estado mediante la creación de entes contralores y estructuras regulatorias que inciden y tratan de corregir las ineficiencias del mercado en el que opera el sistema de salud.

La capacidad de intervención estatal en el sistema de salud ya sea mediante la provisión directa de los servicios, la regulación y/o el financiamiento de éstos, tiende a relacionarse con el nivel de riqueza del país, y también con otros aspectos como la noción de justicia de una sociedad que implica demandas o no al Estado de determinadas responsabilidades y funciones (Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015). Se esperaría entonces que apareciese un problema de equidad en estos mercados, puesto que la mayor demanda de los servicios de salud pública ocurre en los sectores más vulnerables en sociedades menos desarrolladas donde el Estado, en principio, cuenta con menos recursos, los cuales a su vez no siempre son usados para achicar la brecha de las desigualdades.

Los modelos de salud en el mundo se derivan de dos paradigmas, el de Seguridad Social al estilo alemán –donde coexisten recursos estatales y privados, su financiamiento está asociado a una alícuota del salario de trabajadores integrados al sistema de economía formal– y el modelo inglés de Servicios Nacionales de Salud —donde los recursos son meramente estatales y su financiación se deriva de impuestos generales. En la Argentina el sistema de salud es mixto, pero su génesis está en el prototipo de Seguridad Social. El sistema de aseguramiento

social argentino está compuesto por distintas clases de instituciones de seguridad social: las Obras Sociales Nacionales (OSN), las Obras Sociales Provinciales (OSP), el PAMI y el subsistema privado de medicina prepaga (Maceira, 2010; Arce, 2010; Arce 2012).

En Argentina los servicios de salud están cubiertos por tres sectores: el público, el privado y las obras sociales, los cuales comparten responsabilidades en cuestiones relacionadas a la provisión y financiamiento de los servicios, además de la coordinación del sistema de aseguramiento social. Esta estructura sanitaria, que tiende a ser híbrida respecto a la naturaleza de sus fuentes de financiamiento y los prestadores de los servicios, propicia la coexistencia de servicios privados y públicos, tanto de internación como ambulatorios. Además de la participación de los sectores público y privado en el sistema sanitario, los tres niveles de gobierno intervienen en las políticas de salud en mayor o menor grado. Si bien durante los dos primeros gobiernos peronistas la competencia en el área de salud corresponde al ámbito nacional, a mediados de la década del 50' comienzan a darse los primeros avances del proceso de descentralización, mediante el cual se traspasan funciones y responsabilidades a los niveles subnacionales.

Según Cetrángolo y Bisang (1997), la descentralización en el sistema de salud argentino ha tenido tres etapas claramente visibles: la primera, en la década del 50', una segunda, en los 70' y la tercera, en el marco de las políticas neoliberales de los 90'. Con estas políticas se buscaba una modernización, achicamiento y mayor eficiencia en el Estado, así como el traspaso de responsabilidades a niveles subnacionales de gobierno, pero no se tuvo en cuenta la transferencia de los recursos ni las capacidades de gestión que las mismas implicaban. Por ello, algunos autores consideran que esta política de descentralización no se debió a un programa planificado, sino más bien respondió a cuestiones fiscales (Rojas, 1999). Surge en este contexto la figura de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), a partir de la sanción del Decreto 578/93, los cuales, luego del Decreto 939/00, pasan a llamarse Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

En esta última etapa de descentralización microeconómica se buscaba que los hospitales promovieran acciones que les permitieran aumentar sus presupuestos a través de los ingresos

de “recursos genuinos”, o sea, a través del cobro a las OS, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otros similares, por las prestaciones efectuadas a sus afiliados. Lo que pueden cobrar los HPGD a estas instituciones está determinado por el Nomenclador de Prestaciones de Salud (NPS), su cálculo y actualizaciones quedan bajo la órbita del Comité del Régimen de HPGD.

A partir de entrevistas al personal administrativo y directivo del HZB se pudo conocer que los precios establecidos en el NPS presentan, al menos, dos problemas: 1) en algunos casos, el monto cobrado a las OS y otras instituciones que cofinancian el sistema de salud no es suficiente para cubrir los costos, lo cual genera problemas de financiamiento (Lamfre, 2016); 2) todavía en algunas regiones del país, por la misma prestación, el monto pagado por estas instituciones difiere entre un hospital público y un establecimiento privado, lo cual genera problemas de equidad. En el caso particular del HZB, las OS en el año 2018 pagaban por una consulta con médico general \$85.80 (Resolución 1191/2018), mientras que IPROSS¹ –que es una de las que menos paga–, por ejemplo, abonaba alrededor de \$180 a las instituciones médicas privadas por la misma prestación. Es necesario aclarar que si los montos son insuficientes se puede deber, en parte, a que las actualizaciones de los mismos quedan por debajo de la inflación sectorial; otra explicación viable es que puede deberse a una intencionalidad de desfinanciar al sector público de salud (Tafari, 1997; “La crisis del 2001 encontró la salud pública desfinanciada”, 2008; CELS, 2014). Teniendo en cuenta estos problemas antes mencionados, en esta tesina se adapta una metodología al cálculo de costos de internación del HZB. La información obtenida permite que el HZB pueda contar con datos sobre sus costos de producción para poder establecer mejores convenios con los Agentes de Seguro de Salud al negociar los montos y las actualizaciones del NPS, así como para gestionar de la mejor manera su presupuesto.

Actualmente las instituciones que brindan servicios de salud se enfrentan a demandas crecientes, que resultan muchas veces insatisfechas por la falta de recursos. Es necesaria, por ello, una gestión eficiente de los recursos limitados con el objetivo de garantizar el acceso a

¹ El Instituto Provincial de Seguridad Social (IPROSS) es el sistema oficial obligatorio de seguro de salud de los empleados de la provincia de Río Negro, al cual también pueden afiliarse otros trabajadores de manera voluntaria.

los servicios de salud, especialmente de los sectores más vulnerables de la sociedad (Alvear et al., 2010). En este contexto se hace pertinente estudiar el impacto del proceso de descentralización en el sistema de salud, en especial, de las normativas de los HPGD en la gestión hospitalaria y en la eficiencia en la prestación de los servicios de salud en Argentina.

Si bien existen investigaciones acerca del financiamiento de la salud en Argentina, la equidad en el financiamiento y en la prestación de los servicios (Arce, 2010; Arce 2012; Cetrángolo, 2014; Maceira, 2010), no hay muchos estudios empíricos que evalúen el impacto de los decretos de descentralización microeconómica sobre el financiamiento, el vínculo hospital público-sociedad civil, la equidad y la gestión hospitalaria de los recursos de los HPGD incorporando en su análisis los costos de producción (Cetrángolo & Bisang, 1997; Crojethovic & Ariovich, 2008; Lamfre, 2016). Este trabajo se propone avanzar en esta última línea de investigación, utilizando como caso de estudio el HZB.

El objetivo general de esta tesis es, entonces, contribuir a una gestión más eficiente y racional del presupuesto destinado a la salud pública, en el contexto de la descentralización microeconómica del sistema de salud y el funcionamiento de los HPGD. Para ello se proponen tres objetivos específicos: i) comprender los procesos de descentralización en salud y las normativas que propiciaron el proceso de descentralización microeconómica en la gestión de la salud, dando lugar a los HPGD, para contextualizar el análisis de costos de prestación de servicios hospitalarios; ii) adaptar la metodología para la medición de costos a un hospital de complejidad VI –como es el caso del HZB–; iii) estimar los costos de sus salas de internación, analizar y discutir los resultados encontrados en el contexto de aplicación de nomencladores para el recupero de costos de prestación. Esta investigación tiene también entre sus motivaciones brindar información que contribuya a la discusión de si realmente la implementación de la normativa de HPGD limita el acceso a las fuentes de financiamiento de los hospitales públicos, lo cual incidiría negativamente en la equidad en la prestación de los servicios.

En el presente trabajo se desarrolla un modelo analítico de valuación de los costos de internación para el HZB, partiendo del marco propuesto por la metodología de Costeo Basado en Actividades (Activity Based Costing, ABC por sus siglas en inglés). Bustamante-Salazar

(2015) encuentra los antecedentes de esta metodología a finales de la década del 80, en la obra de Porter (1987) que trata acerca de la cadena de valor y en un artículo de Miller y Vollmann (1985) sobre el costeo de transacciones, pero aclara que son Thomas Johnson, Robert Kaplan y Robin Cooper los autores fundadores del andamiaje conceptual del sistema de costos ABC. Este es un modelo ampliamente usado a la hora de calcular los costos en empresas y organizaciones (García Guzmán, 2012; Plaza Villalva, 2013; Zamprogno, 2016; Arellano Cepeda et al., 2017), en instituciones hospitalarias (Gómez Arciniegas, 2011; Lamfre, 2016), así como también se emplea la modalidad ABC basada en el tiempo (Time Driven Activity Based Costing, TDABC por sus siglas en inglés) (Massara, 2015).

La metodología ABC parte de una mirada holística de la organización, en la cual se desarrollan actividades y procesos interrelacionados que insumen recursos y tienen como fin la realización del objetivo social para el que fue creada. Los sistemas de costeo ABC tienen como fundamento evaluar el coste de las actividades o servicios que se realizan en una organización, basándose en el principio de que son las actividades las causas reales que determinan el consumo de recursos, los subsiguientes costos y el rendimiento del negocio (Cooper & Kaplan, 1998; Kaplan & Anderson, 2007).

Se elige adoptar esta metodología por las ventajas que presenta respecto a otros métodos de costeo. Por ejemplo, el método ABC posibilita una mayor minuciosidad en el cálculo de los costos, proporciona un mapa económico de la organización y ayuda a comprender a los administradores la sostenibilidad de la organización identificando dónde se generan o pierden los recursos (Cooper & Kaplan, 1998). Otra de las ventajas de esta herramienta práctica es la mejor asignación de los costos indirectos dentro de los procesos, servicios intermedios o finales, fabricación de un producto o atención al cliente/paciente. El mayor nivel de especificidad en la información relevante suministrada permite identificar áreas de alto impacto para la mejora de los procesos y la toma de decisiones concernientes a la evaluación del desempeño y las actividades que hacen al negocio, al presupuesto de los recursos y al análisis de la rentabilidad de éstos y del cliente (Cooper & Kaplan, 1998; Bustamante-Salazar, 2015).

De ahí que se considera que el sistema ABC es muy útil para la determinación del costo promedio del paciente día porque rastrea todos los recursos utilizados en la prestación del servicio de hospitalización. Mientras más preciso es el cálculo del costo del paciente día, se puede hacer una asignación más eficiente del presupuesto y se perfecciona la toma de decisiones estratégicas concernientes a los servicios hospitalarios prestados. Además, el método tradicional de costeo es una herramienta apropiada cuando se están midiendo los gastos reales que tuvieron lugar en un centro de responsabilidad, gastos susceptibles de ser controlados por los empleados (Cooper & Kaplan, 1998). Pero el método de costeo ABC muestra ventajas a la hora de combinar los costos en varios centros de costos y responsabilidad, que sería el caso a la hora de determinar el costo del paciente día donde intervienen múltiples centros de costos en el hospital.

Entonces, este estudio se centra en la determinación del costo promedio del paciente día de las siete salas de internación del HZB para el año 2018. Para ello se utilizan los datos suministrados por los Departamentos de Estadística, Administración, RRHH y Personal, así como de otros servicios del HZB, por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Obras y Servicios Públicos del gobierno de Río Negro. También se utiliza información obtenida a partir de entrevistas a los especialistas que trabajan en las salas de internación.

El HZB es el referente cabecera de la región Andino Patagónica, con la complejidad más alta, o sea, la VI (tiene los servicios de hospitalización y ambulatorios cubiertos por clínicas básicas, además brinda servicios de mediana y alta complejidad). La provincia se divide en cuatro zonas (Gral. Roca, Cipoletti, Viedma y el HZB), siendo el HZB la cuarta, que atiende a habitantes de otras localidades como Pilcaniyeu, Ñorquinco, El Bolsón, Ingeniero Jacobacci y Comallo. Se estima que atiende al 60% de la población de la localidad² y de acuerdo a las autoridades del HZB aproximadamente el 70% de los pacientes que se atienden no tienen cobertura médica.

Esta tesina presenta la siguiente estructura: luego de esta introducción, se divide en cuatro capítulos y las reflexiones finales. En el primer capítulo se contextualiza el análisis de costos a

² Sitio oficial del Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramón Carrillo": <http://www.hospitalbariloche.com.ar>

partir de la descripción del sistema de salud argentino, las distintas etapas del proceso de descentralización y las particularidades de los HPGD. En el segundo capítulo se describen los principales conceptos metodológicos del método ABC, que luego son aplicados para calcular los costos de las salas de internación en el HZB en el año 2018 (capítulo tres). En el último capítulo se analizan los resultados más relevantes para la gestión económica y la administración de los recursos en el HZB. Para concluir, se discuten algunas ideas relacionadas con los objetivos propuestos en este trabajo.

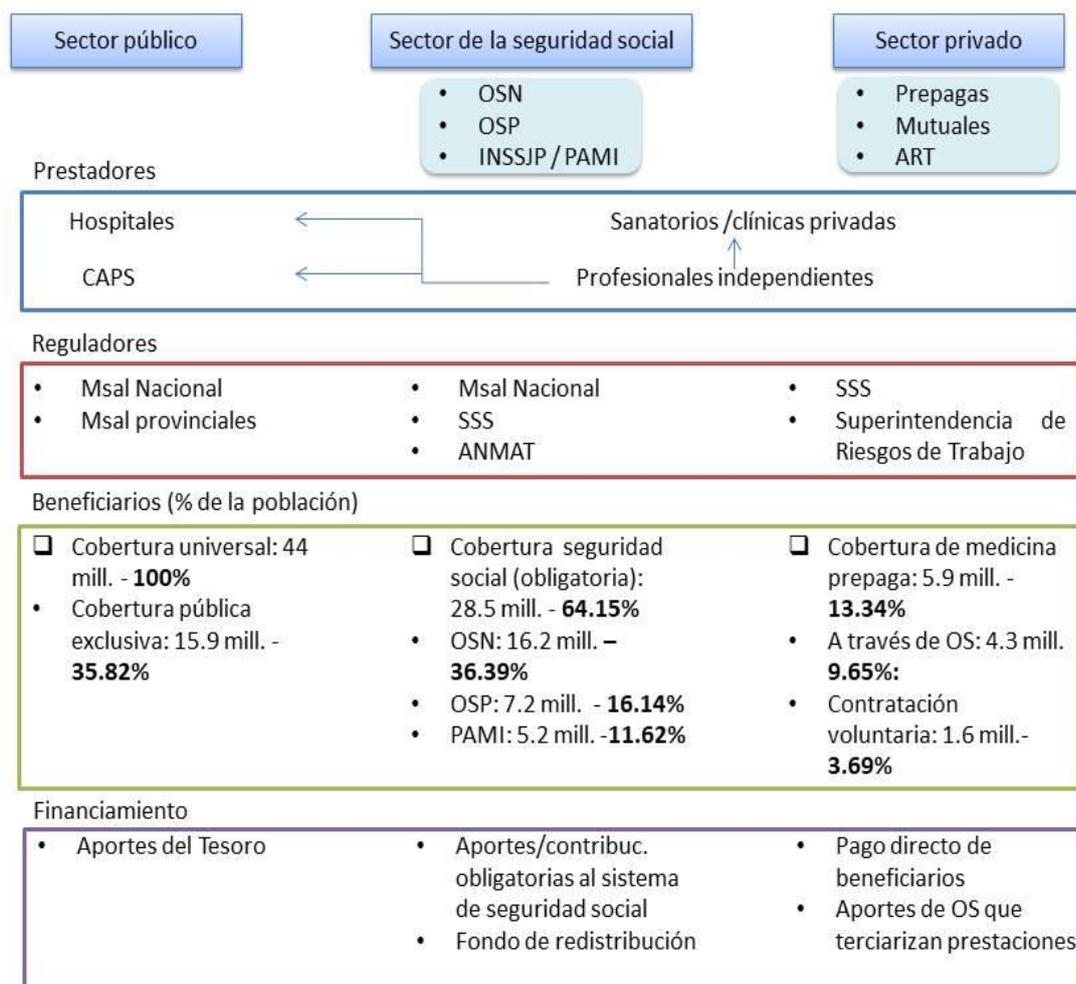
Capítulo 1: El sistema de salud en Argentina y su proceso de descentralización

Estructura del sistema de salud en Argentina

Becerril y Belló (2011) explican que el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el público, el privado y el de la Seguridad Social. El subsector público brinda cobertura universal de manera gratuita a toda persona que lo requiera y está constituido por los Ministerios de Salud nacional y provinciales, así como por los hospitales públicos y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Al subsector privado lo integran los profesionales de la salud independientes y las instituciones hospitalarias privadas que prestan sus servicios a usuarios que los demandan de manera directa, a través de las OS y de los seguros privados, dígase Empresas de Medicina Prepaga (EMP), mutuales, Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART) y otros similares. El subsector de la Seguridad Social obligatorio se organiza en base a las OS, las cuales tienen como beneficiarios a los trabajadores y a sus grupos familiares. También se incluyen en este subsector a los jubilados y pensionados a través del PAMI. La figura 1 resume el universo del sector de salud argentino con sus respectivos tres subsectores. La misma es una adaptación de una figura extraída de la tesis de maestría de Dondo (2013), actualizada con datos del 2018 del Informe Sectorial No. 12 de los Servicios de Salud (2019).

En la figura se observa que más de un tercio de la población total se atiende exclusivamente en el subsector público (15,938,100 personas), mientras que los beneficiarios de la Seguridad Social en su conjunto (OSN+OSP+PAMI) representan un 64.15% de la población total (28,543,000 personas). Por otro lado, el subsector privado tiene 5,936,000 usuarios, pero la cobertura pura de este subsector abarca a 1,640,072 personas (3.69%), quienes contratan voluntariamente planes con pago de bolsillo; el restante 9.65% (4,295,928 personas) corresponde a usuarios que derivan sus aportes (triangulación) desde una OSN para contratar algún seguro privado. Al sumar los porcentajes y las cantidades se advierte un excedente dado por el efecto de la doble cobertura formal en salud con la que cuenta una parte de la población.

Figura 1: Sistema de salud en Argentina



Fuente: Dondo (2013) con datos actualizados al 2018 a partir del Informe Sectorial No.12 de los Servicios de Salud (2019).

Los tres subsistemas comparten responsabilidades en cuestiones relacionadas a la provisión, financiamiento de los servicios y coordinación del sistema de aseguramiento social; pero, mientras los subsistemas público y privado son, principalmente, prestadores de servicios sanitarios, tanto de internación como ambulatorios, el de la Seguridad Social financia al sistema de salud. Asimismo, esta fragmentación del sistema de salud limita a la autoridad nacional en las tomas de decisiones para emprender reformas innovadoras estructurales en el sistema de salud argentino.

Si bien Cetrángolo (2015) se muestra reticente a afirmar que en Argentina existe un sistema de salud único y cohesionado, por razones que se abordan más adelante, se puede decir los tres subsectores coexisten. Los mismos presentan diferencias respecto a sus usuarios, los servicios que ofrecen y las fuentes de financiamiento (Dondo, 2013). El sistema de salud en Argentina es amplio en cuanto a la extensión de la cobertura de la población, pero presenta problemas de equidad y eficiencia (Gatto & Cetrángolo, 2002; Maceira, 2002; Maceira, 2008; Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015; Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Además, se caracteriza por una tendencia a la transferencia de riesgo hacia los proveedores (Maceira, 2002) y una progresiva separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. Asimismo, la múltiple cobertura o superposición prestacional, que se da cuando algún miembro de la familia tiene más de un empleo formal, se traduce en un uso ineficiente de los recursos y mayores gastos administrativos (Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015).

Según De la Puente y De los Reyes (2019), las estimaciones para el año 2017 del gasto total en salud dan que éste fue el 9.4% del Producto Interno Bruto (PIB). El 6.6% del PIB perteneció al gasto de los esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios, es decir, al gasto público en salud (2.7% del PIB) y al de la Seguridad Social (3.9% del PIB). El otro 2.8% del PIB correspondió al gasto privado en salud, o sea, al gasto de los esquemas de pago voluntario de servicios de salud, de las instituciones sin fines de lucro, de las empresas que no sean seguros basados en el empleador y al gasto directo de los hogares (gasto de bolsillo). La participación relativa de cada subsistema en el gasto total, el cual fue de 1,005,199 millones de pesos corrientes –\$22,822 anuales por persona–, fue la siguiente: el gasto de la Seguridad Social representó el 41.8%, el gasto público el 28.7% y el gasto privado el 29.5% (De la Puente & De los Reyes, 2019).

En el sector público, los distintos gobiernos jurisdiccionales se encargan de prestar servicios sanitarios a la población a través de los hospitales públicos y los CAPS. En el primer nivel jerárquico se encuentra el Ministerio de Salud de la Nación, el cual fue creado durante el primer gobierno peronista, y su función es actuar como responsable y garante del derecho a la salud (Dondo, 2013). Este derecho a la salud es reconocido en el artículo 42 de la

Constitución Nacional³ y en distintos tratados internacionales con rango constitucional a los que ha adherido la República Argentina, por ejemplo, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴ y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵. El concepto de salud referido en estos tratados internacionales, al igual que el definido por la OMS, es multidimensional, siendo el Estado argentino el responsable de garantizar el acceso a sus ciudadanos de los bienes, servicios y condiciones indispensables para alcanzarlo. De ahí que el MSAL atienda las cuestiones administrativas y de coordinación de las políticas públicas en el área de salud en todo el territorio nacional. Esto permite que el subsector público se encargue de los asuntos epidemiológicos, la provisión de bienes públicos (por ejemplo, a través de la generación de información y la realización de campañas de vacunación), el control sanitario fronterizo, la registración de los profesionales de la salud, el banco de drogas y la atención médica, entre otros.

Pero como la constitución argentina reserva a las provincias todo el poder en aquellas facultades no delegadas al gobierno federal, en materia de salud los gobiernos provinciales son autónomos y tienen potestad para decidir e implementar las políticas públicas sanitarias en sus jurisdicciones, por lo que los lineamientos del MSAL tienen más bien carácter indicativo

³ *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; (...)*

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, (...), al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.

La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, (...)

(Constitución Nacional, 1994)

⁴ *“Toda persona tiene derecho a un nivel de salud adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”* (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

⁵ *“1. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene de trabajo y el medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

(Ley 23,313, 1986)

(Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015). La coordinación de las políticas entre las provincias y Nación se dan actualmente en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA). Éste fue creado en los 80' y está compuesto por las autoridades de Salud Pública de mayor jerarquía del nivel nacional y provincial, así como de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quedando por fuera las autoridades municipales. El sector público se financia a partir de los aportes del tesoro (recaudación impositiva y otros recursos fiscales) (Dondo, 2013). Según la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME)⁶, una de cada tres personas no contrata cobertura médica, las cuales se atienden en el sector público, que por lo general brinda atención a la población de bajos recursos y que no están integradas en el sector formal de trabajo (Dondo, 2013). Según el último censo poblacional en 2010, alrededor de 14 millones de habitantes se atendían únicamente en el sector público, mientras que las estadísticas del Programa SUMAR indican que, para el año 2017, se había sumado un millón más, o sea, 15 millones de personas se atendían exclusivamente en alguno de los 10,896⁷ efectores públicos, ya sea hospitales públicos, CAPS y otros establecimientos. Mientras que, en el año 2018 eran casi 16 millones de personas las que contaban solamente con la cobertura médica pública (ver figura 1).

La prestación de servicios sanitarios públicos es universal, aunque como se dijo ya, se atiendan principalmente personas que no tienen otro tipo de cobertura médica. Esta prestación se puede dividir en tres niveles de atención (Atienza, 2016). El primero se conoce como dispensario, es decir, es prestado en los 7,844 CAPS⁸ que están ubicados principalmente en zonas alejadas de las ciudades o bien distribuidos en los ejidos municipales. La atención primaria es brindada a la comunidad principalmente por médicos generalistas, ginecólogos, entre otros. Consiste en un seguimiento a los pacientes a través de controles, campañas de prevención y promoción de la salud (Atienza, 2016). El segundo nivel de atención incorpora especialidades más complejas, como por ejemplo, clínica médica, obstetricia, algunos tipos de cirugía, y el tercer nivel de atención se ofrece en los hospitales públicos, donde se realizan todo tipo de prácticas (simples y complejas), así como los estudios de diagnóstico (tomografía,

⁶ Sitio oficial de CAEME: <https://www.caeme.org.ar/como-es-el-sistema-de-salud-argentino/>.

⁷ Reporte de Establecimientos REFES (consultado el 02/09/2019) (De la Puente & De los Reyes, 2019).

⁸ Sitio oficial de CAEME: <https://www.caeme.org.ar/como-es-el-sistema-de-salud-argentino/>.

resonancia, radiografía, análisis de laboratorio, entre otros) (Atienza, 2016). De esta manera queda cubierta la atención médica a la comunidad por parte del subsector público.

El subsistema privado está compuesto por empresas de distintas formas jurídicas que engloban a las clínicas, sanatorios, consultorios y centros de diagnósticos privados. Los principales usuarios de los servicios brindados en estas instituciones médicas privadas son las familias de medianos y altos ingresos (Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015; Cetrángolo & Goldschmit, 2018). Datos de la Superintendencia de Servicios de la Salud (SSS) revelan que para el año 2017 alrededor de 6 millones de personas estaban afiliadas a EMP, incluyendo a aquellas que hicieron la derivación y complementación de sus aportes (De la Puente & De los Reyes, 2019). Este panorama no cambia respecto a 2018, donde son 5,936,000 los beneficiarios de este subsistema (ver figura 1).

El pago de los servicios sanitarios privados puede ser realizado por los pacientes de forma directa, que sería un gasto de bolsillo, o a través del financiamiento del sistema de Seguridad Social, es decir, de las obras sociales o de empresas prepagas. Éstas últimas también forman parte del ámbito del subsistema privado y se estima que existen alrededor de 600 entidades diferentes en cuanto a tamaño (Cetrángolo, 2015). Además se estima que el 60% del sector lo conforman 10,000 establecimientos privados, con y sin internación (Cetrángolo, 2015). Al ser un sector donde la mayor parte de las clínicas y sanatorios privados son medianas y pequeñas empresas con fines de lucro, es generador de empleo con una alta tasa de trabajadores en relación de dependencia (aproximadamente el 65%) (Cetrángolo, 2015). Según la encuesta Anual de Hogares Urbanos del tercer trimestre de 2014, el 57% de los trabajadores del sector de salud (832 167 personas) estaban empleados en este subsector.

En 1996 se promulgó la Ley 24,754, la cual establecía que las empresas o entidades privadas deben cubrir, como mínimo, determinadas “prestaciones obligatorias” dispuestas también para las obras sociales. Este subsector estuvo mucho tiempo sin ningún tipo de regulación por parte del Estado, aunque cada modificación que iba sufriendo lo precisaba pues las nuevas formas de organización originaban nuevas fallas asignativas (Cetrángolo, 2015); pero no fue hasta 2011 con la Ley 26,682 que la SSS pasó a regular los tipos de

prestaciones y cobertura que se ofrecen en él (Dondo, 2013). Hasta ese momento, estas empresas se desempeñaban según las reglas de la economía de mercado (libertad de competencia y de elección, con fines de lucro y onerosidad del vínculo entidad prepaga/usuario) (Garay, 2016). Esta ley reglamenta no sólo el aumento de las cuotas de los planes, sino también la exigencia de afiliar a personas mayores de 65 años, así como afiliados con enfermedades previas, además de la obligatoriedad de presentar ante la Autoridad de Aplicación información demográfica, epidemiológica, prestacional y económico-financiera (Cetrángolo, 2015).

Con respecto al subsector de la Seguridad Social, la estructura y el funcionamiento de las OS lo definen como un espacio intermedio entre lo público y lo privado, así como una especie de descentralización excepcional del sistema de salud (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo 2015). En sus inicios realizaron funciones de prestadores de servicios sanitarios, pero en la actualidad actúan más bien como terceros financiadores de los servicios sanitarios que los otros dos subsectores brindas a sus beneficiarios. El subsector de la Seguridad Social se constituye por las OSN, que son 292 (Cetrángolo & Goldschmit, 2018), las 24 OSP, otros regímenes especiales como las OS del personal de las Fuerzas Armadas (FFAA), Seguridad y Universitarias y el Programa de Asistencia Médica Integral para Jubilados y pensionados de la Argentina, más conocido como el PAMI. Las instituciones antes mencionadas se encargan de brindar cobertura a los trabajadores formales activos (abarca también a los monotributistas) y pasivos, así como a los grupos familiares de éstos. Es decir, los usuarios del subsistema de la Seguridad Social son los sectores medios incorporados al sector de trabajo formal y los jubilados o pensionados del régimen nacional de previsión social.

Este subsistema se financia mediante aportes y contribuciones de empleados y empleadores; en el caso del PAMI es financiado con aportes y contribuciones sobre la masa salarial y los haberes pasivos (Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015; Cetrángolo & Goldschmit, 2018; De la Puente & De los Reyes, 2019). Para el año 2017 se estimaban unos 27.6 millones de afiliados al sistema de Seguridad Social, de los cuales 15.5 millones pertenecían a las OSN, 7.1 millones a las OSP y 5 millones al PAMI –éstos se atienden en alguna de las más de 600 agencias de atención y 38 Unidades de Gestión Local (UGL) que se encuentran distribuidas en

todo el país⁹ – (De la Puente & De los Reyes, 2019). Al año siguiente se incorporó casi un millón más de personas a este subsistema, el principal aumento se dio en las OSN que pasaron a tener 16.2 millones de afiliados, mientras que las OSP 7.2 millones y PAMI 5.2 millones (ver figura 1).

La Superintendencia de Servicios de Salud, creada por el Decreto 1615/96, actúa como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación cuyo objetivo es la fiscalización de las obras sociales e instituciones comprendidas en la Ley 23,660, así como las entidades de medicina prepaga previstas en la Ley 26,682. Los antecedentes de la SSS los encontramos en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), creado mediante la Ley de facto 18,610 en 1970, y La Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Dada la cantidad de obras sociales existentes se puede decir que la composición de este subsector es altamente descentralizada; sin embargo, los beneficiarios se concentran en muy pocas obras sociales, principalmente en aquellas que brindan los mejores servicios (Maceira, 2002; Dondo 2013).

Este subsector se financia con un porcentaje de la nómina salarial de los empleados formales, el 9% específicamente, donde el 3% corresponde a los aportes de los afiliados, mientras el 6% restante son las contribuciones patronales (Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015). Dondo (2013) y Maceira (2008) explican que una parte de estos fondos (el 10% en el caso de las OS sindicales y el 15% en las OS de personal de dirección) se destinan al Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que tiene dos objetivos principales: el primero es la administración de programas especiales (por ejemplo, patologías de alta complejidad, baja incidencia y alto costo, discapacidades, entre otros); y el segundo está vinculado a los subsidios que permiten a las OS de menor recaudación disponer de recursos para financiar al universo de sus afiliados el Programa Médico Obligatorio (PMO), instaurado como obligatorio por parte de las OS en 1996.

Distintas etapas del proceso de descentralización en el sistema de salud

El proceso de descentralización en Argentina no ha seguido un derrotero siempre claro, pues se ha intercalado con etapas donde se apuntó claramente a un sistema centralizado, por

⁹ <https://www.pami.org.ar/historia>, (Consulta el 05/08/2020).

ejemplo, durante los dos primeros gobiernos peronistas. En esta sección se intenta hacer una somera revisión de las tres etapas claramente visibles donde más se avanzó en la descentralización en el sistema de salud, prestando particular atención a las reformas que se sucedieron en la década del 90' en medio de la "reforma estructural del Estado".

Es necesario aclarar que en sus inicios, desde el virreinato, la cuestión de la salud era vista como un hecho de responsabilidad individual y prevaleció una pluralidad de instituciones que se basaban en el prestigio médico. Se caracterizaban, además, por un comportamiento reactivo ante demandas puntuales y sin visión alguna de largo plazo. El papel del Estado se limitaba a la formación de recursos humanos y a la asistencia en caso de contingencias que lo ameritaban (Cetrángolo & Bisang, 1997; Pigna, 2015).

Luego de la experiencia del Dr. Ramón Carrillo frente a la Secretaría de Salud Pública (1946-1949) y en el primer Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación (1949-1954), en la cual el Estado asumió un rol activo y de responsabilidad respecto a las cuestiones sanitarias en un marco de acción colectiva social, vuelve a retrocederse en este aspecto con la llegada de la mal llamada "Revolución Libertadora". En este periodo, de 1955 a 1978, comienza la primera etapa de una serie de reformas descentralizadoras de los servicios sanitarios, que en el ciclo anterior se habían centralizado bajo la órbita del gobierno nacional. De acuerdo a Cetrángolo y Bisang (1997) se da un proceso de "provincialización" de la capacidad instalada, reservándose el gobierno central la responsabilidad de aunar las acciones provinciales en un esquema integrado. Con ese objetivo se creó el Comité Federal de Salud, y luego a través de la Ley 22,373 de 1981 el Consejo Federal de Salud.

En la práctica el sistema de salud funcionó más bien de manera desarticulada. Cetrángolo y Bisang (1997) constatan que el proceso de consolidación de las OS como eje del sistema prestacional representó un límite al proceso de descentralización financiera de la Nación a las provincias. Esto se debió a que los sindicatos crearon o subcontrataron esquemas prestacionales según las necesidades propias de sus afiliados en un marco de limitado poder de reglamentación y coordinación de los niveles central y provinciales (Cetrángolo & Bisang, 1997). Además, algunas instituciones prestadoras de servicios siguieron siendo

responsabilidad del gobierno central y tampoco se avanzó en la descentralización microeconómica. Es así como, de acuerdo a Cetrángolo y Bisang (1997), el objetivo perseguido con esta descentralización de la Nación a las provincias respecto al gasto y la eficiencia pasó a ser un tema más bien de las formas de articulación que adoptaron los distintos integrantes del sistema de salud, el cual orgánicamente contenía mecanismos que los conducía ineludiblemente a la fragmentación y la desorganización.

La segunda etapa de descentralización en materia de salud tiene lugar a partir de 1978. La transferencia de 65 hospitales que estaban bajo el dominio de Nación a las jurisdicciones provinciales correspondientes y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires fue ejecutada sin ninguna propuesta por parte de Nación para la financiación de estas nuevas responsabilidades que debían asumir las provincias (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo, 2015). Además, el gobierno central conminó a las provincias a llevar adelante un plan de ajuste fiscal al no recibir apoyo financiero para hacer frente a las nuevas erogaciones en el área de salud. Debido a ello, con la vuelta a la democracia las provincias exigieron al gobierno central una mayor participación en el régimen de coparticipación federal en una razón proporcional a los gastos de los servicios de salud y de educación descentralizados en 1978.

La crisis fiscal que vivió el mundo a finales de los 80' junto a la falta de inversiones nacionales en salud, la caída en el volumen de la nómina salarial aportado a las OS y otras causas, volvieron a tensionar la dinámica del sector prestacional, y con ello al sistema de salud en general, a la vez que el subsector privado fue expandiéndose a mercados específicos (Carciofi et al., 1996; Cetrángolo & Bisang, 1997). En 1986 se vuelve a la idea de una descentralización microeconómica propiciándoles a los hospitales públicos una mayor autonomía que les permitiera vincularse mejor con los otros componentes del sistema sanitario. También se dieron pasos para la conformación de un marco normativo que confiriera orden y control a la política de salud nacional. Con este objetivo se sancionan en 1988 dos leyes, la Ley 23,660 –de las Obras Sociales– y la Ley 23,661 –la de Seguro Nacional de Salud–, con las cuales se buscaba mejorar la cobertura y la equidad en la oferta de salud. No obstante, Cetrángolo y Bisang (1997) señalan que el artículo 4 de la Ley 23,661 apuntaba a una progresiva descentralización del Seguro Nacional de Salud, es decir, de las funciones,

atribuciones y facultades de la Secretaría de Salud de la Nación y de la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSES)

hacia las jurisdicciones provinciales y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

La década de los noventa es el período de llegada del neoliberalismo a la Argentina, la era del consenso de Washington en los países de la región y de ultramar; no debe restársele importancia a este escenario internacional cuando se intenta comprender la reforma estructural que se sucedió en estos años en el Estado y, particularmente, en el sistema de salud argentino. Si bien es cierto que la inflación logra contenerse en los primeros años y para algunos es el éxito de este periodo, el costo social que habría de pagarse años más tarde recayó principalmente en los asalariados y en las clases más vulnerables.

Es una etapa en la historia económica caracterizada por la desregulación y apertura de los mercados, la flexibilización del mercado laboral, el achicamiento del Estado a través de privatizaciones y despidos, la descentralización de los servicios de salud y educación, así como la integración regional. Ya en los primeros años comienzan los recortes en los sistemas de salud y de educación, se llevan adelante reformas estructurales que redefinirían las responsabilidades y funciones de los distintos niveles de gobierno al descentralizar territorialmente la administración de estos servicios (Crojethovic y Ariovich, 2009).

En el marco de estas políticas neoliberales se da la tercera oleada de descentralización en el sistema de salud argentino que comenzaría con el traspaso de 20 instituciones hospitalarias que aún mantenía Nación (Cetrángolo & Bisang, 1997). Con estas políticas se buscaba una modernización, reducción y mayor eficiencia en el Estado, así como el traspaso de responsabilidades a niveles subnacionales de gobierno, pero no se tuvieron en cuenta, como en las experiencias anteriores, la transferencia de los recursos ni las capacidades de gestión que las mismas implicaban y, por tanto, terminaron profundizándose las diferencias territoriales. Por ello, algunos autores consideran que esta política de descentralización no se debió a un programa planificado de políticas públicas y sectoriales, sino más bien respondió a cuestiones fiscales (Carciofi et al., 1996; Rojas, 1999) y a las demandas para el refinanciamiento de la deuda y extensión del crédito impuestas por el Banco Mundial (BM) y

el Fondo Monetario Internacional (FMI) a las economías de los países latinoamericanos (López, 2013).

Se hace necesario reflexionar sobre la relación entre la equidad en la provisión pública en el sistema de salud como expresión y consecuencia de las relaciones financieras entre Nación y los gobiernos subnacionales, así como de la compleja dinámica y fragmentación en la organización del sistema. Una característica de este proceso, que señalan Cetrángolo y Bisang (1997), es la simultaneidad de la descentralización de los gastos y la progresiva centralización de la recaudación. Particularmente, en el área de salud en el año 1994, las provincias asumieron casi las tres cuartas partes del gasto público total y el resto fue asumido por Nación y los gobiernos municipales en partes iguales (Cetrángolo & Bisang, 1997). Esta situación se dio mientras la recaudación tributaria estaba muy concentrada en el gobierno central (75.1%) y sólo el 21.1% en las provincias y el 3.8% en los municipios (Cetrángolo & Bisang, 1997). Se constata así la desigualdad entre lo recaudado por las provincias y las erogaciones que debieron asumir. Este es un aspecto que Nación intentó corregir mediante un esquema de transferencias hacia las provincias como es el Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos¹⁰, en el cual en varias ocasiones, según los autores, han pesado más las relaciones de poder de los distintos gobiernos jurisdiccionales que algún otro criterio de asignación.

Al examinar otros mecanismos de transferencia financiera del gobierno central a las provincias, Cetrángolo y Bisang (1997) explican que se siguen criterios de “beneficio” y otros que apuntan a mejorar la equidad distributiva atendiendo a los problemas sociales; pero señalan que estos últimos son en menor medida y más importante aún, relativo al sector de salud, es que no existiera ningún fondo que se redistribuyera de acuerdo a algún criterio o indicador de salud. Además, Cetrángolo y Bisang (1997) aclaran que el paulatino proceso de reducción del gasto público nacional en materia de salud en esta etapa era indicativo del débil vínculo de apoyo a las provincias a través de los programas asistidos desde Nación. Asimismo,

¹⁰ En 1988 se logra, aunque con muy frágil consenso, aprobar una nueva Ley de Coparticipación Federal que establecía un régimen “transitorio” de distribución entre Nación y las provincias. Según el artículo 15, esta ley estaría en vigencia hasta 1989, pero a falta de un régimen sustitutivo es el que rige en la actualidad. Durante la reforma de la Constitución en 1994, se reclama al Congreso de la Nación que en el término de un año se elaborara un nuevo régimen de coparticipación, pero hasta la fecha no se han puesto de acuerdo los gobiernos provinciales y Nación.

señalan que esos proyectos nacionales no eran decisivos en la agenda programática de las políticas provinciales y que el gobierno nacional tampoco contaba con la capacidad técnica y económica para ejercer la supervisión del destino de esos fondos.

A su vez, lo explicado previamente impidió que todos los habitantes del país pudieran acceder a servicios sanitarios homogéneos en cuanto a calidad y variedad, e hizo que éstos dependiesen de la localidad geográfica y la capacidad de gestión y generación de recursos (en términos de recaudación impositiva) de las provincias (Cetrángolo, 2015). Esto influyó negativamente en la equidad¹¹ en el sistema de salud, si ésta es entendida como indica la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS): como un elemento esencial de la justicia social que sugiere la inexistencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas a causa de variables sociales, económicas, demográficas o geográficas¹². Este es el concepto de equidad del cual se apropia este trabajo, el cual también está en relación con la definición de equidad planteada por Berlinguer (2002). Dicha definición prevé la acción mancomunada de las distintas instituciones del Estado para crear o favorecer las condiciones que permitan a cada individuo desarrollar y alcanzar su nivel potencial de salud. En éste influyen no sólo el acceso a los servicios sanitarios, los resultados obtenidos o la forma de financiamiento (Cetrángolo, 2015), sino también una multiplicidad de factores como el nivel de educación, el acceso al mercado laboral, las condiciones de la vivienda, la educación

¹¹ Dondo (2013) explica que la equidad en salud puede ser analizada desde varias aristas, según los *resultados alcanzados, el acceso y la distribución de los recursos para la salud o el financiamiento*. La primera de ella se refiere a una situación inequitativa si se relaciona el nivel de salud a condiciones ambientales o sociales (restricción en el acceso a los servicios sanitarios o calidad deteriorada del lugar de trabajo). La *equidad en el acceso* contempla diferentes variables que impiden alcanzar la equidad en salud, desde impedimentos económicos (asociados a la capacidad de pago y el lucro cesante), de cobertura y legales (incapacidad financiera o falta de recursos por parte de los sistemas de protección para brindar cobertura sanitaria que satisfaga las necesidades de la población), culturales y geográficas (lejanía de los centros de atención).

La última de las perspectivas analizadas, la de *equidad en el financiamiento*, plantea que una situación equitativa es aquella en la cual las personas participan en el costo de acuerdo a su nivel de ingreso y no según sus riesgos en salud, además los gastos en salud no deberían agravar la distribución del ingreso en una sociedad ni ser empobrecedores. Esta perspectiva toma en consideración las distintas fuentes de financiamiento de la salud (impuestos directos e indirectos, seguros de salud o pagos de bolsillo) y sugiere que la equidad está relacionada con la progresividad de las mismas. Pero especifica que por lo general, los sistemas con mayor tendencia a financiarse a través del gasto en bolsillo son más inequitativos, mientras que son más progresivos o equitativos aquellos donde la seguridad social tiene predominio en la financiación, siempre y cuando los ciudadanos más ricos participen en este esquema.

¹² Sitio oficial de la Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es.

alimentaria y el acceso a los bienes alimenticios, entre otros. Este concepto de salud abarca no sólo los aspectos del enfoque médico-biológico, sino también integra las perspectivas más generales del paradigma socio-ecológico (Frutos & Royo, 2006).

Las políticas sociales de esta década tienen el marcado propósito de privatizar la seguridad social y desarrollar acciones focalizadas dirigidas a combatir el incremento de la pobreza, lo cual estaba en consonancia con el contexto de mundialización de la economía y las políticas promulgadas por los organismos de crédito internacional. Éstos les exigían a los gobiernos latinoamericanos recortes en los servicios públicos y sociales, así como una menor injerencia en el mercado y una reducción del aparato estatal. Además, como ya se dijo, las reformas que se llevaron adelante abarcaron desde la reducción del gasto público y social, privatizaciones de empresas nacionales y la descentralización de instituciones médicas que estaban bajo la órbita del gobierno nacional hacia jurisdicciones subnacionales. Se hizo el traspaso de la gestión de varios hospitales públicos a las provincias y, aunque no fue algo común en este proceso, también se dieron varias experiencias donde las provincias descentralizaron algún tipo de servicio sanitario a los gobiernos locales. No obstante, los beneficios promulgados por las teorías de federalismo fiscal respecto a la cercanía de la provisión del servicio a los ciudadanos en cuanto a una mejora en la eficiencia del gasto y un mayor control por parte de la ciudadanía (Accotto et al., 2016), no han sido tan positivos como se pretendía en un inicio ni tampoco guardan relación con el gasto que se destina al sistema de salud (que es mayor que la media de los países latinoamericanos, aproximadamente 6% del PBI, similar al de los países desarrollados) (Cetrángolo, 2015).

De acuerdo a López (2013) las reformas en el sistema de salud en la década del 90' estuvieron encaminadas a sustituir los "costosos" programas universales propios del Estado de Bienestar –que se caracterizaban por el subsidio a la oferta–, por la focalización de las políticas sanitarias hacia los grupos de riesgos de mayor vulnerabilidad social. Los partidarios de las políticas neoliberales abogaron que esta focalización por problemáticas y riesgos en los programas de salud –que implicaba un subsidio a la demanda– era más eficiente pues dirigía los recursos a aquellos grupos más azotados por la pobreza y el ajuste estructural, los cuales quedaban mezclados en el modelo anterior. Además, sostenían que esta eficiencia

contribuiría a una mayor equidad en el sistema de salud. Pero la equidad a la que hacían referencia es a una *equidad estratificada*, es decir, iguales posibilidades/beneficios a iguales situaciones. Este concepto de equidad, que se sustenta en el principio de justicia de proporcionalidad¹³, está en consonancia con las perspectivas económicas y de mercado de redistribución de recursos económicos y precisa discriminar ciudadanos según su posición en la estructura social; es decir, para acceder a un beneficio parcial el paciente debe demostrar su condición de pobre y ve así vejado su derecho social de la salud (López, 2013). Por tanto, estas políticas confrontan el concepto de equidad del cual se apropia este trabajo y el derecho fundamental de los ciudadanos a la salud.

Aunque en este periodo las reformas más significativas se sucedieron en los subsistemas públicos y de Seguridad Social, terminaron modificando las reglas de juego y beneficiando al subsistema privado de salud en Argentina (Cetrángolo & Bisang, 1997; López, 2013; Dondo, 2013; Cetrángolo 2015). Dentro de los principales decretos de esta época se tiene el Decreto 1,269/92 de Políticas Sustantivas e Instrumentales, el cual constriñe el rol del Estado a un mero conductor, articulador y distribuidor del sistema de salud, delegando la función de administrador de los recursos a las instancias provinciales (Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015). Está también, por ejemplo, el Decreto 9/93 que habilitó la libre elección de OS, lo cual propició la concentración de los beneficiarios en pocas obras sociales que podían ofertar mejores servicios, socavando así la solidaridad por segmentos del modelo previo que permitía brindar servicios homogéneos al menos al interior de las OS por rama de actividad (Cetrángolo, 2015). Para contrarrestar un poco esta situación se crea el Programa Médico Obligatorio a través del Decreto 247/96, pero una vez más se atenta contra la equidad en el sistema de salud, pues este programa buscaba que las OS aseguraran un mínimo de atención en lugar de una cobertura homogénea en todo el territorio nacional (Cetrángolo, 2015).

Otras medidas que favorecen al subsistema privado son introducidas en el mercado de medicamentos. Por ejemplo, en el mercado farmacéutico se eliminan las barreras arancelarias, cuyo objetivo era proteger el mercado local de medicamentos y promover la

¹³ Este principio de la justicia plantea que existe una equivalencia entre lo aportado por los contribuyentes y los beneficios que reciben (López, 2013).

sustitución de importaciones. Esto provoca el aumento de importaciones de productos terminados y el subsiguiente déficit en el sector farmacéutico. Además, la extranjerización y concentración en esta industria son también dos procesos que se suceden en esta década. La desregulación del mercado farmacéutico se traduce en un aumento considerable de los precios de los medicamentos. La apertura económica no tiene el efecto disciplinador esperado. También trae aparejado vicios como la proliferación de un mercado negro de medicamentos y sustancias químicas que no tenían un uso estrictamente curativo. De igual manera, las medidas fiscales del gobierno para ganar competitividad y el incremento del desempleo influyen en el recrudescimiento de un modelo regresivo de financiamiento de los precios de equipamiento y de los medicamentos, cuyo aumento se agudizaría aún más ante la inminente salida del régimen de convertibilidad.

La figura de los HPGD

Surge en este contexto de descentralización la figura de Hospitales Públicos de Autogestión, a partir de la sanción del Decreto 578/93, los cuales, luego del Decreto 939/00, pasan a llamarse Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. El artículo 2 del primer decreto habilitaba a las distintas jurisdicciones del país a inscribir en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión –creado con la sanción del mismo– a aquellos hospitales que cumplieran los requisitos expuestos en dicha normativa. Estos decretos establecen el marco normativo que regula la dinámica de funcionamiento de descentralización microeconómica de los hospitales autogestionados, teniendo en cuenta las leyes imperantes en cada jurisdicción. La descentralización microeconómica representó para las unidades ejecutoras finales en las que se llevó a cabo una reconversión, es decir, pasar de ser un mero ejecutor de órdenes a asumir nuevas responsabilidades y el control en la toma de decisiones (Cetrángolo & Bisang, 1997).

Mediante el Decreto 578/93 se estableció la obligatoriedad del pago por las prestaciones a sus beneficiarios por parte de los Agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud a los HPA. Los ejes programáticos del proceso de descentralización microeconómica recogidos en este decreto se pueden resumir: i) la descentralización hospitalaria habilita a los HPA a realizar convenios, complementar servicios con otras instituciones asistenciales e integrar redes de

servicios con otros establecimientos tanto públicos como privados, cobrar los servicios a aquellas personas con capacidad de pago o a terceros pagaderos que cubran las prestaciones (artículo 4); ii) contribuir a la extensión de cobertura de la atención médica, brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad, contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional; implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de Atención Primaria de la Salud sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica; disponer de un Área de Servicio Social que posibilite, entre sus funciones, establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población que demande servicios (artículo 5); iii) elaborar una serie de informes, documentos y manuales de procedimientos que contribuyan a una mejor gestión, así como, disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital (artículo 6); iv) brindar atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población carente de recursos de forma gratuita en todos sus servicios (artículo 7). En el artículo 10 de dicho decreto se aclara que el HPA *“continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda"*.

Crojethovic y Ariovich (2008) sintetizan los elementos distintivos del Decreto 993/00 que sustituye al explicado previamente:

- *“Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas.*
- *Fomentar una gestión eficiente y racional de salud.*
- *Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.*
- *Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.*
- *Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad”.*

Además de estos dos decretos, se pueden encontrar una serie de manuales del MSAL que posibilitaron y orientaron el proceso de descentralización microeconómica de los hospitales públicos, como por ejemplo: *Normas de descentralización para establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Acción Social; Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*; así como, *Instrumentos para el Hospital Público de Autogestión* (Crojethovic & Ariovich, 2008). En el primero queda especificado el concepto de descentralización desde una perspectiva más administrativa: *“Desde la perspectiva de la administración, es un procedimiento jurídico por el que se transfiere el poder decisorio y resolutivo, así como los recursos necesarios para respaldarlos, desde una instancia de mayor jerarquía a otra que ocupa un nivel menor”* (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994). En el segundo se aborda la figura del hospital descentralizado como un “hospital moderno”, es decir, una empresa que debe encarar complejos procesos de producción que están interrelacionados; asimismo, plantea una fluida relación entre la producción clínica (egresos, prácticas quirúrgicas, consultas), la producción técnica médica (unidades de apoyo diagnóstico, como laboratorio y radiología) y la producción industrial (alimentación, lavadero) (Crojethovic & Ariovich, 2008). En el tercero, el MSAL esboza una serie de ejes rectores que permitirían a los HPGD planificar y programar el desarrollo institucional y el de su personal (Crojethovic & Ariovich, 2008).

Con la descentralización microeconómica se buscaba que los hospitales promovieran acciones que les permitieran aumentar sus presupuestos a través de los ingresos de “recursos genuinos”, o sea, a través del cobro a las OS, mutuales, seguros de accidentes, medicina laboral, empresas prepagas u otros similares por las prestaciones efectuadas a sus afiliados. Esto es visto por varios autores como un aspecto positivo pues los hospitales autogestionados podrían captar recursos a través del cobro a terceras instituciones por la atención de pacientes con coberturas asistenciales adicionales (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo, 2015; Crojethovic & Ariovich; 2008). Lo que pueden cobrar los HPGD a las OS y otras instituciones que cofinancian el sistema de salud está determinado por el Nomenclador de Prestaciones de Salud, su cálculo y actualizaciones quedan bajo la órbita del Comité del Régimen de HPGD. Según la información brindada por el personal administrativo del HZB, los precios establecidos en el NPS presentan, al menos, dos problemas: 1) en algunos casos, el

monto cobrado a las OS y otros terceros pagadores no es suficiente para cubrir los costos, lo cual genera problemas de financiamiento (Lamfre, 2016); 2) todavía en algunas regiones del país, por la misma prestación, el monto pagado por las entidades que cofinancian el sistema de salud difiere entre un hospital público y un establecimiento privado, lo cual genera problemas de equidad.

Además, los precios no se actualizan con la frecuencia debida y dado el contexto inflacionario característico en la Argentina quedan desactualizados generando también problemas de financiamiento para los HPGD. En el año 2008 se creó mediante la Resolución 1,230/08 un Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, cuyo objetivo era mantener permanentemente actualizados los valores del NPS, pero en la práctica las actualizaciones no han sido tan continuas como se esperaba¹⁴. A la fecha de realización del estudio de costos de este trabajo rigen los valores del NPS actualizados a través de la Resolución Ministerial 1,191/18, con fecha del 18 de junio de 2018, la actualización previa a ésta fue en 2015.

No obstante, las provincias encontraron varias motivaciones para adherirse al régimen de HPGD, por ejemplo, el respaldo del Estado nacional a través de la SSS para el cobro a las OS y entidades similares por las prestaciones brindadas a sus afiliados; eventuales beneficios a partir de las prestaciones y la asistencia técnica brindada por el PRESSAL (Proyecto de Reforma del Sector de Salud)¹⁵. Además, es muy laxo el sistema de acreditación y tampoco se tienen que someter a evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento de los requisitos (Abuelafia et al., 2002).

En este proceso histórico de descentralización se sucedieron múltiples experiencias según las provincias y dependieron de las respuestas de éstas como receptoras en primer lugar. Las

¹⁴ Mediante las resoluciones 1,230/08, 760/09, 254/11, 1,630/13, 60/15 y 1,191/18 se realizaron actualizaciones de los valores del NPS. Ver Resolución Ministerial 1,191/18. Recuperado en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/311701/norma.htm>.

¹⁵ El marco constitucional del PRESSAL es el de la Secretaria de Recursos y Programas de Salud y Acción Social de la Nación. El objetivo del PRESSAL era colaborar y asistir la implementación de los HPGD en cuanto a la cooperación técnica necesaria, la formación y capacitación de recursos humanos. Para ello Nación obtuvo un préstamo del BM de más de 100 millones de dólares. Las experiencias pilotos se dieron en la Capital Federal, en el Conurbano Bonaerense y en la provincia de Mendoza (Guerrero Espinel et al., 1999; Abuelafia et al., 2002).

opciones fueron desde imitar el sistema centralizado previo, pero en un marco territorial más acotado, hasta repetir el proceso descentralizador total o parcialmente hacia las unidades ejecutoras finales (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo, 2015). En este último caso, Cetrángolo y Bisang (1997) especifican que también hubo una diversidad en la tipología de organizaciones que surgen, dada por la autonomía jurisdiccional de las 24 provincias. Está, por ejemplo, el caso de la provincia de Neuquén, donde se evidencia la autonomía hospitalaria en el marco de un plan provincial de salud. Se encuentra también la experiencia de Mendoza, donde surgen los hospitales autónomos con intentos de coordinación provincial. También se dieron los casos de los hospitales autónomos sin esquema provincial explícito, como ocurrió en la provincia de Buenos Aires. Los hospitales autónomos de la jurisdicción nacional aparecen sobre todo en la ciudad de Buenos Aires y también hay casos donde al interior de las provincias se incorporan rasgos de los modelos mencionados dando lugar a sistemas mixtos, como ocurrió en Santa Fe.

En algunas de las primeras experiencias que analizaron Cetrángolo y Bisang (1997) se evidenció que la posible eventualidad de captar recursos extras implicó tensiones en las instituciones que trajeron varias consecuencias negativas para la equidad en el sistema de salud y que deben ser tenidas en cuenta para una intervención y regulación por parte del Estado. En primer lugar, el artículo 4 del Decreto 578/93 habilitaba a los HPA a cobrar los servicios que brindaban a personas con capacidad de pago o terceros pagadores y, aunque hubo resistencia en varias instituciones por parte del personal médico y de la comunidad para implementar el cobro a las personas que pudieran efectuarlo (Crojethovic y Ariovich, 2008), en otras se evidenció un desplazamiento de la atención de los pacientes usuales (acostumbrados a no pagar por el uso de los servicios) hacia aquellos que sí podían representar recursos adicionales (Cetrángolo & Bisang, 1997). Ello termina afectando el acceso a los servicios de algunos sectores de la población, principalmente de los más vulnerables. En segundo lugar, también se sucedieron presiones adicionales cuando los hospitales autogestionados veían reducidos sus ingresos extras por estar sobrecargados con los pacientes usuales. En tercer lugar, las tensiones aparecieron además cuando en los hospitales al acercarse al límite prestacional, se mostraron reticentes a incorporar nuevo personal pues ello implicaba una reducción en la nómina a repartir, perjudicándose así la

calidad de los servicios. De igual manera, hubo experiencias donde la descentralización implicó una limitación y hasta reducción del presupuesto público a los hospitales autogestionados, lo cual también se dio de la mano de una tendencia a la flexibilización salarial a través del pago de sobresueldos –con fondos propios recaudados por los hospitales– (Cetrángolo & Bisang, 1997).

Por la connotación operativa que adquirió debido a las posiciones antagónicas se encuentra el tema de la distribución de los excedentes a nivel del personal. Hubo experiencias donde se dejó fuera al personal administrativo, y esto conllevó al fracaso en la implementación de esta política como incentivo de enlazar mayores remuneraciones con eficiencia operativa (Cetrángolo, 2015). También se dieron casos, como en la provincia de Santa Fe, donde el 30% fue distribuido según el cumplimiento de las horas de trabajo y no de acuerdo a los indicadores de dedicación y productividad (Cetrángolo & Bisang, 1997).

Según Cetrángolo y Bisang (1997), los elementos caracterizadores de este esquema descentralizador, así como las limitaciones propias de los hospitales en los que se llevó a cabo (organización, capacidad de los recursos humanos, capacidad de gestión, sistema de administración), no parecen compaginar con un sistema que buscaba una mejora en la equidad. Este esquema partía de una lógica redistributiva desde la captación de recursos a través de los pacientes con capacidad contributiva hacia los pacientes de menores recursos, subsidiando y ampliando la cobertura de éstos últimos. Pero aclaran que las experiencias analizadas muestran que la mayoría de los hospitales, aun sirviéndose de las capacidades descentralizadoras nuevas, siguieron atendiendo con la misma lógica asistencialista tradicional sin adquirir una mayor capacidad de efectuar la redistribución de recursos esperada y la consecuente ampliación de la cobertura. Plantean algunas razones para ello, dentro de las cuales se encuentran: las mejoras en la productividad no se tradujeron en una extensión de horarios de atención, por lo cual se puede decir que no se amplió la cobertura hacia nuevas capas sociales; la política de sobresueldos no contempló incentivos en este sentido; y por último, se comprueba que la mayor parte de los ingresos adicionales pertenecían a pacientes de medianos o bajos ingresos, es decir, si se estuviera frente a un esquema de redistribución, éste sería entre los sectores más vulnerables.

Aunque el proyecto descentralizador presentó limitaciones, algunas experiencias demostraron que tendía a mejorar la eficiencia operativa al darles más libertad en la toma de decisiones a las unidades ejecutoras finales, pero ello no implicaba necesariamente una mayor equidad en el sistema (Cetrángolo & Bisang, 1997). Además, la capacidad de captar recursos adicionales en el mercado varió según el grado de competitividad de los hospitales y los múltiples puntos de partidas de éstos (recursos humanos, infraestructura prestacional, equipamiento, etc.), teniendo ventajas aquellos más modernos por sobre los más antiguos y de mayor dimensión, los cuales se ubican generalmente en zonas de escasos recursos (Cetrángolo & Bisang, 1997). Para que esta experiencia no hubiese afectado a la equidad en el sistema debieron ser contempladas políticas compensadoras claras y mecanismos de coordinación en cuanto a cuestiones de equidad y financiamiento en materia de salud por parte del gobierno nacional (Cetrángolo & Bisang, 1997; Abuelafia et al., 2002; Cetrángolo, 2015).

Se puede decir que más que la búsqueda de una mayor equidad y mejora en el financiamiento, en el espíritu de los decretos que guiaron este proceso de descentralización prevaleció la búsqueda de una gestión eficiente y racional del presupuesto de salud. Para ello, la implementación de un proceso técnico administrativo ágil y que asegure, a su vez, la optimización y el uso racional de los recursos, es esencial. Esto se dificulta si aún después de varios años de implementada la ley, los HPGD no cuentan con sistemas de información modernos que permitan la generación de información útil, ni tampoco con las capacidades técnico-administrativas requeridas para llevarlo a cabo. Para que una evaluación de la posibilidad de ser eficientes y racionales en la gestión del presupuesto hospitalario sea realista, los HPGD deben poder mínimamente conocer cuánto gastan y cómo asignan sus recursos. El aporte principal de este trabajo, en el contexto de descentralización microeconómica, es contribuir a la generación de información valiosa, como son los costos de producción de las salas de internación del HPGD Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carillo. Además esta investigación forma parte de un grupo de acciones impulsadas por la dirección del HZB con el fin de mejorar el proceso de toma de decisiones, concertar mejores convenios con entidades de la Seguridad Social e incrementar el presupuesto hospitalario a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas.

Capítulo 2: Referencia al marco metodológico ABC y otros aspectos conceptuales vinculados a la gestión médica

Conceptos básicos de la metodología ABC

Objeto de costo, recursos, proceso y actividad

La metodología ABC es un sistema de costos que permite determinar el costo específico según la dimensión analizada: costo del producto, costo del cliente, costo del servicio, etc. Como explicaran Cooper y Kaplan (1998) el Costeo Basado en Actividades rastrea los costos desde los recursos (personas, máquinas, etc.) hasta las actividades y luego desde las actividades hasta los objetos de costos –que son definidos en función del consumo–, es decir, hasta los productos, servicios finales, procesos y clientes (ver figura 2). Un **objeto de costo** se define como cualquier unidad de trabajo que, mediante el proceso de costeo, sea susceptible de ser cuantificada para establecer un valor unitario de la misma. Los objetos de costos se pueden clasificar de acuerdo a su origen en: *internos* (vinculados a los productos y a los servicios) y *externos* (vinculados a los vendedores y a los clientes).

En la figura 2 se explica de manera sencilla la lógica del sistema ABC. Ya sea para la producción de un producto, la prestación de un servicio o la atención a un cliente se deben ejecutar distintas actividades, las cuales a su vez pueden comprender varias tareas. En la realización de dichas actividades se emplean diferentes recursos, desde la mano de obra, hasta la energía, las maquinarias, las herramientas, el alquiler de locales y otras líneas de costo. Los **recursos** son, entonces, todos aquellos elementos económicos usados en la ejecución de las actividades, se clasifican en *costos* y *gastos*, se pueden encontrar en el sistema contable, por ejemplo: sueldos y prestaciones salariales del personal, materia prima, servicios públicos (Contreras, 2017).

En la dimensión horizontal de la figura 2 se observa que los **procesos** están formados por actividades, las cuales consumen y transforman los recursos con el fin de obtener un producto final o brindar un servicio específico; los procesos se clasifican en operativos y de apoyo, al igual que las actividades pueden ser operativas o de apoyo en dependencia de la unidad ejecutora que las realice (Contreras, 2017). Álvarez y colaboradores (2007) definen a una

actividad como “una combinación de recursos (personas, tecnología, materias primas, etc.) y entorno que produce un servicio y que describe lo que hace una empresa”. Los costos son calculados a partir de los inductores de costos, y luego se comparan con mediciones de desempeño. La metodología ABC reconoce la relación causal entre los inductores de costo y las actividades (Cooper & Kaplan, 1998; Álvarez et al., 1999; Kaplan & Anderson, 2007).

Figura 2: Lógica del método de costos ABC



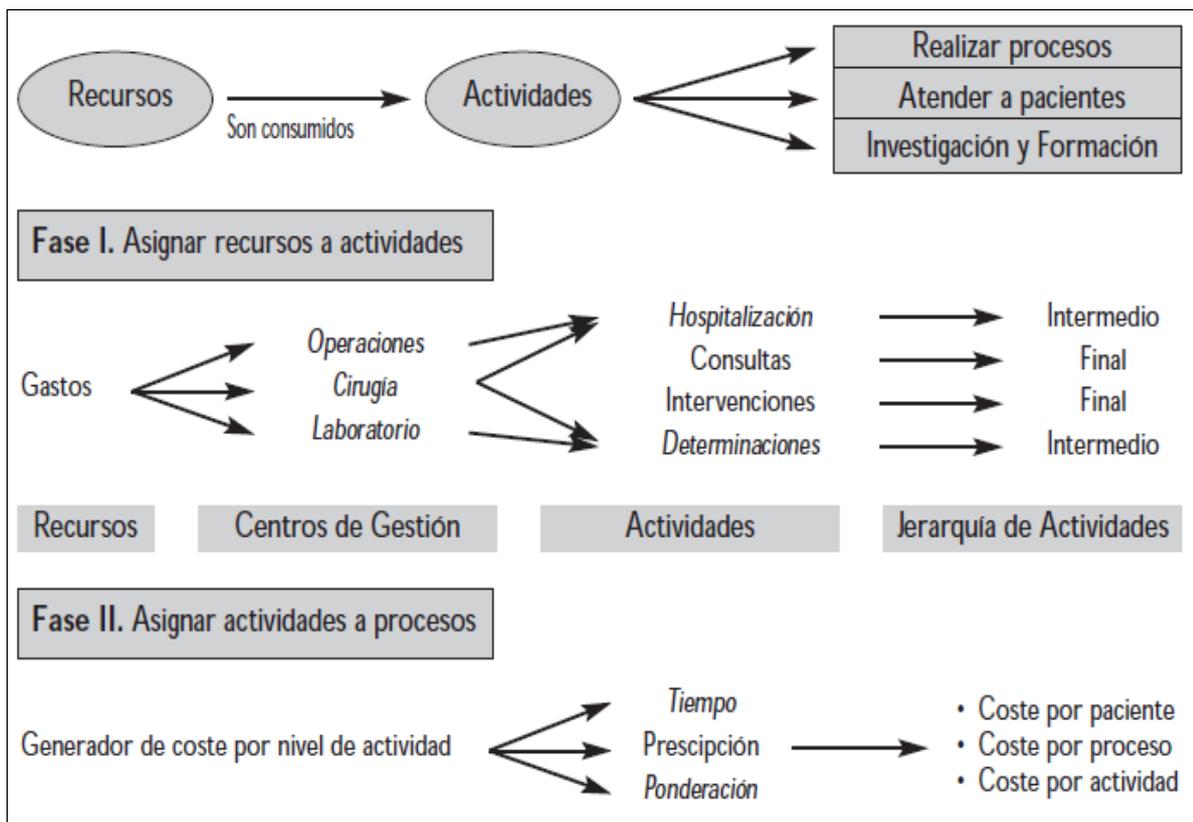
Fuente: Cooper & Kaplan (1998) y curso a distancia de la Universidad Militar Nueva Granada.

Según Contreras (2017) los recursos que implican costos y/o gastos de distinta naturaleza y que responden, por tanto, a criterios de distribución diferentes, deben ser discriminados en varias partidas. Además, todas las partidas de costos y/o gastos deben estar asociadas a un centro de costo. De acuerdo al autor, si en los centros de costos se realizan actividades de

apoyo y generales, los recursos consumidos representan gastos, mientras que si las actividades son de tipo operativas representan costos.

Un resumen del modelo conceptual usado en este trabajo y aplicado al estudio de costes en el ámbito sanitario, lo realizan Álvarez y colaboradores (1999) en el siguiente cuadro; sólo presentan algunas variaciones en la terminología, en lugar de centros de costos usan centros de gestión, y para el caso de los inductores de costos utilizan el término generador de costos.

Figura 3: Mapa conceptual del método de costos ABC



Fuente: Álvarez et al. (1999).

Cost drivers o inductores de costos

Los impulsores o inductores de costos son los factores que causan los costos; sólo actuando sobre ellos se pueden controlar y disminuir los costos pues inciden de manera significativa en la ejecución de las actividades (Álvarez et al., 1999). Los **cost drivers** o

inductores de costos son, entonces, los criterios o bases de asignación que se usan para asignar objetivamente los recursos a las actividades y de éstas hacia los distintos objetos de costos. Los tres supuestos básicos utilizados para derivar la tasa de impulso de costos de una actividad enumerados por Cooper y Kaplan (1998) son:

- i) la capacidad de los recursos suministrados;
- ii) el costo de suministrar una hora de tiempo productivo;
- iii) o el tiempo requerido para realizar la actividad.

Los autores son partidarios de la idea de usar para el cálculo del costo la capacidad práctica o potencial de los recursos, es decir, la capacidad en condiciones óptimas, sin demoras o deterioro de la calidad del servicio o producto, que no necesariamente coincide con el gasto real en un tiempo definido. Para ello argumentan que en determinadas situaciones desfavorables, el gasto real podría estar también representando el costo de la capacidad no utilizada, o sea, el costo de los recursos que se suministraron en ese periodo, pero que no fueron usados. Explican que el cálculo a partir del gasto real tiene incorporado fluctuaciones no relacionadas con la economía subyacente y la productividad de las actividades y procesos. Aclaran que siempre van a existir fluctuaciones normales en el gasto, el volumen, la productividad y el rendimiento. Las primeras ocurren porque puede haber un desfase entre el pago de los recursos y su uso. Las segundas ocurren porque la demanda efectiva generalmente difiere de la demanda proyectada. Y las fluctuaciones en la productividad y el rendimiento se deben a las variaciones intrínsecas de los procesos. Arguyen, además, que la incorporación de dichas fluctuaciones cortoplacistas induce a errores en la toma de decisiones por parte de los gerentes y enmascara la mejora subyacente o el deterioro de las actividades y los procesos. Un inconveniente para la determinación de la capacidad práctica de los recursos es que se debe contar con las series históricas de consumo o algún otro indicador de la organización, y esto no siempre es factible.

Centros de costos

Otro paso importante en la metodología ABC es la identificación de los **centros de costos**, es decir, la unidad lógica del trabajo de costos. Lamfre (2016) los define como aquellos

departamentos o unidades donde se originan los costos y son, por tanto, responsables de ellos, de ahí que Cooper y Kaplan (1998) los denominen **centros de responsabilidad**. Estos centros de costos guardan relación con el organigrama de la institución, es decir, se pueden identificar claramente a las personas responsables por la ejecución de las actividades y los correspondientes costos. Según Daccordi y Dalmazo (2004), estos centros de costos deben tener:

- i) una función específica asignada;
- ii) un espacio físico bien definido;
- iii) responsabilidades también claramente definidas;
- iv) una relación directa entre los costos generados y los servicios que presta.

Otra forma de agrupar los centros de costos es de acuerdo a los servicios o las funciones que realizan. Lamfre (2016) en su trabajo sobre el costo del día de internación en el hospital de Neuquén, explica los tres tipos de costos según el servicio prestado en un hospital:

- A. **Centros de costos administrativos y generales (estructurales)**: incluyen a las áreas que desempeñan servicios de dirección, administrativos y a las áreas proveedoras de servicios intermedios que no están directamente relacionadas al proceso de atención médica, como puede ser el funcionamiento de las instalaciones. Ejemplo de ellos son: los servicios de nutrición, de mucamas y de mantenimiento.
- B. **Centros de costos intermedios o auxiliares**: agrupan a los servicios médicos que brindan servicios técnicos intermedios relacionados con el proceso de atención médica. Se caracterizan por su alto contenido tecnológico y son pilares en la estructura funcional del hospital. Ejemplo de ellos son: diagnóstico por imágenes, laboratorio, hemoterapia, etc.
- C. **Centros de costos finales**: constituyen la médula del organigrama de la institución pues comprenden a las áreas donde se prestan los servicios finales que sintetizan el quehacer organizacional; resumen en sus precios todos los costos ejecutados en el hospital durante el proceso íntegro de producción médica.

Asignación de costos según el método ABC

La metodología usual para la **asignación de costos con el método ABC** en el ámbito hospitalario es descrita por Lamfre (2016) de la siguiente manera:

- I. **Asignación Primaria de Gastos:** es la asignación en un periodo definido de cada partida de gasto imputada a un centro de gasto entre todos los centros de costos. La partida de gasto puede ser distribuida de forma directa al centro de costos o en forma indirecta utilizando los inductores de costos.
- II. **Reparto en Cascada:** es la repartición de los costos fijos correspondientes a cada centro de costos, para ello se debe proceder:
 - i. **Distribución de los centros de costos administrativos:** una vez hecha la asignación primaria de gastos, los centros de costos generales y administrativos se distribuyen al resto de los centros restantes en forma individual según las tasas de distribución correspondiente al servicio prestado. Por ejemplo, a la hora de realizar la distribución de los costos fijos de algún centro de costo administrativo y general, como puede ser “Administración” o “Contables”, hay varios criterios que pueden ser usados: uno puede ser según la tipología de los pacientes o el área de atención (internación, ambulatorio, guardia central), otro puede ser según la cantidad de empleados ocupados en cada servicio. La adaptación de los criterios depende de las particularidades de la organización y de la factibilidad en el acceso a la información.
 - ii. **Distribución de los centros de costos intermedios:** estos centros se dividen en dos tipos, los **intermedios de apoyo** y los **intermedios genuinos**. Mientras los primeros son servicios que realizan actividades de apoyo a un intermedio genuino, los segundos son servicios de apoyo a las actividades de los centros de costos finales. Entonces, se da el caso que algunos centros de costos intermedios pueden distribuirse a otros centros de costos intermedios. En otros casos se hace la imputación de los centros de costos intermedios directamente a los centros de costos finales siguiendo distintas bases de asignación, como puede ser el volumen de actividad de apoyo, la producción de prestaciones demandadas o la cantidad de recursos empleados. En este caso de estudio se

tiene, por ejemplo, que en el centro de costos de “Esterilización” se distribuyen los costos a “Quirófano”, que es otro centro de costos intermedios, o a las salas de internación directamente, que son centros de costos finales.

- III. **Cálculo unitario de los productos finales:** es la distribución de los costos de cada “producto o servicio final agrupado” luego de haber acumulado los costos en los centros de costos finales.
- IV. **Cálculo del costo promedio:** es la división entre el costo total de los centros de costos finales y el volumen de actividades producidas por departamento (Santos & Rodríguez, 2004). En este caso de estudio el volumen de actividades se refiere a la cantidad de pacientes días atendidos en cada sala de internación en el HZB en el año 2018.

Paciente día

En este trabajo se usa la metodología ABC para determinar el costo promedio del paciente día en el HZB. De ahí que es necesario entender cuáles aspectos abarca el concepto de paciente día o día-paciente, como también se conoce en la literatura, y qué relación guarda con el día cama. En primer lugar se puede decir que el paciente día es una unidad técnica que estandariza y facilita el proceso de costeo y evaluación del producto hospitalario. Su estudio y medición aporta elementos sobre la gestión médica y económica del hospital.

Loaiza y Soto (2001) explican que el **paciente día** “*contiene el conjunto de todas las actividades que se realizan para otorgar las atenciones al paciente que se encuentra hospitalizado con la finalidad de recuperar su situación de salud*”. Estas actividades abarcan desde las prestaciones médicas directas brindadas en el servicio de internación, hasta los otros servicios de apoyo que brindan los diferentes centros de costos de un hospital. Los servicios de apoyo incluyen desde los servicios técnicos hasta los servicios de hotelería (mucamas, mantenimiento, etc.) y los servicios administrativos, que apoyan el proceso de internación hospitalario. Al ser el paciente día una unidad técnica de producción, engloba a todos los recursos que intervienen en el proceso productivo, y éstos a la vez componen su costo. Hace referencia, además, al tiempo de permanencia del paciente en la institución médica, es decir, la ocupación de una cama por parte de éste en un periodo de 24 horas.

El costo del paciente día se vincula a otros indicadores de la gestión hospitalaria, como es la utilización de la capacidad instalada del hospital. Un eficiente uso de la capacidad instalada impacta positivamente en la población si se atienden principalmente las demandas que inciden en sus tasas de morbilidad y mortalidad (Loaiza & Soto, 2001). Un indicador usado para describir la capacidad instalada en el hospital es el **día cama**. Este indicador se refiere únicamente a montos fijos en los que obligatoriamente incurre el hospital para mantenerse en funcionamiento aun si no hay pacientes internados. Entonces, como explican Loiza y Soto (2001), mientras el día cama da información de la capacidad instalada del hospital, el paciente día aporta elementos sobre la producción, la productividad y el uso de los recursos en el hospital.

Costos fijos y costos variables

Los costos que deben ser asignados a los diferentes centros de costos, según la metodología antes expuesta, están compuestos por costos fijos y costos variables. Los **costos fijos** son independientes al nivel de producción o de actividad realizada en el hospital hasta cierto límite. La estabilidad en estos costos se debe a que son gastos necesarios para que el hospital esté en condiciones de atender a sus pacientes, un ejemplo de ellos son el costo de mantenimiento y el costo administrativo en que incurre el hospital. Sin embargo, los **costos variables**, como su nombre lo indica, varían de acuerdo al nivel de actividad, ejemplo de ellos son los gastos en insumos (medicamentos, alimentos, servicio de lavandería) utilizados en la producción.

Los costos fijos y variables dependen de varios factores, como pueden ser la disponibilidad de los recursos y las políticas institucionales relacionadas a las estrategias de compras, la selección de los proveedores y los métodos de pago, los sistemas de gestión utilizados, la administración de los inventarios y la asignación del presupuesto por partida de gasto (Loaiza & Soto, 2001). No obstante, la forma de incidir sobre unos u otros varía. Los costos variables se pueden administrar con lineamientos médicos claros sobre los contenidos y productividad directa de los actos médicos; los costos fijos, por su parte, se pueden reducir a partir de otros enfoques administrativos dada la mayor independencia entre estos costos y el nivel de producción.

Por ello, Loaiza y Soto (2001) explican que el análisis de la relación de los mismos se vuelve fundamental en situaciones en las que conviven un alto nivel de costos fijos y una baja utilización de la capacidad instalada del hospital, ya que esto implica una transferencia de costos a los usuarios por conceptos que no han recibido. Además, el estudio de la relación costo fijo y variable contribuye a orientar a los gestores en cuanto al tipo de proceso administrativo que debe implementarse en el hospital.

De igual manera, el estudio de los costos fijos y variables ayuda a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y la calidad del producto hospitalario brindado a la sociedad. Es por eso, que los hospitales deben prestar particular atención a sus costos fijos y variables e intentar establecer una combinación óptima en el costo del paciente día. De lo contrario, surgirán inconvenientes que impidan integrar todos los factores productivos y brindar la cantidad de servicios que demanda la población, con la calidad y los costos eficientes desde el punto de vista médico, económico y social (Loaiza & Soto, 2001).

Costos directos y costos indirectos

Otro eje de análisis que complementa al estudio de costos del paciente día es el de los costos directos e indirectos, pues a través suyo se puede ponderar la participación relativa de todos los centros de costos en la prestación de los servicios al paciente y en el presupuesto hospitalario. Los costos directos guardan una relación directa con el servicio o bien producido sin la necesidad de usar algún criterio de prorrateo, mientras que para determinar los costos indirectos generalmente se utiliza algún criterio de reparto o base de asignación.

Una de las ventajas del uso de inductores de costos es su utilidad a la hora de determinar algún criterio de prorrateo de los costos CIS o CIF (costos indirectos del servicio o costos indirectos de fabricación). Los **costos indirectos** son erogaciones que no se pueden relacionar con la producción de un bien o la prestación de un servicio específico, pero sí constituyen un costo adjudicable a la producción pues son necesarios en el proceso productivo. Por ejemplo, los inductores de costos permiten asignar costos indirectos como la mano de obra indirecta (personal encargado de la administración y la contabilidad de la organización, personal encargado de la vigilancia y servicios generales), materiales indirectos, costos de librería,

limpieza y aseo, entre otros. Entonces, se puede deducir que los costos indirectos se originan en los centros de costos intermedios o auxiliares y en los centros de costos administrativos y generales, que participan indirectamente en la atención del paciente internado y forman parte de la función de producción del hospital (Loaiza & Soto, 2004). Mientras tanto, los **costos directos** se van a poder asociar claramente a servicios que se ejecutan. Se determinan por los recursos que se consumen directamente en los centros de costos finales, es decir, por los materiales utilizados, los servicios y otras obligaciones que estén asociadas directamente a la actividad que se realiza en estos centros.

El nivel de participación de los costos directos e indirectos en el costo del paciente día depende de varios factores: el desarrollo organizacional, la complejidad y las características del hospital, la complementariedad existente entre los distintos centros de costos, la calidad de los servicios prestados, así como, el peso económico y técnico de los distintos centros de costos (Loaiza & Soto, 2004). El estudio de los costos indirectos aporta elementos que permiten mejorar la comunicación y la relación entre los diferentes centros de costos; el estudio de los costos directos alude a la capacidad de resolución de las salas de internación; y el estudio de ambos tipos de costos contribuye a mejorar el desarrollo organizacional, los procesos de administración y la relación interdepartamental.

Capítulo 3: Método ABC aplicado al cálculo del costo del paciente día en el HZB

Identificar los centros de costos en el HZB

En el caso del HZB los centros de costos se definen como aquellos servicios que participan en la atención de pacientes mediante productos intermedios o finales. Como ya se explicó anteriormente, estos centros de costos se relacionan con el organigrama del HZB. La designación de los centros de costos se muestra en la figura 4.

Figura 4: Centros de costos del HZB



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Todos los centros de costos estructurales se tienen en cuenta en el cálculo del costo promedio del paciente día, con excepción de Choferes y Estadísticas. El primero porque en el departamento de Administración no consideran que sus partidas estén relacionadas a las salas

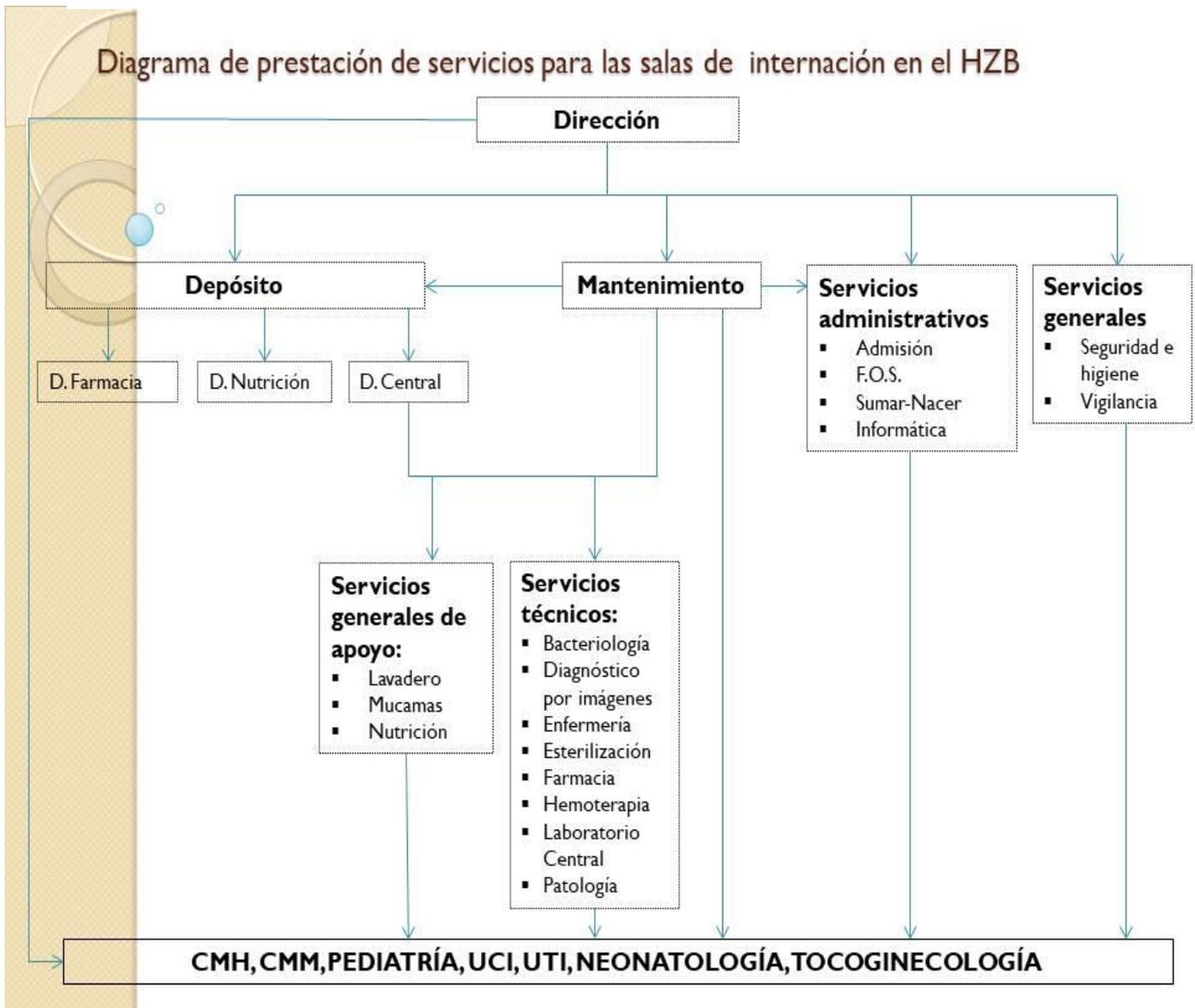
de internación (o no hay forma de determinar cuáles sí), y para el segundo no había partidas a tener en cuenta. En el caso de los centros de costos intermedios o auxiliares, se dejan fuera los dos servicios terciarizados y Kinesiología, ya que no se contaba con la información necesaria para incluirlos. Tampoco se contempla Quirófano, el criterio para no tener en cuenta este último es que se está calculando el costo promedio del paciente día internado que no fue intervenido quirúrgicamente. Y de los centros de costos finales solo se contemplan las siete salas de internación del HZB, éstas son: Cuidados Mínimos Hombres (CMH), Cuidados Mínimos Mujeres (CMM), Pediatría, Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Neonatología y Tocoginecología o Maternidad.

Una vez que se determinaron claramente los centros de costos del HZB, se pasó a identificar las actividades que se realizan en ellos y que implican el uso de recursos y apoyo directo e indirecto. Para determinar las actividades se realizaron en un primer momento entrevistas en profundidad al personal profesional de las salas, al personal administrativo y de servicios técnicos relacionado a internación. Las actividades se reconocen a partir de los enunciados (verbos) que las describen y sus objetos asociados; la cantidad de las mismas depende de la complejidad de la unidad organizativa analizada (Lamfre, 2016). A medida que se avanzaba en la adaptación y aplicación de la metodología se planificaron varios encuentros con el personal del HZB para realizar las modificaciones pertinentes y poder acceder a la información más adecuada. Ya que ésta no se encontraba toda concentrada en un solo departamento o servicio, fue necesario el intercambio continuo con los especialistas y el personal administrativo, así como visitar en varias ocasiones algunos servicios del HZB hasta lograr obtener la información disponible y aplicable al caso de estudio.

En la siguiente figura se describe el flujo de las prestaciones de los distintos servicios, agrupados en los centros de costos, hacia las siete salas de internación del HZB. Como se puede observar en este circuito de trabajo todos los departamentos responden a Dirección, incluidas las siete salas de internación. En un segundo nivel se tiene también a otros centros estructurales, que junto a Depósito y Mantenimiento prestan servicios administrativos y generales a las salas de internación y entre ellos también. En un tercer nivel se encuentran otros centros estructurales (como Lavadero, Mucamas y Nutrición), y los servicios técnicos

que conforman a los servicios auxiliares. Estos departamentos prestan servicios de forma más directa a las salas de internación, pero también reciben prestaciones de los centros administrativos y generales que están en el segundo nivel. Por último, se tienen los siete centros de costos finales de interés en este trabajo, es decir, las salas de internación.

Figura 5: Flujo de las prestaciones de servicios a las salas de internación



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Por ejemplo, algunas de las actividades de tipo administrativas realizadas en los centros de costos estructurales del primer y segundo nivel son las presentadas en la Tabla 1.

Tabla 1: Actividades administrativas de los centros de costos administrativos y generales

Actividades	Centros de costos
a) ejecutar el presupuesto;	Dirección, Administración
b) causar y pagar la nómina y las prestaciones sociales;	Administración, Contables
c) procesar y revisar la documentación para legalizar los procesos de compra;	Administración, Compras
d) emitir los conceptos jurídicos que demanden los distintos departamentos y dependencias;	Administración
e) efectuar la recepción administrativa de los bienes;	Administración, Compras
f) determinar y valorar las materias primas e insumos hospitalarios requeridos;	Administración
g) recolectar y sistematizar las estadísticas de los servicios y departamentos;	Administración, Estadística
h) orientar a los pacientes sobre los servicios ofrecidos;	Admisión
i) registrar la internación de pacientes.	Admisión

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Otra índole de actividades de tipo de apoyo asistencial efectuadas también en centros de costos estructurales del segundo y tercer nivel son las siguientes:

Tabla 2: Actividades generales (de apoyo asistencial) de los centros de costos administrativos y generales

Actividades	Centros de costos
a) realizar el mantenimiento de equipos médicos y en todos los servicios;	Mantenimiento
b) determinar y coordinar el tipo de alimentación de los pacientes;	Nutrición
c) preparar y distribuir los alimentos;	Nutrición-Cocina; Depósito Nutrición
d) prestar el servicio de lavandería y avituallamiento;	Lavadero
e) higienizar y fumigar las salas de internación y demás espacios físicos del hospital;	Mucamas, Seguridad e Higiene
f) proveer medicamentos, insumos y sustancias afines.	Depósito Central

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

También se pudo identificar un grupo de actividades efectuadas en los centros de costos intermedios (servicios técnicos), como son:

Tabla 3: Actividades (de tipo técnico) de los centros de costos auxiliares

Actividades	Centros de costos
a) coordinar y efectuar las labores del departamento de Enfermería;	Enfermería
b) suministrar los medicamentos a los pacientes;	Enfermería
c) esterilizar, proveer y reponer material de curación, ropa blanca y el instrumental quirúrgico;	Esterilización

d) seguir y recibir las compras de mercadería (medicamentos e insumos afines);	Farmacia
e) proveer y reponer medicamentos, material descartable y sustancias afines a las salas de internación;	Farmacia
f) extraer sangre, agrupar, compatibilizar, transfundir pacientes, realizar estudios a embarazadas, determinar grupo y factor de los pacientes;	Hemoterapia, Hematología
g) tomar y procesar las muestras (ej.: muestras respiratorias, hemocultivos, líquidos estériles, antibiograma, urocultivo, etc.);	Bacteriología
h) tomar y procesar las muestras (ej.: pruebas de sangre, biopsias, etc.).	Laboratorio Central, Patología

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

En las salas se realizan todas las actividades necesarias abocadas al cuidado y atención médica de los pacientes internados, con el fin de que vuelvan a recuperar su estado de salud previo a la internación. Estas actividades van desde la realización y control de las historias clínicas por los médicos y secretarías de salas, la supervisión diaria de los pacientes e intervención médica que realiza el personal médico y de Enfermería en las salas, entre otras. En estos centros de costos finales el consumo de recursos, así como la ejecución de las actividades que dan lugar al producto hospitalario final, se imputa directamente al costo promedio del paciente día.

Dentro de los recursos consumidos en las actividades que se ejecutan en los centros de costos antes mencionadas, se pueden enumerar los siguientes:

- a. personal médico (dentro de ellos se incluyen a los médicos, los especialistas internos y externos) y técnico (como enfermeros, agentes sanitarios) que trabaja directamente en las salas de internación;
- b. personal técnico especializado (por ej.: los técnicos de laboratorio) que trabaja en los distintos servicios auxiliares;
- c. personal administrativo y técnico que brinda servicios generales y de apoyo;
- d. medicamentos, sustancias afines, material de curación, material descartable, material médico y paramédico;
- e. material para prótesis y órtesis;
- f. instrumentos y aparatos de uso médico, así como equipo médico de alta tecnología (por ej.: equipos de laboratorio);
- g. alimentos y ropería;
- h. útiles de escritorio, oficina, enseñanza y similares;
- i. equipo de oficina y muebles;
- j. gastos generales (por ej.: servicios de luz, agua y gas);
- k. otros consumibles (por ej.: combustibles, compuestos químicos, tintas, pinturas y colorantes).

Determinar las bases de asignación

Una vez identificadas las actividades necesarias para la atención a los pacientes internados se les asignan los recursos que emplean. El costo de estas actividades se asigna a los objetos de costos –en este caso, a los distintos servicios que intervienen en el circuito de trabajo de internación– y luego a los servicios finales (ver figura 5). La imputación del costo se realiza a través de la asignación directa de las partidas de gastos a las salas de internación, en los casos que es posible, o a través de bases o criterios de asignación, es decir, a través de los inductores de costos (Bustamante-Salazar, 2015). En cualquier caso la información de los costos por servicio se obtuvo a partir del informe anual de gasto para el año 2018 del HZB.

El cálculo de los inductores de costos es complejo y, por tanto, requirió un conocimiento detallado de las actividades organizacionales del HZB relacionadas a internación, así como la recolección, sistematización y análisis de los datos de los distintos servicios. Dichas actividades

son realizadas en los distintos centros de costos del HZB. Las bases de asignación son especificadas en esta sección para cada servicio; en varios casos se utilizaron múltiples bases de asignación para obtener un costo más específico de cada sala de internación.

Para este estudio no se contó con la información histórica necesaria para determinar la capacidad potencial de los recursos. Por tanto, para algunos rubros o partidas de gastos no se trabajó con la capacidad práctica de los recursos suministrados, que es el primer supuesto para calcular los inductores de costos, sino con el gasto real en el año analizado. En otros casos, al no disponer del gasto real del año 2018, se realizó una estimación del uso de los recursos empleando datos de años anteriores, suponiendo que existe poca variabilidad en la proporción de los recursos asignados a internación en el tiempo. Esta suposición se hizo siempre que fue avalada por el criterio y la experiencia de los especialistas entrevistados. En la explicación de las bases de asignación se especifica cuáles datos se emplean para la distribución del gasto. También se mantienen los otros dos supuestos bases para la determinación de los inductores de costos (el costo de suministrar una hora de tiempo productivo o el tiempo requerido para realizar la actividad).

Las partidas de gastos, los medicamentos y los salarios del personal están expresados a valores de diciembre de 2018. El HZB tiene su propio actualizador de precios anual que contempla no sólo la inflación de los insumos y medicamentos que compran, sino además el recargo que le hacen algunos proveedores por morosidad en el pago. Para el año 2018 la inflación que calculó el HZB fue de un 49%, lo que da una inflación promedio mensual de un 3.4%¹⁶.

Teniendo en cuenta la registración de las partidas de gastos y los datos de internación (ver tabla 4), es necesario hacer una nueva distribución de las salas para el cálculo del costo promedio del paciente día. Es decir, de las primeras siete salas iniciales: CMM, CMH, UTI, UCI, Neonatología, Maternidad o Tocoginecología y Pediatría, quedan CMM, CMH, UTI, UCI, Maternidad; Neonatología se desagrega en UTI neo y UCI neo, Pediatría se divide en Pediatría y UTI pediátrica.

¹⁶ Si R es la inflación anual y r es la inflación promedio mensual, se tiene que: $1+r = \sqrt[12]{1+R} = 1.034$.

Tabla 4: Nombres de las salas en las distintas fuentes del HZB

	Estadística-internación en bruto	Estadística-internación 2018 trabajada	Administración-partidas de gastos	Estadística-Consultas médicas
1	CMH	CMH		
2	CMM	CMM		
3	Pediatría	Pediatría	Pediatría	Pediatría
4	UCI	UCI		
5	UTI	UTI	UTI	
6	Recién nacidos	Internación conjunta		Neonatología
7	UCI Neo	UCI Neo	Neonatología	
7	UTI Neo	UTI Neo		
3	UTI Pediátrica	UTI Pediátrica	UTI Pediátrica	
8	Tocogineco	Maternidad	Maternidad / Tocogineco	Tocogineco

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

En Maternidad no se incluyen a los recién nacidos que se internan conjuntamente con las madres, pero el gasto de los bebés, que es básicamente gasas y alcohol, se incluye como gasto de la madre. Las partidas de gastos de los servicios de Neonatología se distribuyen por igual entre UTI neo y UCI neo. En el servicio de Pediatría la distribución de las partidas, siempre que no estén especificadas entre Pediatría y UTI pediátrica, se hace proporcionalmente a la cantidad de pacientes días, perteneciendo el 84% a Pediatría y el 16% a UTI pediátrica.

En el caso de las partidas asignadas al servicio de Mantenimiento –así como, los servicios básicos (agua, luz, gas) – se continúa usando el criterio de siete salas a la hora de calcular el costo promedio del paciente día, pues se entiende que las prestaciones del servicio de Mantenimiento se hacen de forma directa a las salas e independientemente de la cantidad de pacientes. Esto se tiene en cuenta en aquellas salas que fueron desagregadas (UTI neo, UCI neo, Pediatría y UTI pediátrica), es decir, en esos casos el monto de la partida correspondiente se asigna según la proporción de los pacientes días.

Mientras tanto, en las partidas relacionadas a los conceptos de librería, mantenimiento, equipos de oficina y muebles, entre otros, que aparecen asignadas a los distintos centros de costos estructurales y auxiliares, el gasto se distribuye según la demanda de la sala, es decir, proporcional a los pacientes días. Se usa este criterio a falta de información cada vez que la prestación sea indirecta, es decir, que la prestación del servicio se realice sobre un centro de costo distinto a las salas de internación y que éste, a su vez, preste servicios a la salas.

Inductores de costos de los centros de costos administrativos y generales

Dado que para muchas partidas de gastos no está identificado si se refieren a gastos de internación o de atención ambulatoria, se adopta un criterio homogéneo en su distribución. Esto es, la partida se distribuye en forma proporcional a la fracción de pacientes que se internan respecto al total de pacientes atendidos en el hospital (criterio homogéneo 1). Además, en muchas partidas de gastos tampoco se registra la distribución de los recursos entre las salas de internación. De forma análoga, se adopta un criterio homogéneo (2) en la distribución de gastos, utilizando la distribución de pacientes días por sala.

Por ejemplo, los servicios de Depósito son utilizados para la atención de todos los pacientes en el HZB (ambulatorios e internados) y, en los registros, no se distingue qué área de atención es la que realiza la demanda. Entonces, para asignar los gastos asociados al servicio de Depósito a cada sala de internación se utilizaron los dos criterios homogéneos combinados. Es decir, en primer lugar se distribuyó el gasto total del servicio entre gasto asociado a atención ambulatoria y a internación; en segundo lugar, el gasto asociado a internación se distribuyó entre las salas utilizando la proporción de pacientes día por sala. Se usan estos dos criterios homogéneos combinados cada vez que aparecen partidas de gastos asociadas a los siguientes centros de costos estructurales: *Administración, Admisión, Compras, Contables, Depósito, Dirección, Fondo de Obras Sociales (FOS), Informática, Patio-Servicios Generales, RRHH y Personal, Seguridad e Higiene, Servicios Generales, Servicios Varios y Vigilancia*. Los resultados se obtienen de multiplicar el porcentaje de pacientes internados por el porcentaje de pacientes días de cada sala por la partida de gasto correspondiente (ver tabla 6 y 7). Si se tiene que:

X: se refiere a cada partida de gasto;

pi: se refiere al porcentaje de pacientes internados en el HZB (pacientes internados/ total de pacientes del HZB)¹⁷ (ver tabla 6);

pd: se refiere al porcentaje de pacientes día por sala (pacientes día por sala/ total de pacientes día internados) (ver tabla 7);

Las bases de distribución para las partidas de gastos asignadas a los centros de costos administrativos y generales antes mencionados quedan de la siguiente manera:

Tabla 5: Criterios de asignación de los centros de costos administrativos y generales

Servicio	Inductores	Justificación
Centros de costos administrativos y generales	<i>% de pacientes internados atendidos por sala</i> $pi * pd * X$	Criterios homogéneos

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Tabla 6: Total de pacientes en el año 2018

Servicio	Pacientes	% pacientes	
		con CAPS	Sin CAPS
Internación	27829	11% (pi)	14% (pi)
Guardia central	57581	23%	29%
Consultas médicas	76420	30%	39%
Consultas no médicas y prácticas en consultorios externos	34180	14%	17%

¹⁷ En el total de pacientes del HZB se incluye a: internación, guardia central, consultas médicas, consultas no médicas y prácticas en consultorios externos y los CAPS. Hay servicios en los cuales la proporción de los pacientes internados se calcula sin tener en cuenta a los CAPS. Este es el caso de *Admisión* que abarca las secretarías de salas, la guardia central, la admisión de internación y dar turnos para ambulatorio, y el caso de *Vigilancia*, pues en los CAPS no se cuenta con servicio de vigilancia, así como *Patios-Servicios Generales*.

CAPS	55132	22%
Total	251082	

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Tabla 7: Pacientes días por sala y criterios homogéneos combinados

Sala de internación	Pacientes días	% pacientes días (<i>pd</i>)	<i>pi * pd</i>	
			con CAPS	sin CAPS
CMH	6468	23.24%	2.58%	3.29%
CMM	4871	17.50%	1.94%	2.48%
PEDIATRIA	2422	8.70%	0.96%	1.23%
U.C.I.	6919	24.86%	2.76%	3.52%
U.T.I.	1452	5.22%	0.58%	0.74%
UCI NEONAT	773	2.78%	0.31%	0.39%
UTI NEONAT	744	2.67%	0.30%	0.38%
UTI PEDIAT	458	1.65%	0.18%	0.23%
MATERN	3722	13.37%	1.48%	1.90%
Total	27829	100%		

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

También hay otros centros de costos estructurales que basan sus criterios de asignación, a la hora de hacer la distribución “en cascada” del gasto, en cuestiones particulares del HZB y del proceso de producción del producto hospitalario. Los mismos se justifican a partir de la información suministrada por los departamentos de Administración y de Estadística, las secretarías de los servicios, así como las entrevistas con los especialistas. Estas bases de distribución se determinan principalmente a partir del tiempo y los recursos que destinan estos centros a la realización de sus actividades habituales en las salas de internación (ver tabla 8).

Tabla 8: Criterios de asignación de los centros de costos administrativos y generales

Servicio	Inductores	Justificación/Fuente
Lavadero	<p><i>No. de ropa en circulación</i></p> <p>CMH: 9%</p> <p>CMM: 9%</p> <p>PEDIATRIA: 4%</p> <p>U.C.I.: 10%</p> <p>U.T.I.: 11%</p> <p>UCI NEONAT: 3%</p> <p>UTI NEONAT: 3%</p> <p>UTI PEDIAT: 4%</p> <p>MATERN: 20%</p>	Admin. del HZB
Mantenimiento	<p><i>Tiempo dedicado a las tareas</i></p> <p>$0.24 * X/7$</p>	Admin. del HZB
Mucamas	<p><i>No. de artículos de limpieza</i></p> <p>CMH: 4%</p> <p>CMM: 5%</p> <p>PEDIATRIA: 3%</p> <p>U.C.I.: 14%</p> <p>U.T.I.: 3%</p> <p>UCI NEONAT: 2%</p> <p>UTI NEONAT: 2%</p> <p>UTI PEDIAT: 3%</p> <p>MATERN: 6%</p>	Sv. de apoyo de Mucamas del HZB
Nutrición	<p><i>Asignación directa de los recursos según los pacientes días internados</i></p> <p>$pd * X$</p>	Sv. de Nutrición del HZB y Admin. del HZB
SUMAR-NACER	<p><i>No. de recursos</i></p> <p>$0.7 * pi * pd * X$</p>	Admin. del HZB

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

En el caso del servicio de Lavadero se utilizan datos de otros años, considerando que el porcentaje de participación de cada sala en la ropa en circulación para Lavadero no varía mucho. La ropa de los médicos que hacen guardia está incluida y se distribuye entre las siete salas por igual. Para el total de la ropa en circulación se tiene en cuenta además los servicios de Quirófano, la guardia central y consultorios externos.

El HZB tiene sus consultorios externos y servicios distribuidos en dos edificios centrales. En el edificio nuevo se encuentran los consultorios, los servicios técnicos y administrativos. El 60% de los servicios de mantenimiento se destinan al edificio viejo, donde además de las siete salas de internación se localizan los siguientes servicios: Lavadero, Esterilización, Quirófano, Cocina, Bar, Guardia, Paliativos, Admisión (archivos), Habitación de Residentes, Junta médica, Cardiología y Oncología; y algunas de las calderas. De ese 60%, el 40% de los gastos de Mantenimiento se imputan a las siete salas de internación y el restante 60% a los otros servicios.

Para la distribución de los gastos asociados al servicio de Mucamas se calcula el promedio de productos de limpieza usados por sala mensualmente a partir de las estadísticas de años anteriores. El balance de los artículos de limpieza incluye también a los destinados a los servicios técnicos y administrativos, guardia central, consultorios externos, Nutrición, Paliativos y Quirófano.

La base de distribución del fondo Sumar-Nacer se justifica a partir de la asignación que se hace de los recursos que obtiene el HZB por las prestaciones que se incluyen en este plan nacional. De los fondos provenientes del plan Sumar-Nacer un 70% se asigna al HZB y el restante 30% a los CAPS. El porcentaje que les corresponde a los pacientes internados se prorratea entre las siete salas de internación, pues no se cuenta con una distribución del gasto por sala.

El servicio de Nutrición/Cocina en el HZB brinda prestaciones casi de manera exclusiva a las salas de internación y al personal que está de guardia. Por esta razón, las partidas de gastos que le son asignadas se distribuyen proporcionalmente a los pacientes días de cada sala, a excepción de la partida *Alimentos para personas*. Según la patología del paciente existen tres

tipos de alimentación: ración por boca, enteral y parenteral. Los costos de las mismas presentan una gran dispersión, ya que a valores de diciembre de 2018 una parenteral (\$2,600) equivale a 13 veces el precio de la de ración por boca (\$96.44; dos veces por día, \$193 diarios), mientras que una enteral (\$253; dos botellas por día, \$506 diarios) es casi 3 veces más cara que la ración por boca diaria. La ración por boca incluye frutas, verduras, carnes, secos, pan, lácteos, empanadas y otros. La designación por sala de la alimentación se determina a partir de la información de otros años y de las entrevistas con las especialistas de ese servicio. También se tiene en cuenta en este gasto la alimentación destinada al personal, la cual se distribuye entre las siete salas por igual. En 2018 el 41% de las raciones pertenecieron al personal, es decir 45,386 de un total de 111,470 raciones. Las bases de distribución se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 9: Criterio de asignación de la alimentación para pacientes: No. de tipos de comida

Servicio	Ración por boca	Enteral	Parenteral
CMH	100%		
CMM	100%		
PEDIATRIA	100%		
U.C.I.	50%	45%	5%
U.T.I.		70%	30%
UCI NEONAT			20%
UTI NEONAT			20%
UTI PEDIAT		70%	30%
MATERN	100%		

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Inductores de costos de los centros de costos intermedios

A la hora de realizar la distribución “en cascada” del gasto de los servicios agrupados en los centros de costos intermedios o auxiliares, se utilizan distintos criterios teniendo en cuenta las especificidades del HZB. Esta asignación indirecta del gasto de los servicios técnicos permite reflejar el flujo de los recursos por los diferentes servicios del hospital durante el proceso de atención médica (Lamfre, 2016). Los servicios auxiliares en cuestión son Enfermería y los

servicios técnicos. Las bases de asignación empleadas se argumentan a partir de la información suministrada por los departamentos de Administración y de Estadística, las secretarías de los servicios o las entrevistas con los especialistas. Los criterios se determinan principalmente según el porcentaje de recursos que destinan los servicios auxiliares a las salas de internación en la realización de sus actividades, con respecto al total de los recursos de los servicios técnicos. Luego se hace la distribución a los centros de costos finales de acuerdo a la proporción de pacientes días atendidos en cada sala.

La mayor parte de los gastos de Enfermería ocurre en las salas de internación, aproximadamente un 73%. La proporción del gasto total de Enfermería en las salas como la distribución por sala se obtiene a partir del consumo declarado por este servicio en la segunda mitad del año 2018 y tomando como precio de referencia el de última compra. Como el gasto de insumos de Enfermería en Pediatría y Neonatología no aparece discriminado en UTI pediátrica y Pediatría, se utilizan los criterios de asignación para estos servicios antes explicados, según la cantidad de pacientes días.

Tabla 10: Criterios de asignación de los centros de costos intermedios o auxiliares

Servicio	Inductores	Justificación/Fuente
Enfermería	<i>No. de recursos monetizados</i> CMH: 5% CMM: 4% PEDIATRIA: 10% U.C.I.: 12% U.T.I.: 18% UCI NEONAT: 4% UTI NEONAT: 4% UTI PEDIAT: 10% MATERN: 6%	Sv. de Enfermería del HZB

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Para casi todos los servicios técnicos se cuenta con la desagregación de prestaciones a pacientes internados y externos a partir de las estadísticas proporcionadas en 2018, pero no se tiene la distribución por sala (ver tabla 11). En ese caso se supone que el uso de los servicios técnicos es proporcional a los pacientes días internados en cada sala (criterio homogéneo 2). Por lo tanto, se usan dos bases de asignación para la determinación del gasto de los servicios técnicos en el costo promedio del paciente día (ver tabla 12).

Tabla 11: Servicios técnicos auxiliares año 2018: consultas externas e internación

Servicio	Prestaciones			Pacientes		
	Internación	Externas	Total	Internación	Externas	Total
Bacteriología	10279 (33%)	20632 (67%)	30911 (100%)	3473 (32%)	7441 (68%)	10914 (100%)
Diagnóstico por imágenes:	3940 (7%)	49306 (93%)	53246 (100%)			
i) Tomografías	697 (18%)	3262 (82%)	3959 (100%)			
ii) Ecografías	912 (12%)	6397 (88%)	7309 (100%)	850 (13%)	5603 (87%)	6453 (100%)
iii) Rayos	2331 (6%)	39647 (94%)	41978 (100%)	1498	18017	19515 (100%)
Hemoterapia	27931 (65%)	15232 (35%)	43163 (100%)	2121 (35%)	3989 (65%)	6110 (100%)
Laboratorio central	56131 (24%)	176001 (76%)	232132 (100%)	14347 (27%)	38963 (73%)	53310 (100%)

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Tabla 12: Criterios de asignación de los centros de costos intermedios (servicios técnicos)

Servicio	Inductores	Justificación/Fuente
Bacteriología	No. de prestaciones $0.33 * pd * X$	Dpto. de Estadística del HZB

Diagnóstico por imágenes	<i>No. de prestaciones</i> $0.07 * pd * X$	Dpto. de Estadística del HZB
Esterilización	<i>No. de recursos</i> $0.80 * pd * X$	Sv. de Esterilización
Farmacia (medicamentos)	<i>Importe de medicamentos asignación directa a las salas</i>	Dpto. de Farmacia
Farmacia (material descartable)	<i>No. de recursos</i> $0.80 * pd * X$	Admin. del HZB
Farmacia (otras partidas)	<i>% de pacientes internados atendidos por sala</i> $pi * pd * X$	Criterios homogéneos
Hemoterapia	<i>No. de prestaciones</i> $0.65 * pd * X$	Dpto. de Estadística del HZB
Laboratorio central	<i>No. de prestaciones</i> $0.24 * pd * X$	Dpto. de Estadística del HZB
Patología	<i>% de pacientes internados atendidos por sala</i> $pi * pd * X$	Criterios homogéneos

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

En el servicio de Esterilización se esteriliza todo el material de curación del HZB (incluye a Quirófano y a las salas de internación), de los CAPS y de los pacientes domiciliarios. La elaboración del material descartable es realizada artesanalmente por los 8 empleados del servicio. Se puede decir que el costo de los recursos usados en la elaboración de los productos que salen de Esterilización es indiferenciado, es decir, no presentan una dispersión en el precio como en el caso de los recursos (por ej.: medicamentos) usados en Enfermería. Además guarda una relación directa con la cantidad de pacientes atendidos en las salas. En base a datos proporcionados por el servicio para el año 2018 se estimó que la proporción de recursos destinados al área de internación es del 80%.

El gasto en medicamentos asignado al servicio de Farmacia se imputa directamente a los centros de costos finales (es decir, a las salas de internación), ya que se contó con la información desagregada para hacerlo. En el caso del material descartable, en Administración estiman que el 80% se destina a las salas de internación, porcentaje que coincide con el gasto que se tiene en esta partida en Esterilización; luego ese 80% se distribuye entre las salas según los pacientes días atendidos. En las otras partidas asignadas a este servicio y relacionadas a los conceptos de librería, mantenimiento, etc., se adoptaron los dos criterios homogéneos, como en el resto de los centros de costos estructurales e intermedios cada vez que las prestaciones son consideradas indirectas.

Para el servicio de Hemoterapia se tienen las estadísticas correspondientes al año 2015; se supone que el porcentaje de prestaciones a internación no varíe mucho respecto al año 2018, según declaraciones del responsable de ese servicio. La validez de dicha proporción se verificó tomando muestras de distintos periodos del año 2018. Este servicio pertenece a una red de bancos de sangres provinciales. Una parte de los recursos que se utilizan en este servicio no se contabilizan en este trabajo. Dichos recursos son asignados desde la provincia si cumplen con la sistematización y entrega periódica de las estadísticas (dadores, transfusiones, extracciones, entre otras).

En el año 2018 en el servicio de Patología se procesaron muestras de 2875 pacientes. Las muestras de anatomía patológica pertenecen principalmente a pacientes barilocheño que asisten al HZB o a los CAPS, pero también se procesan muestras de pacientes de El Bolsón, Pilcaniyeu y Comallo. Ni el departamento de Estadística ni la secretaría del servicio de Patología cuentan con los datos de las prestaciones discriminadas en pacientes internados y externos. En ese caso se aplican los dos criterios homogéneos combinados, aun suponiendo que el número de prestaciones a pacientes internados en el servicio de Patología es considerablemente mayor. Esta suposición surge de una apreciación a priori de la especialista que se entrevistó en ese servicio, quien estima que 5 ó 6 de cada 10 muestras podrían pertenecer a pacientes internados; pero no se contó con las estadísticas necesarias para corroborar esta estimación.

Inductores de costos del personal

Para la asignación del gasto de personal se usan básicamente los dos últimos criterios de Cooper y Kaplan (1998), es decir, el costo de suministrar una hora de tiempo productivo y/o el tiempo requerido para realizar la actividad. Pero hay centros de costos donde es muy difícil determinar el tiempo dedicado a las tareas de internación propiamente, principalmente en los centros de costos estructurales y auxiliares. En esos casos, los criterios de distribución se justifican a partir del porcentaje de recursos asignados a las actividades de internación y a la proporción de pacientes días. Para la distribución del costo del personal entre los distintos centros de costos, se trabajó con la información suministrada por el departamento de RRHH y Personal, las planillas del personal del departamento de Administración y de los departamentos de servicios técnicos, así como a partir de entrevistas con los jefes de salas y el jefe del Equipo Médico y otros especialistas.

El personal del HZB se rige por dos leyes laborales: la ley No.1,844 y la ley No.1,904. Con la primera la carga horaria es de 40 horas semanales, mientras que con la segunda es de 44 horas por semana. Los sueldos son pagados por el Ministerio de Salud Pública del gobierno de Río Negro. Con la información proporcionada por el departamento de RRHH y Personal se establecen seis categorías generales en las cuales queda agrupado todo el personal de la salud relacionado directa o indirectamente a las salas de internación con los respectivos haberes promedios por grupo a la fecha de diciembre de 2018 (ver tabla 13). También se tiene en cuenta la remuneración adicional por jefatura. Por ejemplo, a valores de diciembre de 2018, los jefes de los departamentos médicos, técnicos y administrativo, percibían un monto extra de \$3.300, mientras que en el departamento de RRHH la remuneración por jefatura ascendía a \$2.300 y, en el caso del director del HZB, éste percibía \$10.000 por el cargo desempeñado.

Tabla 13: Personal de salud relacionado al trabajo en las salas de internación

Grupos	Cantidad de hs	Categoría general	Haber aproximado	Categorías que incluye
Primero	44 horas	Médicos	\$60,097.15	Con especialidad, médico UTI, etc.
Segundo	44 horas	Licenciados	\$50,212.07	Bioquímicos, nutricionistas,

				farmacéuticos, licenciado en bioimágenes, hematólogos, patólogos, médicos sin especialidad, etc.
Tercero	44 horas	Técnicos	\$28,800.94	Enfermeros, técnicos de laboratorio, etc.
Auxiliar asistencial	40 horas	Auxiliares asistenciales	\$27,156.20	Auxiliares de enfermería, agente sanitario, etc.
Administrativo	40 horas	Administrativos	\$27,000.00	
Servicio de apoyo	40 horas	Servicios de apoyo	\$27,305.61	Mucamas, cocina, mantenimiento, etc.

Fuente: Departamento de RRHH y Personal del HZB.

En un primer momento se determinó el plantel médico fijo de las siete salas de internación y el tiempo que le dedican a las actividades que realizan en las salas exclusivamente (ver tabla 14). Del total de horas trabajadas en el mes se calcula la proporción que corresponde a las salas y de ahí se obtiene la fracción del salario que se imputa directamente al costo promedio del paciente día. Además, el personal médico que trabaja en las salas de CMH, CMM y UCI realiza una guardia activa semanal (de 16hs) y una guardia activa el fin de semana (de 24hs), las cuales son remuneradas, mientras que a los residentes no se les pagan las guardias que realizan. También los cirujanos realizan guardias activas y pasivas en estas salas; siempre hay un psicólogo de guardia activa y un psiquiatra de guardia pasiva. En Pediatría el régimen de guardia activa para el personal médico es similar (una semanal y otra el fin de semana). En el resto de las salas (UTI, UTI pediátrica, UCI neo, UTI neo y Maternidad) el personal médico realiza guardias activas y pasivas. Aunque se dispuso de un esquema general del régimen de guardias del personal médico en las salas, no se pudo acceder a la información para obtener el costo de una hora de guardia activa y una hora de guardia pasiva, que se calculan a partir de distintos porcentajes respecto al básico según las especialidades y los puestos. Por esta razón, este gasto del personal no se incluyó en el costo promedio del paciente día para el caso del personal médico ni para el personal de servicios técnicos, que también realizan guardias.

Tabla 14: Bases de asignación del personal médico que trabaja directamente en las salas: tiempo dedicado al trabajo en internación

Servicio	Especialidad	Carga horaria	Cantidad de empleados	Inductores	
CMH CMM U.C.I.	Clínicos	44 hs	10	81.82%	
	Residentes clínicos	44 hs	13	81.82%	
	Cirujanos	40 hs	10	55.00%	
	Residentes cirujanos	40 hs	8	55.00%	
	<u>Salud mental:</u>				
	Psicólogos	44 hs	3	100.00%	
	Operadores (1 x día en sala)	44 hs	1	100.00%	
MATERN	Ginecólogos	44 hs	6	40.91%	
	Ginecólogo (sólo guardia: Director)	44 hs	1		
	Residentes ginecólogos	44 hs	10	40.91%	
PEDIATRIA	Pediatras	44 hs	8	63.64%	
	Residentes pediatría	44 hs	9	63.64%	
UTI PEDIAT	Terapistas pediátricos	44 hs	2	100.00%	
	Itinerantes (trabajan por quincena) ¹⁸		2	100.00%	
U.T.I.	Terapistas	44 hs	6	100.00%	
UCI NEONAT	Neonatólogos	44 hs	7	90.91%	
UTI NEONAT		30 hs	2	53.33%	

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

¹⁸ Los itinerantes son médicos especialistas externos que brindan prestaciones en UTI pediátrica y el HZB no dispondría de ellas de otra manera. A partir del 2018 se empiezan a contratar a los itinerantes, algunos meses el Ministerio de Salud se hace cargo de sus sueldos y en otros los cubre el HZB. En el 2018 desde el HZB se pagaron \$515,025, pero todo el año cobraron \$140 mil por las siete guardias que realizan en la quincena, en total son \$280 mil mensualmente en concepto de salario (son dos médicos itinerantes). También se pagaron \$17,600 mensualmente por la coordinación, un total de \$297,600 pesos mensuales, que asciende a \$3,571,200 anualmente. Esta información es necesario tenerla en cuenta a la hora de analizar el costo promedio del paciente día en UTI pediátrica, que se ve encarecido por esta coyuntura.

En el caso de los agentes de Enfermería (92 enfermeros) y de Mucamas (28 mucamas), que trabajan de manera fija en las salas, se asigna el 100% de su sueldo al costo promedio del paciente día. De los departamentos de Enfermería y de Mucamas se obtuvo la distribución del personal por sala para el año 2018, de forma tal que la imputación se hizo de manera directa. Cada sala tiene una secretaria de sala, cuyo sueldo íntegro se imputa al centro de costo final, es decir, a la sala de internación correspondiente. En Cocina trabajaban 11 cocineros ese año, cuyos sueldos se prorratearon por igual entre las siete salas de internación. A partir de las entrevistas con las cuatro nutricionistas que prestaban servicios en el año 2018 en el HZB, se pudo determinar la proporción del tiempo que le dedicaban a las tareas que realizaban en internación (N1: 42hs, N2: 33hs, N3: 38hs N4: 36hs), con respecto al total de horas trabajadas. Una vez obtenida la fracción del sueldo de las nutricionistas que corresponde a las salas de internación, ésta se distribuyó en las salas según la cantidad de pacientes días.

También se contempla en el costo promedio del paciente día el sueldo percibido en 2018 por los empleados de los siguientes servicios de apoyo: Mantenimiento (9 empleados), Lavadero (8 empleados), Vigilancia (7 empleados) y Patio (5 empleados). En estos centros de costos se prestan servicios a los pacientes internados, por tanto debe considerarse el sueldo de su personal. En el caso de Mantenimiento se determinó el tiempo que le dedican los empleados de ese servicio a las tareas de internación (ver tabla 8); la fracción del salario que corresponde a ese porcentaje se distribuyó por igual entre las siete salas de internación. En el caso del servicio de Lavadero la distribución se hace a partir del porcentaje de recursos que se destinan a las actividades de internación (ver tabla 8). Para el caso de la distribución de los empleados de los centros de costos generales Vigilancia y Patio se utilizan los dos criterios homogéneos combinados, pero en el primer caso no se tienen en cuenta los pacientes atendidos en los CAPS en el total de pacientes, mientras que en el segundo sí.

Del departamento de Administración se obtuvo la distribución del personal administrativo por centro de costos (estructurales e intermedios). De un total de 73 empleados administrativos, 66 fueron contemplados para el cálculo de costo promedio del paciente día (incluidas las secretarías de sala). Dado que el personal administrativo de los centros de costos administrativos y generales realiza tareas que atañen a toda la organización o una buena

parte de ella, es difícil la delimitación del tiempo destinado a las tareas propias de internación. En ese caso, la imputación del gasto salarial se hace de manera indirecta según la fracción de pacientes internados respecto al total de pacientes y para la distribución por sala se tiene en cuenta la cantidad de pacientes días; es decir, se utiliza la combinación de los dos criterios homogéneos (ver tablas 5).

Algo parecido sucede con la distribución del gasto del personal empleado en algunos servicios generales (como Mantenimiento, Lavadero, entre otros) y los servicios técnicos. En estos casos, la distribución del gasto en concepto de sueldo del personal se distribuye según la proporción del tiempo o los recursos empleados en las actividades destinadas a internación, respecto al total de recursos por servicio. Para varios servicios se contó con la distribución por sala y, en los casos que no, se hizo según la cantidad de pacientes días (ver tablas 8 y 12). Es necesario aclarar que para los servicios técnicos se dispuso de la cantidad de empleados para el año 2018 en Diagnóstico por Imágenes y Esterilización, para el resto de los servicios a la información que se pudo acceder pertenece al año 2020 (ver tabla 15).

Tabla 15: Personal médico, técnico y administrativo empleado en los servicios técnicos

Servicio	Licenciados	Técnicos	Administrativos	Total
Bacteriología	3 (bioquímicos)	3	2	8
Diagnóstico por imágenes	2 (licenciados en bioimágenes)	10	1	13
Esterilización		8		8
Farmacia	3 (farmacéuticos)	5	3	11
Hemoterapia	3 (hematólogos)	5	1	9
Laboratorio central	7 (bioquímicos)	7	1	15
Patología	2 (patólogos)	2	2	6

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Otros inductores de costos

El HZB cuenta con un servicio de desratización, el 50% del cual se asigna a las siete salas de internación por igual, según la información suministrada por el departamento de Administración. Los servicios de agua, luz y gas son pagados por Tarifado en el Ministerio de Obras y Servicios Públicos. Para la asignación de los mismos a las salas de internación, la base de distribución adoptada es a partir de la superficie que ocupan las salas (medida en metros cuadrados). Asimismo, se tomó la variación del grupo de productos “Vivienda, agua, electricidad y otros combustibles” del Índice de Precios al Consumidor de la región patagónica (59.4%) para llevar los valores a diciembre de 2018. Como las salas de internación ocupan las tres cuartas partes de la superficie del edificio viejo, el 75% de los gastos en servicios se asignan a las siete salas, distribuyéndose por igual entre éstas. Los criterios de asignación generales y particulares de varias partidas de gasto se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 16: Bases de asignación generales de varias partidas de gasto

Concepto de gasto	Inductores	Justificación/Fuente
Servicio de desratización (Limpieza, aseo y fumigación)	<i>No. de recursos</i> $0.5 * X/7$	Administración HZB
Servicios de agua, luz y gas	<i>Área (m²)</i> $0.75 * X/7$	Administración HZB y Dpto. de Servicios de Apoyo

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Amortización, servicios y partidas excluidas

Varios servicios o partidas de gastos no fueron contemplados por falta de información o por representar valores despreciables en el cálculo del costo promedio del paciente día. Ejemplo de ello son el servicio de Dermatología y de Derivaciones. El primero no aporta prácticamente al gasto en este ejercicio. El segundo no se tiene en cuenta porque la información disponible no permite saber cuáles derivaciones pertenecen a pacientes internados, aunque en Administración suponen que los gastos de Derivaciones corresponden al servicio ambulatorio principalmente. Lo mismo ocurre con el centro de costo estructural

Choferes, sus partidas se relacionan primordialmente al servicio ambulatorio y/o a la guardia central. El gasto en oxígeno para el año 2018 tampoco fue considerado en el cálculo del costo promedio del paciente día, pues no se pudo conocer a partir de algún registro el consumo o la distribución de oxígeno entre las salas de internación.

La amortización de los equipos comprados en este ejercicio tampoco se tienen en cuenta, ya que para ello se necesitaría contar con las compras discriminadas de muebles y equipos de al menos los últimos cinco años y no se dispuso de esa información. Además, casi todos los muebles del HZB se encuentran amortizados, en Administración suponen que tal vez no sea el caso de las camas ortopédicas con baranda de UTI y UTI pediátrica, porque son las más nuevas.

Capítulo 4: Análisis de los resultados para el año 2018

En este capítulo se discuten los principales resultados de esta investigación expresados todos a valores de diciembre de 2018; en el último epígrafe se especifica cómo se realiza la actualización a abril de 2020 del costo promedio del paciente día. La tabla 17 muestra un resumen de algunos de los resultados más relevantes. El HZB en 2018 registró un volumen de **5,820 pacientes internados y 27,829 pacientes días**, promediando **16 ingresos diarios, 4.8 días de permanencia y 76 pacientes atendidos diariamente**. Con un total de **133 camas censables** en total, se tiene entonces que el HZB usó el **57.32% de su capacidad instalada**. El **costo promedio de un día de hospitalización** es de **\$5054**.

La permanencia promedio en el hospital es un dato interesante porque es uno de los elementos que explica el nivel de eficiencia en la atención que recibe el paciente. En la tabla 17 aparece calculada de dos maneras, aunque esto no implica una diferencia significativa en los valores. La primera forma es la usada por el departamento de Estadística del HZB (aproximadamente 4.5 días de internación) y la segunda es un poco más intuitiva, se divide simplemente la cantidad de pacientes días anuales entre los ingresos anuales (**4.8 días de internación en promedio**).

Por otro lado, el costo del paciente día está directamente relacionado con el uso de la capacidad instalada del hospital, la cual es un indicador de la eficiencia del hospital. Ésta depende, a su vez, del total de pacientes internados, del promedio de días de internación y del número de egresos por cama, así como la capacidad instalada de camas censables (Loaiza & Soto, 2001; Ministerio de Salud Pública: Dirección de Finanzas y Contabilidad; 2009). El dato de la capacidad instalada (57.32%) se convierte en relevante cuando se analizan los costos fijos y variables; una primera lectura dice que en el HZB se usaron aproximadamente 6 de cada 10 camas disponibles.

Tabla 17: Principales resultados para cada sala de internación en el año 2018

	Áreas críticas			Áreas no críticas						Agregado de salas
	U.T.I	UTI PED	UTI NEO	UCI NEO	PEDIAT	CMH	CMM	U.C.I	MATERN	Total
Cantidad de camas	7	3	8	8	15	26	18	26	22	133
Ingresos diarios (promedio anual)	0.5	0.2	0.3	0.2	2.6	2.8	2.9	2.4	4.0	16
Pacientes días diarios (promedio anual)	4.0	1.3	2.0	2.1	6.6	17.7	13.3	19.0	10.2	76.24
Pacientes días mensuales (promedio)	119	38	61	64	199	532	400	569	306	2,287
Capacidad instalada usada	57.14%	43.33%	25.00%	26.25%	44.00%	68.08%	73.89%	73.08%	46.36%	57.32%
Permanencia promedio [<i>pac. días/(altas + defunciones + pases)</i>]	5.8	5.0	5.8	4.7	2.4	5.6	4.0	6.1	2.5	4.5 ^(#)
Permanencia promedio (<i>pac. días/ingresos</i>)	8.1	6.5	6.5	11.7	2.5	6.4	4.6	7.8	2.5	4.8 ^(*)
Costo diario de la sala	\$ 49,207	\$ 25,831	\$ 22,964	\$ 23,090	\$ 51,208	\$ 63,116	\$ 53,095	\$ 84,534	\$ 46,595	\$ 419,640
Costo mensual de la sala	\$ 1,476,220	\$ 774,921	\$ 688,930	\$ 692,714	\$ 1,536,250	\$ 1,893,469	\$ 1,592,850	\$ 2,536,006	\$ 1,397,838	\$ 12,589,197
Costo del pd – dic.2018	\$ 12,370	\$ 20,586	\$ 11,266	\$ 10,903	\$ 7,717	\$ 3,562	\$ 3,979	\$ 4,459	\$ 4,569	\$ 5054 ^(*)
Costo del pd – abr.2020	\$ 19,187	\$ 33,716	\$ 17,378	\$ 16,822	\$ 11,915	\$ 5,538	\$ 6,166	\$ 6,941	\$ 7,088	\$ 8565 ^(*)
Aumento abr. 20/dic. 18	55.10%	63.80%	54.30%	54.30%	54.40%	55.50%	55.00%	55.70%	55.10%	55,6% ^(*)
Comparación entre salas según grupo etario	347.28	266.76	103.33	100	100	100	111.71	125.18	128.27	(+)

Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB. Notas: ^(*) Promedio anual de todas las salas. ^(#) Dato proporcionado por HZB. ⁽⁺⁾ El color identifica las salas en las que puede internarse un paciente según su edad: bebés (azul), niños (verde) y adultos (rojo). El índice 100 corresponde a la sala dentro del grupo etario que presenta menor costo promedio del paciente día.

También aparecen varios costos promedios en la tabla 17: el costo del paciente día es lo que cuesta en promedio un paciente internado en un día (aparecen los valores a diciembre de 2018 y actualizados a abril de 2020, además de la variación porcentual en ese periodo); el costo diario de la sala contabiliza lo que cuestan en promedio todos los pacientes internados en un día, mientras que el costo mensual de la sala engloba lo que cuestan en promedio todos los pacientes internados en un mes en la sala. El costo promedio de un paciente internado es \$5,504. Llama la atención el elevado costo promedio del paciente día en la sala de terapia de Pediatría (\$20,586). Como ya se discutió anteriormente, uno de los factores que contribuye a este elevado costo tiene que ver con la contratación de especialistas externos al HZB. Además, en esta sala se atiende en promedio un paciente diariamente, el cual requiere de cuidados especiales; se tiene que la relación paciente - médico es menor a la unidad, lo que aumenta aún más el costo promedio del paciente día.

Las áreas críticas¹⁹ presentan un mayor costo promedio del paciente día. El primer lugar lo ocupa la sala de UTI pediátrica, seguida de UTI y, en tercer lugar, UTI neo. El **costo promedio del paciente día de las áreas críticas es \$13,478**, mientras que del paciente día de **áreas no críticas es \$4,663**, es decir, 2.89 veces menos. De las áreas no críticas, un paciente de UCI neo es el más caro de atender en un día, seguido por un paciente de Pediatría.

Es interesante, además, hacer un análisis para el grupo etario. Es decir, se comparan los costos según las salas en las que puede internarse el paciente teniendo en cuenta la edad. Por ejemplo, un bebé se puede internar en las salas de UCI neo y UTI neo; un niño está en Pediatría o UTI pediátrica; mientras que un adulto puede estar en alguna de las salas de cuidados mínimos (CMH y CMM), en UCI, en UTI y en el caso de las mujeres (embarazadas o con algún problema ginecológico) también en Maternidad. En la última fila de la tabla aparece esta comparación de forma tal que la sala que tiene asignado el 100 es la que presenta menor costo dentro del grupo etario (bebés, niños y adultos). Se observa que el costo promedio de una paciente internada en la sala de CMM es un 11.71% (28.27% si está en Maternidad) mayor que el costo promedio de un paciente masculino en CMH. Si un paciente adulto se ingresa en UCI el costo promedio de hospitalización aumenta un 25.18% respecto al costo promedio de un paciente de CMH; mientras que si se interna en UTI, éste

¹⁹ Las áreas críticas son aquellas unidades de terapia intensiva de adultos (UTI), de niños (UTI Pediátrica) y de bebés (UTI Neonatología).

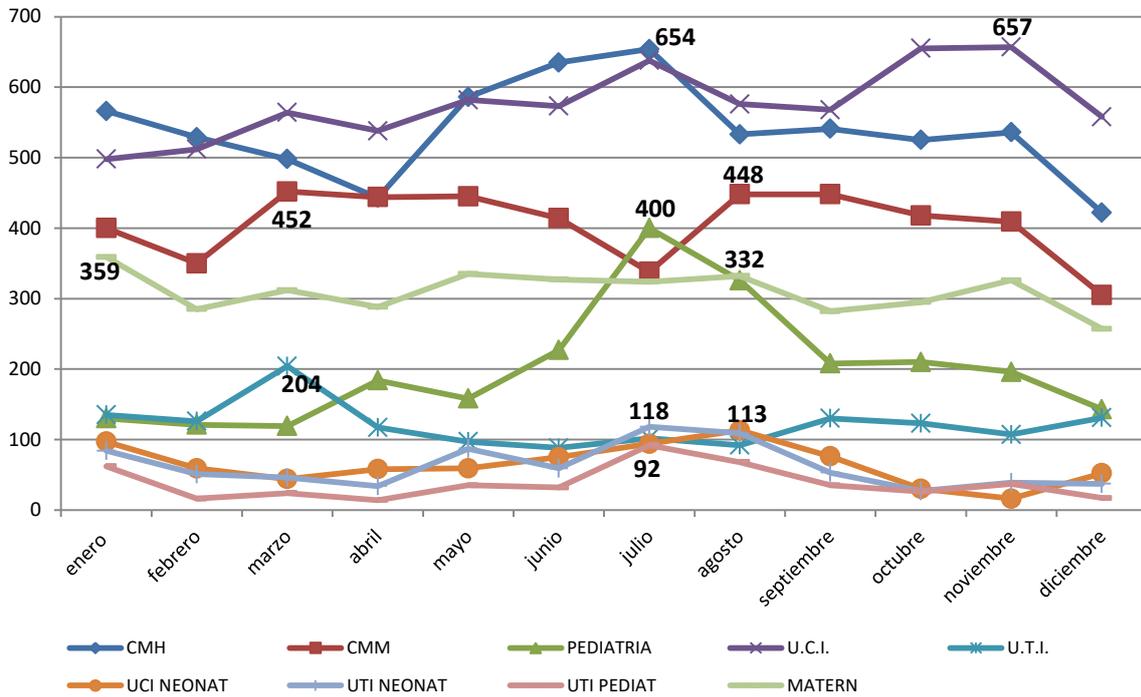
aumenta considerablemente un 247.28% más. Por otro lado, el costo promedio de un día de internación en UTI pediátrica es un 166.76% mayor que el costo promedio de un niño internado en Pediatría. En el caso de los recién nacidos no hay una variación significativa en los costos promedios de UCI neo y UTI neo, éste último es un 3.33% mayor que el primero.

En la tabla aparecen los ingresos diarios y pacientes días en promedio por sala para el año 2018. Se puede ver que las salas que atienden en promedio más pacientes en un día son UCI, CMH, CMM y Maternidad, con más de 10 pacientes diarios; mientras que, en las áreas críticas de niños y adultos se atienden en promedio de 2.4 pacientes al día. Por otra parte, se observa un **efecto de estacionalidad** en los pacientes días mensuales promedio, aumentando para todas las salas la cantidad de pacientes internados en los meses de invierno. En la figura 6 se observa que los pacientes días de Pediatría y UTI neo casi se duplican en el mes de julio, los de UTI pediátrica se triplican y la sala de CMH, que es la segunda más concurrida todo el año, tiene su pico de pacientes días ese mes. La más frecuentada es la sala de UCI que presenta dos picos, uno en el mes de julio y el otro entre los meses de octubre y noviembre.

En la figura 7 se observa la participación porcentual de cada sala en el **costo total anual de internación (\$153,168,567)**. Las salas de UCI, CMH, CMM y Pediatría aportan las tres quintas partes del costo total con \$91,962,662. Todas **las áreas no críticas contribuyen en un 76.65% (\$117,397,712)** al costo total de internación, mientras que **las áreas críticas representan el 23.35% (que equivale a \$35,770,855 anualmente)**. Si a este análisis se le añade el factor temporalidad, como puede observarse en la figura 8²⁰, se tiene que los meses de invierno son aquellos que presentan un mayor costo de internación, lo cual está directamente relacionado a que son los meses donde hay más pacientes internados.

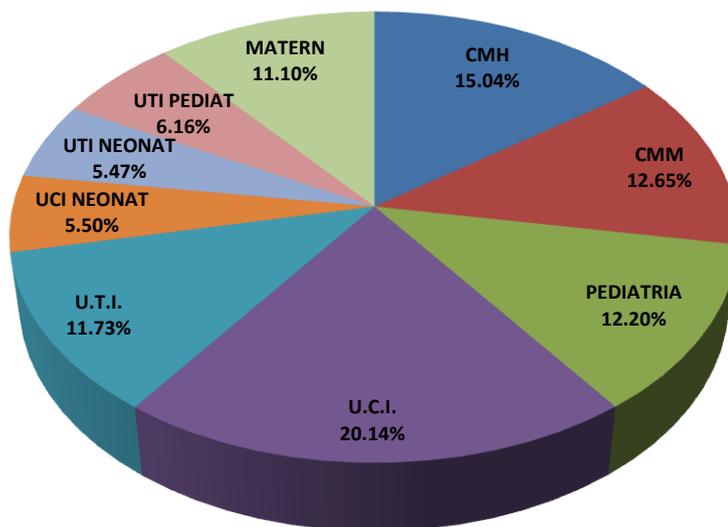
²⁰ El gráfico 8 se obtiene de multiplicar el costo promedio del paciente día de cada sala por la cantidad de pacientes internados cada mes.

Figura 6: Pacientes días del HZB en 2018



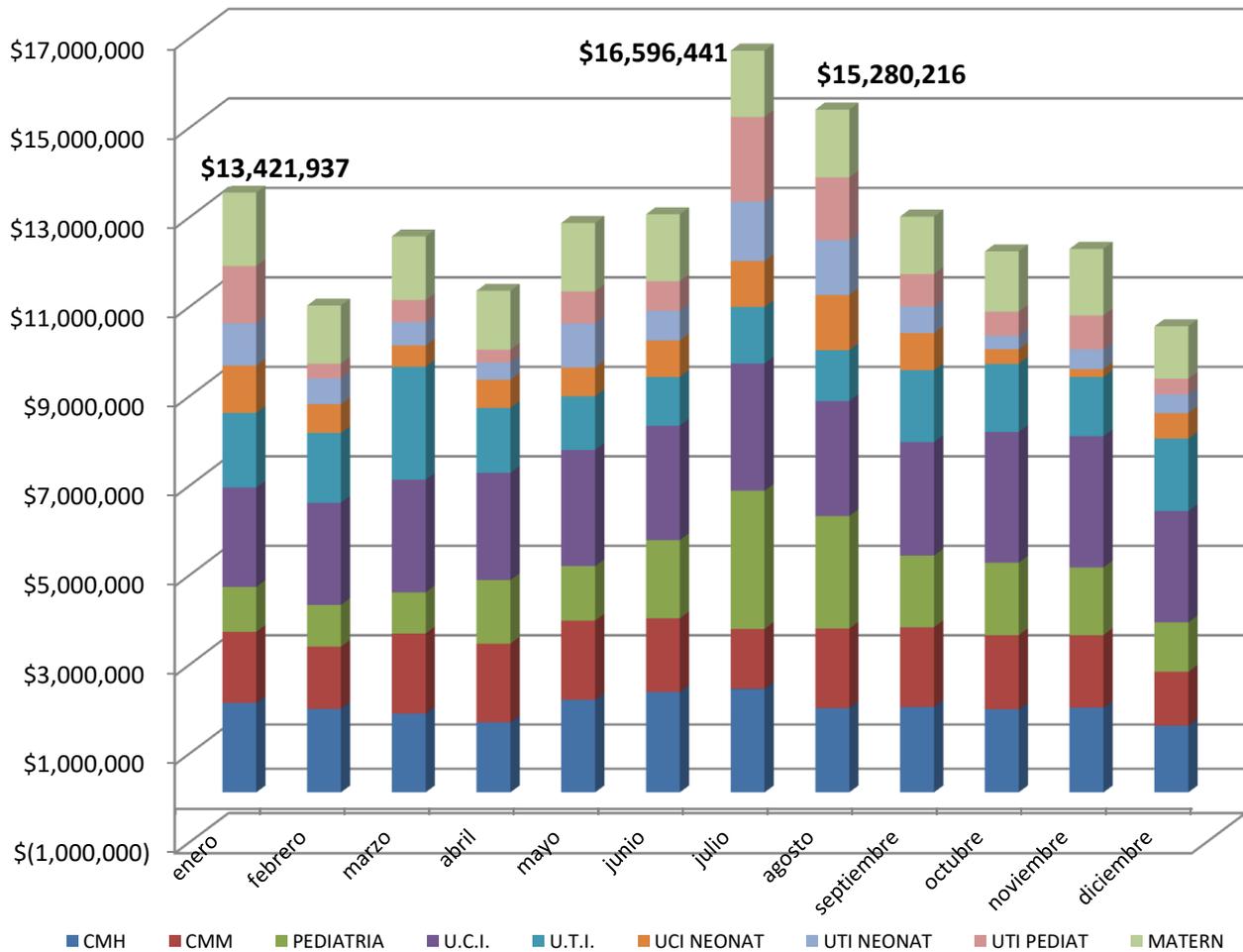
Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Figura 7: Participación de las salas en el costo del paciente día del HZB en 2018



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Figura 8: Participación de las salas en el costo mensual de internación del HZB a valores de diciembre de 2018

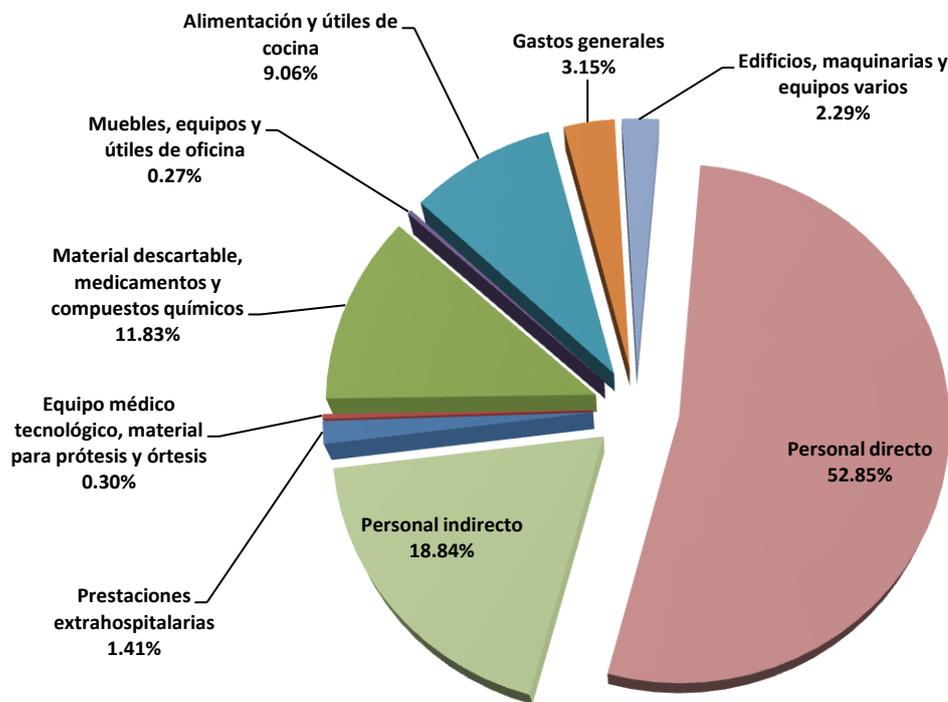


Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Estudiar la composición porcentual del presupuesto o el gasto en un hospital aporta elementos económicos para la administración del costo del paciente día, así como información sobre la calidad de la atención que recibe el paciente. Determinar los componentes del costo del paciente día es un primer paso. Luego se torna importante determinar la combinación y cantidad apropiadas de estos componentes en base a criterios médicos y económicos eficientes con el objetivo de obtener productos hospitalarios costo-eficientes (Loaiza & Soto, 2001; Ministerio de Salud Pública: Dirección de Finanzas y Contabilidad, 2009). En este análisis debe aclararse que, aunque algunos elementos que forman parte del costo del paciente día presentan una participación porcentual muy pequeña, en valores absolutos estos montos son significativos dentro del presupuesto o el gasto del HZB.

En el gráfico 9 se observa que la mitad del gasto en los pacientes internados corresponde al **personal médico y agentes de enfermería que presta atención directa en las salas de internación (\$80,953,551)**, seguido por el **gasto en personal indirecto (\$28,859,152)**. El tercer objeto de relevancia con un aporte de **\$18,117,406** en la composición del costo del paciente día son los **materiales descartables (87.57%; \$2,683,267)**, los **medicamentos (2.27%; \$83,259)** y **compuestos químicos (10.16%; \$427,643)**. En el caso de la suma monetaria correspondiente a medicamentos (0.05% del costo total) se sospecha que es menor a la real debido a un subregistro en los datos: el monto de medicamentos destinados a las salas de internación para el año 2018 es \$411,456, el cual no representa ni el 2% del gasto total de la partida de medicamentos del HZB para ese periodo (\$23,898,530). El cuarto lugar lo ocupan los **alimentos y útiles de cocina que se destinan a internación (\$13,878,436)**. El resto de los elementos económicos aportan un 7.42% en el costo del paciente día: gastos generales (\$4,818,917); edificios, maquinarias y equipos varios (\$3,500,400); prestaciones extrahospitalarias (\$2,165,595); equipo médico tecnológico, material para prótesis y órtesis (\$457,044); y muebles, equipos y útiles de oficina (\$418,068).

Figura 9: Participación de los componentes en el costo total del paciente día del HZB en 2018



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

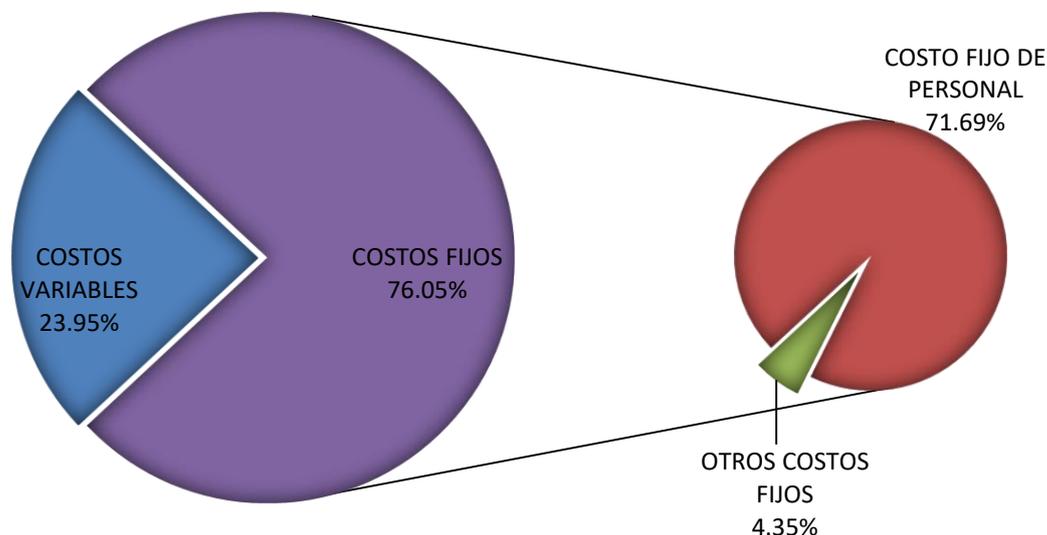
Los costos fijos son indiferentes al número de servicios que brinde el hospital, mientras que los costos variables están relacionados directamente con la cantidad de servicios que se presten. Los principales criterios usados en este trabajo para la distinción entre costos fijos y variables están relacionados con la periodicidad de los montos asociados a cada partida de gasto por servicio y con la dependencia de los costos con el volumen de producción del HZB. Es decir, se consideraron costos fijos aquellas partidas que implicaron un gasto más o menos fijo y periódico en el tiempo, las rentas pactadas con anticipación, así como aquellos costos que no pueden ahorrarse en el corto plazo aunque el HZB deje de prestar algún servicio. Dentro de los elementos del costo fijo se encuentran mantenimiento, equipos, servicios públicos como agua, luz, gas, y al ser un hospital público, los sueldos de los empleados también.

Por otro lado, los costos variables están relacionados a aquellas partidas que presentan diferencias considerables en las sumas monetarias erogadas en los distintos meses del año; son además costos que sí guardan relación con el volumen de producción del HZB. Dentro de los costos variables se encuentran las prestaciones de servicios y prácticas externas al HZB, las materias primas e insumos (como medicamentos, reactivos para las pruebas de laboratorio, materiales descartables, etc.) usados para la atención y cuidado del paciente internado y que varían según la cantidad de pacientes días.

Loaiza y Soto (2001) explican que el nivel de participación de los costos fijos y variables es clave para la toma de decisiones relacionadas con la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos financieros de los hospitales. Asimismo, argumentan que, en escenarios donde conviven un alto nivel de costos fijos y un bajo uso del nivel de la capacidad instalada, se hace pertinente realizar un estudio minucioso de la relación de costos fijos y variables. En el presente caso de estudio se tiene que el HZB usó para el año 2018 un poco más de la mitad de su capacidad instalada, es decir, 6 de cada 10 camas fueron usadas, mientras que sus **costos fijos (\$116,480,579)** ascienden a un poco más de las tres cuartas partes del costo total del paciente día. Dentro de los costos fijos, el **94.28%** pertenece a los **gastos de personal** (equivalente a **\$109,812,702** anualmente) y el **5.72%** restante corresponde a **otros costos fijos (\$6,667,877** anuales). Los **costos variables** equivalen a un suma monetaria anual de **\$36,687,988**. Puede suponerse que esta relación de los costos fijos y variables, con una marcada participación de los gastos de personal en los costos fijos, podría dificultar la toma

de decisiones y las adecuaciones pertinentes en cuanto a la combinación y cantidad de los objetos que forman parte del costo del paciente día.

Figura 10: Relación de los costos fijos y variables en el costo del paciente día del HZB en 2018



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

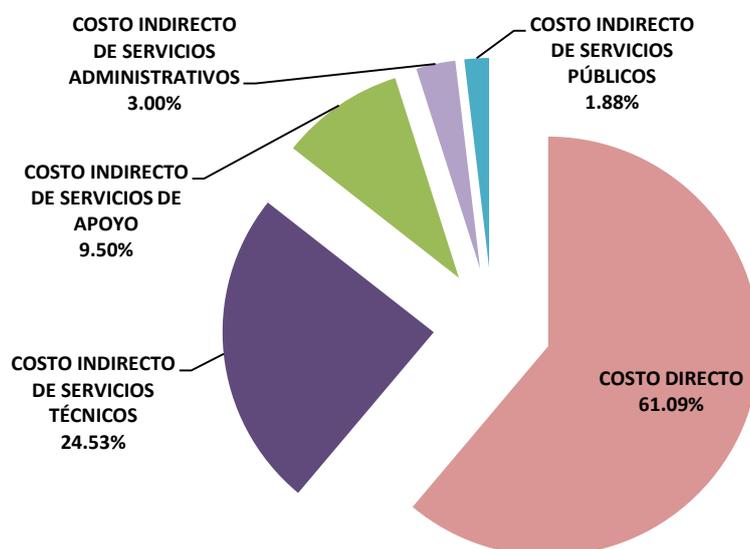
Por otro lado, el análisis de la participación relativa de los costos directos e indirectos expresa elementos relacionados con la calidad técnico-médica, la asignación y el uso eficiente de los recursos médicos, así como los recursos financieros en los distintos centros de costos (Loaiza & Soto, 2001). En el presente caso de estudio los centros de costos finales analizados son las salas de internación para la atención médica del paciente. Algunos de los ítems que forman parte de los costos directos en los que se incurren en estas salas son: los sueldos del personal médico y agentes de enfermería de las salas, materiales utilizados en las salas (material descartable), medicamentos, equipo médico-tecnológico.

Mientras que, los costos indirectos se asocian a aquellas erogaciones incurridas en los centros estructurales e intermedios, que incluyen desde el sueldo del personal empleado en ellos que brinda prestaciones a varias áreas del hospital, así como a los costos de limpieza, librería, alimentación, ropería, entre otros. Estas prestaciones indirectas tienen como fin complementar la atención médica del paciente y contribuir al diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente. El criterio de departamentalización usado para estos servicios

está muy relacionado al organigrama del HZB (ver diagrama de prestaciones de servicios de la figura 5). Es decir, los costos indirectos de los centros de costos intermedios se refieren a los costos del departamento de Enfermería y los servicios técnicos auxiliares (Bacteriología, Diagnóstico por Imágenes, Esterilización, Farmacia, Hemoterapia, Laboratorio Central y Patología). Para este análisis los costos indirectos de Nutrición/Cocina que se imputan al costo del paciente día se incluyen a los costos indirectos de los centros de costos intermedios, debido a que esta distribución está más acorde con el organigrama del HZB. Los costos indirectos de los centros de costos administrativos y generales se dividen en aquellos que corresponden a los servicios de apoyo del HZB y que fueron tenidos en cuenta en el costo promedio del paciente día (Lavadero, Mantenimiento, Mucamas, Patio y Vigilancia), y en aquellos costos indirectos que fueron identificados con algún servicio de administración (por ejemplo, Administración, Admisión, Compras, Contable, FOS, entre otros). Todos estos servicios junto a las salas de internación conforman la función de producción del HZB.

La participación monetaria de los distintos servicios del HZB en los **costos directos e indirectos** para el año 2018 es la siguiente: los primeros ascienden a **\$93,575,733**, que representan un **61.09%** del costo total, mientras que los segundos equivalen al **38.91%**, con una suma igual a **\$59,592,921**. Los costos directos e indirectos también muestran la relación interdepartamental en el HZB, de ahí que es interesante desagregar la participación en los costos indirectos de los servicios que complementan la actividad de hospitalización. Como muestra el gráfico 11, la mayor parte de las actividades directas para la recuperación de la salud del paciente se realiza en las **salas de internación (61.09%)**. Fueron además solicitadas prestaciones de los **servicios técnicos**, los cuales aportaron el **24.53% (\$37,565,664)** del costo total, que sumados a los costos directos equivalen al 85.62% del costo total del paciente día. El restante 14.38% engloba otros costos indirectos, también llamados costos de hotelería, correspondientes a los **servicios de apoyo (\$14,549,229)** y **administrativos (\$4,599,833)** junto a los **servicios públicos (\$2,878,108)**.

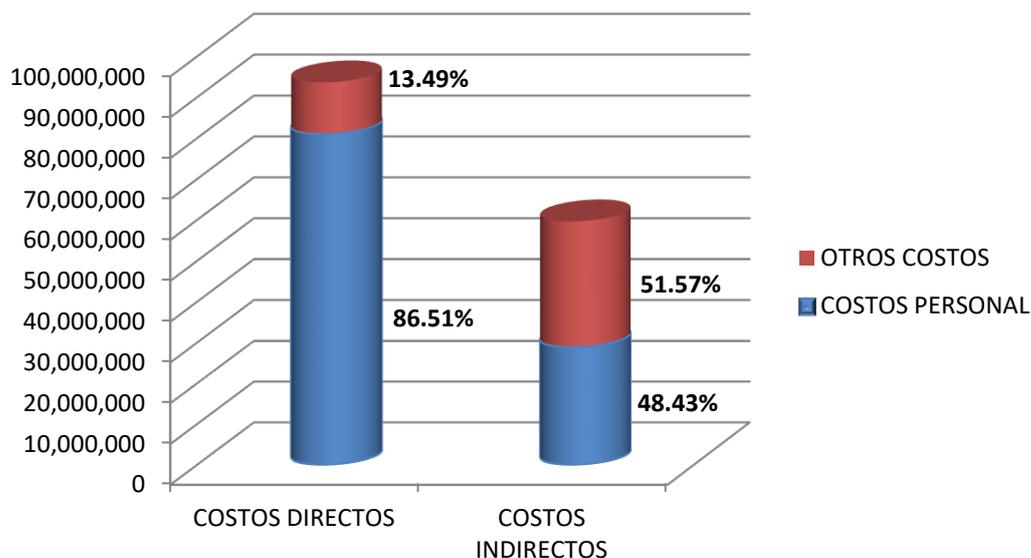
Figura 11: Participación de los costos directos e indirectos en el costo total del paciente día del HZB en 2018



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

En el sector de salud se espera que los costos relacionados al personal sean altos porque es un sector intensivo en mano de obra calificada. De ahí que en la estructura de costos de internación la participación de éstos en el costo total del paciente día es muy marcada como se observa en los gráficos 9 y 10. Lo mismo ocurre en la distribución de los costos directos e indirectos. Los costos directos representan el 8.24% (\$12,622,182) del costo total del paciente día antes de incluir el sueldo del personal médico y de los agentes de enfermería que prestan servicios en las salas de internación, para luego de incluirlos pasar a representar el 61.09%. Mientras tanto, los costos indirectos ascienden al 20.07% (\$30,733,683) antes de incluir el sueldo del personal de los centros de costos estructurales e intermedios, que realiza prestaciones de manera indirecta a las salas de internación, para luego representar el 38.91% del costo total. En el gráfico 12 se observa la participación del costo del personal al interior de los costos directos o indirectos. Como reflejan los porcentajes, casi todo el gasto directo que se tiene en el costo promedio del paciente día corresponde al **pago de sueldos del personal médico y de enfermería (\$80,953,551)**, mientras que esta relación es casi la mitad al observar la participación de los **sueldos del personal en los costos indirectos (\$28,859,152)**.

Figura 12: Composición de los costos directos e indirectos del HZB en 2018



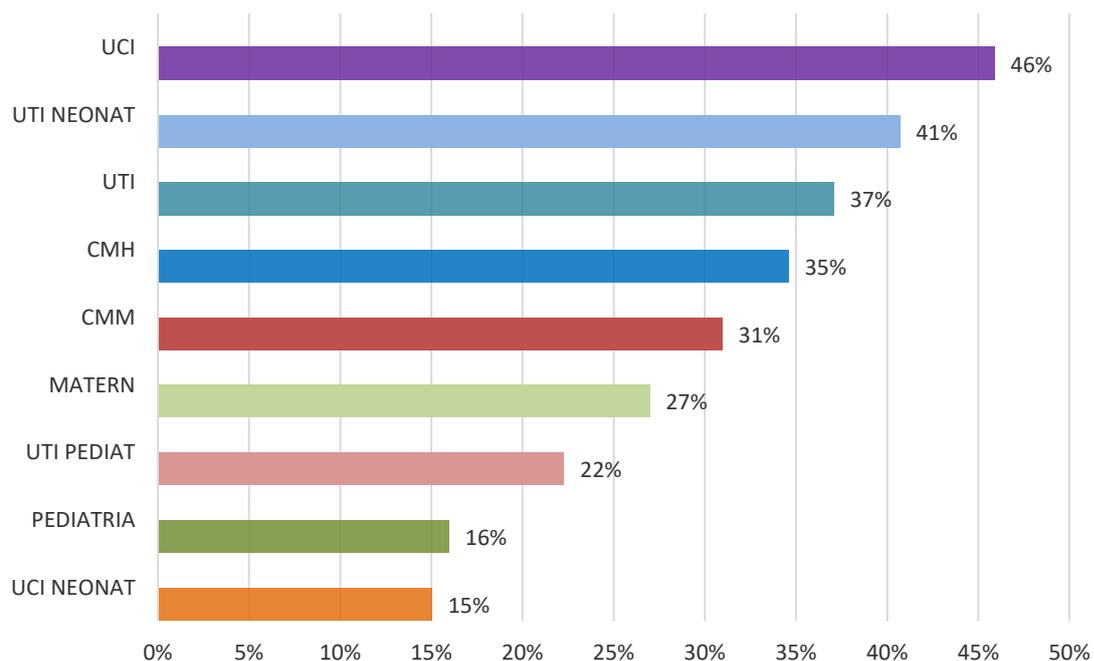
Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Comparación entre los costos de internación y el NPS

De igual manera, es necesario relacionar el costo promedio del paciente día del HZB con lo que percibe éste en concepto de pago por las prestaciones médicas asistenciales brindadas a un paciente internado que cuenta con algún seguro. Los valores que puede facturar el HZB a las OS, ART, mutuales, seguros médicos privados y otras instituciones similares están estipulados en el Nomenclador de Prestaciones de Salud que regula la Superintendencia de Servicios de Salud. En este trabajo se considera a un paciente que requiere internación en habitación compartida y que no es intervenido quirúrgicamente. A los resultados obtenidos a través de la metodología ABC se les hacen las modificaciones posibles, según los datos disponibles, para hacerlos comparables con los valores establecidos por el NPS para el módulo día clínico en habitación compartida (\$1,232.40), para el módulo día terapia intermedia-cuidados especiales (\$2,046.20), para el módulo día UTI-UCO (\$4,585.10), para el módulo día neonatológico (según la complejidad: \$1,232.40; \$2,046.20; \$4,585.10) (ver Anexo 1). De acuerdo a las especificaciones de los NPS se excluyen los montos relacionados a los ítems de RMN, TAC, prótesis y órtesis a la hora de hacer la comparación, aunque los valores no se modifican significativamente.

En la figura 13 se puede observar que hay una diferencia significativa en todos los casos, del orden de tres y hasta cinco veces mayor el monto calculado con la metodología ABC que el monto que puede facturar el HZB a los Agentes de Seguro de Saludo. Las disparidades más llamativas se dan en los caso de Pediatría, UCI neo y UTI pediátrica. Los costos promedios del paciente día de estas salas son 6.26, 5.33 y 4.49 veces mayores que los NPS correspondientes. Si la comparación se hace entre los NPS y los costos promedios del paciente día de las áreas no críticas (\$4,663) y las áreas críticas (\$13,478), se tiene que en el primer caso el monto facturado por el HZB es sólo una cuarta parte de lo que cuesta un día de internación, mientras que en el segundo caso el NPS cubre el 34% del costo promedio del paciente día en terapia.

Figura 13: Porcentaje del costo promedio del paciente día del HZB (2018) cubierto por el Nomenclador vigente en 2018



Fuente: Elaboración propia en base a información del HZB.

Comparación entre los costos de internación (teniendo en cuenta las fuentes de financiamiento) y el presupuesto del HZB

Una de las motivaciones de esta investigación fue determinar el costo del paciente día de las salas de internación del HZB mediante el método de costos ABC sin tener en cuenta las fuentes de financiamiento de los diferentes componentes del costo. Como ya se especificó en la metodología, algunos elementos económicos que forman parte de este costo se contemplan en el presupuesto del HZB, mientras que otros son asumidos por algún organismo externo, como es el caso del pago de los sueldos y del pago de los servicios públicos. De ahí que otro posible análisis interesante para los directivos del HZB a la hora de gestionar los recursos sea delimitar qué parte del costo del paciente día es asumido por el HZB y qué porcentaje representa del presupuesto que les es asignado. Para ese estudio es necesario conocer las fuentes de financiamiento y excluir del costo del paciente día los ítems mencionados anteriormente.

A continuación se precisan las fuentes de financiamiento del HZB y los principales usos que se les da:

- i) Fondo Sumar-Nacer: a través del cual ingresan fondos de acuerdo a lo que se factura según las prácticas a los pacientes; de estos fondos ya se dijo que el 70% se designa a las necesidades del HZB y el otro 30% a los CAPS.
- ii) FOS: a través del cual ingresan los fondos que se facturan a los Agentes de Seguro de Salud según los nomencladores comunes. De acuerdo a la Administración del HZB, el 60% de la facturación total del HZB pertenece a IPROSS y a PAMI²¹, del cual muchas veces el 50% se cobra al año (habiendo perdido poder adquisitivo) y la otra mitad, correspondiente a IPROSS, muchas veces no se llega a cobrar. En este punto es necesario aclarar que existe una diferencia entre lo facturado por el HZB a las OS y otras instituciones que cofinancian de lo realmente recaudado. El HZB sólo pudo **recuperar el 68.65% (\$16,503,770) de lo facturado (\$24,038,548)** en el año 2018. Se combinan en este aspecto dos factores contraproducentes para la contabilidad del HZB: la morosidad y el impago por parte de las OS y otras entidades similares. O sea, se han dado situaciones en las cuales los Agentes de

²¹ El Programa de Atención Médica Integral (PAMI) es la obra social federal que afilia a jubilados y pensionados, personas mayores de 70 años sin jubilación y excombatientes de Malvinas.

Seguro de Salud no pagan en tiempo, el HZB puede intimarlas y elevar el caso a la SSS, pero como hay demora en la resolución de los casos, en las situaciones en que el HZB logra recuperar parte del monto, éste no se actualiza por inflación y esto lleva que el HZB incurra en más gastos²².

- iii) Fondo del Tomógrafo: para el año 2018 eran aproximadamente \$30,000, lo cual no llegaba a cubrir el gasto de los discos que se usaban.
- iv) Fondo de Funcionamiento o Permanente: a través del cual depositan semanalmente a la cuenta del HZB cierta cantidad de dinero según rendición (para 2018 el **promedio mensual** fue de **\$4,542,112**). El 80% del presupuesto del Fondo de Funcionamiento más el FOS se emplea en: descartables, medicamentos, alimentos, reactivos, pasajes aéreos y terrestres de los pacientes.

El HZB también cuenta con donaciones, las cuales deben tener un destino específico para poder ingresar. Las mismas no se tienen en cuenta en este análisis porque no se contó con la información para ello. Además no son una fuente de financiamiento regular del HZB.

Cuando se excluyen el pago de los sueldos del personal del HZB y el pago de los servicios públicos, el costo del paciente día en las salas disminuye en un 74%. Esto se debe a que el gasto en personal es el componente de mayor relevancia en la composición del costo del paciente día. Entonces, una vez hecho este cálculo el HZB se hace cargo en promedio de un 26% del costo del paciente día con el presupuesto que le es asignado. El presupuesto mensual se obtiene de sumar los montos asignados a través del Fondo del Tomógrafo y del Fondo Permanente, de lo facturado en el Fondo Sumar-Nacer y de lo recaudado del FOS, que fue con lo que pudo disponer el HZB para asumir sus gastos. Para el año 2018 el **costo promedio mensual de internación (\$3,373,146)** representa en promedio el **53.21%** del **presupuesto promedio mensual del HZB (\$6,339,785)**. Es decir, solamente al área de internación se destina en promedio la mitad del presupuesto hospitalario del HZB, y la otra mitad se utiliza para cubrir las otras áreas de atención (ambulatorio, CAPS, Guardia Central).

²² Por ejemplo, en una ocasión PAMI se atrasó en el pago y al cabo de un año el HZB pudo recuperar sólo el 30% del total que le adeudaban y a valores desactualizados.

Actualización de datos

Los datos y resultados tratados hasta ahora están expresados a valores de diciembre de 2018, es decir, están desactualizados debido al contexto inflacionario por el que se ha caracterizado la Argentina en las dos últimas décadas. Para una mejor comprensión del costo del paciente día se actualizaron los resultados a abril del 2020 usando distintos índices según los componentes del costo. Como se ha explicado en varias partes de este capítulo, el gasto de personal es el mayor componente del costo del paciente día. Para la actualización de los sueldos de las seis categorías generales descritas en la metodología y que abarcan el costo directo del personal de las salas y de los restantes centros de costos (intermedios y estructurales), se dispuso de la evolución de los salarios del Ministerio de Salud Pública de la provincia en el periodo comprendido entre diciembre de 2018 y enero de 2020; para los tres meses restantes se actualizaron según la variación del grupo general de productos *“Salud”* del Índice de Precios al Consumidor (IPC) de la Región Patagónica. Con dicha variación se actualizaron también el resto de los componentes del costo del paciente día entre diciembre de 2018 y abril de 2020. Pero la proporción del costo perteneciente a los servicios públicos se actualizó según la variación del grupo *“Vivienda, agua, electricidad y otros combustibles”* del IPC de la Región Patagónica entre diciembre de 2018 y abril de 2020.

En el año 2019 los precios de los productos comprendidos en el grupo general *“Salud”* del IPC patagónico aumentaron un 70.8% y un 38.1% los del grupo *“Vivienda, agua, electricidad y otros combustibles”*, mientras que el nivel general de precios varió un 54% en la Patagonia. Por otro lado, en el año 2020 la variación mensual fluctuó. En enero y febrero la variación del nivel general de precios fue mayor que la variación del grupo general de productos *“Salud”*, y los dos meses siguientes quedó por debajo. Mientras tanto, en los cuatro meses analizados en 2020 la variación del grupo *“Vivienda, agua, electricidad y otros combustibles”* siempre estuvo por debajo de la variación del nivel general de precios.

La variación del costo promedio del paciente día por sala entre diciembre de 2018 y abril de 2020 se resume en la tabla 17. En este periodo **el costo promedio de un día en internación** aumentó 1.56 veces aproximadamente, pasó de **\$5054 a \$8565**.

Reflexiones finales

En este trabajo se entiende a la salud como un concepto amplio e integral que abarca numerosas facetas de la vida de las personas. Dicho concepto se relaciona no sólo con la ausencia de enfermedades o el acceso a la atención médica oportuna y de calidad, sino que se extiende a varios aspectos de la vida cotidiana, que son considerados los “determinantes sociales de la salud”, como son el acceso a la educación, a la alimentación, a la vivienda, a condiciones de trabajo seguras, entre otros (AECID, 2014; OMS, 2017). El derecho a la salud es, entonces, un derecho humano universal e inalienable, y es responsabilidad del Estado garantizarlo de manera igualitaria y sin discriminación para todos los individuos que habitan su territorio.

Los modelos de salud están relacionados con los modelos sociales vigentes en cada sociedad, con las preferencias, los valores y conceptos de justicia social y equidad compartidos por los individuos de una comunidad. No debe perderse de vista que la desigual distribución de los problemas de salud no es un fenómeno natural o consecuencia exclusiva de las causas cercanas de la enfermedad o las elecciones personales, sino el resultado de la combinación de las políticas sanitarias, sociales y económicas adoptadas por los gobiernos (AECID, 2014). También influyen el contexto internacional en el que están insertados los gobiernos y el poder relativo que éstos ostentan en el orden mundial imperante. Es por eso que un análisis reflexivo del proceso de descentralización del sistema de salud argentino no puede desconocer estas variables, algunas endógenas y otras exógenas.

Las teorías del federalismo fiscal avalan varias ventajas en el proceso de descentralización. Por ejemplo, éstas tienen que ver con la mejora de la gestión del Estado en el nivel local, regional y nacional en cuanto al incremento de la producción y ampliación de la cobertura de los servicios, así como con una mayor eficiencia en la atención de trámites y con una mayor participación de la ciudadanía en el control de la calidad de los servicios (Accotto et al., 2016). Pero el proceso de descentralización en Argentina en sus tres etapas respondió a motivaciones fiscales por sobre las demandas de las políticas sectoriales o la búsqueda de mejores niveles de eficiencia y equidad (Carciofi et al., 1996; Cetrángolo, 2015), y los beneficios esperados se alejaron de la realidad resultante. El gobierno central buscó beneficiarse al transferir responsabilidades de gasto a las provincias, sin plantear una

redistribución de los recursos para hacerles frente (Cetrángolo & Bisang, 1997). Mientras la recaudación tributaria tendió a centralizarse en manos del gobierno central, la estructura jurisdiccional del gasto se descentralizaba. Además de no haber compensación financiera por parte del gobierno nacional, tampoco se diseñaron incentivos para preservar el orden y control sobre la política sectorial (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo, 2015).

Todo ello influyó negativamente en la equidad en el sistema de salud y propició que se ahondaran las desigualdades entre las provincias (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo & Gatto, 2002; Cetrángolo, 2015; Cetrángolo & Goldschimt, 2018). De igual manera, se acrecentó la heterogeneidad respecto a la calidad y variedad de los servicios sanitarios según la pluralidad de experiencias provinciales que se sucedieron. Las distintas etapas de descentralización se diferencian entre sí por varias razones y una de ellas es que, en las dos primeras, los gobiernos provinciales eran simples representantes de gobiernos de facto, mientras que, en los 90', las reformas más estructurales en el sistema de salud se suceden con un gobierno elegido democráticamente (Cetrángolo & Bisang, 1997).

La reforma estructural en el sistema de salud impulsada en la época de la convertibilidad llevaría a una redefinición de los nuevos roles y funciones asumidas por el Estado argentino y, a su vez, el papel del mercado, los actores privados (empresas) y los espacios sub y supranacionales. El concepto de equidad contemplado en este trabajo que parte de una visión global y valorativa de la capacidad, el nivel potencial de salud y las oportunidades de cada individuo, difiere de la *equidad estratificada* que perseguían las políticas focalizadas por riesgos y problemáticas llevadas a cabo en la década de los 90', las cuales estaban acordes a las visiones neoliberales de mercado y buscaban la sustitución del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.

Como ya se ha analizado, gran parte de los problemas que presenta la provisión pública de servicios sanitarios en Argentina respecto a la equidad es una expresión de las relaciones financieras entre las distintas jurisdicciones (gobierno federal, gobiernos provinciales y municipales) (Cetrángolo & Bisang, 1997). También es consecuencia de la desarticulación y fragmentación en la organización del sistema, no sólo en la cuestión de la provisión pública, sino también considerando la relación de este subsistema con los restantes componentes que conforman la oferta de salud (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo, 2015). El

fraccionamiento del sistema de salud permite que coexistan varios subsistemas con distinto poder de decisión en sus territorios de influencia. Éstos no siempre logran coordinar y concertar sus políticas, por lo que es difícil hablar de un sistema de salud cohesionado y articulado. Esta fragmentación representa una limitación para la centralización de suficiente poder por parte del MSAL para promover reformas estructurales y necesarias en el sistema de salud que permitirían un uso más eficiente de los recursos destinados al sistema de salud y, por ende, resultados más eficaces y equitativos que los actuales dado el gasto en salud.

En cuanto a la equidad, Cetrángolo y Bisang (1997), resaltan que el proceso de descentralización en el campo de salud del siglo pasado en Argentina presentó importantes fallas. En primer lugar, respecto a la equidad regional no se encuentran políticas nacionales con el objetivo de achicar la brecha en las coberturas ofrecidas por cada provincia o jurisdicción municipal. Contrario a la experiencia en la descentralización educativa, donde sí se contempló la posibilidad de eventuales inequidades y se promulgó una ley con el fin de corregirlas, en materia de salud el gobierno nacional no tuvo iniciativas que consideraran esta posibilidad y, por tanto, su inacción ha profundizado la inequidad en el sistema. En consecuencia, estas fallas en la equidad y la eficiencia a escala regional precisan de la determinación de una política a nivel nacional. Por último, respecto a la equidad personal, los autores hacen referencia al grado de dependencia de ésta a la organización propia de cada provincia y unidades ejecutoras finales.

Otros de los problemas que presenta el actual sistema de salud está relacionado con la dependencia del nivel de cobertura y la sustentabilidad financiera a la actividad económica a través del financiamiento público que depende de la recaudación impositiva, del nivel de empleo formal y del nivel de ingresos de los ciudadanos, los cuales determinan el nivel de cobertura del subsistema de la Seguridad Social (Dondo, 2013). Además, la existencia de asimetrías en los regímenes regulatorias entre los subsistemas público y de la Seguridad Social respecto al subsistema privado, ha implicado que se acumulen recursos en los sistemas más desregulados y ello incide negativamente en la equidad en el sistema (Dondo, 2013). Se puede afirmar, entonces, que el subsector privado ha experimentado en las últimas décadas un dinámico crecimiento y ha ganado nuevos espacios debido al marco regulatorio vigente en el subsector público y a las deficiencias del sistema prestacional público y paraestatal (Cetrángolo & Bisang, 1997; Cetrángolo 2015).

Asimismo, algunos autores advierten que en la estructuración histórica del sistema de salud argentino ha primado la lógica de orientación hacia la atención de la enfermedad, en lugar de la prevención que se ha mostrado más costo efectiva (Bisang & Maceira, 1999; Dondo, 2013). Se ha demostrado que las políticas públicas dirigidas a mejorar los niveles de educación en la población, los sistemas sanitarios, las condiciones laborales, los hábitos de alimentación, las condiciones de la vivienda, entre otras, tienen un impacto mayor a la hora de lograr que los ciudadanos alcancen su nivel potencial de salud y, por tanto, una mejora en los niveles de eficiencia y equidad (Murray et al., 1994; Cetrángolo & Bisang, 1997; Bisang & Maceira, 1999; Dondo, 2013; Cetrángolo, 2015). Desde esta lógica, se consideraría a la salud no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más de la vida cotidiana que comprende recursos personales, sociales y de capacidad física adecuada (OMS Europea, 1985).

El objetivo principal de esta investigación ha sido generar información útil que ayude a una gestión más eficiente y racional del presupuesto hospitalario. Un uso más eficiente de los recursos escasos permite que el Estado pueda mejorar el acceso oportuno a los servicios sanitarios de calidad, es decir, que pueda garantizar el derecho humano a la salud al conjunto de su población. Es por ello que el desarrollo de un modelo de valuación de los costos de internación del HZB se considera un aporte significativo. Además, la información generada en este trabajo sirve de insumo para la elaboración del programa anual y el cálculo de gastos y “recursos genuinos” del HZB, y proporciona a los directivos datos más sólidos para negociar mejores convenios con las entidades que cofinancian el sistema de salud. Si bien desde la forma en que están redactadas las normativas de los HPGD se plantea como objetivo establecer nuevos mecanismos de financiación, asegurando el traspaso de las capacidades técnico-administrativas y los recursos legales que lo permitiesen, así como se garantiza la continuidad de los aportes presupuestarios para el habitual funcionamiento de los HPGD de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población (con la eventual sustitución del “subsidio a la oferta” por el de “subsidio a la demanda”), en la práctica a los HPGD les han faltado herramientas, apoyo y recursos para la correcta implementación de estas normativas y una reconversión como la que se pretendía.

Por otro lado, la mayoría del personal entrevistado del HZB considera que es positivo pertenecer a la SSS y poder cobrarles a las OS, EMP, ART, mutuales y otras instituciones

similares por las prestaciones brindadas a sus afiliados, ya que de esa manera se recupera parte de los gastos. Pero no están de acuerdo con el cobro directo a los pacientes, pues se perdería el espíritu solidario y el carácter universal en la prestación de los servicios sanitarios en el sector público, razones por las cuales esto no se implementó. Sin embargo, opinan que es contraproducente que se les imponga un NPS que a veces no cubre los costos o no se actualiza con más periodicidad, factores que atentan contra el financiamiento y la equidad en la provisión de los servicios. Entonces, aún luego de muchos años de implementado el régimen de los HPGD, se considera que persisten dificultades que no permiten aprovechar las nuevas capacidades descentralizadoras por falta de competencias gestoras en las unidades ejecutoras finales, de apoyo económico y voluntad política, así como las fallas técnicas y legales. Ejemplo de ello son las deficiencias en los sistemas de información, la desactualización del NPS, la demora en el pago por parte de los Agentes del Seguro de Salud a los HPGD y los tiempos que se requieren para solucionar a través de la SSS las discrepancias entre éstos.

De ahí que resulta muy útil para los directivos del HZB conocer los resultados arrojados en esta investigación a la hora de acordar nuevos convenios con los Agentes de Seguro de Salud. Como por ejemplo, que el costo promedio del paciente día calculado con la metodología ABC es tres y hasta cinco veces mayor que el monto que puede facturar el HZB a los mismos. Por otro lado, si se comparan las áreas críticas agrupadas, se observa que los montos del nomenclador cubren el 34% del costo promedio de internación estimado para el HZB; mientras que, en las áreas no críticas el nomenclador sólo cubre el 25% del costo. También es importante conocer que la mitad del costo promedio del paciente día pertenece al personal médico y agentes de enfermería que trabajan directamente en las salas de internación. El conocimiento de la participación relativa de los costos directos e indirectos permite hacer un uso más eficiente de los recursos médicos. Es por ello que es valioso saber que la mayor parte de las actividades (61.09%) que se realizan para la recuperación de la salud del paciente se desarrollan en las salas de internación. Asimismo, entender que de cada 100 pesos que se gastan en un día de internación, \$76 corresponden a costos fijos y \$24 a costos variables, brinda conocimientos a los directivos para llevar a cabo las adaptaciones necesarias en cuanto a la combinación y la proporción de los objetos que integran el costo del paciente día. Además, conocer que dentro de los costos fijos el 94.28%

pertenece a los gastos del personal (que incluye también a los especialistas de otros servicios) da una idea de la importancia en la participación del costo promedio del paciente día de los recursos humanos calificados y no calificados.

Para continuar la labor iniciada con este trabajo es indispensable modernizar los sistemas de información del HZB, ya se están haciendo gestiones para ello. Con el fin de sistematizar el cálculo de costos de internación en el HZB usando la metodología ABC, sería provechoso:

- i. Adoptar lineamientos estadísticos comunes a todos los servicios en cuanto a qué información recolectar, cómo hacerlo y la manera de sistematizar los datos relevantes para el cálculo del costo promedio del paciente día. Este planteo surgió en varios de los servicios, pues hubo que dejar fuera del análisis algunas partidas de interés por falta de información para adoptar alguna base de distribución válida, o simplemente se usaron otros criterios conscientes de la subestimación en los datos, por ejemplo, en el caso del servicio de Patología.
- ii. Centralizar las estadísticas de interés para el cálculo del costo promedio del paciente día en el departamento de Estadística, de manera tal que en cada ejercicio pueda reevaluarse la metodología y mejorar los criterios usados.
- iii. Actualizar constantemente los datos, hay servicios que llevan años sin actualizar sus datos o no los vuelcan en un sistema de información que permita acceder a ellos de manera eficiente. Tal es el caso de los servicios de Hemoterapia (se usaron estadísticas del 2015) y de Patología (no tenía clasificadas las prestaciones en internas y externas).
- iv. Evitar el subregistro de datos. Por ejemplo, el gasto total centralizado en Administración para la compra de medicamentos a valores de diciembre de 2018 fue de \$ 23,898,530. En Farmacia se contaba con los datos de consumo por sala y se monetizaron los montos con el precio de última compra (diciembre de 2018), dando un total de \$336,689. Si además se tiene en cuenta la asignación de esta partida a otros servicios y su imputación indirecta a las salas, el monto total correspondiente a internación asciende a \$411,456, o sea, no llega al 2% del gasto total en medicamentos. Este valor se considera muy inferior al real.
- v. Incorporar datos que forman parte del costo promedio del paciente día y quedaron fuera en este trabajo por falta de registro o acceso a la información. Por

ejemplo, contemplar en el costo promedio del paciente día las guardias activas y pasivas de todo el personal relacionado directa o indirectamente a las salas de internación. Los entrevistados dijeron que, en algunos casos, con el monto de las guardias podía llegar incluso, en ocasiones, a duplicarse el salario percibido en un mes, en dependencia de la especialidad y la cantidad de guardias. Tampoco el gasto en oxígeno pudo ser contemplado por falta del registro referente al consumo por sala o de información para adoptar algún criterio válido. El valor del gasto en oxígeno pagado por Ministerio a valores de diciembre de 2018 fue de \$430,450; esta partida se actualizó teniendo en cuenta la variación del grupo de productos “Productos medicinales, artefactos y equipos para la salud” del IPC patagónico (62.1%).

Esta tesina sirve de referencia para futuras investigaciones, queda mucho por hacer aún. Pero el hecho de poder contar con información expresada en porcentajes puede servir de antecedente para otros hospitales que no pueden realizar los cálculos de sus costos. Además, podría pensarse en determinar el costo promedio del paciente día que fue intervenido quirúrgicamente en el HZB. De igual manera podría hacerse una distinción según las patologías más frecuentes y determinar el costo promedio del paciente día de cada sala teniéndolas en cuenta.

Para alcanzar resultados más eficientes y equitativos en este contexto de descentralización microeconómica es clave generar información que sea valiosa a la hora de tomar decisiones y gestionar eficientemente los recursos limitados, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de todos los ciudadanos, principalmente de los más necesitados. Esta tesis se propuso contribuir con los objetivos antes mencionados, responde además a una necesidad que tenía el HZB y abre nuevas líneas de investigación para un futuro. El aporte principal de este trabajo es el de diseñar y aplicar un modelo de valuación de costos que contemplara las especificidades del HZB, y contribuir con la incorporación del análisis de costos de producción en el proceso de la toma de decisiones para lograr una gestión más eficiente y racional del presupuesto destinado a la salud pública.

Anexos

Anexo 1: Nomenclador de Prestaciones de Salud

Según la Resolución Ministerial No.1,191 que modifica los aranceles y resume las descripciones del Nomenclador Común (885) por el que se rige el HZB:

i) El NPS para el módulo día clínico (\$1,232.40) en habitación compartida incluye: anatomía patológica, hemoterapia, honorarios y gastos, medicamentos y materia descartable de uso habitual, oxígeno, prácticas de diagnóstico y tratamiento de uso habitual, rehabilitación y yeso. Asimismo excluye: eco-dopler, electrofisiología, hemodiálisis, hemodinamia, medicina nuclear, prótesis y órtesis, RMN, TAC, terapia radiante y hemoterapia (hasta 2 transfusiones, a partir de la segunda se facturan todas). El arancel es el mismo por día sin importar el tiempo de estadía, incluso se mantiene este valor diario para la internación por patología crónica con promedio de estadía mayor a 30 días, con o sin razón socioeconómica agravante.

ii) El NPS para el módulo día terapia intermedia-cuidados especiales (\$2,046.20) contiene las mismas especificaciones que el NPS del módulo clínico en habitación compartida.

iii) El NPS para el módulo día UTI-UCO (\$4,585.10) excluye los mismos ítems que los dos anteriores, además del monitoreo de presión intracraneana, pero incluye: anatomía patológica, asistencia respiratoria mecánica, diálisis peritoneal, hemoterapia (hasta 2 transfusiones), honorarios y gastos, medicamentos y material descartable, oxígeno, prácticas de diagnóstico y tratamiento de uso habitual y rehabilitación.

iv) El NPS para el módulo día neonatológico (\$1,232.40; \$2,046.20; \$4,585.10) varía de acuerdo a la complejidad del área de internación y/o las necesidades de la patología en tratamiento, de ahí que se contemplan tres nomencladores: el primero es para la atención de patologías neonatológicas de baja complejidad en áreas especiales (incluye y excluye los mismo ítems que el NPS para el módulo día de internación clínica), el segundo es para la atención de patologías neonatológicas de mediana complejidad en áreas especiales (incluye y excluye los mismo ítems que el NPS para el módulo día de internación clínica), y el tercero es para la atención de patologías neonatológicas de alta complejidad en áreas especiales con asistencia respiratoria mecánica (este NPS contiene las mismas especificaciones que el NPS para el módulo día UTI-UCO).

Referencias bibliográficas

Abuelafia, E., Berlinski, S., Chudnovsky, M., Palanza, V., Ronconi, L., San Martín, M. E., & Tommasi, M. (2002). El funcionamiento del Sistema de Salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Document, 77.

Accotto, A. L., Martínez, C. R., Mangas, M., & Páparas, R. (2016). Finanzas públicas y política fiscal: conceptos e interpretaciones desde una visión argentina. UNGS, Universidad Nacional de General Sarmiento.

AECID. (2014). Comprendiendo el derecho humano a la salud: la importancia de los determinantes sociales de la salud. Prosalus y Cruz Roja Española.

Álvarez, F. R., Lorenzo, S., & Cardín, J. (1999). Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. *Rev Adm San*, 11, 511-21.

Arce, H. E. (2010). El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. In *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va* (pp. 526-526).

Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(5), 414-418.

Área Técnica de CA.DI.ME y el Centro de Investigación de la Fundación DPT. (2019). Informe Sectorial No.12. Servicios de Salud. Marzo 2019.

Arellano Cepeda, O., Quispe Fernández, G., Ayaviri Nina, D., & Escobar Mamani, F. (2017). Estudio de la Aplicación del Método de Costos ABC en las Mypes del Ecuador. *Revista de Investigaciones Altoandinas*, 19(1), 33-46.

Atienza, O. (2016). *Sistema de Salud Argentino*. [Video] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=owDOrwpOr0M&t=82s>.

Becerril, V., & Belló, M. (2011). Sistema de salud de Argentina (The Health System of Argentina). *Salud pública de México*, 53(suplemento 2).

Berlinguer, G. (2002). Bioética cotidiana. Siglo XXI.

Bisang, R., & Maceira, D. (1999). Medicamentos: apuntes para una propuesta de política integral. Buenos Aires: LITTEC-Universidad Nacional General Sarmiento.

Bustamante-Salazar, A. M. (2015). Costeo basado en actividades–ABC: revisión de literatura. *Revista CEA*, 1(1), 109-119.

Carciofi, R., CEPAL, N., & UNICEF. (1996). Desafíos de la descentralización: educación y salud en Argentina y Chile.

CELS. (14/09/2018). *La salud en riesgo*. [Comunicado de prensa]. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/2018/09/la-salud-en-riesgo/>.

Cetrángolo, O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 38.

Cetrángolo, O., & Bisang, R. (1997). Descentralización de los servicios de salud en Argentina. *Serie Reformas de Política Pública*, 47.

Cetrángolo, O., & Gatto, F. (2002). Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. Presentado en el Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores, Quito, Ecuador: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Recuperado a partir de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/13048/quito3.pdf>.

Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2018). Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual.

Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2018). Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina (disertación doctoral, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas).

Civitaresi, H.M., Dondo, M. y Vázquez, M., (2018). Caracterización de la demanda del Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo: Meses de octubre y noviembre, 2017. Centro Interdisciplinario de Estudios en Territorio, Economía y Sociedad (CIETES) de la UNRN. Trabajo no publicado.

- Contreras, M. (2017). Sistema de costeo basado en actividades aplicado al sector salud.
- Cooper, R., & Kaplan, R. S. (1998). The promise-and peril-of integrated cost systems. *Harvard business review*, 76(4), 109-120.
- Crojethovic, M., & Ariovich, A. (2008). La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas. *Papeles de trabajo*, (2), 4.
- De la Puente, C. & De los Reyes, L. (2019). ¿Cuánto gasta Argentina en salud? Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud y Cobertura Universal de Salud.
- Dondo, M. (2013). La equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, Argentina.
- Europa, O. M. S. (1985). Health promotion. A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.
- Frutos, J., & Royo, M. (2006). Manuales de dirección médica y gestión clínica. Salud pública y epidemiología. Ediciones Díaz de Santos.
- Garay, O. E. (2016). La medicina prepaga. Gatto, F., & Cetrángolo, O. (2002). Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado.
- García Guzmán, S. (2012). Aplicación de la Metodología ABC en una Empresa Metalúrgica que Trabaja Bajo Pedido.
- Gómez Arciniegas, J. D. (2011). Evaluación del impacto económico de la reutilización de implementos para cirugía (Bachelor's thesis, Bogotá-Uniandes).
- Guerrero Espinel, E., Levovich, M., Lima Quintana, L., Santich, I., & Jasín, M. (1999). Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997. OPS.
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2007). Time-driven activity-based costing: a simpler and more powerful path to higher profits. Harvard business press.

La crisis del 2001 encontró la salud pública desfinanciada. (03/06/2008). *El Territorio*. Recuperado de <https://www.eltterritorio.com.ar/la-crisis-del-2001-encontro-la-salud-publica-desfinanciada-6251994505325522-et>.

Lamfre, L. (2016). Cálculo del costo del día de internación en el hospital de máxima complejidad de la Provincia de Neuquén.

Loaiza, G. A., & Soto, E. C. J. (2001). Costos hospitalarios: Costo del día-paciente. In *Cruzando fronteras: tendencias de contabilidad directiva para el siglo XXI: actas VII Congreso Internacional de Costos y II Congreso de la Asociación Española de Contabilidad Directiva*. (p. 329). Servicio de Publicaciones.

López, S. (2013). El derecho a la salud en el marco del financiamiento con subsidio a la demanda. In *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Ivear, S., Canteros, J., & Rodríguez, P. (2010). Estudio retrospectivo de costos de tratamientos intensivos por paciente y día cama. *Revista médica de Chile*, 138(5), 558-566.

Maceira, D. (2002). Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Maceira, D. (2008). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. CEDES.

Massara, M. (2015). Rol del Contador Público Nacional en materia de costos, en las empresas prestatarias de servicios de salud.

Mena, B. C. (2014). Unidad 2. Sistema de cálculo de costos: costos basados en actividad. FAEDIS. Universidad Militar Nueva Granada.

Ministerio de Salud Pública: Dirección de Finanzas y Contabilidad (2009). *Manual de Instrucciones y Procedimientos de Costos en Salud*. Cuba.

Montoya, L. F. G., & Quintero, J. B. Conveniencia de la utilización del time driven activity based costing TDABC.

Murray, C.J.L., Govindaraj, R. & Musgrove, P. (1994). National health expenditures: a global analysis. En Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (1946). World Health Organization. Constitución Statement. Ginebra.

OMS. (29/12/2017). Salud y derechos humanos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

Pigna, F. (2015). *IOMA - Felipe Pigna: La Evolución de la Salud Pública en Argentina - Disertación completa*. [Video] Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=vSZPUR2qqNs>.

Plaza Villalva, E. A. (2013). Propuesta de costeo mediante ABC para los programas de la Fundación Alternativas para el Desarrollo período 2012 (Bachelor's thesis, UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL. FACULTAD: CIENCIAS ECONÓMICAS Y NEGOCIOS).

Rojas, F. (1999). The political context of decentralization in Latin American: Accounting for the particular demands of decentralization in the region. Burki, SJ y G. Perry. In Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: The World Bank.

Santos, C., & Rodríguez, C. (2004). Módulo de estimación de costos hospitalarios. México: Secretaría de Salud.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de salud pública*, 11, 302-309.

Tafari, R. (1997). Reforma al sector salud en Argentina.

Tobar, F., Garraza, L. G., Monsalvo, M., & Falbo, R. (2003). Impacto de la política nacional de medicamentos en el año 2002. Estudio de REMEDIAR. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Zamprogno, E. (2016). Desarrollo e implementación de sistema de costeo basado en actividades en empresa industrial (Master's thesis).

Fuentes documentales

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 Censo del Bicentenario Resultados definitivos, Serie B N° 2 INDEC PAG 68 WEB Archivado

Decreto No.1,615. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 31 de diciembre de 1996.

Decreto No.578. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 08 de abril de 1993.

Decreto No.939. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 24 de octubre de 2000.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (2019). Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos, 4to trimestre 2019. Recuperado de [https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-bases EPH tabulado continua](https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-bases_EPH_tabulado_continua).

Ley 23,313. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 13 de mayo de 1986.

Ley 23,660. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 20 de enero de 1989.

Ley 23,661. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 20 de enero de 1989.

Ley 24,430. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 10 de enero de 1995.

Ley 24,754. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 02 de enero de 1997.

Ley 25,570. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 06 de mayo de 2002.

Ley 26,682. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 16 de mayo de 2011.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1997): Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos, Hospital Público de Autogestión, segunda edición, Argentina.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, PRONATASS (1994): Normas de descentralización para establecimientos de salud, Argentina.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, PRONATASS (1994): Instrumentos para el Hospital Público de Autogestión, Argentina.

Modificación del Decreto No. 939. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 09 de enero de 2017.

Resolución No.1,191. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 21 de junio de 2018.

Resolución No.1,230. InfoLEG, Buenos Aires, 28 de enero de 2008.

Resolución No.1,630. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 01 de noviembre de 2013.

Resolución No.254. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 01 de marzo de 2011.

Resolución No.60. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 29 de enero de 2015.

Resolución No.760. InfoLEG, Buenos Aires, Argentina, 09 de agosto de 2018.