

Método para la asignación de recursos económicos en sistemas capitados

Estudio de caso aplicado a un sanatorio privado polivalente de San Miguel de Tucumán

Autor: Hernán Zanellato

Director de Tesis: Arturo Schweiger

Jurado Evaluador: Dra. Marcela D'Urso, Dra. Lucila Cebe, Mag. Claudia Cuomo



Ingeniero en Sistemas de Información, Universidad Tecnológica Nacional, Facultad Regional Tucumán. Especialista en Economía y Gestión de la salud y Magíster en Economía y Gestión de la Salud por el Instituto Universitario ISALUD

Se desempeña como Gerente General en el Sanatorio Modelo, de San Miguel de Tucumán.

1. Introducción

Esta tesis se propone estudiar la distribución de recursos en un sistema capitado. La capitación, mecanismo de pago muy común en el modelo de atención gerenciada, consiste en fijar una suma por usuario, por un periodo de tiempo, para cubrir un grupo de prestaciones específicas.

En este trabajo se identificaron los consumos generados por los distintos pacientes atendidos bajo un sistema de pago capitado dentro de una institución médica privada seleccionada a los fines del estudio, con el objetivo de analizar la distribución de los recursos dentro de la misma y formular recomendaciones tendientes a asegurar la utilización eficaz y eficiente de los mismos y la calidad en la atención. Se realizó un análisis de la situación actual de los distintos servicios y posteriormente, a través de la aplicación de fundamentos técnicos y teóricos de gestión empresarial aplicados a instituciones sanitarias, se presentó una fórmula de redistribución para cada servicio, acorde al gasto proyectado para cada uno en un período de un año calendario.

Para el caso de estudio se tomó una institución médica privada polivalente, de la Ciudad de San Miguel de Tucumán, con una población cautiva de ambos sexos mayores de 65 años pertenecientes a la Obra Social Nacional PAMI, cuya forma de contratación responde a un Sistema Capitado en sus tres niveles de atención.

El objetivo general de la tesis consiste en contribuir, a través de la presentación de un Método para la Asignación de Recursos Económicos en Sistemas Capitados, al conocimiento, organización y planificación para optimizar la utilización de los mismos. Como objetivos específicos se propusieron: identificar los índices de demanda que permitan desarrollar un método de asignación de recursos por cada departamento interviniente en la cadena de atención; realizar un estudio de los distintos recursos (radiología, tomografía, laboratorio, in-

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

ternación, cirugía, consumo de medicamentos) tomando como fuente de datos la Historia Clínica Asistencial sobre el total de pacientes internados en la institución; medir las tasas de uso de los distintos departamentos; realizar una comparación entre diagnósticos, comorbilidades y recursos utilizados, a fin de definir diferenciales de consumo para cada uno de estos; definir fórmulas de redistribución de recursos entre sectores; proponer mecanismos de evaluación y monitoreo junto con la creación de una estructura de incentivos apropiados para que las organizaciones mejoren la calidad de atención y reduzcan los costos.

La hipótesis que orienta este trabajo de tesis apunta a demostrar que aplicando un sistema de costeo medio, calculado en base a las patologías prevalentes y a los consumos de cada egreso (basado en la historia clínica de cada paciente), se alcanza un método de distribución de recursos económicos que permite planificar y asignar en forma eficiente los presupuestos a cada departamento que interviene en el tratamiento de pacientes en un sistema capitado.

2. Descripción del problema

Los sistemas de atención capitados apuntan a gestionar la utilización de los recursos y a disminuir el costo de la atención, asegurando un alto nivel de accesibilidad a los servicios de una población definida. Para ello, se hace necesaria la responsabilidad de medir y monitorear la calidad de la atención brindada, en sus aspectos técnicos, en cuanto al estado de salud de la población cubierta y en cuanto al nivel de satisfacción de usuarios y prestadores.

En el caso de la institución seleccionada, a pesar de que el convenio capitado (PAMI) representa el 33% del ingreso total, no presenta ninguna forma de asignación presupuestaria a los distintos departamentos intervinientes en la cadena de atención de los afiliados de dicha obra social, lo que genera grandes problemas para realizar controles y tomar decisiones para optimizar el costo y efectividad de las prestaciones. En dicha institución se emplea un sistema de costo promedio, tomando los pacientes en conjunto y sin un análisis certero de acuerdo a cada egreso registrado. Este tipo de cálculo de costos, no representa la realidad de una empresa de salud, ya que la no distinción de la heterogeneidad de los casos y de las situaciones particulares dificulta la toma de decisiones correctas.

Frente a esto, el conocimiento casuístico de egresos resulta un insumo para la de gestión que permite clasificar los casos atendidos y en base a ella, programar la producción y proyectar el presupuesto, de manera tal que los ingresos, como los costos, estén en relación con cada patología. Junto a esto, la integración de distintas herramientas como sistemas de costos, tasas de uso de los afiliados dentro del sistema y modelos de gestión en empresas de salud propician las condiciones para plantear un método de asignación de recursos aplicable en este tipo de sistema capitado, y así lograr un correcto aprovechamiento económico de los mismos por parte de la institución. La importancia de plantear este método es su posible contribución al uso eficiente de recursos, mediante la asignación por cada departamento y en relación a las patologías que se atienden.

3. Marco Conceptual

La atención médica gerenciada consiste en una intervención sistémica, sostenida y organizada, que afecta favorablemente la calidad y los costos de la atención de la salud de una población definida, vinculando responsablemente entre sí a los compradores, los financiadores y los prestadores de los servicios. Se destaca en este tipo de atención la importancia que tiene el mantener información regular acerca de la población, como se utilizan los servicios, como se desempeñan los prestadores, cual es su grado de eficiencia y cuales sus costos asociados.

3.1 Sistema de costos por paciente y patología: fundamentos del sistema de costos propuesto

El sistema de costos por paciente analiza los costos generados por la atención de cada uno de ellos en forma individual. Desde el punto de vista operativo de la gestión médica, es una variante importante pasar de un cálculo de costo promedio a un costo por paciente que incluye la patología por la cual fue tratado ese paciente.

Disponer de la información del costo por paciente permite estimar cuanto se gastó en el mismo, pero al tener el costo por paciente y patología supone no solo conocer el gasto, sino que además, el origen del mismo.

El sistema de costos propuesto para obtener costos por pacientes y patología es similar al de Costos por Órdenes de Producción, ya que todos los costos se clasifican de acuerdo a su variabilidad en:

- Costos Asignables al Paciente: Son los costos variables, es decir todos aquellos que se pueden imputar sin problema alguno directamente al paciente (medicamentos, materiales de uso médico, estudios realizados, interconsultas).
- Costos por utilización de los servicios: Son aquellos costos que aunque el paciente no esté, igual existen. Es el costo por la utilización de parte de las instalaciones de la empresa (derecho de cirugía, valor de pensión, consulta médica).

Teóricamente, los costos asignables a pacientes se imputan directamente, igual que en el sistema de costos por órdenes de producción, mientras que los costos por utilización de servicios se calculan mediante el sistema de costos por procesos, utilizándose el método ABC para la distribución de los costos indirectos. Como los costos asignables a pacientes se generan desde una orden (orden de producción), todo lo que en su tratamiento vaya consumiendo se irá asignando a su cuenta corriente y estos costos se deben captar en el momento en que se producen.

Para el cálculo de los costos por utilización de servicios se debe llevar una contabilidad de costos y se calculan por el sistema de costos por procesos. Por lo tanto, la contabilidad debe contemplar las características exigidas por dicho sistema, a saber: definición de centros de costos en concordancia con el objetivo de obtener costos por productos/servicios, y distribución de costos, llevando todos los costos de los servicios de apoyo médico y no médico a los servicios finales.

Obtenidos los costos totales, mediante el cociente por la producción de cada servicio, se obtiene el costo promedio unitario de los costos por utilización de servicios.

Cabe aclarar que los costos asignables a pacientes o costos variables no se incluyen en éste procedimiento. Si bien en la contabilidad sí se registran dichos costos, los mismos no se deben incluir en el cálculo anterior pues por su naturaleza se imputan directamente al paciente. Para que esto no afecte el procedimiento, los costos variables se registran en cuentas diferentes, aunque deben estar dentro del centro de costos al que correspondan.

4. Metodología

Para cumplimentar los objetivos de investigación propuestos en la tesis se realizó un estudio de corte transversal y retrospectivo, tomando los casos de los pacientes internados en la institución seleccionada durante el año de estudio (2004) pertenecientes a PAMI (contrato capitado). Se realizó una asociación por diagnósticos prevalentes, analizando los recursos utilizados para la atención de los mismos. Las fuentes de datos principales fueron: Departamento de Estadísticas, Departamento de Contabilidad e historias clínicas. (Tabla 1).

Del total de casos se seleccionó una de la muestra de egresos que quedó comprendida según la Tabla 2.

5. Propuesta de método para la asignación de Recursos económicos en sistemas capitados. Aplicación al caso de estudio

5.1 Gestión de la demanda

El conjunto de efectores del área está constituido por los médicos de cabecera, los servicios auxiliares de diagnóstico de 1^{er} nivel y el sanatorio de referencia. Los médicos de cabecera son los responsables del programa de atención de 1^{er} nivel, y de los programas de promoción y prevención de la salud que se implementan. Ellos son los principales referentes y, por tanto, el nexo para la articulación de todos los procesos de atención, incluyendo los ambulatorios y de internación, teniendo a su cargo la supervisión y el control de todas las indicaciones relacionadas con la salud de los afiliados asignados a su padrón.

5.2 Gestión de la utilización de servicios

La derivación específica de los médicos de cabecera para la realización de estudios solicitados para los pacientes, tiene la finalidad de evitar la sobre utilización de recursos que generen gastos innecesarios en el sistema. Generalmente, las internaciones programadas son quirúrgicas, ya que una internación clínica programada es excepcional, por lo tanto, el sanatorio de referencia programa sus internaciones teniendo como principal objetivo cubrir la totalidad de las internaciones urgentes de su padrón. Si se tiene en cuenta que

Tabla 1
Universo de egresos clasificados por patología

Nº	Diagnóstico ingreso	Total	Porcentaje	Sumatoria
1	Infección respiratoria baja	323	15,30%	15,30%
2	Litiasis Vesicular	109	5,16%	20,46%
3	Diabetes Tipo II	69	3,27%	23,73%
4	Infección urinaria	55	2,61%	26,34%
5	ACV Izquemico	47	2,23%	28,56%
6	HTA	42	1,99%	30,55%
7	Insuficiencia cardíaca	42	1,99%	32,54%
8	Hemorragia Digestiva	40	1,89%	34,44%
9	Fractura de cadera	59	1,52%	35,95%
10	Hernioplastia	32	1,52%	37,47%
11	Papilotomía endoscópica	31	1,47%	38,94%
13	IRC	29	1,37%	41,73%
15	Gastroenterocolitis	26	1,23%	44,24%

Fuente: Elaboración propia - 2006

Tabla 2
Muestra de egresos clasificados por patología

Nº	Diagnóstico ingreso	Total
1	Infección respiratoria baja	31
2	Litiasis Vesicular	9
3	Diabetes Tipo II	9
4	Infección urinaria	6
5	ACV Izquémico	8
6	HTA	5
7	Insuficiencia cardíaca	5
8	Hemorragia Digestiva	4
9	Fractura de cadera	5
10	Hernioplastia	3
11	Papilotomía endoscópica	2
13	IRC	3
14	Gastroenterocolitis	3

Fuente: Elaboración Propia - 2006

las internaciones de urgencia representan entre el 60% y 65% del total de las internaciones, el sanatorio de referencia programa el 35% a 40% de sus egresos esperados, distribuidos por las distintas especialidades quirúrgicas. La estimación de egresos esperados se establece según la población aproximada a atender, con una tasa de 1.4% de internaciones por mes.

En este segundo nivel de atención, en el cual se procede a la internación del paciente, debido a la ausencia de sistemas de controles internos, no se dispone de información cierta sobre que va consumiendo dicho paciente hasta el momento del alta. Es en ese momento (alta) en el que se evalúa el consumo y se califica dicho egreso de acuerdo a las tablas 3 y 4, en las cuales se describe como se califican los egresos, con el fin de realizar un agrupamiento y costeo de los mismos.

Dentro de los egresos clínicos la clasificación se basa en los días de estada total de cada paciente en la institución. Los egresos quirúrgicos en cambio, se clasifican de acuerdo a las unidades de gasto quirúrgico

que figuran en el Nomenclador Nacional para cada una de las cirugías. A los fines de este trabajo, se observa que la forma de calificación de egresos actual, posee rangos muy amplios de agrupación, sin tener en cuenta, por ejemplo, cantidad de estudios, interconsultas y exámenes realizados, lo cual genera información incompleta para realizar algún tipo de cálculo o asignación presupuestaria precisa, y de hacerlo, el sesgo de error sería considerable.

La tabla 5 presenta la demanda del padrón de beneficiarios dentro de la institución, a través de indicadores de emergencia e internación. Estos datos permiten conocer indicadores tales como tasa de internaciones clínicas, tasa de internaciones quirúrgicas, promedio días de estada y porcentaje ocupacional, los cuales informan sobre la utilización de los recursos en base a la oferta establecida en el convenio capitado.

Tabla 3
Calificación de egresos clínicos

Denominación	Días de UTI	Días hab. común	Totales
C2	0	De 2 α 4	Entre 2 y 4
	1	De 1 α 3	Entre 2 y 4
	2	De 0 α 2	Entre 2 y 4
C2α – sin UTI			
C2b – con UTI			
C3	0	De 5 α 9	Entre 5 y 9
	1	De 4 α 7	Entre 5 y 8
	2	De 3 α 5	Entre 5 y 7
	3	De 1 α 3	Entre 4 y 6
	4	De 0 α 2	Entre 4 y 6
C3α – sin UTI			
C3b – con UTI			
C4α	0	Más de 9	Más de 9
	1	Más de 7	Más de 8
	2	Más de 5	Más de 7
	3	Más de 3	Más de 6
	4	Más de 2	Más de 6
	5	0 o más	Más de 5
C4b	6 α 9	0 o más	6 o más
C4c	10 o más	0 o más	10 o más

Fuente: Elaboración Propia – 2004

Tabla 4
Calificación de egresos quirúrgicos

Denominación	Tipo de cirugía
Q1	Cirugías de hasta 150 UGQ*
Q2	Cirugías de hasta 220 UGQ
Q3	Cirugías de hasta 300 UGQ
Q4	Cirugías de más de 300 UGQ

*UGQ: Unidades de Gasto Quirúrgico

Fuente: Elaboración propia - 2004

Teniendo en cuenta la conformación de la población y el número de afiliados (15.300), más la tasa de internación calculada (1.4%), puede observarse un muy buen desempeño en las tareas de contención por parte de los médicos de cabecera y de los servicios de guardia, representado esto por la tasa de consultas en emergencia (3.12%) y la tasa de egresos (1.09%) las cuales son relativamente bajas y se encuentran por debajo de la tasa proyectada. La conformación de los egresos se encuentra dentro del rango de lo proyectado: la tasa de internaciones clínicas reales es de 66.47% y lo proyectado suponía una variación entre 60% a 65% y, la tasa de internaciones quirúrgicas real resultó de 33.53%, también dentro de lo esperado, calculado entre un 35% y un 40%.

5.3. Análisis de los consumos de acuerdo a las patologías prevalentes de ingreso en la institución

Se tomaron para este estudio las patologías de mayor incidencia (las cuales ya se presentaron en la tabla 1).

En el estudio de las historias clínicas sobre estas patologías, se tuvo en cuenta los distintos consumos que generó el paciente dentro del sistema, en los departamentos de internación, unidad de terapia intensiva, quirófanos, hemoterapia, kinesiología, radiología, tomografía, ecografía y laboratorio. Para su análisis, estos consumos se registraron de acuerdo al código establecido por el Nomenclador Nacional de Prestaciones, con el fin de su identificación y agrupamiento, para posteriormente poder asociar el costo por centro o por unidad, según corresponda. Así también se agrupó cantidad de pacien-

Tabla 5
Indicadores de producción y rendimientos

Tasa de consultas	Total de Consultas en Emergencia	478	3,12%
	Total de Padrón	15.300	
Tasa de egresos	Total de Egresos	167	1,09%
	Total de Padrón	15.300	
Internación de consultas	Total de Internaciones en Emergencia	167	34,94%
	Total de Consultas en Emergencia	478	
Tasa de internaciones clínicas	Total de Internaciones Clínicas	111	66,47%
	Total de Egresos	167	
Tasa de internaciones quirúrgicas	Total de Internaciones Quirúrgicas	56	33,53%
	Total de Egresos	167	
Promedio días de estada	Total de Días de estada	914	5,47%
	Total de Egresos	167	
Porcentaje ocupacional	Total de Pacientes-Día	914	55,39%
	Total de Días Cama Disponibles	1.650	
Giro de camas	Total de Egresos	167	3,04%
	Promedio de Camas Disponibles	55	

Fuente: Elaboración Propia

tes por servicio y por patología, lo cual posibilitó el estudio de la tasa de demanda que se presentaba. Estos procedimientos sirvieron de base para valorizar la información disponible a incluir en el análisis.

Para el estudio de costos, se tomo las erogaciones mensuales, asignándose las mismas a cuentas separadas según corresponda de acuerdo a su incidencia en el producto/servicios: directas, indirectas y estructura, considerando a la estructura como un servicio de apoyo con incidencia sobre todos los centros.

El sistema de costos propuesto reconoce los siguientes pasos:

– Definición de los centros de costos,

- Clasificación de los centros de costos,
- Asignación de gastos de un periodo a cada centro de costo mediante un prorrateo primario,
- Asignación de gastos de los centros de costos indirectos o intermedios a los centros directos u operativos en un prorrateo secundario,
- Determinación de costos unitarios a partir de los gastos de cada uno de los centros de costos,

Los centros de costos fueron clasificados según los siguientes criterios:

Directos u operativos: agrupa los centros de costos que generan recursos o ingresos, a los cuales se les asignan gastos propios o indirectos

Tabla 6
Centros de Costos

Directos u Operativos		Indirectos o intermedios	De servicio o apoyo
Propios	Asociados o concesionados	Director Médico	Economato
Quirófano	Consultorios externos	Emergencia pediátrica	Auditoria
Sala de partos	CMC	Emergencia adultos	Interacción/Facturación
Unidad de terapia intensiva adultos	Tomografía	Médicos residentes	ART
Unidad de cuidados especiales	Hemodinámica	Radiología	Recepción/Telefonistas
Internación adultos	Laboratorio	Esterilización	Contaduría/Caja
Unidad de terapia intensiva pediátrica	Hemoterapia	Farmacia	Personal/Médico laboral
Internación pediátrica	Gestión y mora	Servicio de mucamas	Gerencia
Neonatología	Prepaga	Servicios de enfermería	Mantenimiento
Ambulatoria	Bar	Servicio de alimentación	Seguridad

Fuente: Elaboración propia - 2005

Tabla 7
Esquema para la determinación de costos unitarios

Centros de Costos	Costo Unitario	Cálculo
Quirófano	Costo de la Hora	$\frac{\text{Costo Quirófano}}{\text{Horas Disponibles}}$
Sala de Partos	Costo de la Hora	$\frac{\text{Costo Sala de Partos}}{\text{Horas Disponibles}}$
UTI Adulto	Costo de la Cama Día	$\frac{\text{Costo UTI Adulto}}{\text{Nº de camas x 30}}$
UCE	Costo de la Cama Día	$\frac{\text{Costo de UCE}}{\text{Nº de camas x 30}}$
Internación Adulto	Costo de la Cama Día	$\frac{\text{Costo de Internación Adulto}}{\text{Nº de camas x 30}}$
UTI Pediátrica	Costo de la Cama Día	$\frac{\text{Costo de UTI Pediátrica}}{\text{Nº de camas x 30}}$
Internación Pediátrica	Costo de la Cama Día	$\frac{\text{Costo de Internación Pediátrica}}{\text{Nº de camas x 30}}$
Neonatología	Costo de la Cama Día	$\frac{\text{Costo de Neonatología}}{\text{Nº de camas x 30}}$
Emergencia Adulto	Costo Atención Paciente	$\frac{\text{Costo de Emergencia Adultos}}{\text{Nº de pacientes}}$
Emergencia Pediátrica	Costo Atención Paciente	$\frac{\text{Costo de Emergencia Pediátrica}}{\text{Nº de pacientes}}$
Radiología	Costo por Placa	$\frac{\text{Costo de Radiología}}{\text{Nº de Placas}}$
Servicio de Alimentación	Costo de la ración	$\frac{\text{Costo de Servicios de Alimentación}}{\text{Nº de raciones}}$

Fuente: Elaboración propia

Indirectos o intermedios: agrupa los centros de costos que brindan también servicios de medicina y distribuyen sus gastos a los centros directos mediante prorrateo.

De servicio o apoyo (Estructura): agrupa los centros de costos, en su mayoría administrativos, que no generan ingresos y que prestan servicios al resto.

Considerando como se distribuyó el gasto por cada centro de costo de la institución, se puede acceder a definir los costos por unidad, lo cual será integrado al estudio que realizado sobre las Historias Clínicas relevadas. El cálculo de Costo Unitario se realizó según el detalle que ilustra la tabla 7 (ver página anterior).

Las tablas 8 y 9 presentan cómo quedaron constituidos los costos unitarios de cada centro de costo durante el año analizado.

El costo promedio por centro quedó representado en la tabla 10.

De esta manera, con la información provista por las Historias Clínicas y los costos unitarios anuales calculados, es posible estudiar los reales consumos por patología dentro del sistema capitado y así poder asignar una forma de distribución racional.

Tomando como referencia el detalle por prestaciones según el Nomenclador Nacional de Prestaciones y el tiempo quirúrgico utilizado

en cada patología, se pudo valorizar cada prestación, según los siguientes criterios:

Los costos por utilización de servicios:

De acuerdo al Costo real por centro de costo de la institución, estos servicios son:

- Día de pensión en piso
- Día de pensión en Unidad de Terapia Intensiva
- Hora de utilización de quirófano

Los costos asignables a pacientes

De acuerdo al precio establecido por convenio en el caso de servicios tercerizados, cuyos departamentos son:

- Hemoterapia
- Ecografía
- Tomografía
- Laboratorio

De acuerdo al valor de prestación de la Obra Social Provincial, se tomaron aquellos departamentos pertenecientes a la institución: radiología, kinesiología, etc.

De acuerdo a su valor real de compra: medicamentos, anestésicos y descartables.

Tabla 8
Distribución del costo por centro de costo por mes según patologías en estudio-primer semestre

Área	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Promedio 1er Semestre
Quirófano	\$ 132,99	\$ 127,72	\$ 107,04	\$ 157,12	\$ 105,82	\$ 115,26	\$ 124,33
Sala de Parto	\$ 341,21	\$ 367,16	\$ 431,39	\$ 412,64	\$ 280,90	—	\$ 366,66
UTI 1	\$ 196,86	\$ 201,19	\$ 228,54	\$ 231,24	\$ 228,03	\$ 209,74	\$ 215,93
UTI 2	\$ 139,47	\$ 164,35	\$ 154,08	\$ 165,85	\$ 153,00	\$ 156,27	\$ 155,50
Prom. UTI	\$ 168,17	\$ 182,77	\$ 191,31	\$ 198,55	\$ 190,52	\$ 183,01	\$ 185,72
Internacion	\$ 52,89	\$ 57,52	\$ 47,59	\$ 50,15	\$ 51,18	\$ 56,69	\$ 52,67
Emerg. Adult.	\$ 13,16	\$ 16,50	\$ 14,24	\$ 15,31	\$ 13,88	\$ 16,81	\$ 14,98
Emerg. Pediat.	\$ 23,76	\$ 20,96	\$ 22,37	\$ 18,48	\$ 13,04	\$ 13,76	\$ 18,73
Intern. Pediat.	\$ 125,01	\$ 97,62	\$ 165,84	\$ 183,65	\$ 84,15	\$ 59,13	\$ 119,23
Neonatología	—	—	\$ 376,88	\$ 168,45	\$ 173,36	—	\$ 239,56
Cama Acomp.	\$ 18,44	\$ 20,88	\$ 19,83	\$ 19,95	\$ 19,05	\$ 21,22	\$ 19,90

Fuente: Elaboración propia - 2005

Tabla 9
Distribución del costo por centro de costo por mes según patologías en estudio-segundo semestre

Área	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Promedio 2do Semestre
Quirófano	\$ 111,70	\$ 103,93	\$ 107,82	\$ 116,07	\$ 102,21	\$ 102,72	\$ 107,41
Sala de Parto	—	—	\$ 337,47	\$ 200,50	\$ 494,36	—	\$ 344,11
UTI 1	\$ 201,72	\$ 191,69	\$ 210,93	\$ 217,61	\$ 228,63	\$ 237,84	\$ 214,74
UTI 2	\$ 154,41	\$ 141,78	\$ 166,67	\$ 152,22	\$ 180,48	\$ 193,00	\$ 164,76
Prom. UTI	\$ 178,07	\$ 166,74	\$ 188,80	\$ 184,92	\$ 204,56	\$ 215,42	\$ 189,75
Internacion	\$ 51,62	\$ 54,86	\$ 62,61	\$ 59,82	\$ 58,05	\$ 62,80	\$ 58,29
Emerg. Adult.	\$ 14,89	\$ 13,51	\$ 16,96	\$ 16,31	\$ 16,57	\$ 14,98	\$ 15,54
Emerg. Pediat.	\$ 26,03	—	—	—	—	—	\$ 26,03
Intern. Pediat.	\$ 182,77	—	—	—	—	—	\$ 182,77
Neonatología	—	—	—	—	—	—	—
Cama Acomp.	\$ 19,91	\$ 18,76	\$ 22,91	\$ 20,95	\$ 18,29	\$ 21,70	\$ 20,42

Fuente: Elaboración propia

Los totales por egreso se agregan clasificados en costo de utilización de servicio (fijos) y costos asignables a pacientes (variables).

Se asignó a cada patología el costo promedio de los egresos, bajo el enfoque de costo medio por paciente/patología, que surge del análisis de las Historias Clínicas y se analizó el uso de recursos de cada departamento. Se toma como ejemplo la Infección Respiratoria Baja, en la cual el costo promedio es de \$1291 (pesos mil doscientos noventa y uno), y se encuentra distribuido como se ve en la tabla 11. Si se realiza este análisis respecto al total de egresos (323) en el año analizado, con infección respiratoria baja se obtiene la distribución que se observa en la tabla 12.

Estos datos aportan información clave para el estudio propuesto:

- De la última fila (Total) puede sacarse el total asignado por año al tratamiento de la Infección Respiratoria Baja según la demanda en este Institución.
- De la última columna puede leerse el total asignado a cada departamento por año para el tratamiento de la Infección Respiratoria Baja.

Como síntesis de la información relevada y del análisis realizado se presentan las tablas 13 y 13a. La primera representa el monto asignado por año para el tratamiento de las patologías en estudio, y las otras grafican la distribución de recursos por departamento, para el tratamiento de las mismas.

6. Conclusiones

A manera de conclusión, y a partir del estudio realizado, puede sostenerse que la implementación de estas herramientas permitiría:

- Optimizar los procesos de gestión, en tanto posibilitarían realizar evaluaciones continuas de resultados en los sectores intervinientes en la cadena de atención.
- Formular indicadores económicos de seguimiento y control.
- Establecer las condiciones para el rediseño de la distribución de recursos, en base a gestión por costos, mejorando la contribución marginal de cada centro de costo.
- Realizar evaluaciones en las instituciones sanitarias, desde la perspectiva del cumplimiento de lo planificado, que permitan generar información valiosa para la reasignación eficaz y eficiente de los recursos y acciones que se proyectan.
- Detectar deficiencias e inconsistencias distribución, con el fin de corregir o rediseñar oportunamente las acciones y procesos.

El modelo de distribución de recursos económicos que se ha propuesto en esta tesis, se ha planteado desde una perspectiva de costos, a fin de que genere información útil para la administración de las instituciones sanitarias, y contribuya racionalmente a la toma de decisiones en base a los datos que aporte. Este modelo de distribución posibilita la estimación de valores como costos unitarios, el costo volumen-utilidad, la contribución marginal, el punto de equilibrio, análisis de factibilidad de prestar servicios por cuenta propia o terceros, información sobre resultados por prestación individual, entre otros. Estas herramientas de gestión, permiten utilizar los recursos de una

Tabla 10
Costo promedio por centro de costo

Área	Promedio Anual	Unidad de Medida
Quirófano	\$ 115,87	Hora
Sala de Parto	\$ 358,20	Parto
UTI	\$ 187,73	Día
Internacion	\$ 55,48	Día
Emerg. Adult.	\$ 15,26	Paciente
Emerg. Pediat.	\$ 19,77	Paciente
Intern. Pediat.	\$ 128,31	Día
Neonatología	\$ 239,56	Día
Cama Acomp.	\$ 20,16	Día

Fuente: Elaboración propia - 2006

Tabla 11
Distribución del costo medio para un egreso por centro de costo para la Infección Respiratoria Baja

Servicio	Porcentaje	Total Servicio
Pension	81.67 %	\$ 1054.35
Quirófano	0.72 %	\$ 9.30
Medicamentos	12.73 %	\$ 164.35
Hemoterapia	0.90 %	\$ 11.60
Kinesiología	0.62 %	\$ 8
Radiología	1.80 %	\$ 23.24
Ecografía	0.31 %	\$ 4
Tomografía	0.14 %	\$ 1.8
Laboratorio	0.89 %	\$ 11.5
Varios	0.23 %	\$ 2.95
Total	100 %	\$ 1291.09

Fuente: Elaboración propia - Año 2006

Tabla 12
Monto asignado por año para el tratamiento de las patologías en estudio

Nº Diagnóstico	Monto por Egreso	Cant. Anual	Total
1 Infección Respiratoria Baja	1291,09	323	417.020
2 Litiasis Vesicular	593,75	109	64.718
3 Diabetes Descompensada	585,65	69	40.409
4 Infección Urinaria	295,74	55	16.265
5 ACV	1165,4	47	54.773
6 HTA	641,53	42	26.944
7 Insuficiencia Cardíaca	252,85	42	10.619
8 Hemorragia Digestiva	361,73	40	14.469
9 Artroplastia de Cadera	1088,80	32	64.239
10 Hernioplastia	274,82	32	8.794
11 Papilotomía Endoscópica	244,93	31	7.593
12 Hepatopatía Crónica	488,35	30	14.650
13 IRC	2038,32	29	59.111
14 Gastroenterocolitis	159,32	26	4.142
Total			803.746

Fuente: Elaboración propia - 2006

Tabla 13

Distribución anual de recursos por centro de costo de las patologías en estudio

Diagnostico	Hemot.	Kines.	Rx	Eco	Tomo	Lab	Varios
Infeccion respiratoria baja	\$ 3.753	\$ 2.586	\$ 7.506	\$ 1.293	\$ 584	\$ 3.711	\$ 959
Litiasis Vesicular	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 408	\$ 0	\$ 395	\$ 1.126
ACV	\$ 0	\$ 60	\$ 121	\$ 197	\$ 12.017	\$ 230	\$ 22
Artroplastia de Cadera	\$ 4.246	\$ 0	\$ 668	\$ 0	\$ 2.640	\$ 186	\$ 308
Diabetes Descompensada	\$ 691	\$ 0	\$ 671	\$ 0	\$ 0	\$ 634	\$ 32
Gastroenterocolitis	\$ 0	\$ 0	\$ 89	\$ 0	\$ 0	\$ 51	\$ 0
Hemorragia digestiva	\$ 900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 58	\$ 42
Hepatopatía Crónica	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.006	\$ 0	\$ 59	\$ 0
Hernioplastía	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 96
HTA	\$ 0	\$ 0	\$ 272	\$ 0	\$ 0	\$ 65	\$ 140
Infección urinaria	\$ 1.649	\$ 0	\$ 371	\$ 615	\$ 0	\$ 107	\$ 0
Insuficiencia cardíaca	\$ 0	\$ 0	\$ 173	\$ 0	\$ 469	\$ 66	\$ 0
IRC	\$ 2.613	\$ 0	\$ 201	\$ 845	\$ 0	\$ 142	\$ 0
Papilotomía endoscópica	\$ 0	\$ 0	\$ 720	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140
Total por Servicio	\$ 13.852	\$ 2.646	\$ 10.792	\$ 4.364	\$ 15.711	\$ 5.704	\$ 2.865

Fuente: Elaboración Propia – Año 2006

Tabla 13a

Diagnóstico	Pensión	Quirófano	Medicamentos
Infeccion respiratoria baja	\$ 340.582	\$ 3.003	\$ 53.087
Litiasis Vesicular	\$ 25.790	\$ 18.943	\$ 18.056
ACV	\$ 37.476	\$ 0	\$ 4.639
Artroplastia de Cadera	\$ 30.867	\$ 9.572	\$ 15.745
Diabetes Descompensada	\$ 31.507	\$ 0	\$ 6.878
Gastroenterocolitis	\$ 3.365	\$ 0	\$ 636
Hemorragia digestiva	\$ 12.160	\$ 579	\$ 719
Hepatopatía Crónica	\$ 13.315	\$ 0	\$ 270
Hernioplastía	\$ 1.776	\$ 5.561	\$ 1.361
HTA	\$ 24.050	\$ 0	\$ 2.417
Infección urinaria	\$ 12.400	\$ 0	\$ 1.121
Insuficiencia cardíaca	\$ 9.212	\$ 0	\$ 699
IRC	\$ 50.983	\$ 562	\$ 3.771
Papilotomía endoscópica	\$ 1.720	\$ 3.592	\$ 1.421
Total por Servicio	\$ 595.203	\$ 41.811	\$ 110.820

Fuente: Elaboración Propia – Año 2006

manera eficiente, y facilitan a la institución el conocimiento sobre la relación que existe entre el beneficio y los costos de los recursos (insumos y actividades) en relación a un estándar. Se espera lograr que a través de la implementación de estos procesos, las instituciones sean capaces de adquirir recursos de atención de salud apropiados, obtener el mejor beneficio para su dinero, organizar los recursos de atención para su población afiliada, diseñar y ejecutar procesos de atención que produzcan buenos resultados de salud y un mejor beneficio económico. En síntesis: fundamentar la toma de decisiones midiendo y monitoreando su desempeño con el fin de utilizar adecuadamente sus recursos y lograr un ciclo continuo de mejoramiento del sistema.

Bibliografía

- ACOSTA RAMÍREZ N. (2002) “Reforma Colombiana de Salud basada en el mercado: una experiencia de Managed Care y managed competition”. Bogotá: Grupo Ecomedios.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, A. y Otros. (2000) “Metodología para aplicar el costo por patología proceder quirúrgico o por Área de Responsabilidad (ABC)” en Imbiomed N° 25, Ciudad de México.
- MACEIRA D., DEL RÍO FORTUNA C (2002) “Reforma y Salud en Argentina”. Buenos Aires: CEDES.
- SCHWEIGER A., MAYER V., GONZALO PRIETO G. (2001) “Sistema de Información gerencial SIG: Metodología para el reconocimiento de la realidad y la toma de decisiones estratégicas en la gerencia”. Buenos Aires: ISALUD.
- SCHWEIGER A. y MACHNICKI G. (2002) “Costos en Evaluación Económica”. Buenos Aires: ISALUD.
- TOBAR, F. (2000) “Herramientas para el análisis del sector salud”. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.