

*De Leo, Gastón Jesús*

## ESTUDIO DE COSTOS EN EL SECTOR DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA

---

Costos y Gestión

2021, vol. 31, no.100, pp. 144-160

*De Leo, G.J. (2021). Estudio de costos en el sector de cuidados especiales del hospital Dr. José Penna de Bahía Blanca. Costos y Gestión. En RIDCA. Disponible en:*  
<http://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/5568>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Argentina  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/>

# ESTUDIO DE COSTOS EN EL SECTOR DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA

*COST STUDY IN THE SPECIAL CARE SECTOR OF THE HOSPITAL DR. JOSÉ PENNA FROM BAHÍA BLANCA*

GASTÓN JESÚS DE LEO<sup>1</sup>

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25458329/woy1azwrw>

## Resumen

---

En Argentina las organizaciones del sector salud han experimentado un alto crecimiento en sus gastos, y en su mayoría, tienen como importante déficit la inexistencia de sistemas informáticos que brinden información suficiente e integrada para la estimación de costos como herramienta de gestión para la toma de decisiones. Esta situación es aún más visible en el subsector público de salud que cubre a la población que no posee cobertura social (36%). No obstante, ello no implica que el Estado deba desconocer el plano económico e ignorar la posibilidad de lograr un mejor uso de sus recursos. En este contexto el objetivo del trabajo es calcular y analizar los costos incurridos por el sector de internación de «Cuidados Especiales» del Hospital «Dr. José Penna» de la ciudad de Bahía Blanca y estimar el costo por día-cama ocupada.

El estudio se abordará con los conceptos brindados por la Teoría General del Costo y se adoptará el modelo de costeo completo. Se comienza con la descripción del proceso de internación y un mapeo de dicho proceso indicando las vinculaciones entre las acciones, sus resultados y los factores utilizados. Luego se releva información de la producción del sector y del uso de los factores productivos. Se obtiene como resultado que el costo fijo unitario por paciente-día, a valores del mes de marzo de 2017, es de \$2.634 siendo los recursos humanos el factor de mayor incidencia, 90% del total. Finalmente, al observarse un déficit en el registro de información sobre el uso de los factores variables por paciente se analiza su utilidad y se elabora una propuesta de mejora.

Entre las conclusiones se destaca la importancia que conlleva la aplicación de este tipo de estimaciones de costos en el sector salud como una herramienta fundamental para la gestión y la toma de decisiones.

**Palabras clave:** Cuidados especiales; Costo unitario por paciente-día; Costo unitario por día-cama ocupada; Costeo completo; Costos en Salud.

**JEL:** I19.

---

1 Especialista en Costos y Gestión Empresarial (UNS), Licenciado en Administración (UNS). Auxiliar de docencia Departamento de Ciencias de la Administración, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca. [deleogj@gmail.com](mailto:deleogj@gmail.com). Trabajo presentado en el XL Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos dentro de la Categoría Estímulo a la Participación.

## COST STUDY IN THE SPECIAL CARE SECTOR OF THE HOSPITAL DR. JOSÉ PENNA FROM BAHÍA BLANCA

### Abstract

---

In Argentina the health organization sectors had been experienced a vast growth of expenses, and the lack of information technology systems, in the majority of them, make the organizations incapable to offer an integrated and complete details of cost estimation as a management tool for decision making. This situation is even more visible in the health public sub-sector which is the one that covers the people without health insurance (36% of the population). Nevertheless, this circumstance does not mean that the national government has to ignore the economic conditions and the possibility to make better use of its own resources. In this context, the objective of the work will be calculate and analyze the costs incurred by the «Special Care» inpatient sector of the Bahía Blanca «Dr. José Penna Hospital» and estimate the occupied bed cost per-day.

The study will apply the concepts given by the «Teoría General del Costo» and it will adopt the full cost model. It starts with the description of the hospitalization process and the distribution of each part of that process showing the linkages between the actions, the results, and the factors used. Then, it reveals the sector's production information and the factors that had been used. As a result, the fixed unit cost per patient-day at March 2017 values is \$2,634, being the human resources the factor with the greatest incidence (90% of that total). Finally, when a deficit is observed in the information about the used of variable factors per patient, it is necessary to analyze its usefulness and an improvement proposal should be presented.

As a conclusion, the importance of the application of this cost estimates in the health sectors is crucial as a fundamental tool for management and decision making.

**Keywords:** Special Cares; Per patient-day unit cost; Occupied bed per-day unit cost; Full cost Health cost.

**JEL:** I19.

### 1. Introducción

En los últimos años el gasto total en salud en Argentina ha experimentado un alto crecimiento, siendo el gasto público en este sector el de mayor incidencia con un 55% del total (Banco Mundial, 2014). Se estima que los presupuestos de gastos en salud continuarán su tendencia creciente por la influencia de determinados factores, entre los más importantes se encuentra el aumento de la esperanza de vida, el constante recambio tecnológico de más alta complejidad y el aumento de enfermedades no transmisibles. Este contexto hace que las instituciones de salud se encuentren ante el desafío de dar respuesta a estas crecientes demandas en un escenario de recursos limitados.

«En Argentina, las organizaciones del sector salud, en su mayoría, tienen como importante déficit la inexistencia de sistemas informáticos que brinden información suficiente e integrada» (Coronel Troncoso, 2015: 171) para la realización de análisis económicos y financieros con el fin de detectar ineficiencias en el uso de los recursos necesarios para su operatividad y así poder planificar mejoras, y, a su vez, disponer de información que posibilite y apoye una mejor toma de decisiones.

Esta situación es aún más visible en el subsector público de salud, que cubre una parte importante de la demanda asistencial requerida por la población más vulnerable, el 36% de la población total argentina no posee cobertura en salud (Censo INDEC, 2010), haciéndolo desde una perspectiva de igualdad y solidaridad. No obstante, «ello no implica que deba ignorar o desconocer el plano económico, por el contrario, el estado debe alcanzar el mejor uso posible de los recursos utilizados en el desarrollo de sus actividades en pos de la atención de los sectores más necesitados» (Canale, 2015: 8586).

Siguiendo a Canale (2015) resaltamos que, dentro de los sistemas de información hospitalaria, la perspectiva económica debe ser cubierta por un sistema de información de costos orientado a la gestión, transformándose en un apéndice muy importante.

El Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» (HIGJP) de Bahía Blanca, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, no escapa a esta realidad. No utiliza ninguna metodología que brinde información sobre los consumos de los factores productivos consumidos en las diferentes etapas y actividades que forman parte del proceso de atención de los usuarios finales. Esto dificulta la estimación de costos y presupuestos como herramientas para el análisis de su gestión y mejora en la toma de decisiones en los distintos servicios que efectúan los procesos de atención hospitalaria.

Entre dichos sectores se encuentra el de Cuidados Especiales, por lo tanto, el problema a abordar por el presente trabajo se origina en dicho servicio, y consiste en la deficiente registración de los costos en que incurre el mismo.

Se debe destacar que el sector de Cuidados Especiales forma parte de un proceso integral de atención al paciente denominado Cuidados Progresivos, recientemente implementado en el HIGJP. Brinda prestaciones de internación a pacientes que requieren cuidados especiales y abarca a toda la denominada Región Sanitaria I (RSI). La RSI se ubica en el sur de la provincia de Buenos Aires y la componen 15 municipios en los que, sumados, habitan 655.842 personas (Censo, 2010), siendo el partido de Bahía Blanca el que mayor población concentra (46% del total).

Finalmente, agregamos que este trabajo procura brindar un estudio descriptivo-analítico de costos que permita aportar información útil, tanto a las autoridades del servicio como a las del hospital y del Ministerio de Salud, para la realización de análisis a niveles micro y meso económicos en pos de facilitar la planificación, el control y la toma de decisiones en la gestión de sus recursos económico-financieros y en el análisis de su uso a los efectos de implementar mejoras. Además, se pretende dejar establecido un modelo de costeo que permita ser replicado en otros servicios y procesos del hospital, con la intención de que sea útil como fuente de información para la realización de futuros y más completos estudios de costos hospitalarios.

Por lo anteriormente descripto surge el objetivo del presente trabajo: calcular y analizar los costos incurridos por el proceso de internación de los cuidados especiales del HIGJP de la ciudad de Bahía Blanca y estimar su costo por día-cama ocupada.

## 1.1. Marco teórico

El trabajo se abordó con las herramientas y conceptos que nos aporta la Teoría General del Costo (TGC). De acuerdo con Cartier (2013), la TGC tiene como objeto general generar información sobre las relaciones entre los resultados de los procesos productivos y los factores necesarios para su obtención.

Así surge el concepto económico del costo como la «vinculación coherente entre objetivos de un proceso productivo y los factores considerados de consumo necesario para lograrlos». Siguiendo la línea del autor, el vínculo es una relación entre cantidades de factor y cantidades de producto, es decir, una «relación de productividad».

Es así que el costo de cualquier «objetivo» se puede obtener a través de la Ecuación General del Costo (EGC), que consiste en multiplicar su componente físico (cantidad de factor necesario para la obtención del producto) por su componente monetario (valor asignado a cada unidad de factor).

Existe una vieja premisa que dice, «Los productos no consumen factores. Los productos sólo consumen acciones. Las acciones son las que consumen factores», por lo tanto,

- 1) Toda acción desarrollada en un proceso productivo genera una unidad de obra (UO) (servicio o producto), que demanda necesariamente el consumo de determinada cantidad de factores.
- 2) Los usuarios de estas UO pueden ser: a) los objetos finales del proceso de producción; b) otras acciones que componen el proceso de producción.
- 3) Según el usuario de los servicios o productos que genera una acción, éstas pueden clasificarse en:
  - ACCIÓN DIRECTA (O INMEDIATA): las UO generadas por este tipo de acción pueden ser: a) un producto final o unidad de obra final (UOF); o b) un producto intermedio o unidad de obra intermedia (UOI); según cual sea la ubicación de la acción en el flujo del proceso productivo. Los usuarios de estas acciones son el resultado productivo final como tal o alguna de las acciones intermedias del proceso.
  - ACCIÓN INDIRECTA (O MEDIATA): sólo generan UOI que son consumidas por otras acciones (mediatas o inmediatas) del proceso productivo.
- 4) Las UOF o UOI de cada acción pueden ser costeadas a través de la EGC.

Se adoptará el modelo de costeo completo, el cual para la determinación del costo unitario del objeto de estudio tiene en cuenta a todos los factores que fueron utilizados en el proceso, sean variables, fijos, directos, indirectos; y se utilizará el método de costos resultantes con base histórica, es decir, se tendrán en cuenta todos los costos realmente incurridos en el año 2016, con actualización de valores económicos al primer trimestre de 2017.

## 1.2. Metodología

El trabajo consiste en un estudio analítico-descriptivo de costos y se abordó con el modelo de costeo completo a través de la TGC. El período de análisis abarca el año 2016, y su objeto de estudio es el servicio de Cuidados Especiales del HIGJP de Bahía Blanca. La información recopilada surge de distintas fuentes primarias y secundarias.

En una *primera etapa* se describió el proceso de internación y su modalidad de «Cuidados Progresivos» con el apoyo de bibliografía y consultas a actores principales del sector.

Luego, en la *segunda etapa*, a través de entrevistas semiestructuradas con informantes clave se expuso la estructura jerárquica y dependencias del sector de «Cuidados Especiales» dentro del proceso de «Cuidados Progresivos», y se identificaron las áreas del hospital que brindan servicio de apoyo e interconsulta al mismo.

A continuación, se realizó el mapeo del proceso productivo en estudio con una breve descripción de las acciones inmediatas y mediatas intervinientes y la de sus resultados productivos.

La *tercera etapa* comienza informando la producción del sector correspondiente al año 2016 con datos brindados por el área de «cómputos y estadísticas».

Posteriormente, se identificaron y relevaron los factores productivos necesarios para el funcionamiento del proceso de internación de cuidados especiales, a saber:

- *Recursos Humanos*: se relevaron aquellos agentes que son parte directa del proceso de atención: enfermería, limpieza, jefe médico y secretaria del sector. Los costos salariales se estimaron a valores de marzo de 2017 y se le incorporaron todos los conceptos remunerativos, no remunerativos y aportes patronales. No se dispuso de información sobre asignaciones familiares ni horas extras.
- Luego se obtuvo un costo por hora dividiendo el costo total anual de cada agente (enfermería, limpieza, etc.) por el total de horas productivas trabajadas, es decir, horas teóricas productivas menos horas no trabajadas (vacaciones, feriados, francos y tiempos estimados de refrigerio).
- *Bienes o Servicios Intermedios*: el período relevado para las cantidades de estos factores corresponde al año 2016 y surgen de sistemas internos de información. Se valorizaron a marzo de 2017.
- *Bienes de Capital*: a través de observación directa e información brindada por el personal del sector, se identificaron las camas, mobiliario y otros instrumentos de atención. La amortización se efectuó con el método de amortización lineal con valor a nuevo y sin valor residual. Los años de vida útil varían según el producto.

Finalmente, estos factores productivos fueron clasificados en variables y fijos y en directos e indirectos con relación al objeto de costo paciente-día. Al no existir información sistematizada del consumo de los factores variables por paciente por patología, para es-

tablecer el costo por paciente-día se procedió a asignar los costos fijos directos y se prorratearon los fijos indirectos a cada día de cama ocupada.

Para el caso de los factores variables se describieron los que deberían ser asignados y se sugirió un método de registración para obtener el costo variable por paciente-día por patología.

En la *cuarta y última etapa* se analizaron los resultados relevados y se efectuaron las conclusiones sobre el trabajo realizado.

## 2. Desarrollo

### 2.1. Definiciones y rol de los «Cuidados Progresivos»

Históricamente la selección y ubicación del paciente en los servicios de internación se efectúa en relación a su enfermedad o condición clínica, predominando el concepto clínico ante exigencias o requerimiento directo de los pacientes en lo relativo a cuidados y atenciones. Esto existe bajo estructuras hospitalarias que brindan atención a los enfermos nucleando médicos y enfermeras por especialidades creando servicios diferentes tanto en lo humano como en lo estructural. Esto genera ineficiencias en el uso de los recursos y ociosidad en la ocupación de camas al no ser asignadas por criterios de necesidad de acuerdo a una evaluación integral de los pacientes (Schiavone, Mazza y Cordero, 2011).

Como respuesta a esta situación se comenzó a pensar una reestructuración en la atención hospitalaria, es así como surge la atención por Cuidados Progresivos (CP).

En el año 1973 la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) definen a los CP como

... la concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención al mismo, de tal forma que el enfermo reciba los cuidados en el grado que los requiera, en el momento más oportuno, en el sitio o área de hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre.

Este modelo asistencial permite internar al paciente de acuerdo a la complejidad de cuidados de enfermería que necesite y a la disponibilidad real de camas. Además, posibilitaría una distribución y utilización más óptima de los recursos humanos (enfermería y médicos), tecnológicos y de insumos ya que se podrá establecer la demanda que requerirá cada internado independientemente de la especialidad que efectúe la asistencia principal.

Los distintos tipos de cuidados en que se puede dividir un modelo de CP son: a) atención Intra-Hospitalaria (Cuidados Intensivos, *Cuidados Especiales*, Cuidados Intermedios, Cuidados Moderados, Cuidados Mínimos o Autocuidados, Hospital de Día); b) atención Extra-Hospitalaria: atención (o Internación) domiciliaria.



Esta división debe ser adaptada al nivel de complejidad del hospital donde se implemente.

En el HIGJP la modalidad de CP se desarrolla en aproximadamente el 42% del total de camas disponibles (98/230), y está compuesta por las unidades de cuidados intensivos, especiales, intermedios y mínimos.

Los aspectos que se tienen en cuenta para decidir el tipo de cuidado que deben recibir son: grado de dependencia de los pacientes y necesidades individuales de acuerdo a la patología.

## **2.2. Objeto de estudio**

El objeto de estudio es el sector de Cuidados Especiales ubicado dentro del HIGJP, está situado en la ciudad de Bahía Blanca. Su misión es brindar diferentes servicios de diagnóstico y asistencia sanitaria a toda la población circunscripta dentro de la RS I. Dicha institución de salud es de carácter público y se encuentra bajo la dependencia del Ministerio de Salud provincial, ubicado en la ciudad de La Plata, organismo que define políticas generales, diseña programas, dicta normas, ejecuta y coordina acciones, en lo que a salud pública se refiere, para las 12 Regiones Sanitarias en que se encuentra dividida la provincia de Buenos Aires.

## **2.3. Objetivo del sector**

El objetivo principal del servicio de Cuidados Especiales es brindar atención a pacientes internados con un estado clínico que requiere cierto tipo de cuidados categorizados como especiales.

## **2.4. Estructura Orgánica Cuidados Progresivos**

Con respecto a la estructura jerárquico-funcional de los Cuidados Progresivos, cada sector de cuidados tiene un jefe como máxima cabeza jerárquica quién está abocado a tareas administrativas (planificar, organizar, dirigir y controlar), a su vez debe responder a un máximo responsable de todos los sectores de cuidados (jefe Cuidados Progresivos) quién debe establecer políticas y coordinar el funcionamiento de éstos.

El plantel de enfermería tiene su propia jefatura, quien coordina y supervisa las tareas que debe efectuar el plantel de enfermeros del sector. Esta jefatura tiene dependencia del jefe del sector de cuidados especiales y del jefe del servicio de enfermería.

Además, cada uno de estos sectores de cuidados progresivos necesita coordinar la asistencia e interconsultas de otras especialidades del hospital, tales como Cardiología, Clínica Médica, Nefrología, Traumatología, Gastroenterología, entre otras, para poder así llevar a cabo el proceso de atención integral según el diagnóstico de ingreso del paciente.

Los especialistas de estas unidades también tendrán doble dependencia, responderán a las directrices de su jefe de unidad y a su vez deberían coordinar los cursos de acción con el jefe que lidera al sector de cuidados, CE en este caso.



## **2.5. Descripción Proceso de Atención de Internación por Cuidados Progresivos**

A continuación, se detallan brevemente las principales etapas del proceso de atención de los cuidados progresivos:

### **—Ingreso del paciente**

El proceso de atención comienza con el ingreso de un paciente, quién puede provenir de: el sector de la guardia, consultorios externos o la derivación de otro hospital.

### **—Estudios complementarios y diagnósticos**

La información necesaria para establecer un correcto y preciso diagnóstico surgirá de distintos tipos de prácticas. Entre las principales podemos mencionar: determinaciones de laboratorio; diagnóstico por imágenes (radiología, tomografía, etc.); análisis de anatomía patológica; entre otros. En base a esta información se elabora un informe diagnóstico con el fin de establecer un tratamiento de la patología que lo aqueja.

### **—Decisión de internación según tipo de cuidados**

Obtenido el diagnóstico en el paso anterior se decidirá si corresponde internar o no al usuario, en caso de ser necesaria su internación, se designará el sector de acuerdo a la situación clínica del paciente y a las necesidades de cuidados de enfermería que requiera.

El ingreso a cualquiera de estas áreas, surgirá de: a) ingresos externos: ver ingreso del paciente, o b) ingresos internos: por una evolución o involución de su estado de salud se decide el traslado o pase a otro sector de cuidados, según sea el caso.

Una vez internado en el sector correspondiente, se efectuarán los tipos de cuidados que el paciente requiere para la estabilización y posterior evolución de su estado de salud.

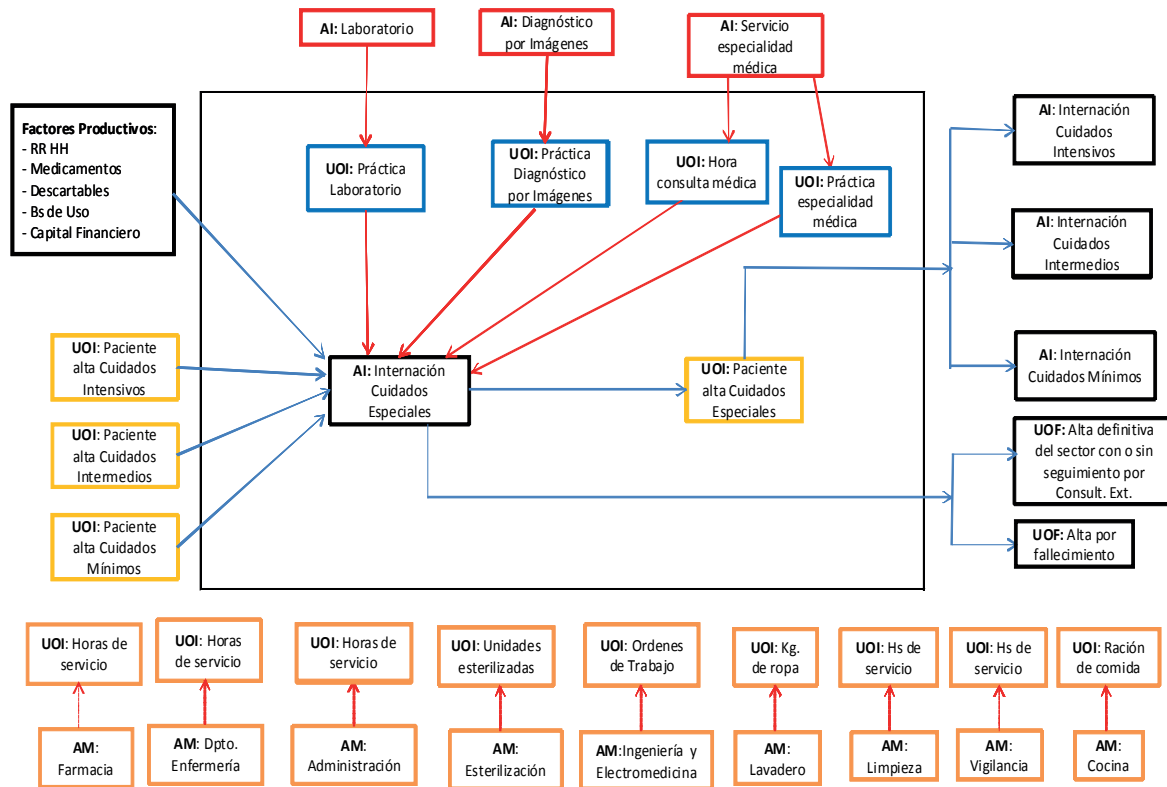
### **—Alta (egreso) del paciente**

En esta etapa puede ocurrir que no se le dé el alta del hospital, pero como su estado de salud evoluciona favorablemente se decide el alta del sector, por ejemplo, se lo traslada desde CE a otro sector donde requiera cuidados de menor complejidad (intermedios o mínimos) o, por el contrario, si su cuadro clínico empeoró se decidirá su pase a un sector de atención con mayor complejidad como el de Cuidados Intensivos.

En el caso que se decida el alta del hospital, puede ser por uno de los siguientes motivos: Alta definitiva del hospital, Alta del hospital con seguimiento por consultorio externo, Alta con derivación a otro establecimiento, o Alta por fallecimiento.

## 2.6. Mapeo del proceso de atención de cuidados especiales

Figura 1. Mapeo proceso de internación Cuidados Especiales



Fuente: Elaboración propia.

En la figura n° 1 se desarrolla el mapeo del proceso de internación del sector de cuidados especiales y su vinculación con los factores productivos y resultados productivos. Se indican las acciones directas (inmediatas) e indirectas (mediatas) intervinientes y los resultados productivos que cada una obtiene.

### —Acciones inmediatas (o directas)

Acción inmediata (Cuidados Especiales): es donde se interna al paciente que requiere este tipo de cuidados hasta su recuperación para el alta definitiva o traslado a otro sector de cuidados (acción inmediata). U.O.I.: en el caso de alta del paciente con traslado a otro sector de cuidados el resultado producido es un servicio intermedio. U.O.F.: si el alta del paciente es un egreso del hospital, el resultado productivo será una UOF (servicio final).

Acciones inmediatas (Servicios centrales): estos servicios generan un producto o servicio que será utilizado por otros usuarios o acciones inmediatas que forman parte del proceso de producción.

- Servicio de Laboratorio: produce informes de análisis prescritos por el médico. Son fundamentales para el correcto diagnóstico patológico del paciente y el seguimiento con respecto a su evolución. U.O.I.: análisis clínicos (o práctica de laboratorio).
- Servicio de Diagnóstico por imágenes: es el área que efectúa todos los estudios basados en imágenes, a través de personal médico y técnico especializado. Son solicitados por el médico. U.O.I.: «rayos x», «eco-cardiografías», «ecografías».
- Servicio o Unidad médica: estos son todas las áreas que tienen una especialidad médica definida. Brindan la atención y el seguimiento de la evolución de la patología del paciente internado. Pueden existir áreas que además del seguimiento efectúan alguna práctica propia de la especialidad. U.O.I.: hora atención médica/práctica especialidad médica (por ejemplo, electrocardiograma efectuado por el área de cardiología).

### —Acciones mediatas (Sectores Generales)

Son aquellas que brindan «servicios» (resultados productivos intermedios) utilizados por el sector en particular y otros sectores intervinientes en el proceso de atención.

- Administración: incluye todas las áreas que realizan actividades administrativas como Compras, Tesorería, Contaduría, Oficina de Personal, entre otras. Incluye al Sector de Depósito quién distribuye insumos descartables, de librería y de limpieza. U.O.I.: horas de servicio de administración.
- Farmacia: aprovisiona a los servicios de atención de medicamentos y asesora sobre su uso. U.O.I.: horas de servicio farmacia.
- Ingeniería y Electromedicina: realizan actividades de mantenimiento y reparación de equipamiento e infraestructura. U.O.I.: ordenes de mantenimiento y reparaciones.
- Servicio de Enfermería: realiza tareas de supervisión, gestión, capacitación y coordinación de las enfermeras de los distintos servicios del hospital. U.O.I.: horas de supervisión o gestión.
- Esterilización: es quién realiza el proceso de esterilización del instrumental e insumos reutilizables. U.O.I.: unidades esterilizadas.
- Lavadero: brinda servicios de lavado, secado y planchado de los productos textiles enviados por los servicios. U.O.I.: kg de ropa procesada.
- Servicio de limpieza: es el servicio que realiza las actividades de limpieza dentro de las distintas áreas del hospital. U.O.I.: horas de limpieza.
- Servicio de seguridad y vigilancia. U.O.I.: horas de servicio.
- Servicio de Cocina: brinda alimentación a los profesionales de guardia, residentes y los pacientes internados. U.O.I.: ración de comida.

Por falta de información sistematizada sólo se tendrán en cuenta aquellas acciones de las que fue posible obtener el costo de su U.O.I.: ración de comida, horas seguridad y vigilancia, horas limpieza, mantenimiento y reparaciones contratadas a terceros, kg de ropa procesada.

## 2.7. Resultados

### —Datos producción del servicio

El primer paso para iniciar un estudio de costos es clarificar y establecer la producción que egresa como producto del proceso a analizar.

En el caso que nos ocupa los datos de producción del sector fueron los siguientes:

**Tabla 1.** Datos de Producción CE. Año 2016

Concepto	Año 2016
Egresos	762
Nro. de camas disponibles (prom. x día)*	24
Días-Cama disponibles	8784
<b>Pacientes día</b>	<b>6795</b>
Promedio días de internación por paciente	9
% Ocupación de camas	77,4%
Giro cama	32

**Fuente:** elaboración propia en base a información brindada por el área de «Cómputos y Estadísticas», HIGJP. Es un promedio anual. \*Su disponibilidad puede variar según exista algún problema edilicio que anule alguna de las habitaciones del sector.

En el caso que nos ocupa para la estimación del costo por día-cama ocupada se utilizó el indicador paciente-día, que según la «Guía para la elaboración de indicadores seleccionados» elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, significa «la permanencia de un paciente internado, es decir, ocupando una cama en un establecimiento de salud durante el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día».

### —Recopilación de datos y determinación de los costos

El día-cama (paciente-día) es una unidad de análisis cuya relevancia se encuentra en la interesante cuantía de costos que acumula. Además, es un producto intermedio necesario para costear patologías. De allí la importancia de su identificación y cálculo.

El trabajo se abordó sobre esta unidad de análisis dado que la inexistencia de un sistema de información que registre los consumos de factores variables (insumos descartables y de farmacia, estudios de laboratorio y por imágenes) no hace posible la asignación de

estos por patología por paciente internado y su recolección demandaría la interpretación de una gran cantidad de historias clínicas, siendo una carga de trabajo que excede a este artículo. No obstante, se realiza una propuesta sobre la recolección de los mismos.

### —Costos Directos paciente-día (día-cama ocupada)

En esta sección se procedió recopilar los datos de todos los costos directos del sector de Cuidados Especiales que fueron clasificados en directos e indirectos con respecto al día-cama ocupada.

### —Costos directos fijos

- Recursos humanos:
  - a) Costo enfermería: Según las «Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica» elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, aquellos pacientes que necesitan de cuidados especiales demandan 6,5 horas de atención de enfermería por día. El costo por hora surgió de un promedio del plantel de enfermería.
  - b) Costo atención médica especializada: los pacientes reciben la atención de los profesionales médicos de las distintas especialidades del hospital (clínica médica, traumatología, etc.). No encontramos normas ni estudios empíricos que estimen horas promedio de atención médica en internación. En este caso, de acuerdo a consultas con distintos profesionales, se estimó un promedio de una hora de atención por paciente-día. Para el componente monetario, se estimó un costo por hora promedio mensual de profesionales médicos del hospital.

**Tabla 2.** Costos directos fijos

Concepto	Componente Físico	Componente Monetario	Costo por paciente-día
RR.HH. Enfermería	6,5 hs	\$248	\$1.612
RR.HH. Esp. Médica	1 hs	\$308	\$308
<b>Total Costos Directos Fijos por paciente-día</b>			<b>\$1.920</b>

**Fuente:** elaboración propia.

### —Costos indirectos fijos

- Jefatura (Servicio y Enfermería) y secretaría: se estableció el costo por hora en cada caso particular y se tuvieron en cuenta las horas teóricas productivas de cada agente y se las dividió por el total de pacientes-día del año en estudio (6795).

- Personal limpieza: Estas horas suman en total 15 horas diarias de acuerdo a los turnos programados para cubrir el sector, las mismas se anualizaron a 365 días y se las dividió por los 6795 pacientes-día. Se estimó el costo por hora de cada agente.
- Personal Vigilancia: las 24 hs diarias de vigilancia se prorratearon entre los sectores custodiados por los 4 agentes asignados (1 por turno). Se calculó su costo por hora. Y para su asignación por paciente-día se procedió como en el caso anterior.
- Insumos cama: se incluyeron todos aquellos insumos que se utilizan para las camas. El servicio de enfermería nos brindó una estimación de la cantidad utilizada anual de estos productos, por cama. A cada paciente-día se le asignó la cuota de cada unidad (1 unid / 6795 pacientes-día).
- Insumos librería y limpieza: estos surgieron de los registros de egresos del depósito hacia el sector. Para la asignación del componente físico se procedió de la misma manera que en el ítem anterior.
- Amortizaciones Bs. de capital: a este ítem se le afectó la dotación de camas ortopédicas, ventiladores, mobiliario y otros insumos (tensiómetros y termómetros) del sector. El componente monetario se asignó por el método de amortización lineal con valor a nuevo y sin valor residual. Los años de vida útil varían según el producto. Componente físico ídem anterior.
- Lavado ropa: los kg por paciente-día surgieron de dividir el total de pacientes-día del sector por los kg totales lavados para dicho sector. El costo por kg de lavado de ropa se estimó dividiendo el costo directo total del lavadero por el total anual de kg lavados.

**Tabla 3.** Costos Fijos Indirectos

Concepto	Componente Físico	Componente Monetario	Costo por paciente-día
Jefatura Servicio	0,22 hs	\$330	\$72
Jefatura Enfermería	0,35 hs	\$224	\$79
Secretaría	0,35 hs	\$325	\$115
Personal Limpieza	0,81 hs	\$204	\$165
Personal Vigilancia	0,18 hs	\$215	\$40
Insumos Ropería Cama	0,000147 unid	\$121.896	\$18
Insumos Librería y Limpieza	0,000147 unid	\$40.995	\$6
Amortizaciones Bs. de Capital	0,000147 unid	\$59.518	\$9
Lavado ropa	0,55 kg	\$53	\$29
<b>Total Costos Indirectos Fijos por paciente-día</b>			<b>\$533</b>

**Fuente:** elaboración propia.

### —Costos Directos Variables

- Raciones comida: se supuso el consumo de 1 ración completa (Desayuno, Almuerzo, Merienda y Cena) por paciente por día. El importe de cada ración surgió del precio adjudicado a la empresa a quién se terceriza el servicio.

A continuación, en tabla 4, se agruparon todos los costos que pudieron ser asociados a cada paciente-día o día-cama ocupada para la determinación de su costo unitario.

**Tabla 4.** Estructura costo unitario por paciente-día

Concepto	Costo x paciente-día	%
RRHH del Sector	\$1.878	71,4%
RRHH ajenos al Sector	\$513	19,5%
Amortización Bs. de Uso	\$9	0,4%
Insumos Librería y Limpieza	\$6	0,2%
Insumos Ropería	\$22	0,7%
Lavado Ropa	\$29	1%
<b>Costo fijo paciente-día</b>	<b>\$2.456</b>	<b>93,2%</b>
Ración comida	\$178	6,8%
<b>Costo variable paciente-día</b>	<b>\$178</b>	<b>6,8%</b>
<b>Costo total por paciente-día</b>	<b>\$2.634</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** elaboración propia.

Como se observa en tabla 4 el costo total por día-cama ocupada es de \$2.634. Siendo el factor recursos humanos el de mayor peso relativo, 91% del total.

### —Propuesta registración costos variables

Al analizar la información de producción registrada por el área de cómputos, se observó que los 762 pacientes egresados del sector se corresponden a una alta variabilidad de patologías diferentes (neumonía bacteriana, infarto cerebral, insuficiencia hepática, entre las principales) las que conllevan el uso de muy variados tipos y cantidades de insumos y prácticas de diagnóstico, motivo por el cual estimar un costo promedio por día de internación sería poco preciso y aportaría información errónea para la toma de decisiones y para la negociación de los valores a facturar surgidos del nomenclador establecido para los entes cobertores de salud.



Como consecuencia de esto podríamos afirmar la necesidad de estimar el costo por patología por día de internación.

Los distintos rubros de factores variables que deberían ser registrados por paciente y por patología en el proceso de atención del sector, son:

- Medicamentos, insumos descartables y de nutrición enteral y parenteral.
- Prácticas (análisis) de laboratorio.
- Prácticas (estudios) de diagnóstico por imágenes.
- Otras prácticas (por ejemplo, electrocardiograma).

Sólo pudo ser relevada información global de algunos de estos factores productivos variables, a saber:

**Tabla 5.** Costos directos variables

Concepto	Importe Anual
Insumos Descartables	\$225.611
Insumos Farmacia	\$1.612.468
Prácticas Laboratorio	\$665.899
Insumos Nutrición	\$170.674
<b>Total Costos Directos Variables Sector Cuidados Especiales</b>	<b>\$2.674.652</b>

**Fuente:** elaboración propia.

Estos cuatro conceptos se registran como egresos de aquellos insumos o prácticas solicitados por el sector. Corresponden al período 2016 y se valorizaron a precios de marzo 2017, surgidos de las órdenes de compra emitidas por el hospital.

Si hiciésemos un prorrateo por el total de pacientes-día del sector, obtendríamos un costo variable promedio por día por paciente de \$394, que sumado al costo fijo por paciente-día obtendríamos un costo total por día de internación de \$3.028.

En este contexto podríamos decir que dicho costo promedio podría acarrear confusiones, porque hacer un promedio del consumo de estos factores por día de internación produciría información poco precisa ante la variabilidad de patologías que causan las internaciones de los pacientes en el sector.

Por lo tanto, el uso de estos insumos y prácticas deberían ser registrados por cada paciente internado para luego poder establecer los costos unitarios variables por paciente.

Con este tipo de registros se podría obtener información «histórica» que permitiría:

- Estimar consumos de factores variables por cada patología.
- Planificar de forma más precisa la compra de insumos y de prácticas solicitadas de acuerdo a una estimación de producción del servicio.
- Realizar análisis y controles de eficiencia en el consumo de estos factores con el fin de lograr ajustes y retroalimentaciones constantes.
- Obtener estimaciones más precisas de costos por patología, por día de internación o por módulo, como herramienta de apoyo en la negociación de tarifas aplicadas a los entes cobertores de salud.
- Obtener información más precisa para la elaboración de presupuestos hospitalarios ajustados a producción estimada y no a datos monetarios históricos.

### 3. Conclusiones

Pensamos que el presente trabajo contribuyó a demostrar la factibilidad de poder aplicar y realizar metodologías para estimar costos unitarios en internación y poder replicarlas en otros servicios del ámbito hospitalario sea público como privado.

La generación de costos como herramienta para gestionar y tomar decisiones ha crecido en importancia a través de los últimos años, hecho que también se ha trasladado al ámbito de la salud. Es evidente que los métodos y técnicas de costeo deben ser adaptados cuando se trata de la producción de un servicio y más aún cuando hablamos de atención en salud debido a las particularidades y variabilidad de procesos y resultados productivos que el sector contiene, aun así creemos en la factibilidad de llevar a cabo y sistematizar las distintas técnicas y análisis de costeo existentes.

Este tipo de estimaciones y análisis son de suma relevancia en las negociaciones de tarifas con los distintos entes cobertores, como así también efectuar estudios que resulten útiles en la determinación del grado de eficiencia en el uso de los recursos y agregar información para una mejor toma de decisiones.

Es importante destacar que la organización por cuidados progresivos identifica al paciente por complejidad lo que influye en el consumo de los recursos. De esta manera, el costo del día-cama de cada tipo de cuidados refleja ese tema, resultando un avance respecto al cálculo que habitualmente se hace del día-cama sólo diferenciando internación general y UTIA<sup>2</sup>-UCO<sup>3</sup>.

Finalmente, más allá de haber seleccionado una metodología específica para estimar costos unitarios de internación, creemos que las distintas metodologías existentes pueden

---

2 Unidad de Terapia Intensiva Adultos.

3 Unidad Coronaria.

ser perfectamente utilizadas en forma complementaria y adaptadas según las demandas de información necesarias y el objetivo buscado.

## Agradecimientos

Quisiera agradecer la tutoría brindada por Sandra Canale y el apoyo de Regina Durán. También doy las gracias a todo el personal del HIGJP que colaboró con datos y entrevistas para el desarrollo del trabajo y a Mara Lamonega por la traducción del resumen de español a inglés.

## Bibliografía

Canale S. (2015). Gestión de Hospitales Públicos. En O. Buyatti (Ed.), *Gestión de Empresas del Sector Público* (pp. 85-131). Buenos Aires, Argentina: Yardín A. (Coordinador).

Cartier E. (2013, Noviembre). *Aplicaciones de la TGC en las técnicas de acumulación*. Ponencia presentada en el XXXVI Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos, Santa Rosa, Argentina.

Coronel Troncoso G. (2015). Gestión de Empresas de Salud. En O. Buyatti (Ed.), *Gestión de Empresas del Sector Servicios* (pp. 145-214). Buenos Aires, Argentina: Yardín A. (Coordinador).

De Leo G. J., Romanelli R., Deguer C., Barbieri M. E., Esandi M. E. (2013). Costo de atención de los recién nacidos en un hospital público general interzonal de la provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 4 (17), 5-12.

Di Renzo D. O., Cartier E. N., Coronel Troncoso G. R. (2008, Septiembre). *Costos normalizados en procesos de resolución de patologías*. Ponencia presentada en el XXXI Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos, Tucumán, Argentina.

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=AR>

[http://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135)

<http://www.ms.gba.gov.ar/dpto-de-haberes/>

Schiavone M. A., Mazza P., Cordero L. (2011). Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 124 (3).