

PROPUESTA DE INDICADORES PARA MEDIR EL APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS HOSPITALARIOS. UNA HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES Y EL LOGRO DE LA EFICIENCIA ECONÓMICA.

MSc. Adolfo Carreño Acosta
Dra. C. Santa Taciana Carrillo Ramos
Universidad de Las Tunas. Cuba
scarrillo@ult.edu.cu

Resumen:

El trabajo que se presenta está relacionado con la propuesta de indicadores tales como: Número de camas disponibles, Alimentos por camas disponibles, Medicamentos por camas disponibles, Médicos por camas disponibles y Docencia médica por camas disponibles. También de acuerdo con la literatura internacional se aplica una herramienta de análisis lo cual permite medir el aprovechamiento de los recursos hospitalarios, convirtiéndose los mismos en herramientas de análisis para la toma de decisiones en aras de lograr eficiencia económica.

Para elaborar los referidos indicadores, los autores toman como fundamento metodológico lo establecido por el Ministerio de Salud Pública de Cuba referente a indicadores hospitalarios de uso más frecuente, particularizando el mismo de forma conceptual a las características específicas del hospital objeto de investigación, el cual por preservar su identidad lo denominamos como Hospital "X".

Palabras claves: Eficiencia económica, indicadores hospitalarios, costo hospitalario

Abstract:

The work presented here is related with the proposal of such indicators as: Number of available beds, amount of food per bed, Medications per bed, Doctors per available beds and medical training per available beds. According to international literature an analysis tool is applied for allow the measuring the use of hospital resources, becoming they analysis tools for the making of decisions to achieve economic efficiency.

To elaborate those indicators, the authors take as the methodological basis what the Ministry of Public Health of Cuba, has established related hospital indicators of more frequent use adapting them to specific hospital investigation object, stated here as "X" in order to preserve its identity.

Key words: Economic efficiency, hospital indicators, hospital cost

INTRODUCCION:

A principio de la década de los años 80, el Ministerio de Salud Pública de Cuba no poseía un sistema de costos para hospitales con un diseño acabado, sino más bien una estructura funcional inicial con vistas a perfeccionarse en períodos futuros. La implantación del Sistema de Costos para Hospitales se efectúa al margen de los lineamientos emanados del I Congreso del Partido Comunista de Cuba, donde se recomendaba la creación de mecanismos que permitiera la eficiencia económica de las actividades.

Estas recomendaciones tenían un objetivo común, el establecimiento de hábitos de trabajo, disciplina en las informaciones y la creación de las condiciones necesarias para posteriores análisis.

En 1982 se solicita al Instituto de Desarrollo de la Salud Cubana que incluyera en su plan quinquenal de investigaciones un tema al respecto, el cual se denominó "Estudio de los costos en los servicios de atención médica hospitalaria". Derivado del cual, se efectuaron dos tareas investigativas, la primera basada en una encuesta nacional para precisar el estado en que se encontraba el sistema implantado en cada hospital participante, que permitiera emitir un diagnóstico de la situación existente. La segunda consistió en un estudio crítico de la concepción general del sistema, de manera tal que permitiera formular soluciones prácticas a las dificultades existentes, clarificar los conceptos y completar aquellos aspectos que faltaban por sistematizar para satisfacer los objetivos del sistema.

En 1985 se conforma el Manual de Costos Hospitalarios el cual tiene como objetivo lo planteado por el Compañero Fidel Castro Ruz sobre la necesidad de establecer una consecuente política de ahorro de todo tipo de recursos y la necesidad de que estas concepciones se logren producto de "la guerra económica de todo el pueblo". También recoge los planteamientos que sobre los costos hubo de referirse en la Comisión de Salud del Activo del Partido Comunista de Cuba sobre la Eficiencia Económica en la Actividad Presupuestada, como son:

- La necesidad del conocimiento de los costos por la base.
- La necesaria superación de los dirigentes y técnicos en los aspectos económicos.

El sistema de dirección y planificación de la economía al ajustarlo a las situaciones concretas de Cuba, se basó en el reconocimiento del carácter objetivo de las leyes económicas del socialismo, en la necesidad de la planificación centralizada conjugada, a la vez, con la autonomía de las empresas en su gestión económico-operativa, en la existencia y utilización más eficaz de las relaciones monetario-mercantiles y de la ley del valor.

De aquí la necesidad de medir los gastos de trabajo, producto del nivel de desarrollo de la productividad del trabajo y el carácter de este, también hay que comparar los gastos con los resultados obtenidos en la actividad que realiza la entidad, para lograr lo anterior

es preciso una utilización racional de todos los recursos de las entidades, de una forma organizada y dirigida, lo cual es posible lograrlo a través del desarrollo planificado de la economía.

Siendo entonces el costo, un instrumento de control eficaz debido a que el registro garantiza:

- El reflejo fiel y oportuno de los gastos reales, en correspondencia con las normas y los presupuestos establecidos.
- Un control operativo del aprovechamiento de los recursos materiales, laborales y financieros en el proceso, tomando en cuenta, las normas de los gastos vigentes, a través de las cuales se llega al cumplimiento de las tareas planificadas respecto a los costos.
- La observación del régimen de ahorro de todos los recursos que intervienen en el proceso del costo.
- El reflejo de la efectividad económica de las medidas técnico-organizativas aplicadas.

Existe una relación mutua entre el registro y el cálculo del costo, por cuanto el registro constituye la premisa más importante para su cálculo auténtico, garantizando el control sobre el aprovechamiento de las materias primas y materiales, combustibles, energía, salarios y otros gastos.

Los actores principales en el logro de la eficiencia económica lo constituyen los responsables de centros de costos, así como el uso racional de los recursos hospitalarios, por lo que su aprovechamiento parte del conocimiento del costo y sus atributos. Las secciones donde se aplica el costo deben estar dirigidas por un responsable que conozca los elementos primordiales del costo, de ahí que en estos actores existe desconocimiento de cómo se aplica el costo, además de la insuficiencia de herramientas de análisis e indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos hospitalarios con vistas a lograr la eficiencia económica.

Por lo que se hace necesario conformar indicadores que permitan medir el aprovechamiento de los recursos hospitalarios, así como herramientas de análisis con vistas a lograr eficiencia económica partiendo de un análisis por centro de costo con sus respectivos responsables.

Basado en la metodología general que ha emitido el Ministerio de Salud Pública de Cuba sobre indicadores hospitalarios de uso de más frecuente, particularizamos la misma de forma conceptual a las características específicas del hospital objeto de investigación.

Se elaboraron cinco nuevos indicadores que permiten medir la eficiencia económica, ellos son: Número de camas disponibles, Relación de alimentos por camas disponibles, Relación de medicamentos por camas disponibles, Relación de médicos por camas disponibles y Relación de docencia médica por camas disponibles. También de acuerdo con la literatura internacional se aplica una herramienta de análisis.

DESARROLLO:

Breve caracterización de la entidad objeto de estudio:

En el año 1960 en la Ciudad Las Tunas, fue creado el Hospital "X". Esta institución se dedica a prestar atención especializada a la población infanto-juvenil tunera, mediante servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. Para ello cuenta con el soporte tecnológico, los recursos materiales y financieros necesarios, además; la formación preparatoria y capacitación de los recursos humanos médicos, técnicos y de enfermería, acorde a los planes de la Revolución, para la Educación Superior y Técnico Profesional.

De acuerdo con su objeto social realiza las siguientes actividades:

1. Brindar servicios de salud a la población infanto-juvenil cubana en las diferentes especialidades con que cuenta la institución.
2. Garantizar el control higiénico epidemiológico del medio ambiente hospitalario.
3. Realizar actividades de investigación y desarrollo en las diferentes especialidades.
4. Desarrollar actividades de Educación para la Salud en el ámbito hospitalario.
5. Brindar atención integral de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de la población infanto-juvenil.
6. Realizar actividades docente pregrado y postgrado de capacitación y perfeccionamiento a técnicos y profesionales.
7. Organizar eventos científicos con la participación de especialistas cubanos y extranjeros.
8. Brindar servicios de certificación del estado de salud de las personas para trámites legales.
9. Brindar servicios de comedor y cafetería a estudiantes y trabajadores en moneda nacional.

El hospital "X" en aras de lograr mayor eficiencia económica formula su misión y visión de la forma siguiente:

Misión: Garantizar la atención médica especializada a la población infanto-juvenil tunera, cuyo problema de salud no tenga solución a nivel de la atención primaria de salud o en los hospitales municipales y contribuir a la formación de los recursos humanos de la salud dotados de los valores a los que aspiramos.

Visión: Brindar atención en calidad total, que satisfaga a pacientes y familiares así como trabajadores, con el menor costo posible y el mínimo de riesgos para el paciente y los trabajadores, y lograr la preparación de los recursos humanos dotados de todos los valores que defendemos.

Diagnóstico del uso de los indicadores planificados y su incidencia en la Eficiencia Económica. Resultados en la toma de decisiones:

En el diagnóstico de los recursos por los cuales se mide la eficiencia económica del hospital se detectan un grupo de irregularidades las cuales afectan el cumplimiento de la misión y visión de la entidad. Estas se presentan a continuación.

- El hospital no posee un estudio-plan donde se muestre el nivel de actividad de cada uno de los servicios que presta, este factor impide un escenario donde se compare lo real con lo planificado.

- El área de Recursos Humanos no posee una estructura organizativa departamentalizada, todo lo cual impide un análisis estructural de la efectividad de los costos. El diagnóstico realizado al objeto de investigación (Sala "X") mostró que en el área de recursos humanos la plantilla es de 24 trabajadores, en el Departamento de Jefe de Enfermería 22 y en la Nómina de Salarios correspondiente al mes de marzo de 2011 un total de 28 trabajadores cobraron por este centro de costo, ello demuestra que los cargos de gastos de personal no se corresponden con los datos de origen.
- La sala "X" en la plantilla aprobada inicialmente poseía 17 trabajadores, para lo cual prestaba el servicio, posteriormente se incrementa por decisiones superiores con 7 técnicos básicos que también forman parte actualmente de la estructura del área, ello ocasiona que con el mismo nivel de actividad existe un incremento de los recursos humanos, todo lo cual es peyorativo para el costo de esta área. Según sea el caso se aumentará la plantilla en la medida de las ubicaciones de los técnicos básicos.
- El personal médico y paramédico se considera flexible en momentos de epidemias y enfermedades, el hospital no posee control de los movimientos de este recurso, de ahí que los gastos van al centro de costo donde ellos permanecen en plantilla.
- Para los años 2010,2011 y el trimestre (Enero-Marzo) de 2011 se observa que el promedio de índice ocupacional general es: 76 % (102 camas), 68 % (91 camas) y 57 % (76 camas) respectivamente, ello demuestra que el hospital no llega al 80 % planificado para lograr la eficiencia económica y la tendencia es decreciente.
- Los responsables de los centros de costos no dominan aspectos esenciales tales como:
 - a) **Gastos reales:** Constituyen todos los gastos directos e indirectos que se le cargan al centro de costo durante el ejercicio y período que se esté analizando.
 - b) **Normas vigentes:** Son las que están aprobadas por el MINSAP para la prestación de los servicios.
 - c) **Control de recursos:** Constituyen las acciones de control que se realizan para mantener oportunamente en registros, los recursos humanos y materiales.
 - d) **Aprovechamiento de recursos:** Estudio de la situación in situ para conocer la eficiencia y eficacia con que se aprovecha todo tipo de recurso.
 - e) **Ahorro:** Es una categoría donde se mezclan economía, eficiencia y eficacia para lograr resultados óptimos. Ejemplo: Si ingresan 3 pacientes, se debe utilizar en recursos lo necesario para la atención de estos pacientes.

Lo anterior demanda que los responsables de los centros de costos adquieran una cultura económica de su radio de acción para sí lograr que exista una relación mutua entre el registro y el cálculo del costo, por cuanto el registro constituye la premisa más importante para su cálculo auténtico, garantizando el control sobre el aprovechamiento de las materias primas y materiales, combustibles, energía, salarios y otros gastos. De ahí, que lo más importante es lograr que en estas secciones se domine los aspectos que dieron lugar a la contabilidad del costo.

Esto tiene gran incidencia en la contabilidad de costo, pues si cada responsable de centro de costo logra dominar los aspectos relacionados anteriormente se podrá

efectuar análisis individualmente, pero no desde la óptica tradicional (El área económica entrega los informes de los costos con los resultados para su análisis) sino, desde el responsable del costo, que ya ha controlado los recursos humanos, y materiales que han sido de consumo en su área. Ello exige una correspondencia la cual se puede lograr con las conciliaciones que se realizan en el área económica.

El hospital recoge en el sistema informativo los principales indicadores que inciden en la eficiencia económica, ello centra la atención en que de forma global no es posible hacer un estudio departamental con indicadores, herramientas y/o técnicas que le permita a la administración tomar decisiones oportunas. Se propone a los responsables de centros de costos la herramienta de porcentajes de tendencia con un análisis cualitativo (Causa-Efecto).

Los indicadores que se recogen actualmente en el hospital, para realizar los análisis tomando año base y año actual son los siguientes.

- Ingresos.
- Egresos.
- Fallecidos.
- Menos de 48 horas.
- 48 horas y más.
- Mortalidad Neta.
- Mortalidad Bruta.
- Índice Ocupacional.
- Días Promedios Ocupación de Camas (DPOC).
- Promedio de Estadía.
- Índice de Rotación.
- Índice de Sustitución.
- Días pacientes.
- Días camas.
- Camas reales.

De ahí la hipótesis de que no es posible ver las incidencias departamentalmente para lograr eficiencia económica. También los jefes de las secciones donde se originen los gastos y los costos desconocen de estos tipos de análisis, los cuales ayudarían a una buena administración de los recursos humanos, materiales y financieros.

En análisis más profundo de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades se observa que:

- Una **Fortaleza** es el ser un hospital, donde el personal es altamente calificado para prestar servicios.
- Una **Debilidad** es que los controles que lleva el hospital no le permiten realizar análisis departamentalizados para ver su incidencia de forma global.
- Una **Amenaza** es que si el hospital no realiza una buena distribución; que por demás, debe ser objetiva de los técnicos básicos asignados por el nivel superior ello acarrea deterioro de los costos, ineficiencia en los servicios prestados, plantilla inflada, y pérdida de aprovechamiento de la jornada laboral, todo lo cual coadyuva a que se fomente la indisciplina laboral y social, y ello va en detrimento de la formación de valores a la que aspira nuestro gobierno.
- Una **Oportunidad**, que aunque sea lamentable para la sociedad, no por ello deja de ser oportunidad para el hospital y es los estudios de epidemias, brotes y

enfermedades que existen en nuestra región y que logra aumentar los indicadores días pacientes e índice ocupacional, sobre la base de los promedios de estadías y las camas reales que posea el hospital para la prestación de servicios.

Propuesta de Herramientas de análisis e indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos del hospital. Una forma viable para lograr la eficiencia económica.

En la literatura internacional se utilizan varias herramientas de análisis. Los porcentajes de tendencias son los cambios en las partidas que se analicen de un año base a los años siguientes. Estos ayudan a mostrar la extensión y dirección del cambio, ello requiere de los siguientes pasos:

1. Seleccionar un año base y a cada partida de las que se analicen para el año base se le da un valor del 100 %.
2. Consiste en expresar cada partida que se analice de los años siguientes con un % del valor del año base.
3. Este cálculo consiste en dividir cada partida, en los años siguientes del año base por el valor del año base.

De acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud Pública de Cuba en su Manual "Indicadores Hospitalarios de Uso más Frecuentes", un indicador no es más que un número, una tasa, un número índice, un porcentaje o una razón que permite una vez obtenido, medir la magnitud del fenómeno en estudio y recordar que antes de seleccionar un indicador para su utilización se debe saber cómo se comporta el mismo en cuanto a:

1. **Validez:** esto es, que tipo de correlación existe entre este y su variable dependiente.
2. **Poder discriminatorio:** esto es como distingue el indicador en estudio entre varios servicios del hospital o en distintos momentos en un mismo servicio.
3. **Viabilidad:** esto es cuan viable resulta el indicador, considerando viable todo lo que sea simultáneamente factible y práctico.
4. **Estabilidad:** o lo que es lo mismo, que sea poco sensible a las imperfecciones de los datos básicos con los cuales se construye el indicador, por ejemplo, el índice de prematuridad es muy sensible ya que en oportunidades ofrece serias limitaciones.
5. **Disponibilidad:** o sea que se cuente con registros de los datos necesarios para elaborar el indicador.
6. **Calidad de los datos básicos:** o sea los registros que se necesitan para calcular el indicador deberán ser de buena calidad o sea el indicador no deberá estar indebidamente afectado por defectos cualitativos de los registros, tales como aquellos que surgen por el registro incompleto o por falta de uniformidad de la práctica del registro o en las definiciones o procedimientos usados para clasificar y consolidar los datos.
7. **Comprensibilidad:** o sea el indicador debe poseer un carácter comprensible.
8. **Simplicidad:** o sea que resulte simple su elaboración ya que un indicador puede ser válido con buen poder discriminatorio, viable, estable y comprensible, pero su elaboración implica complejos planteamientos matemáticos que limitan su utilización.

9. **Normalización:** o sea que posibilidad tiene un indicador que visto su manera de comportarse con respecto a los atributos antes mencionados exista la posibilidad de plantearlos como norma.

Siempre, en la confección de todo indicador debe existir correspondencia entre el numerador y el denominador, respecto a tiempo y espacio.

Existen algunos conceptos los cuales se consideran sean provechosos para los responsables de los centros de costos:

Cama Real (Disponible o útil)

Es aquella que se encuentra realmente instalada y dispuesta las 24 horas del día para recibir una persona, esté ocupada o no. No son camas reales por tanto las que están fuera de servicio por reparación, falta de colchón u otro avituallamiento, reparaciones del local, falta de personal, en desinfección, etc.

Día-Cama (1 cama en 1 día)

Es la disponibilidad de una cama real en un día (24 horas) – (una cama en un día)

Días-Camas (26 camas en 1 día)

Es el total de días camas de un día determinado en una institución, sobre sus camas reales. Total de camas reales en 1 día.

Promedio Diario de Camas Reales:

Es el resultado de dividir los días-camas de un período determinado de tiempo entre el número de días de este período. Es la expresión más exacta del número de camas que han estado disponibles para uso de la población y que han originado una determinada asignación de recursos para su adecuada utilización.

Dotación Normal de Camas: (Capacidad actual)

Es el número de camas regularmente mantenido durante períodos de operación normal, en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados. En condiciones óptimas, coincide con el promedio de camas reales.

Camas de Emergencia:

Son aquellas que se agregan a la dotación normal de un servicio o sala por mayor demanda de ingresos. Sólo se contabilizan los días que están instaladas y en uso (son camas reales). La existencia de estos muebles en almacenes no justifica su contabilización en la dotación normal.

Paciente:

Un "Paciente" es una persona enferma o no, que está bajo el cuidado de un médico que actúa dentro de su capacidad profesional. El paciente hospitalizado o interno es el que ha seguido el procedimiento completo de admisión y que está ocupando un espacio-cama. La práctica difiere el considerar a los niños sanos nacidos en el hospital.

Día-Paciente:

Es la **unidad de medida** de servicio prestado por el hospital a un paciente en un día. O sea, es el período de servicio prestado a un paciente hospitalizado comprendido entre las horas de censo de dos días consecutivos, siendo contado el día de alta solamente en el caso que el paciente ingrese y egrese el mismo día.

Como que cada paciente hospitalizado recibe cada día un día paciente de atención hospitalaria, un Hospital habrá prestado en un día cualquiera tantos días pacientes de atención hospitalaria como enfermos permanezcan ingresados a la media noche más un día paciente adicional por cada persona ingresada y egresada en ese mismo día.

Ingresos Directos:

Este término se refiere al número de pacientes que han sido registrados en la Sección de Admisión y que han pasado a ocupar una de las camas disponibles del hospital y para el cual se inicia y mantiene una Historia Clínica. El reingreso de un paciente se cuenta como un ingreso.

Egresos Definitivos:

Este término se refiere al número de pacientes que habiendo ocupado una cama del hospital la abandonan.

Los egresos definitivos pueden ser vivos y fallecidos.

Días Estadía de un Paciente:

Se entiende por estadía el tiempo transcurrido desde el momento en que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso. La unidad de tiempo que se utiliza es el día. Si el paciente permanece ingresado una hora tendrá a estos efectos una estadía de un día. La estadía al abandonar un paciente el hospital se considera el día de ingreso o el de egreso, pero nunca ambos.

Días de Estadía del Hospital:

Es la suma de los días estadía de los pacientes egresados.

Consulta:

Se entiende por tal la visita al médico, al estomatólogo, o a la enfermera obstétrica, por una persona sana o enferma con el objeto de obtener un diagnóstico, un tratamiento o medidas preventivas de enfermedades.

En lo adelante se proponen algunos indicadores nuevos para conocer la relación que existe entre numerador y denominador.

1. Número de Camas Disponibles:

De acuerdo con el centro de costo donde se encuentren ubicadas las camas, la información para conocer el número de camas disponibles la procesará el responsable del centro de costo, tomando en consideración los siguientes pasos:

- a) Camas reales que posee el centro de costo.
- b) Camas que estén averiadas, y las que le falta el avituallamiento.
- c) Se determinará cuantas camas están disponibles y cuantas con las características que se mencionan en el inciso b). Una cama disponible es aquella que posee todos los requerimientos necesarios para ser utilizada en el proceso de hospitalización. Si el centro de costo posee 20 camas y mantiene 14 disponibles, el porcentaje es de 70 %, con este resultado se puede diagnosticar a priori, que esa área no es eficiente, manteniendo un nivel de rotura del 30 % no lograra resultados positivos, esto solo es en días-camas.
- d) El responsable elabora un parte diario: Total de camas generales, camas disponibles, camas disponibles ocupadas, camas averiadas y camas sin avituallamiento.

Ejemplo: En "X":

Camas disponibles:	14
Camas disponibles ocupadas:	14
Camas averiadas:	4
Camas sin avituallamiento:	<u>2</u>
Total de camas general:	20

Las camas disponibles ocupadas pueden aumentarse de acuerdo con el nivel de ingreso y egreso de los pacientes, es decir una cama puede ocuparse más de una vez en el período que se analice.

2. Relación de alimentos por camas disponibles (RACD):

Este indicador relaciona, de acuerdo con las camas que tienen disponible el área cuantas raciones fueron consumidas y el costo de los alimentos.

Siguiendo el ejemplo de la sala "X" que posee 14 camas disponibles se elaboraron 16 raciones alimentos de acuerdo con la información del pantry, entonces el cálculo quedaría demostrado de la siguiente manera:

$$\text{RACD} = \frac{\text{Raciones de Alimentos}}{\text{No. Camas Disponibles}} \times 100$$

Resultado: RACD = 16 x 100

$$\text{RACD} = 114 \%$$

Es evidente que hubo una sobre ejecución de las raciones de alimentos con respecto a las camas disponibles. Se toma en cuenta la ocupación del 100 % de las camas disponibles.

Para el costo de alimentos, se toma el total en valores de lo cargado al área, el cual sería de \$ 123.65, este valor se divide entre 14 que es el número de camas ocupadas, \$ 7.91 por cada cama. Si multiplicamos \$ 7.91 x 14 es igual a \$ 110.74, la diferencia de \$ 123.65 – 110.74 es de \$ 12.91, este dato demuestra ineficiencia con respecto a la utilización de las camas, la administración puede revisar el sistema informativo para ver su efectividad y tomar decisiones pues se cargan más raciones de alimentos que las realmente se deberían utilizar. Se afecta la eficiencia económica en \$ 12.91.

3. Relación de medicamentos por camas disponibles (RMCD):

Este indicador al igual que en el consumo de alimentos mide la relación de los medicamentos con respecto a las camas disponibles.

Siguiendo el ejemplo anterior, el responsable del centro de costo mantendrá un control de los medicamentos por pacientes, se podrá colegiar con la farmacia las entradas y salidas de los medicamentos y su distribución en el área correspondiente.

El informe a procesar por el responsable del área será como sigue:

- Cantidad de camas disponibles ocupadas:
- Insumos de medicamentos en físico: (Se debe tomar por el No. de la Cama)
- Valor Total de los medicamentos: (Este resultado se conformará en colaboración con el área económica)

Entonces se aplicará el indicador: $\text{RMCD} = \frac{\text{Valor Total de los Medicamentos}}{\text{Cantidad de Camas Disponibles Ocupadas}}$

Ejemplo:

Valor total de Medicamentos: \$ 245.13

$$\text{RMCD} = \frac{\$ 245.13}{14}$$

El costo de cada cama es de \$ 17.51, si se hubiesen utilizado las 20 camas disponibles ocupadas, el costo hubiera sido mayor, y mejor la eficiencia económica.

4. Relación de médicos por camas disponibles (RDCD):

Este indicador mide la relación que tienen los médicos por cama disponible. De acuerdo con la estructura del centro de costo, si este fue diseñado para ofrecer servicios médicos a 20 pacientes en la sala "X" y solamente poseen 14 camas disponibles, si la demanda de los pacientes aumenta y el promedio de estadía

umenta, se dejan de ofrecer servicios debido a que no se explotan las posibilidades reales del centro de costo ello provoca ineficiencias en los servicios que se ofertan.

El presente se desglosa como sigue:

Datos necesarios:

- Remuneraciones Salariales del Médico.
- Total de camas disponibles.

Los datos anteriores se recolectan de las nóminas departamentalizadas que posee el hospital.

Para el cálculo de este indicador:

$$\text{RDCD} = \frac{\text{Remuneraciones Salariales del Médico.}}{\text{Total de camas disponibles}}$$

$$\text{RDCD} = \frac{\$ 550.00}{14}$$

RDCD = \$ 39.28 es lo que se consume por concepto de remuneraciones salariales en cada cama por médico.

Si estuvieran funcionando las 20 camas, el RDCD sería de \$ 27.50, de ahí que, si restamos \$ 39.28 – \$ 27.50, la diferencia es de \$ 11.78, ello demuestra que se está devengando remuneraciones salariales sin el debido respaldo económico, todo lo cual afecta la eficiencia económica.

5. Relación de docencia médica por camas disponibles (ROCD):

Para este indicador es necesario conocer las horas que el médico y otros en funciones de docencia dedican a esta actividad durante el mes, para ello el responsable del área controlará mediante un registro las horas de docencia médica, al tener este resultado se calculará el costo de esta actividad y se analizará basado en la jornada laboral de 8 horas cuantas horas se dejaron de atender a los pacientes por este concepto.

Por ejemplo:

El médico del indicador anterior devengó \$ 550.00, cada hora trabajada equivale a \$ 2.8856, si trabajó en la docencia médica un total de 64 horas en el mes, esto equivale a \$ 184.68 (64 x 2.8856). Si por demás no se cargó este gasto al centro de costo de docencia médica, estas horas afectan la eficiencia del hospital, de igual forma sucede si se le cargó.

El indicador se calcularía de la siguiente manera:

$$\text{ROCD} = \frac{\text{Remuneración Salarial por Concepto de Docencia Médica.}}{\text{No. de Camas Disponibles Ocupadas.}}$$

Ejemplo:

Datos: Remuneración Salarial por Concepto de Docencia Médica: \$ 184.68

$$\text{ROCD} = \frac{\$ 184.68}{14}$$

ROCD = \$ 13.19, este resultado muestra que cada cama disponible ocupada deja de recibir \$ 13.19 por atención médica debido a que el médico se encuentra realizando actividades de docencia médica.

Actualmente las actividades que el médico realiza fuera de su centro de costo o departamento no se distribuyen a estos conceptos sino se cargan al lugar donde se encuentra ubicado.

Validación de la propuesta de herramientas de análisis e indicadores en el Hospital "X":

De acuerdo con las nóminas de los años 2010 y 2011 del período (Enero-Marzo) de la Sala "X", se aplica la técnica de porcentajes de tendencia para observar como se ha comportado este resultado en períodos iguales.

Para el caso del personal directo:
(Año 2010)

PARTIDAS	Uno	F/E		M/E	
	E	F	%	M	%
Recursos Humanos	26	25	96	26	100

(Año 2011)

PARTIDAS	Uno	F/E		M/E	
	E	F	%	M	%
Recursos Humanos	23	28	122	28	122

Con relación al período de Enero de 2010 los recursos humanos de 2011 disminuyeron, no sucede igual en el mes de febrero que aumentan con relación al 2010 en 3 trabajadores en un 122 %, de igual forma sucede en el mes de Marzo/11. Las causas fundamentales que han originado esta situación obedece a la rotación del personal y a la inestabilidad del mismo ya sean por las altas y/o bajas que se manifiestan en esta sala.

De Igual forma se realiza con el salario medio:

(Año 2010)

PARTIDAS	MP	F/E		M/E	
	E	F	%	M	%
Fondo de Salario	7.2	7.2	100	7.2	100
Salario medio	9.2	10.2	111	9.4	92

(Año 2011)

PARTIDAS	MP	F/E		M/E	
	E	F	%	M	%
Fondo de Salario	7.2	7.2	100	7.2	100
Salario medio	8.9	8.0	90	9.9	124

Se observa que el fondo de salario se mantiene igual para el período, sin embargo el salario medio se mantiene por encima de lo planificado, el análisis muestra a la administración que en el mes de febrero/10 con respecto a enero/10 se incrementó el salario medio en un 11 %, sin embargo decreció en un 10 % en marzo/10 con respecto a Enero/10, para el caso de 2011 decrece en un 10 % y crece en marzo con respecto a enero en 24 %. Se muestran las mismas causas.

La herramienta anterior se puede aplicar de igual modo con los siguientes conceptos:

- Días- camas.
- Días-pacientes.
- Índice ocupacional.
- Índice de Rotación.
- Promedio de Estadía.
- Total de gastos por concepto de: (En valores) Medicamentos, Alimentos, Material de Curación, Servicios prestados, Pagos de Salarios y todas las partidas que se deseen analizar.

Cuando se analizan períodos de diferentes ejercicios le da una visión a los responsables de los centros de costos de cómo se ha comportado los diferentes indicadores.

CONCLUSIONES:

Los hospitales se consideran entidades de grandes volúmenes de operaciones, que van desde la adquisición de bienes y servicios, gastos por los diferentes conceptos, hasta la prestación de los servicios en cumplimiento de su objeto social y su misión. Los responsables de centros de costos son los controladores de los recursos humanos y materiales de esta institución, por consiguiente se hace necesario que los mismos dominen aspectos primarios de los costos para lograr eficiencia económica. Es por ello que lo relacionado a continuación afecta los resultados de la entidad debido a que:

1. No se considera dentro de los objetivos de trabajo de los responsables de centros de costos y el hospital en general el tema del análisis de los Costos Hospitalarios como elemento para medir la eficiencia económica.
2. Existe desconocimiento por parte de los responsables de centros de costos en materia de:
 - a) Gastos reales.
 - b) Normas vigentes.

- c) Control de recursos.
 - d) Aprovechamiento de recursos.
 - e) Ahorro.
3. No existe conciliación con las áreas implicadas en la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros, tales como: Pantrys, Comedor, Farmacia Interna, Almacenes, Caja, recursos humanos, así como el área de contabilidad.
 4. La propuesta de herramientas de análisis e indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos del hospital constituye un punto de partida para adquirir cultura económica en cuanto a costos hospitalarios.
 5. Los controles, registros y otros no satisfacen las necesidades óptimas para la aplicación de los elementos de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Armenteros Díaz, M. y V. Vega Falcón. "Evolución y perspectivas de la Contabilidad de Gestión en Cuba". Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. No. 1, 2003.
2. Datos estadísticos sobre insumos de materiales en los hospitales. La Habana. Cuba, 2011
3. Informes de Auditorías realizadas a las Unidades de Salud en la Provincia de Las Tunas, 2010-2011.
4. Quesada Guerra, M. "Propuesta de Metodología ABC/ABM en el Hospital Militar "Mario Muñoz Monroy", a partir de un estudio de variables. Tesis en opción al grado científico de Master en Administración de Negocios. Matanzas, 2007
5. Manual para los Costos Hospitalarios de la Salud Pública, La Habana. Cuba 1985.
6. Materiales de estudios sobre los centros de costos para el Sector de la Salud en Cuba. 2010