



Revista de Ciencias Sociales (Ve)
ISSN: 1315-9518
cclemenz@luz.ve
Universidad del Zulia
Venezuela

Vargas González, Vilma; Hernández, Carmen
Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria
Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XV, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, pp. 716-726
Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28012285012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria*

Vargas González, Vilma**
Hernández, Carmen***

Resumen

El presente trabajo pretende exponer aspectos fundamentales para el desarrollo de sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria. Sistemas de información de costos, útiles en la toma de decisiones para la gestión hospitalaria, y cónsonos con los objetivos sociales que persiguen los hospitales, implica que el conocimiento de información de costos no tiene como objetivo la búsqueda de rentabilidad económica, sino optimización del uso de los recursos desde el punto de vista social. En la elaboración del estudio, se realizó un análisis teórico-bibliográfico, articulación de la teoría con la evidencia empírica y revisión del marco legal. Se concluye sobre la necesidad de fortalecer el cálculo y desarrollo de indicadores y sistemas de información de costos con personal capacitado para su implementación, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, y su uso efectivo para la gestión hospitalaria.

Palabras clave: Sistemas de Información de costos, gestión hospitalaria, toma de decisiones, indicadores.

Information Systems About Hospital Management Costs

Abstract

This study intends to explain fundamental aspects for developing information systems about hospital management costs. Cost information systems, useful for decision making for hospital management and consonant with the social objectives pursued by hospitals, imply that cost information knowledge does not have the objective of seeking economic profitability, but rather optimizing the use of resources from the social view-

* Resultado parcial del proyecto de investigación Sistemas de Información Gerencial para la Gestión Hospitalaria adscrito al Centro de Estudios de la Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia y financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES).

** Contador Público, Magíster en Gerencia Pública. Investigadora Acreditada ante el Fondo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (FONACIT). Docente Investigador, adscrita al Centro de Estudios de la Empresa -CEE- Universidad del Zulia. E-mail: vilmavargasfernandez@yahoo.es

*** Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Colaboradora del Programa de Investigación Sistemas de Información Gerencial adscrito al Centro de Estudios de la Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia y financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES).

Recibido: 09-01-20 • Aceptado: 09-07-15

point. In preparing this study, a theoretical-bibliographic analysis was made, articulating theory with the empirical evidence, and a review of the legal framework. Conclusions were that there is a need to strengthen the calculation and development of indicators and cost information systems with personnel trained to implement them, assuring the reliability, pertinence and opportunity for the results generated by said systems and their effective use for hospital management.

Key words: Cost information systems, hospital management, decision making, indicators.

Introducción

La reforma de los servicios de salud, de acuerdo con la experiencia de América Latina, está centrando la atención en la búsqueda de eficiencia, lo cual implica reducción de costos y afecta otros objetivos indispensables desde una perspectiva de compromiso social, en función del desarrollo armónico del país, como son los relativos a cobertura y calidad de los servicios. Estudios realizados revelan que hasta el momento, los hospitales públicos carecen de sistemas de costos que permitan suministrar la información necesaria para la toma de decisiones gerenciales, no obstante se estén dando pasos decididos para la adecuación e implementación de los mismos (Vargas y Gamboa, 2004; Vargas et al., 2004; Vargas, 2007). Por consiguiente, es indispensable un esfuerzo de investigación que permita reconstruir los procesos y la estructura de costos de los servicios básicos de salud. En este sentido, el presente trabajo pretende exponer aspectos fundamentales para el desarrollo de sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria.

En la elaboración del estudio, se realizó un análisis teórico-bibliográfico, articulación de la teoría con la evidencia empírica y revisión del marco legal.

Se tomó en cuenta aspectos relacionados con el marco legal y con la ejecución del mismo, tales como la gratuidad en la prestación del servicio público de salud, y los cambios relevantes desde el punto de vista de la información de costos, en la evolución de las principales leyes venezolanas.

1. Información para la gestión hospitalaria

La complejidad de la gestión hospitalaria se refleja entre otros aspectos, en la diversidad de recursos utilizados, la diversidad de procesos, y la complejidad técnica para la producción de los servicios de salud; por ejemplo enfermos con un mismo problema de salud, por sus características individuales, pueden ser atendidos con diferentes estudios diagnósticos y tratamientos, lo cual implica, desde el punto de vista de los costos, distinto consumo de recursos: tecnológicos, humanos y materiales, y desde el punto de vista de la información aspectos clave como: la disponibilidad de los datos médicos rutinarios, la existencia de un sistema de clasificación de pacientes y la posibilidad de que con dicha información, se puedan realizar comparaciones entre hospitales, al menos del mismo nivel de complejidad.

En un hospital con bajo nivel de información cuantitativa, los juicios se basan en las percepciones y las opiniones de los individuos presuntamente más preparados para emitirlos. Muchas de las opiniones extendidas sobre los servicios hospitalarios no tienen otra base que el sentido común de los profesionales del sector, y en algunos casos al disponer de información objetiva no se sostienen (Casas, 2007).

Por otra parte en salud, de acuerdo con Testa (1995,103), "...no se puede admitir en la misma forma el supuesto de utilidad válido para la actividad específicamente económica", lo cual implica que el cálculo de costos no

tiene como objetivo la búsqueda de la rentabilidad económica, sino la optimización del uso de los recursos desde el punto de vista social.

Es decir, el desarrollo de sistemas de costos para hospitales públicos no debería estar determinado por el cálculo de utilidad en el sentido económico del término, sino en función del beneficio social que el conocimiento de información de costos generaría para un mejor uso de los recursos, en beneficio del mayor número de usuarios atendidos. Para esto se requiere en primer lugar el registro de cada uno de los elementos de costo necesarios para la prestación del servicio: – insumos, bienes de capital y personal–; pero además el cálculo de costos debe incluir de acuerdo con (Testa, 1995: 126) “la lógica de los instrumentos y de las actividades y la lógica de la organización de los servicios de salud”.

Las implicaciones de la racionalidad utilizada son de gran importancia para los costos en salud, en función del enfoque hospitalario curativo y preventivo. Por lo tanto, es menester definir políticas para el desarrollo de sistemas de costos en salud, adecuados a las necesidades de las instituciones hospitalarias de carácter social.

Finalmente, según Montilva (1999: 87) “El desarrollo de un sistema es un proceso complejo que involucra un alto grado de comunicación entre sus miembros” y entre éstos y los diseñadores, a fin de integrar las necesidades de la institución y los órganos rectores con las posibilidades tecnológicas.

De conformidad con las reflexiones anteriores, es necesario considerar los siguientes aspectos relativos a los sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria: Finalidad del sistema de acuerdo al marco legal, identificación de productos hospitalarios y centros de costos, la eficiencia como criterio de gestión, relación entre diseñadores, directi-

vos y funcionarios, y aspectos básicos para el diseño de sistema de información de costos hospitalarios.

1.1. Finalidad del Sistema de Información de acuerdo al marco legal

Es indispensable tomar en cuenta aspectos relacionados con el marco legal y con la ejecución del mismo, tales como la gratuidad en la prestación del servicio público de salud, y los cambios relevantes desde el punto de vista de los costos, en la evolución de las principales leyes venezolanas referidas a la salud y la seguridad social.

El cambio en el enfoque de salud, del hospitalario y curativo contenido en las Leyes Orgánicas de Seguridad Social Integral (art.36) y Salud (artículos 28; 29; 30; 31) del gobierno del Presidente Rafael Caldera, al enfoque preventivo de atención integral contemplado en el articulado de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002) y el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Reforma parcial de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2008) promulgadas durante el gobierno del Presidente Hugo Chávez, implica a mediano y largo plazo disminución de costos por la posibilidad de reducir las intervenciones de carácter curativo y el uso innecesario de las instalaciones hospitalarias, siempre y cuando se lleguen a aplicar medianamente. El artículo 52 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Reforma parcial de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2008), expresa que el régimen prestacional de seguridad y salud en el trabajo, se gestionará “...desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida, abarcando la protección de la salud desde sus

determinantes sociales; la rehabilitación, la educación y la prevención de enfermedades y accidentes y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones”.

Con la Ley Orgánica de Seguridad Social (2002) se fortalece el rol regulador y fiscalizador del Estado y se prohíbe expresamente la duplicidad en los beneficios que una persona reciba de la seguridad social y en tal sentido se otorga vital importancia al sistema de información correspondiente, previendo la interconexión entre los diversos organismos del sistema y aquellos que manejan información de personas, empresas y organismos financieros, para estar en condiciones de hacer cruces de información (artículos 52; 56; 57; 106; 109 y 126), lo cual permite un mejor control de afiliación y de costos de la atención en salud.

Un factor clave en el uso de sistemas de información adecuados, es determinar la información necesaria; se hace con este fin imprescindible el estudio de la organización como un todo, a fin de determinar el sistema de información administrativo financiero para el seguimiento de los costos y el sistema de información referido a la atención en salud que permita obtener indicadores de calidad de los servicios prestados. En este sentido, con base en Senn (1999: 22) consideramos que un modelo de control básico para optimizar el uso de recursos, requiere:

- Un estándar para lograr un desempeño aceptable, lo cual implica la fijación de metas de rendimiento.
- Un método para medir el desempeño actual, esto es, el establecimiento de unidades de medida para los aspectos clave de costos y resultados.
- Un medio para comparar el desempeño actual contra el estándar, es decir, definición de los indicadores pertinentes.

- Un método de retroalimentación, que asegure el análisis de los indicadores, su uso para la evaluación y control, y la devolución a los afectados con mecanismos de estímulo y sanción.

El modelo descrito se basa en etapas esenciales que colaborarían con el buen funcionamiento de la gestión. Tomando en consideración los planteamientos de Mallo y Merlo (1995:23), “El sistema de control de gestión moderno se concibe como un sistema de Información-Control superpuesto y enlazado continuamente con la gestión para definir los objetivos compatibles, establecer las medidas adecuadas de seguimiento y proponer las soluciones específicas para corregir las desviaciones”.

El modelo permite a la dirección diseñar el futuro y crear continuamente las condiciones para hacerlo realidad; en este sentido sin sistemas de información de costos que permitan el control, se imposibilita el logro de objetivos relacionados con la obtención de mejores niveles de eficiencia y eficacia.

1.2. Identificación de productos hospitalarios y centros de costos

Un producto es el resultado de un proceso, pudiendo ser un servicio o un bien; se hace necesario de acuerdo con Hammer y Champy (1996), identificar los productos elaborados o servicios prestados para redefinir los procesos que los generan; de esta forma se pudiera pensar lógicamente la organización en función de determinar y precisar claramente los cambios necesarios, los responsables de la gestión y de las actividades desarrolladas; identificar los productos realizados en cada proceso productivo de la actividad hospitalaria, nos da la base para definir los centros de costos.

Cada proceso redefinido es susceptible de producir uno o más bienes o servicios. De igual manera, al definir el producto es imprescindible precisar su unidad de medida y los elementos de costo que lo integran. Esto en función de hacer más fácil el registro de los costos incurridos en su producción, e identificar con mayor claridad los centros de costos, lo cual requiere:

- Identificar los productos hospitalarios.
- Definir la unidad de medida de los productos identificados.
- Identificar en forma detallada los procesos responsables de la generación de los productos.
- Relacionar los productos con los responsables de su generación, para aplicar criterios de identificación de centros de costos con productos generados.

Consideraremos a los efectos de la definición de los centros de costos, que en los hospitales, de acuerdo a las actividades desarrolladas, existen tres tipos de Centros de Costos: Los Centros de Costos Productivos u operativos, Centros de Costos de Apoyo y los Centros de Costos Administrativos.

Los Centros de Costos Administrativos sirven de soporte a la gestión del hospital; los

de apoyo funcionan para dar soporte diagnóstico y satisfacer necesidades básicas de los centros productivos u operativos, y los centros de costos productivos, son los que participan directamente en la prestación del servicio final a los pacientes.

Intentaremos hacer un ejercicio de identificación de productos hospitalarios y en función de estos definir centros de costos. Es de tomar en consideración, que en cada centro de costo se puede producir más de un producto, para los cuales, se elegirá la unidad de medida apropiada (Cuadro 1).

1.3. La eficiencia como criterio de gestión

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización. Al ser comparada con algún nivel de referencia, la magnitud del indicador podrá estar señalando un resultado esperado o una desviación, por la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas, según el caso (Idarrága, et al., 2001:122).

Un sistema de información de costos, sustentado en indicadores de gestión, permite evaluar y controlar tanto los procesos como los

Cuadro 1. Productos y Centros de costo

Productos	Unidad de Medida	Centro de costo
Egresos	Nº días - cama; Nº días- cam ocupada o paciente-día	Hospitalización
Egresos por muerte	Nº Autopsias	Morgue
Intervenciones quirúrgicas	Nº Intervenciones quirúrgicas	Cirugía General
Consultas	Nº de Consultas	Consulta Externa: especialidad "x"
Partos	Nº de partos	Sala de partos
Informe de examen de laboratorio	Nº de Exámenes de laboratorio	Laboratorio Clínico
Ropa Lavada	Kilos de ropa lavada	Lavandería

Fuente: Elaboración propia.

resultados logrados. Es posible evaluar y controlar mediante el uso de indicadores de gestión: la eficacia, efectividad, calidad, cobertura, productividad y eficiencia de las actividades hospitalarias, siendo esta última la que prevalece.

La eficiencia, según Polimeni et al. (1994), es equivalente al costo unitario, el cual sólo puede calcularse con relativa precisión por centro de costos, dada la diversidad de actividades generadoras de costos.

El indicador de eficiencia, para el centro de costos hospitalización se pudiera obtener mediante la siguiente relación:

$$\begin{aligned} & \text{Eficiencia en Hospitalización} \\ & = \frac{\text{Costo Total Hospitalización}}{\text{Número de Pacientes} \cdot \text{día}} \end{aligned}$$

En forma similar, la eficiencia de consulta externa debe calcularse por especialidad, es decir, cada especialidad en consulta externa constituirá un centro de costo.

Si revisamos el numerador del indicador descrito y tomando en consideración la conducta de los costos, el costo total del servicio estaría compuesto tanto por costos fijos como por costos variables.

Los costos fijos, están dados por la capacidad instalada para la efectiva producción de un bien o servicio; por ejemplo, la cama hospitalaria aún cuando permanezca vacía, implica costos en los centros hospitalarios. Por el contrario, los costos variables dependen de los niveles de producción de un bien o servicio. La relación entre producción y costos fijos constituye un importante indicador de eficiencia, que representa el nivel de aprovechamiento de la capacidad hospitalaria instalada, y se puede analizar mediante indicadores tales como: *día cama ocupada o paciente –día*

(*Indicador de Costo Variable*) y el *día-cama* (*Indicador de Costo Fijo*).

El día cama ocupada contiene el costo del conjunto de actividades que se realizan para recuperar la salud del paciente que se encuentra hospitalizado; por día-cama ocupada debe entenderse “cada período de 24 horas durante los cuales una cama de hospitalización permanece ocupada por un paciente” (García, 1993:114). El día cama ocupada incluye costos variables directos e indirectos, además del costo de los cuidados médicos directos que recibe el paciente en el servicio hospitalario, los otros servicios de apoyo para su atención médica integral, que están relacionados con diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación y por supuesto todos los servicios de hotelería que consume el paciente durante el tiempo que permanece hospitalizado. En cambio el costo del día-cama expresa las sumas pagadas por personal, tecnología, planta física, mantenimiento, etc., disponibles para atender la demanda de los pacientes.

En los hospitales, se calculan indicadores de ocupación hospitalaria, tales como: porcentaje de ocupación, promedio de estancia, índice de rotación, intervalo de sustitución y otros indicadores; sin embargo, es necesario que los mismos, sean analizados con algún nivel de referencia, primero por separado y luego conjuntamente, para obtener una mayor visión de lo que está ocurriendo en el hospital, a fin de que cumplan tanto la función descriptiva como la función valorativa del fenómeno que están describiendo.

1.4. Relación entre diseñadores, directivos y funcionarios

El diseño de lineamientos y estrategias para el desarrollo de políticas públicas sobre sistemas de costos en salud, precisa conside-

rar una adecuada coordinación entre los planificadores y el personal involucrado directamente con la toma de decisiones, para que el sistema diseñado se adecue a las necesidades de la institución en armonía con las Políticas de Estado, de esta manera ofrecerá valor agregado a los diversos usuarios del mismo.

2. Sistema de información de costos hospitalarios

Una vez tomados en cuenta los aspectos generales anteriormente señalados para el desarrollo de sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria, se considerará la estructura básica de un sistema de información de costos hospitalarios a los efectos de su implementación.

La contabilidad de costos en general de acuerdo con Polimeni et al. (1994:3) “se encarga principalmente de la acumulación y del análisis de la información relevante para el uso interno de los gerentes en la planeación, el control y la toma de decisiones” de esta manera acotamos que los procedimientos explicados aquí, para el desarrollo e implementación de sistemas de costos hospitalarios, serán susceptibles de cambios o mejoras de acuerdo a las necesidades particulares de cada institución hospitalaria.

Un sistema de información de costos hospitalarios debe tomar en consideración los siguientes aspectos: Elaboración del presupuesto, definición del nivel de capacidad normal, clasificación de centros de costos, y asignación de costos.

2.1. Elaboración del presupuesto

El presupuesto como herramienta clave en el control de la gestión de acuerdo con Idárraga et al. (2001:80) “está basado en el

plan estratégico, que normalmente se formula para períodos de tres a cinco años. Sin embargo, es recomendable que el presupuesto, por el nivel de desagregación que maneja, se realice para períodos no superiores a un año; es decir, que corresponda a la valoración de las prioridades fijadas en el plan estratégico para ese período”.

Las instituciones hospitalarias, aun cuando usualmente elaboran anualmente sus presupuestos, estos son realizados para dar cumplimiento a un requisito gubernamental para la obtención de financiamiento; su elaboración deberá replantearse a efectos de contar con un presupuesto que exprese cuantitativamente los objetivos estratégicos de los hospitales.

El presupuesto es necesario para el control del costo y la evaluación de la actuación de las personas responsables de su ejecución en cada centro de responsabilidad, permite determinar las variaciones entre lo presupuestado y lo realmente ejecutado. Debemos aclarar que el presupuesto no es necesario en la determinación del costo real, aunque si nos aproxima a lo que el costo debería ser. En este sentido, Polimeni et al. (1994:345) sostienen que los costos presupuestados son los costos totales que se espera incurrir.

En este orden de ideas, el presupuesto en los hospitales será elaborado siguiendo especificaciones técnicas y deberá preferiblemente ser flexible, o adecuado a los diversos niveles de actividad posibles.

Según Matz y Usry (1980: 617) “El principio fundamental de un presupuesto flexible es la necesidad de alguna norma de erogaciones para un volumen dado de actividades, la cual debe ser conocida por anticipado para proporcionar una guía a las erogaciones reales. La preparación de presupuestos flexibles resulta en la construcción de una serie de fórmulas, para cada cuenta en el departamento

o centro de costos”, que indican la cantidad de costo fijo y la tasa variable que se aplicará al nivel de actividad alcanzado en el período.

La construcción de dichas fórmulas permite calcular el costo permisible para el volumen de actividad alcanzado en el período y compararlo con el costo real a fin de determinar las variaciones y tomar las decisiones al respecto. La definición del período para la determinación de los costos reales y la realización del presupuesto, es indispensable a los efectos de unificar criterios para hacer comparaciones entre lo realmente ejecutado y lo presupuestado.

2.2. Definición del nivel de capacidad normal

La Capacidad constituye la cantidad fija de planta física, equipos y del personal con quien la gerencia se ha comprometido y con quien espera conducir la institución y, se relaciona con el volumen o nivel de actividad, ya que con este se intenta hacer el mejor uso posible de la capacidad existente (Matz y Usry, 1980:619).

El nivel de capacidad normal o promedio, es aquel obtenido al considerar la utilización de la institución hospitalaria de acuerdo al promedio de la demanda de los servicios sobre un período suficientemente largo, lo cual permitirá determinar las variaciones por volumen de actividad y un mayor control del costo real.

De acuerdo con Polimeni et al. (1994: 126) “El uso de la capacidad productiva normal elimina la posibilidad de manipulación del costo unitario del producto al variar de manera deliberada los niveles de producción. Es decir, ante costos indirectos de fabricación fijos, los aumentos deliberados en la producción disminuyen el costo unitario del producto, en tanto que las disminuciones deliberadas en la producción incrementan el costo unitario del producto”.

2.3. Clasificación de centros de costos

El centro de costo es “la unidad en la cual el desempeño se mide en términos del costo presupuestado y cuyo gerente tiene responsabilidad sobre el incurrimiento del costo” (Polimeni et al., 1994:733). En el centro de costos se acumulan todos los costos y gastos que se realizan para conseguir un resultado común de la unidad o sector organizacional.

Los centros de costos en los hospitales, de acuerdo a las actividades desarrolladas, se clasifican en: centros de costos productivos, de apoyo y administrativos. En contabilidad de costos, generalmente se les denomina sectores finales, intermedios y generales para realizar la asignación y acumulación de costos, a fin de obtener el costo unitario de los productos obtenidos, ya sean éstos bienes o servicios. Enseguida presentaremos algunos ejemplos donde se clasifican centros de costos (Cuadro 2):

Cuadro 2. Centros de costos

Productivos	De Apoyo	Administrativos
Hospitalización	Laboratorio	Dirección
Consulta Externa	Anatomía Patológica	Estadísticas
Emergencia	Radiología	Administración
Cirugía General	Lavandería	Recursos humanos

Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de los Centros de Costos de Apoyo y Administrativos confluyen para la obtención del objetivo perseguido en los distintos Centros Productivos.

2.4. Asignación de Costos

Puesto que los Centros de costos productivos se benefician de manera directa de los centros de costos de apoyo y administrativos, el total de los costos para operar estos últimos, debe asignarse a los centros de costos productivos, para lo cual deberá determinarse una base de asignación y un método de asignación.

De acuerdo con Polimeni et al. (1994:138) los métodos más comunes de asignación son: el método directo, el escalonado y el algebraico. A los efectos del presente trabajo se considera pertinente aplicar los métodos directo y escalonado de asignación de costos, adaptándolos a instituciones hospitalarias.

A cada sector definido como productivo, de apoyo o administrativo, en una primera etapa, se le asignarán los costos directos al mismo. Para el total de los costos que no puedan relacionarse de manera directa con un centro específico, la asignación se hace utilizando una base que tenga relación con los servicios prestados y los costos incurridos.

En una Segunda asignación, los costos de los centros administrativos se distribuirán a los centros de apoyo y productivos, según el servicio prestado a cada uno de ellos. El método escalonado se utilizará en esta etapa. Los

pasos a seguir para asignación de costos, mediante este método, de acuerdo con Polimeni et al. (1994:140) son:

1. Los costos presupuestados del departamento de servicios que presta servicios a la mayor cantidad de otros departamentos usualmente se asignan primero.
2. Los costos presupuestados del departamento de servicios que provee servicios a la siguiente mayor cantidad de departamentos de servicios, se asignan luego. Se incluye cualquier costo presupuestado que se asocie a este departamento a partir del paso uno. Con este método, una vez asignados los costos presupuestados de un departamento de servicios a otros departamentos, no puede volver a asignarse a este departamento ningún costo adicional presupuestado.
3. Esta secuencia continúa, paso a paso, hasta que todos los costos presupuestados del departamento de servicios se hayan asignado a los departamentos de producción.

En los hospitales, los costos quedarán distribuidos de la siguiente manera: (Cuadro 3).

Con la asignación se consigue el costo total por sector final o centro productivo. Al dividir el costo total entre las unidades producidas en el centro productivo, se obtiene su costo unitario; para el caso de hospitalización será el costo unitario de hospitalización por paciente-día, o por día-cama de acuerdo a la unidad de medida escogida; para el caso de consulta externa se obtendrá el costo unitario por consultas atendidas; para el caso de cirugía se obtendrá el

Cuadro 3. Secuencia de asignación de costos a centros productivos

- Costos directos
- Costos Indirectos asignados del propio sector
- Costos asignados de Centros de Apoyo
- Costos asignados de Centros administrativos

Fuente: Elaboración propia.

costo unitario por intervenciones quirúrgicas y así sucesivamente para cada centro designado como productivo o final.

En otro orden de ideas, es necesario pensar en la generación de reportes con la información de costos obtenida, a fin de que surta efectos en función de la toma de decisiones acertadas, para mayor beneficio de la comunidad a la cual los hospitales prestan servicios.

4. Conclusiones

La información de costos sirve de soporte a la toma de decisiones en la gestión hospitalaria, en la práctica hospitalaria tal información debe ser respaldada con el conocimiento de ciertos aspectos trascendentales, tales como: Finalidad del sistema de acuerdo al marco legal, identificación de productos hospitalarios y centros de costos, la eficiencia como criterio de gestión, relación entre diseñadores, directivos y funcionarios y los aspectos básicos para el desarrollo de sistemas de información de costos hospitalarios.

La eficiencia, entendida como optimización del uso de los recursos, y no sólo como disminución de costos, es indispensable para ampliar la cobertura de los servicios de salud. De allí la necesidad de fortalecer el cálculo y desarrollo de indicadores y sistemas de información con personal capacitado para su ejecución, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, y su uso efectivo para la gestión hospitalaria, la formulación de políticas de salud y la asignación presupuestaria.

El sistema de información de costos debe adecuarse a las necesidades particulares de la institución hospitalaria, pero además, a estos efectos, debe desarrollarse una adecuada coordinación entre los planificadores y el per-

sonal involucrado directamente con la toma de decisiones.

Bibliografía consultadas

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2002). Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta oficial No 37.600. Caracas, Venezuela.

Casas Galofré, Mercé (2007). **En Gestión Hospitalaria.** Compiladores Temes, Luis y Mengíbar, Mercedes. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, España. p. 693.

Chavez Frias, Hugo (2008). Decreto con rango, valor y fuerza de Ley de Reforma parcial de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social gaceta Oficial extraordinaria N° 5.891. Julio de 2008. Caracas, República Bolivariana de Venezuela.

García, José (1993). **Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica.** Guía Práctica. Disinlimed, C.A. p. 477.

Hammer, Michel; Champí, James (1996). **Reingeniería.** Editorial Norma, Bogotá. p. 87.

Idárraga, María; Acevedo, Marina y Ramírez, Rafael (2001). **Gerencia de los Procesos Administrativos.** En Hospital y Empresa. Editor Julio Ernesto Toro. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Colombia.

Mallo, Carlos y Merlo, José (1995). **Control de Gestión y Control Presupuestario.** McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A. Madrid, España. p. 31.

Matz, Adolph; Usry, Milton (1980). **Contabilidad de Costos.** Planificación y control. South-Western Publishing Co. Cincinnati, Ohio.

Montilva, Jonás A (1999). Desarrollo de sistemas de Información. Universidad de los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida, Venezuela.

Polimeni, Ralph; Fabozzi, Frank y Adelberg Arthur (1994). **Contabilidad de Costos. Conceptos y aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales.** McGraw Hill Editores. Santafé de Bogotá, Colombia.

Senn, James (1999). **Sistemas de Información.** McGraw-Hill, segunda edición. Bogotá, Colombia. p. 945.

Testa, Mario (1995). **Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de la Salud).** Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina. p. 295.

Vargas, Vilma; Cubillán, Raiza y Gamboa, Teresa (2004). "La eficiencia en un hospital de Maracaibo: su relación con la oferta y la demanda de servicio". **Revista de Ciencias Sociales.** Vol X N° 2. Maracaibo, Venezuela. pp. 260-274.

Vargas, Vilma y Gamboa Cáceres, Teresa (2004) "Financiamiento a la oferta en hospitales de Maracaibo: Implicaciones en la demanda de servicios". **Revista Venezolana de Gerencia.** Año 9 N° 27. Maracaibo, Venezuela. pp. 430-451.

Vargas, Vilma (2007) "Mecanismos flexibilizadores de la relación laboral en Hospitales de Maracaibo". **Revista Venezolana de Gerencia.** Año 12 N° 38. Maracaibo, Venezuela. pp. 244- 261.