

DOCUMENTOS Y APORTES
EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Y GESTIÓN ESTATAL

Documentos y Aportes en Administración
Pública y Gestión Estatal

ISSN: 1666-4124

magadpub@fce.unl.edu.ar

Universidad Nacional del Litoral
Argentina

Moscoso, Nebel Silvana; Clark, María Marcela

RELEVANCIA DE LA ESTIMACIÓN DE COSTOS PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal, vol. 10, núm. 15, 2010, pp. 29-41

Universidad Nacional del Litoral

Santa Fe, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337530289002>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

RELEVANCIA DE LA ESTIMACIÓN DE COSTOS PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Nebel Silvana Moscoso ^(*)

(CONICET- Universidad Nacional
del Sur, Argentina)

María Marcela Clark ^(**)

(Universidad Nacional del Sur, Argentina)

RESUMEN

Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada reciben pacientes con cobertura de la seguridad social. Los pagos realizados por estas instituciones no siempre cubren los costos incurridos generando un subsidio cruzado entre el sector público y la seguridad social. En el hospital municipal de Bahía Blanca se estimaron los costos de tres patologías verificando un subsidio de \$450.000 (U\$S 113.900) entre 2004 y 2008, lo cual impide que la totalidad de los recursos públicos se asigne a la población con mayores necesidades, de bajos ingresos. Los resultados obtenidos son un valioso instrumento para acordar los pagos con las aseguradoras y mejorar la eficiencia de la gestión hospitalaria.

PALABRAS CLAVE:

mecanismo de pago, seguridad social, sector público, subsidios cruzados.

ABSTRACT

The Public Hospitals of Decentralized Management attend social security patients. The payments made by these institutions do not cover the costs incurred producing a cross-subsidy between the public sector and the social security. In the public hospital of Bahía Blanca, we analyzed the costs of three diseases and checked a cross-subsidy for \$ 450.000 (U\$S 113.900) in the period 2004-2008. The subsidy causes that the totality of the public resources is not supplied to the low-income population with major needs. The results of these studies are a valuable tool to agree on the payments to the social security sector and to improve the efficiency in the management of these hospitals.

KEY WORDS:

mechanism of payment, social security, public sector, cross-subsidies.

^(*) E-mail: nmoscoso1@gmail.com

^(**) E-mail: marcelaclark@gmail.com

RECEPCIÓN: 10/09/10

ACEPTACIÓN FINAL: 20/01/11

1 INTRODUCCIÓN

Cada país diseña su propio sistema de salud y, entre otras cuestiones, decide el mecanismo de financiamiento, el cual puede ser público (vía recursos generales), privado (vía gasto de bolsillo), a través de seguros (vinculados con el empleo o seguros prepagos voluntarios) o una combinación de todos ellos. Cualquiera sea el mecanismo de financiamiento elegido, cobra relevancia el uso de las herramientas económicas y administrativas para mejorar los resultados en salud, poniendo especial interés en la búsqueda de eficiencia en la asignación de los recursos y de equidad en el acceso a la atención de la salud.

En la mayoría de los sistemas coexisten los sectores públicos y privados (Lago y Moscoso, 2005; Tobar et al, 2000), lo cual complejiza la aplicación de las herramientas económicas y de gestión, ya que no sólo se deben optimizar los resultados de un sector, sino que es necesario considerar los efectos económicos y financieros del funcionamiento de los demás sectores del sistema. Este es el caso del Sistema de Salud Argentino (en adelante SSA) en el cual conviven individuos con y sin cobertura de salud, donde además quienes tienen cobertura utilizan tanto seguros obligatorios vinculados al empleo (llamadas Obras Sociales, en adelante OS) como seguros voluntarios privados (llamadas Empresas de Medicina Prepaga, en adelante EMP).

Si el SSA se propone garantizar la equidad en el acceso a los bienes y servicios que se consideran prioritarios para la atención de la salud será necesario controlar: i) que los seguros (públicos y privados) efectivamente provean a la población beneficiaria al menos el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (en adelante PMOE)¹ (Ministerio de Salud, 2002) y ii) que se destinen los recursos públicos necesarios para la satisfacción de similares necesidades médico-sanitarias en los estratos de población de menores ingresos, sin cobertura.

Se garantizará el principio de equidad horizontal si ante situaciones similares de enfermedad, asegurados y no asegurados, reciben el mismo tratamiento con una asignación de recursos equivalente. En nuestro sistema de salud se observa que los mecanismos de pago de ciertas obras sociales a los llamados Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, dificultan el cumplimiento del objetivo mencionado ya que sus pagos son menores a los costos incurridos, lo cual provoca un subsidio cruzado entre el sector público y la seguridad social, que finalmente reduce los recursos disponibles para la población sin cobertura.

Dada la relevancia de los sistemas de información para mejorar los mecanismos de gestión (Vargas González y Hernández, 2009) y para demostrar la presencia del subsidio mencionado fue indispensable implementar un sistema de costos que permita la estimación de los costos por grupos de pacientes internados según diagnóstico. Así, el objetivo del presente trabajo es describir el sistema de información implementado y cuantificar monetariamente el subsidio mencionado en tres patologías prevalentes de los servicios de internación del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de la Ciudad de Bahía Blanca, Argentina (en adelante HMA).

2 MATERIAL Y MÉTODOS

Existen diferentes sistemas o metodologías de costeo que pueden ser aplicadas al sector salud para la medición del producto hospitalario: i) Costeo Basado en Actividades ABC (Activity Based Costing), ii) Costeo por Protocolos, iii) Costeo por procesos, iv) Costo por paciente/patología y v) Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) (Gómez et al, 2008; Roldán et al, 2009). En nuestro estudio se describe la implementación de un sistema de información que, entre otros costos, estima los costos promedios de los pacientes internados con la misma patología.

En particular, de los 37.618 pacientes internados en el HMA en el período 2004 a 2008, se analizan los costos promedios de tres patologías prevalen-

tes de los servicios de internación. El costo promedio por patología se obtuvo como resultado de dos pasos básicos: registro de datos de cada proceso de internación individual y obtención de información por grupos de pacientes.

Los datos registrados para este análisis referidos a cada proceso de internación son: el *consumo* (cantidad de prestaciones brindadas a cada paciente durante el proceso de internación en concepto de insumos y de productos intermedios, entre los cuales se considera como fundamental el día de internación por servicio hospitalario), el *diagnóstico de egreso* y el *importe facturado* a la seguridad social.

A partir de los consumos se obtiene el costo total del proceso de internación (considerado como producto final) luego de la sumatoria de los costos unitarios de cada una de las prestaciones recibidas por el paciente (productos intermedios).

Para obtener el costo unitario de producción de todos los productos intermedios elaborados en la organización hospitalaria (sean brindados por un servicio general, intermedio o final) se desarrolló un sistema de procesamiento de datos específico que contempla tres etapas de asignación y distribución de costos: primaria, secundaria y final.

En la etapa de asignación primaria se asignan todos los conceptos de costos relevados en el período (clasificados en directos e indirectos) a todos los centros de costos hospitalarios definidos y clasificados en generales, intermedios y finales. Los costos directos, que se identifican claramente con un servicio hospitalario en particular, se asignan directamente a dicho sector. Los indirectos, definidos como aquéllos que no se identifican con un centro de costos determinado, se asignan en función de bases de distribución. Al finalizar esta etapa se obtiene el costo unitario de producción de los centros de costos definidos como generales.

La distribución secundaria de costos tiene como objetivo redistribuir los costos imputados a los servicios generales a través de la asignación primaria, entre los servicios intermedios y finales. Al finalizar este proceso, los servicios intermedios tienen asignado el total de los costos de producción. Relacionando el costo total del sector con la producción del período es posible calcular los costos unitarios de los productos elaborados por los servicios intermedios.

Finalmente, la distribución final de costos consiste en redistribuir los costos correspondientes a los servicios intermedios, entre los servicios finales. De esta manera, todos los conceptos de costos imputados durante la distribución secundaria se redistribuyen entre los servicios de producción final e impactan definitivamente en el costo de sus productos.

Obtenido el costo de cada proceso de internación, como la sumatoria del costo de los productos intermedios, en un segundo paso se calcula el costo por grupo de pacientes, para lo cual los procesos de internación se agruparon por código de diagnóstico al egreso.

A través de este proceso de agrupamiento, es posible conocer la cantidad de egresos de internación producidos por cada código de diagnóstico y el costo total del grupo de pacientes como resultado de la suma del costo de las internaciones que integran el grupo.

Dividiendo el costo total del grupo (depurado de casos extremos) con el total de egresos se estima el costo unitario promedio por paciente y por diagnóstico².

Luego de estimar los costos promedios por patología, se los comparó con los montos pagados por las instituciones de la seguridad social a la luz de evaluar, en tres patologías seleccionadas, si los costos finalmente son recuperados.

El desarrollo del trabajo consta de tres partes, en la primera se describe la lógica de funcionamiento del sector público, en particular el mecanismo de financiamiento de los hospitales públicos de gestión descentralizada. En la segunda parte se describen ciertas ineficiencias detectadas en los mecanismos de pago y financiamiento. En la tercera parte se verifica cuantitativamente una de las ineficiencias mencionadas.

La metodología del estudio es cuantitativa (monetario) y retrospectiva (de 2004 a 2008).

33

3 MECANISMO DE FINANCIAMIENTO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

El SSA está integrado por tres subsectores: el subsector público, el subsector de la seguridad social (en adelante SS) y el subsector privado. El gasto total en salud es financiado por: recursos públicos (del gobierno nacional, gobiernos provinciales y municipales) en un 24.6%³, recursos privados (a través del gasto de bolsillo en bienes y servicios del sector salud) en un 41.1% y recursos provistos por la SS (obras sociales nacionales, provinciales y otras)⁴ en un 34.3% (Ministerio de Salud, 2000; Maceira, 2009). Se analiza en particular el mecanismo de financiamiento del sector público, el cual provee servicios a través de los establecimientos públicos nacionales, provinciales y municipales (los dos últimos poseen el mayor porcentaje de infraestructura) que incluyen tanto hospitales como centros de atención primaria de la salud (en adelante CAPS). Habitualmente acuden a los hospitales públicos las personas de meno-

res ingresos y sin cobertura, quienes tienen limitaciones de acceso geográficas, y afiliados de obras sociales.

El sector público tiene como lógica de funcionamiento la búsqueda de un cierto equilibrio entre objetivos sociales (atendiendo a la población sin cobertura ni recursos) y medidas de eficiencia (optimizando los recursos obtenidos). En el caso específico de los hospitales públicos, éstos se financian con pagos prospectivos, con presupuestos de monto fijo estimados a futuro, es decir, estimados ex ante a la ejecución de los gastos. La función objetivo de los hospitales públicos tiene la siguiente forma:

$$\begin{aligned} &\text{Maximizar el número de prestaciones} \\ &\text{S.A. el costo de las prestaciones sea igual al gasto público asignado ex ante} \\ &\quad \text{Max (prest)} \\ &\quad \text{S.A. (c. prest) } \leq \text{(GP } \approx \bar{A} \text{)} \end{aligned}$$

Donde **prest** son las prestaciones ofrecidas (bienes y servicios) por el hospital, **c** es el costo de las prestaciones (incluyendo los costos directos e indirectos) y **GP** representa el monto del gasto público, que se asume es un monto fijo, al que llamamos \bar{A} . El hospital maximiza el número de prestaciones ofrecidas **sujeto a** (**S.A.** en la ecuación) que los costos sean menores o iguales al presupuesto asignado.

Sin embargo, es necesario considerar la función objetivo de los hospitales públicos que pueden atender y facturar a pacientes con cobertura. Estos hospitales se implementaron en 1993 con el objetivo de mejorar la gestión hospitalaria a través del cobro de las prestaciones demandadas por beneficiarios con OS. Bajo esta modalidad se aseguró el pago de estas prestaciones, mejorando la eficiencia en la recaudación de ingresos que en muchos casos, ocasionaban un subsidio cruzado, financiando con recursos públicos la atención de pacientes pertenecientes al sector de la SS⁵.

En 1999 esta modalidad de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (en adelante HPGD) se propone: garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad a la población sin cobertura, mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de ciertas normas y fomentar la participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada⁶.

Los recursos recaudados por los HPGD se distribuyen entre: un fondo de redistribución solidaria asignado al nivel central, un fondo para inversiones y funcionamiento del hospital y un fondo para la distribución mensual entre el personal del hospital según criterios de eficiencia (Repetto et al, 2001). La función objetivo de los HPGD es:

$$\begin{aligned}
 &\textbf{Maximizar el número de prestaciones} \\
 &\textbf{S.A. el costo de las prestaciones sea igual al gasto público más} \\
 &\textbf{los ingresos provenientes de las compañías aseguradoras públicas y privadas} \\
 &\textbf{Max (prest)} \\
 &\textbf{S.A. (c. prest) } \leq \textbf{(GP + ICA)}
 \end{aligned}$$

A la restricción habitual de los hospitales públicos se agrega el término ICA que representa los ingresos provenientes de la facturación a las compañías aseguradoras. Los HPGD seguirán optimizando el número de prestaciones pero agregan la fuente de financiamiento obtenida por los pacientes atendidos con cobertura.

Es importante destacar que con el gasto público (24.6% del Gasto Total en Salud) se debe garantizar la cobertura a más del 40% de la población sin obra social, además de financiar las actividades de promoción y prevención de la salud destinadas a toda la población (Maceira, 2009).

La heterogeneidad en los mecanismos de financiamiento de los tres subsectores del SSA ocasionan ciertas ineficiencias que se traducen en consecuencias económicas, financieras y otras difíciles de cuantificar monetariamente, como la calidad de las prestaciones.

En el caso de los hospitales públicos los recursos provienen de un presupuesto fijo asignado ex ante a la ejecución de los gastos, salvo en el caso de los HPGD que agregan como fuente de financiamiento lo facturado a la SS. Una ineficiencia se detecta en la implementación de los presupuestos prospectivos ya que en periodos inflacionarios si la inflación real es superior a la proyectada, estas instituciones enfrentan restricciones presupuestarias. Si no pueden negociar un presupuesto adicional, se ajustará la oferta de prestaciones con listas de espera, afectando el acceso a la atención de la población sin recursos, principales demandantes del sector público.

Un defecto adicional de este mecanismo de financiamiento es que los presupuestos son diseñados en base a criterios históricos (es decir en relación a los recursos monetarios asignados en periodos previos) sin estar necesariamente

vinculados con niveles de producción, días de estada o número de pacientes atendidos, por ejemplo.

En el caso del mecanismo de financiamiento de las internaciones hospitalarias, muchas obras sociales han implementado el pago por diagnóstico o por módulo, a través del pago de un monto fijo por la internación de una determinada patología. Sin embargo, el mecanismo de financiamiento es un monto fijo independientemente de los días de internación del paciente, fármacos o estudios complementarios realizados. La ineficiencia surge por la heterogeneidad de los montos pagados por las distintas aseguradoras para una misma prestación/patología, lo cual provoca que los prestadores privados seleccionen los pacientes cuya OS ofrece mejores pagos, trasladando los afiliados de las OS de menores pagos a los hospitales públicos de gestión descentralizada, quienes no recuperan los costos incurridos. A continuación se analiza en forma particular este fenómeno.

4 INEFICIENCIA DERIVADA DEL PAGO POR DIAGNÓSTICO EN INTERNACIÓN: VERIFICACIÓN EMPÍRICA

36

Se pone especial interés en la última ineficiencia mencionada debido a que no sólo perjudica a los afiliados (de OS de bajos pagos) que ven reducida su libertad de elección de prestador, sino que también tiene consecuencias sobre quiénes no poseen ningún tipo de cobertura, ya que los costos no recuperados son financiados con recursos públicos, ocasionando un subsidio cruzado entre el sector público y el sector de la SS que finalmente reduce las prestaciones ofrecidas.

Se presenta un estudio de caso que demuestra la existencia y magnitud del mencionado subsidio en el Hospital Municipal de Agudos de la Ciudad de Bahía Blanca que funciona como un Hospital Público de Gestión Descentralizada brindando atención no sólo a los pacientes sin seguro, sino también a pacientes con OS o empresas de medicina prepaga.

Para llevar a cabo el estudio de las 37.618 internaciones que culminaron su proceso en el período 2004 a 2008, se seleccionaron tres patologías prevalentes (dos quirúrgicas y una clínica) a partir de la estimación del costo promedio por paciente.

Como se detalló en el apartado Material y Métodos, para cada paciente internado se estimó:

- *consumo* (prestaciones brindadas durante su estadía hospitalaria, en concepto de insumos o de productos intermedios como días de internación y prácticas quirúrgicas),
- *costo total* (valoración económica de los consumos de cada proceso de internación),
- *valor de facturación* (o valor reconocido por las entidades financiadoras por cada proceso de internación),
- *diagnóstico al egreso*,
- *tiempo de uso de quirófano* (sólo en pacientes que registren prácticas quirúrgicas).

Luego, los procesos de internación se agruparon:

- *por código de diagnóstico al egreso*: se obtuvo información referida a cantidad de egresos de internación por código de diagnóstico, cantidad de días de internación consumidos por cada grupo de diagnóstico y costo total del grupo de pacientes.
- *por código de práctica quirúrgica*: se obtuvo información referida a cantidad de prácticas quirúrgicas realizadas en el período, por código de práctica y tiempo de uso de quirófano consumido por para cada tipo de práctica.

37

Finalmente para la selección de las patologías prevalentes se consideró la cantidad de días de internación acumulados (por tipo de diagnóstico) y tiempo de uso de quirófano (por práctica quirúrgica). Este criterio de selección se fundamenta en que la estimación del costo por día de internación, y el costo del uso de quirófano, incluyen el total de los recursos gastados para cada paciente, considerando tanto los costos directos como los indirectos.

Se agruparon los egresos de internación por código de diagnóstico en función de los días de internación acumulados y se ordenaron de manera decreciente. Las prácticas quirúrgicas se agruparon por código y de acuerdo al tiempo total de uso de quirófano se ordenaron en forma decreciente.

En función de este ordenamiento, sobre el total de pacientes internados, se definieron como patologías prevalentes de tipo quirúrgico la Apendicectomía y la Colicectomía, y como patología clínica la Neumonía No Especificada.

5 RESULTADOS

Habiendo determinado las patologías sobre las cuales se llevará a cabo el análisis, se estimaron los costos de cada patología a partir de los consumos promedios de cada grupo de pacientes según diagnóstico y práctica quirúrgica. Luego, los costos promedios obtenidos se compararon con los valores de facturación establecidos por el Nomenclador Nacional de Hospitales de Autogestión para el mismo período. Todos los valores monetarios estimados corresponden al primer semestre de 2008.

En las patologías seleccionadas se pudo comprobar que el valor recuperado de la seguridad social no cubre los costos incurridos por el hospital, produciendo un déficit que es financiado con recursos provenientes del presupuesto municipal.

En el caso de Apendicetomías se analizaron 666 casos con 2136 días de internación. De acuerdo con la distribución de frecuencias el promedio de días de internación es de 2 a 3 días. Realizada la depuración de casos extremos, se obtuvo un costo promedio para la apendicetomía de \$1000 por internación.

En el caso de Neumonías no especificadas se analizaron 744 casos con 5810 días de internación, de acuerdo con la distribución de frecuencias el promedio de días de internación es de 4 a 5 días. Realizada la depuración de casos extremos se determinó que el costo promedio de la neumonía es de \$1451 por internación.

En el caso de Colectectomías se analizaron 566 casos con 2135 días de internación, de acuerdo con la distribución de frecuencias el promedio de días de internación es de 2 a 3 días. Luego de la correspondiente depuración de casos extremos, se obtuvo un costo promedio de \$1.122.

Al analizar los costos recuperados por la facturación a la seguridad social surge que las Apendicetomías tienen un valor promedio de facturación de \$400; en las Colectectomías el valor fue \$800; y en las Neumonías no Especificadas el valor fue \$720.

Es importante aclarar que los valores facturados a las entidades de la seguridad social de nuestro estudio son los determinados por el Nomenclador de Hospitales Públicos de Autogestión (NHPA) que son notoriamente inferiores a los valores facturados a otras entidades financiadoras. En este sentido se han realizado análisis específicos para el período 2000 a 2010 en los que es posible verificar que el incremento promedio en los valores del NHPA es muy inferior al otorgado por las demás OS.

A continuación, en la Tabla 1 se presentan los costos promedios, valores de facturación y total del subsidio para las patologías mencionadas.

Tabla 1

Estimación de los Subsidios Cruzados

Patología	Costos promedios	Facturación	Subsidio unitario	Número de casos	Totales
Apendicetomía	\$1.000	\$400	\$600	666	\$399.600
Colecistectomía	\$1.122	\$800	\$322	566	\$182.252
Neumonía	\$1.451	\$720	\$731	744	\$543.861
Subsidio (*)					\$1.125.713
Subsidio a pacientes con OS				1976	\$450.285

(*) Este valor representa el total de los pacientes atendidos con estas tres patologías.

Fuente: elaboración propia⁷

Dado que en los servicios de internación del HMA el porcentaje de pacientes atendidos con cobertura de OS es el 40% del total, el subsidio real para las tres patologías mencionadas, en periodo 2004 a 2008, sería cercano a \$450.000, equivalente a U\$S 113.900.

39

6 CONCLUSIÓN

El financiamiento del SSA proviene de la combinación de recursos públicos (de los tres niveles jurisdiccionales, nación, provincias y municipios), privados (vía gasto de bolsillo) y de la seguridad social. En el caso especial de los hospitales públicos de gestión descentralizada, el financiamiento proviene de recursos públicos (generalmente provinciales o municipales) y de la facturación a las instituciones de la seguridad social.

Sin embargo se verificó, en un hospital público de la Ciudad de Bahía Blanca, que en los procesos de internación de tres patologías los montos pagados por las obras sociales no cubren los costos incurridos, generando la necesidad de asignar recursos públicos para financiar esta diferencia a través de un subsidio cruzado que reduce el financiamiento de la atención de los pacientes de bajos recursos y sin ningún tipo de cobertura, principales demandantes del sector público.

El trabajo verificó empíricamente la presencia del subsidio, en dos patolo-

gías quirúrgicas y una clínica, por un monto cercano a U\$S 113.900 para las internaciones del periodo 2004 a 2008.

Del total de los egresos observados en el periodo bajo estudio (37.618), se estima que aproximadamente el 40% son pacientes de la Seguridad Social (15.048). Así, los 790 pacientes analizados en las tres patologías mencionadas sólo representarían un 5% de los pacientes con OS, por lo cual el monto del subsidio podría ser substancialmente mayor si este fenómeno se verifica en otros diagnósticos de internación.

Cualquiera sea el monto del subsidio, éste impide que la totalidad de los recursos públicos llegue a la población con mayores necesidades, de más bajos ingresos, vulnerando el principio de equidad en la atención que fundamenta la presencia del sector público en el sistema de salud argentino.

A partir de los resultados obtenidos se deduce la importancia de contar con un sistema de información que determine los costos incurridos por grupos de procesos de internación como herramienta para acordar los pagos con las entidades financiadoras, y mejorar la eficiencia en la administración y gestión de las organizaciones hospitalarias.

NOTAS

¹ El PMOE es el conjunto de prestaciones básicas esenciales que según resolución del Ministerio de Salud (2002) deben ser garantizadas a quienes posean un seguro de salud.

² Los datos que brinda el sistema para el grupo de pacientes se exponen en una tabla de doble entrada donde las filas expresan los conceptos de consumo y las columnas, cantidades y valores correspondientes a dichos consumos, distribuidos por servicio de internación.

³ El mayor porcentaje del financiamiento público esta a cargo de las provincias, seguido de los municipios. La participación de la nación es mínima y está orientada a financiar la escasa infraestructura hospitalaria pública nacional y las políticas implementadas a través del Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Estos recursos provienen del impuesto al salario, el cual oscila entre un 8 y un 13% del salario nominal.

⁵ La implementación y asistencia técnica de esta modalidad fue financiada a través de organismos multilaterales de crédito, en el marco de una reforma general que se denominó Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL).

⁶ Decreto 939/2000. Creación del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, Buenos Aires, Publicación en Boletín Oficial, octubre de 2000.

⁷ Ver Intranet Hospital Municipal de Agudos de Bahía Blanca. Disponible en: www.hmabb.gov.ar

BIBLIOGRAFÍA

Duque Roldán M.I., Gómez Montoya L.F. y Osorio Agudelo J.A. (2009): “Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones”. *Revista del Instituto Internacional de Costos*, N° 5, julio/diciembre.

Gómez L., Duque M. y Carmona J. (2008): “La información contable y los costos de las entidades de salud: una herramienta para su transformación”. *Contaduría Universidad de Antioquia*, 53, 145-172.

Lago F. y Moscoso N. (2005): “Envejecimiento poblacional y composición público-privada del gasto total en salud en países con distintos niveles de ingreso”. *Anales de la XL Reunión Anual de la Asociación Argentina de Economía Política*.

Maceira D. (2009): “Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina”. *Documento de Trabajo* N° 23, CIPPEC, Buenos Aires.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2000): *Políticas de Salud*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud. Salud Pública. Resolución 201/2002.

Repetto F., Ansolabehere K., Dufour G., Lupica C. y Potenza F. (2001): “Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino”. Documento 55, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. Buenos Aires, Argentina.

Tobar F., Ventura G., Montiel L. y Falbo R. (2000): “El Gasto en Salud en Argentina y su Método”. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires.

Vargas González V. y Hernández C. (2009): “Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria”. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, vol. XV, N° 4, octubre/diciembre, pp. 716-726. FACES – LUZ.

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO:

Moscoso, Nebel S. y Clark, María M. (2010) “Relevancia de la estimación de costos para la gestión hospitalaria”, *DAAPGE*, año 10, N° 15, 2010, pp. 29-41. UNL, Santa Fe, Argentina.
