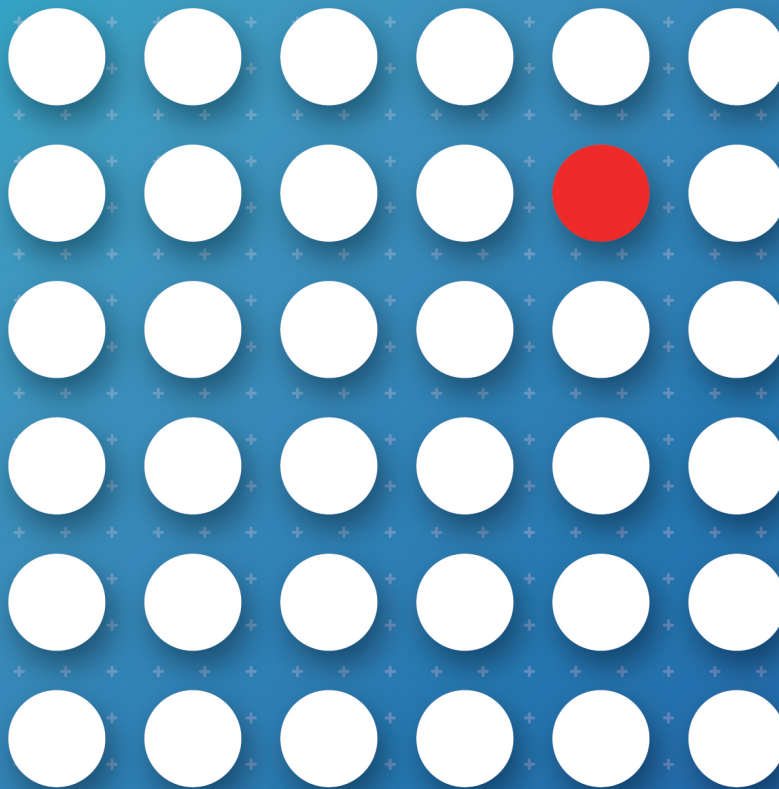


COSTOS

Guía de indicadores, monitoreo, evaluación
de costos y ejecución presupuestaria Panamá



GUÍA DE INDICADORES MONITOREO, EVALUACIÓN DE COSTOS Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA PANAMÁ



MINISTERIO
DE SALUD



TABLA DE CONTENIDOS

i. ANTECEDENTES	4
ii. PRESENTACIÓN	5
iii. AUTORIA	6
iv. CONCEPTOS BÁSICOS DE COSTOS	8
v. INDICADORES INCLUIDOS EN LA GUÍA	10
vi. DESAGREGACION DE INDICADORES	11
1. INDICADORES DE PRESUPUESTO	13
1.1 Presupuesto ASIGNADO vs. Presupuesto EJECUTADO año anterior	21
1.2 Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO el año anterior	23
1.2.A Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO MODIFICADO en año anterior	26
1.2.B Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. lo PAGADO del año vigente	26
1.3 Porcentaje de Ejecución Presupuestaria mensual por SUB Partidas	28
1.4 Proyección del gasto por SUB Partida y Saldo Proyectado	31
1.5 Asignación Per Cápita	34
1.6 Gasto Per Cápita por establecimiento de salud	38
2. INDICADORES DE GASTO	42
2.1. Estructura del Costo Directo por grandes rubros de gasto (Peso relativo de Gastos Directos).	42
2.2. Estructura del Costo Directo por rubros o partidas de gasto (Composición del Costo Directo del Servicio según partidas de gasto).	48
2.3. Estructura del COSTO DIRECTO del Establecimiento según servicios que lo conforman.	56
2.4. Estructura del COSTO TOTAL (CD+CI) según servicios finales que lo conforman.	60
2.5. Estructura del Costo Directo desagregado en componentes fijos y componentes variables.	64
3. INDICADORES DE COSTOS	74
3.1 Costo Unitario por Servicio o Centro de Producción (Costo Promedio).	74
3.2 Estructura de los componentes directos del Costo Unitario desagregado por Rubros de Gasto.	78
3.3 Composición del Costo Unitario de un Servicio.	84
COMPARACIONES COMPLEMENTARIAS A LOS INDICADORES PARA TENER UNA MAYOR APRECIACIÓN DE LA EFICIENCIA Y DE LOS COSTOS	93
a. PRODUCCIÓN vs. GASTOS DE OPERACIÓN	93
b. PRODUCCIÓN vs. GASTOS RECURSO HUMANO	97
c. PRODUCCIÓN vs. GASTOS EN SERVICIO FARMACEUTICO Y MEDICAMENTOS	99
d. PRODUCCIÓN vs. GASTOS EN SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO	100

ANTECEDENTES

Con motivo de la Resolución Ministerial No. 593 del 12 de agosto de 2019, misma que establece la estructuración en forma homologada del SISTEMA DE INFORMACIÓN DE COSTOS, EFICIENCIA, PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD de los servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y de la Caja de Seguro Social (CSS), en el contexto del proceso de Coordinación Efectiva y Sostenible entre ambas instituciones se conformó a nivel nacional MINSA-Caja Seguro Social un grupo técnico-gerencial encargado del proceso de implementación de un sistema de información de costos.

Durante el proceso de implementación se ha detectado la oportunidad de elaborar una guía de análisis de costos que facilite la valoración de eficiencia institucional de manera objetiva y estandarizada a fin de detectar capacidad ociosa y oportunidades incremento de producción para aumentar la cobertura de atención de los servicios de salud a nivel nacional.

Con la participación de funcionarios del MINSA y de la CSS, tanto del nivel central como de diferentes establecimientos de salud, todos ellos relacionados con la valoración de costos y ejecución presupuestaria, así como con los sistemas de información correspondientes; se han reunido en una serie de talleres identificando y estandarizando el análisis de indicadores de costo, de modo que permita eventualmente ir estableciendo una metodología común y eficaz de análisis de la eficiencia productiva de servicios de salud. El producto de esos talleres se ha plasmado en el presente documento, con la intención de que sea actualizado periódicamente de acuerdo con la práctica, requerimientos y experiencia institucional.

Por este medio se hace necesario reconocer la titánica labor que durante más de una década han realizado funcionarios y analistas de costos tanto del MINSA como de la CSS, por su contribución a la sostenibilidad financiera institucional generando información crítica para los procesos de toma de decisiones institucionales.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad es una de las Políticas de Salud que se impulsa para el periodo 2016-2025. Por ello, la provisión de servicios de salud con oportunidad, costo efectivo y costo eficiente es un objetivo permanente del sistema de salud panameño.

Es así que, para lograr esta política de salud y sus objetivos estratégicos y líneas de acción, se hace necesario gestionar con eficiencia los recursos disponibles a fin de mejorar en forma permanente el acceso y oportunidad de toda la población a los servicios de salud calidad, integrales que incorporen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos y que sean capaces de responder a las necesidades y demandas de salud de la población residente en el país.

En tal sentido, el personal de salud es esencial para la mejora de la gestión clínica y administrativa de los servicios de salud, su perfil y competencias son aspectos claves para el ejercicio, de las dimensiones de Rectoría, de acuerdo con los requerimientos del sistema, del modelo de atención y a las necesidades de la población.

Para tales efectos, la modernización de la gestión de los servicios de salud implica contar con una administración capaz de optimizar los recursos disponibles, incluidos el personal de salud y los insumos sanitarios utilizados durante la prestación de servicios (medicamentos, reactivos de laboratorio, material medico quirúrgico, gases medicinales, entre otros), como también la gestión adecuada de equipos e infraestructura de salud.

Los servicios de salud son en consecuencia, centros productivos de gran complejidad que se ven afectados por la eficiencia y efectividad de su administración en términos de uso óptimo y racional de los recursos para brindar servicios de calidad con una mayor cobertura poblacional.

Como parte de la modernización de los servicios de salud, nuestro país impulsa la Implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud a nivel nacional para el abordaje más integral de las necesidades de salud de la población y el fortalecimiento de los servicios de salud, es por ello que, el Ministerio de Salud en conjunto con la Caja de Seguro Social y con la asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud se encuentra en un proceso de revisión y ajuste al sistema de costos de los servicios de salud. Este proceso implica la innovación tecnológica, que en el caso del sistema de costos se traduce en la implementación del sistema de Producción, Eficiencia, Recursos y Costos (PERC) herramienta facilitada por la OPS y ajustada a las necesidades y requerimientos del MINSA y de la CSS.

En la medida que se ha avanzado en la implementación del PERC y teniendo claro que un proceso productivo con la características antes mencionadas, no será posible sin el monitoreo de los recursos financieros disponibles: el presupuesto y los costos de operación, lo que ha generado la necesidad de contar con una guía que contribuya a la gestión del proceso productivo de servicios de salud, brindando elementos técnicos para monitorear el nivel de eficiencia productiva con que se está operando, y que facilite a los gerentes de salud la detección de oportunidades de mejora de la productividad, la cobertura y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Dr. Luis Francisco Sucre Mejía
Ministro de Salud

Instituciones

Ministerio de Salud de Panamá. Departamento de Costos
Caja de Seguro Social Panamá. Dirección Nacional de Planificación
Organización Panamericana de la Salud Panamá

Coordinación de diseño

Dra. Reina Roa. Ministerio de Salud. Coordinación PERC Panamá
Licda. Gina Román. Caja de Seguro Social. Directora Dirección de Planificación
Licda. Rosa Berdiales. Ministerio de Salud. Departamento de Costos
Licda. Ubaldina Díaz. Caja Seguro Social. Dirección Nacional de Planificación
Dr. Diógenes Cedeño. Caja de Seguro Social. Departamento de Planificación en Salud
Dr. Hugo Chacón. OPS/OMS. Asesor en Sistemas de Información Gerencial

Participantes / Autores

Abuzid Jaafar. OPS/OMS Panamá. PERC
Amada Acosta. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Ana Leandro. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital. del Niño Dr. José Renán Esquivel
Antonietta Almengor. CSS. Policlínica Dr. Gustavo Ros - David
Aura Araúz. CSS. Hospital Dionisio Arrocha - Puerto Armuelles
Bania López. Oficina Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Blanca Famania. CSS. Hospital Dr. Rafael Hernández L. - David
Carmelina Fernández. CSS. Coordinación Institucional de Veraguas
Cristina Gomez. CSS. Dirección Nacional de Planificación
Dagoberto Vega. MINSA. Dirección de Recursos Humanos
Diógenes Cedeño. CSS. Departamento de Planificación en Salud - DENSYP
Edilma Quiel. CSS. Dirección Nacional de Planificación
Ema Robles. Analista de Presupuesto I. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Erick Trejos. Instituto Oncológico Nacional
Esther Antipara. CSS. Policlínica Dr. Horacio Diaz Gomez -Santiago
Eva Boniche. CSS. Policlínica Dr. Horacio Diaz Gomez -Santiago
Eyda Arosemena. MINSA. Dirección de Finanzas - Depto. de Costos-Perc
Génesis Espinosa. CSS. ULAPS Dr. Carlos Alvarado - Dolega
Gloriela Alvarado. CSS. Policlínica de Divalá
Hugo Chacón. OPS/OMS Panamá. Asesor PERC y Sistemas de Información Gerencial
Ilenia Forero. Planificadora. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Indira Credidio. MINSA. Economía de la Salud Planificación
José Batista. Instituto Oncológico Nacional
Jose Sánchez. CSS. Policlínica Dr. Santiago Barraza - La Chorrera
Juan Carlos Del Río. Analista de Costos. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Julio Alcedo. Jefe de la Oficina de Planificación. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Lieanette Tinajero. CSS. Dirección Nacional de Planificación
Lourdes Herrera. CSS. Policlínica Dr. Santiago Barraza - La Chorrera
Marilexis Vasques. MINSA. Registros Médicos y Estadísticas - Planificación
Miguel Angel Trujillo. MINSA. Dirección de Finanzas - Depto. de Presupuesto
Mirna González. CSS. Dirección Nacional de Planificación
Moisés Céspedes. Sub Director. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Nadris Chiquidama. MINSA. Economía de la Salud
Niurkia Arosemena. MINSA. Presupuesto - Planificación
Nivardo Ávila. CSS. Coordinación Institucional - Chiriquí
Osman Hinestroza. CSS. Dirección Nacional de Planificación
Reina Roa. MINSA. Análisis Y Tendencias, Coordinación PERC - Planificación

Rosa Berdiales. MINSA. Dirección de Finanzas. Depto. Costos PERC
Tomás Chen. CSS. Hospital Dr. Ezequiel Abadía - Sona
Ubalдина Díaz. CSS. Dirección Nacional de Planificación
Yamileth Pineda. Jefa de la Unidad de Informática. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Yesenia Williams. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. Hosp. del Niño Dr. José Renán Esquivel
Yolanda de Moreno. Sub Jefa de Sección de Presupuesto. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Zuly Concepción. Unidad de Informática. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Validado por

Ministerio de Salud Panamá

Cirilo Lawson. Director. Dirección de Planificación
Dagoberto Vega. Dirección de Recursos Humanos
Reina Roa. Análisis y Tendencias, Coordinación Nacional PERC - Planificación
Indira Credidio. Economía de la Salud Planificación
Rosa Berdiales. Dirección de Finanzas
Nadris Chiquidama. Economía de la Salud
Marilexis Vasques. Registros Médicos y Estadísticas - Planificación
Niurkia Arosemena. Presupuesto - Planificación
Eyda Arosemena. Dirección de Finanzas - Depto. de Costos - PERC
Miguel Angel Trujillo. Dirección de Finanzas - Depto. de Presupuesto
Erick Trejos. Instituto Oncológico Nacional
Moisés Céspedes. Hospital del Niño

Caja de Seguro Social Panamá

Ilka Tejada. Sub-Directora Nacional de Planificación. CSS
Ubalдина Díaz. Dirección de Planificación - Costos
Diógenes Cedeño. Dirección de Planificación - Costos
Mirna González. Dirección de Planificación - Costos
Osman Hinestroza. Dirección de Planificación - Costos
Lieanette Tinajero. Dirección de Planificación - Costos

OPS/OMS Panamá

Hugo Chacón. OPS/OMS Panamá
Abuzid Jaafar. OPS/OMS Panamá

Diseño y edición:

Lic. Gerardo Cárdenas. OPS/OMS Panamá

Revisado por:

Dr. Hernán Luque. Consultor externo OPS/OMS
Dr. Jorge Luis Prosperí. Consultor externo OPS/OMS
Dr. Reynaldo Holder. Consultor externo OPS/OMS
Econ. Alejandra Carrillo. Asesora de Sistemas y Servicios de Salud de OPS en Panamá

CONCEPTOS BÁSICOS DE COSTOS

El conocimiento de los costos es fundamental para lograr la máxima producción y mejores resultados en el uso de los recursos. Todo proceso de producción de bienes y servicios tiene un costo y los servicios de salud no son la excepción. Los gestores tienen la responsabilidad de lograr los mejores resultados posibles con sus recursos, tienen la función de maximizar la inversión en salud.

Costo

Es la expresión monetaria de los recursos y procesos productivos y su relación con el funcionamiento institucional o sectorial. Es el valor económico que se realiza para la producción de un bien o servicio; incluye consumo de insumos, gastos de producción y administrativos, mano de obra. Desde el punto de vista matemático, costo es el número que resulta de dividir el gasto de un departamento o servicio (o centro de producción) entre la producción del mismo periodo.

Producción

Es la expresión operativa del cumplimiento de la finalidad del servicio.

Costos directos

Corresponden a la mano de obra directa, los insumos y gastos generales propios del centro de producción operativo.

Costos indirectos

Corresponden a la distribución de los costos y gastos de los centros de producción de apoyo. Estos pueden ser servicios de apoyo asistencial (Laboratorio, Imágenes, Farmacia), servicios de apoyo logísticos (Mantenimiento, REGES, Informática) y servicios administrativos (Dirección, Administración, Recursos Humanos, Finanzas).

Eficiencia

Eficiencia es el criterio económico que revela la capacidad administrativa de producir el máximo de los resultados con el mínimo de recursos. Eficiencia con calidad es la optimización de los recursos, que no implica disminuir la calidad en la prestación de los servicios de salud, sino que se convierte en el objetivo fundamental al mejorar los servicios de salud a la población, especialmente en el sector público. La racionalización de recursos siempre apunta a alcanzar una prestación de servicios eficiente con el uso adecuado de los recursos disponibles permitiendo la mejor utilización de los mismos y optimizando la inversión en salud.

Equidad

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud. Alcanzar la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

Sostenibilidad Financiera

A nivel Global, los Estados dedican una proporción creciente del producto interno bruto (PIB) para financiar la atención de la salud, en la que los costos hospitalarios constituyen uno de los principales renglones del gasto del sector salud, no necesariamente proporcional a su aporte en el mejoramiento de

la salud de la población. En esta dimensión son también un condicionante esencial del financiamiento de la salud de una manera general y de la posibilidad de expansión en programas que puedan tener una relación más favorable de costo-beneficio del gasto en salud.

La eficiencia, junto a la eficacia y equidad, son un objetivo del sector salud: eficaz en el cumplimiento de sus objetivos y eficiente en el uso de sus recursos, para lograr la sostenibilidad financiera. La fragmentación y segmentación atentan contra la eficiencia y la equidad. Para alcanzar la sostenibilidad financiera debemos mejorar la eficiencia técnica, productiva, distributiva y social. Hacer lo correcto, lo que la sociedad necesita, hacerlo bien y de manera sostenible.

INDICADORES INCLUIDOS EN LA GUÍA

Los indicadores se presentan en tres módulos, clasificados para fines de esta guía en:

1. INDICADORES DE PRESUPUESTO

- 1.1 Presupuesto ASIGNADO vs. Presupuesto EJECUTADO año anterior.
- 1.2 Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO el año anterior.
- 1.2.A Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO MODIFICADO el año anterior.
- 1.2.B Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. lo PAGADO del año vigente.
- 1.3 Porcentaje de Ejecución Presupuestaria mensual por SUB Partidas.
- 1.4 Proyección del gasto por SUB Partida y Saldo Proyectado.
- 1.5 Asignación Per Cápita.
- 1.6 Gasto Per Cápita por establecimiento de salud

2. INDICADORES DE GASTO

- 2.1 Estructura del Costo Directo por grandes rubros de gasto (Peso relativo de Gastos Directos).
- 2.2 Estructura del Costo Directo por rubros o partidas de gasto (Composición del Costo Directo del Servicio según partidas de gasto).
- 2.3 Estructura del COSTO DIRECTO del Establecimiento según servicios que lo conforman.
- 2.4 Estructura del COSTO TOTAL (CD+CI) según servicios finales que lo conforman.
- 2.5 Estructura del Costo Directo desagregado en componentes fijos y componentes variables.

3. INDICADORES DE COSTOS

- 3.1 Costo Unitario por Servicio o Centro de Producción (Costo Promedio).
- 3.2 Estructura de los componentes directos del Costo Unitario desagregado por Rubros de Gasto.
- 3.3 Composición del Costo Unitario de un Servicio.

COMPARACIONES COMPLEMENTARIAS

- a. Producción vs. Gastos de operación.
- b. Producción vs. Gastos recurso humano.
- c. Producción vs. Gastos en servicio farmacéutico y medicamentos.
- d. Producción vs. Gastos en servicio laboratorio clínico.

Cada indicador se detalla con el siguiente formato:

- a. Descripción
- b. Fórmula
- c. Tabla, frase o texto de ejemplo
- d. Periodicidad recomendada
- e. Fuente de los datos para la fórmula
- f. Instancia competente para generar el indicador
- g. Análisis/interpretación de resultados
- h. Factores que influyen su comportamiento
- i. Referenciamientos recomendados
- j. Indicadores asociados para análisis
- k. Estándar de desempeño
- l. Ejemplo de decisiones posibles

No todos los ítems anteriores aplican para todos los indicadores.

DESAGREGACIÓN DE INDICADORES

Todos estos indicadores pueden construirse con diferentes niveles de desagregación, en principio para fines de esta guía interesa especialmente la presentación de dichos indicadores a nivel de Establecimiento, por Centro de Producción o a nivel de Costo Unitario, sin embargo, en la siguiente tabla se muestran otras opciones de agregación de los mismos:

1. INDICADORES DE PRESUPUESTO

INDICADOR	Por Red, Región, o grupo de establecimiento	Por establecimiento	Para cada centro de producción	A nivel de costo unitario
1.1 Presupuesto ASIGNADO vs. Presupuesto EJECUTADO año anterior	✓	✓	-	-
1.2 Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO el año anterior	✓	✓	-	-
1.2 A Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO MODIFICADO el año anterior	-	✓	-	-
1.2 B Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. lo PAGADO del año vigente	-	✓	-	-
1.3 Porcentaje de Ejecución Presupuestaria mensual por Sub Partidas	-	✓	-	-
1.4 Proyección del gasto por SUB Partida y Saldo Proyectado.	-	✓	-	-
1.5 Asignación Per Cápita	✓	✓	✓	-
1.6 Gasto Per Cápita por establecimiento de salud	✓	✓	-	-

2. INDICADORES DE GASTO

INDICADOR	Por Red, Región, o grupo de establecimiento	Por establecimiento	Para cada centro de producción	A nivel de costo unitario
2.1 Estructura del Costo Directo por grandes rubros de gasto (PESO RELATIVO DE GASTOS DIRECTOS).	✓	✓	✓	✓
2.2 Estructura del Costo Directo por rubros o partidas de gasto. (Composición del Costo Directo del servicio según partidas de gasto).	✓	✓	✓	✓
2.3 Estructura del COSTO DIRECTO del Establecimiento según servicios o centros de producción que lo conforman.	✓	✓	-	-
2.4 Estructura del COSTO TOTAL (CD+CI) según servicios finales (o centros de producción finales) que lo conforman.	✓	✓	-	-
2.5 Estructura del Costo Directo desagregado en componentes fijos y componentes variables.	✓	✓	✓	✓

3. INDICADORES DE COSTO

INDICADOR	Por Red, Región, o grupo de establecimiento	Por establecimiento	Para cada centro de producción	A nivel de costo unitario
3.1 Costo Unitario por Servicio o Centro de Producción (costo promedio).	Se podría referenciar un costo promedio por grupo de establecimientos o bien un comparativo entre los servicios de establecimientos	✓	✓	✓
3.2 Estructura de los componentes del costo directo del Costo Unitario desagregada por rubros de gasto	Se podría referenciar un costo promedio por grupo de establecimientos o bien un comparativo entre los servicios de establecimientos	✓	✓	✓
3.3 Composición del costo unitario de un Servicio (o centro de producción)	Se podría referenciar un costo promedio por grupo de establecimientos o bien un comparativo entre los servicios de establecimientos	✓	✓	✓

COMPARACIONES COMPLEMENTARIAS

INDICADOR	Por Red, Región, o grupo de establecimiento	Por establecimiento	Para cada centro de producción	A nivel de costo unitario
a Producción vs. Gastos de Operación	–	–	✓	✓
b Producción vs. Gastos Recurso Humano	–	–	✓	✓
c Producción vs. Gastos en Servicio Farmacéutico y Medicamentos	–	–	✓	✓
d Producción vs. Gastos Servicio Laboratorio Clínico	–	–	✓	✓

1. INDICADORES DE PRESUPUESTO

Aspectos para considerar en el proceso presupuestario

El presupuesto es un instrumento de gestión y de planificación anual en el cual se detallan las previsiones de gastos en consonancia con el plan de trabajo en términos de prestación de servicios y metas de cobertura a la población de adscripción: planes de mediano y largo plazo y de los proyectos de inversión que forman parte de los programas presupuestarios en los cuales se definen objetivos y metas, se racionalizan costos y se asignan recursos para la construcción de obras, producción de bienes, prestación de servicios y realización de actividades de promoción. Esto es imperativo en los Servicios y Establecimientos de Salud, por lo que le son vinculantes toda la normativa y marco legal nacional relacionados con presupuesto.

Dicho presupuesto deberá tener relación con objetivos o metas de corto plazo (el año específico), que se cumplirán a través de la administración de los recursos humanos, recursos materiales, recursos financieros y recursos tecnológicos, asignados (Programación Operativa, Plan de Operación, etc.), con un costo determinado y cuya ejecución es responsabilidad de una unidad administrativa, bajo el concepto de PRESUPUESTO ASIGNADO para un determinado periodo. Entonces la presupuestación es un proceso que está normado institucionalmente, que da como resultado el presupuesto institucional, mismo que es el instrumento mediante el cual se asignan los recursos financieros para la ejecución de los planes anuales de trabajo de los establecimientos de salud, y dichos recursos se asignan distribuidos en partidas y sub partidas presupuestarias para ejecutar las actividades necesarias para producir bienes o servicios públicos. Una vez realizada la asignación presupuestaria, su adecuada ejecución debe ser monitoreada sistemáticamente.

A) NORMATIVA RELACIONADA CON EL PROCESO PRESUPUESTARIO

El proceso presupuestario esta normado a nivel nacional e institucional y es de acatamiento obligatorio para todo funcionario con funciones relacionadas con la presupuestación:

Instrumento Legal

- El presupuesto es una ley que expide la Asamblea Nacional, de conformidad a las disposiciones de la Constitución Política de la República, del Código Fiscal y demás disposiciones Legales y reglamentarias. Una vez aprobado el presupuesto se genera las Norma Generales de Administración Presupuestarias para el año siguiente.
- El Presupuesto como ley crea, mantiene y extingue derechos y obligaciones, no solo para la administración pública y sus administradores, sino también para los administrados o particulares.

Marco Legal del Presupuesto Público

- Constitución Política de la República de Panamá de 1972
- Código Fiscal de la República de Panamá
- Ley Orgánica de la Contraloría General de la República
- Ley 97 de 1998 que crea el Ministerio de Economía y Finanzas, modificada por las Leyes No. 61 de 2010, No. 2 de marzo de 2014 y No. 23 de 2017
- Decreto Ley de 7 de julio de 2009 que crea el Consejo Económico Nacional (CENA).
- Ley N°20 de 7 de mayo de 2002 que dicta medidas de Reactivación Económica y de Responsabilidad Fiscal.
- Ley 6 de 2 de febrero de 2005 de Equidad Fiscal
- Ley 34 de 5 de junio de 2008 de Responsabilidad Social Fiscal. (LRSF)

- Decreto Ejecutivo No. 50 de 26 de junio de 2009
- Ley No. 38 de 5 de junio de 2012 – Fondo de Ahorro Panamá
- Ley 72 de 13 de noviembre de 2017 Que dicta el Presupuesto General del Estado para la vigencia fiscal 2018 - contiene las Normas Generales de Administración Presupuestaria.

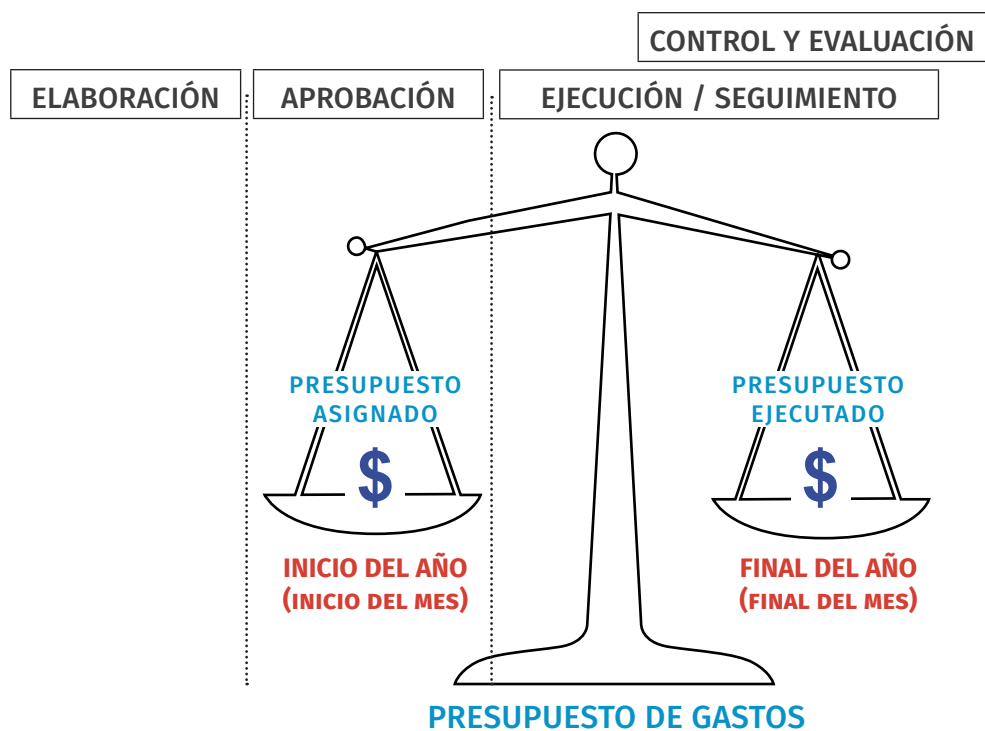
B) EL PROCESO PRESUPUESTARIO

Desde el punto de vista “temporal” podemos hablar de diferentes momentos presupuestarios, que básicamente son 4 momentos:

- 1) **Elaboración** (etapa que también suele denominarse como diseño, formulación o programación),
- 2) **Aprobación** (también denominada como autorización y del cual surge la figura de PRESUPUESTO ASIGNADO o PRESUPUESTO APROBADO),
- 3) **Ejecución y seguimiento** (del cual surge la figura de PRESUPUESTO DE GASTOS) y
- 4) **Control y evaluación presupuestaria** (el cual consta de un componente de monitoreo en el transcurso del año así como una valoración del monto presupuestario finalmente ejecutado, del cual surge la figura de PRESUPUESTO EJECUTADO).

- a: Presupuesto asignado --> inicio del periodo operativo.
 b: Presupuesto ejecutado --> al final de periodo operativo.
 c: Presupuesto de gastos --> durante el año, lo que ocurre a lo largo del año.

El siguiente esquema representa estos diferentes momentos:



C) PARTIDAS Y SUB PARTIDAS DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA

Si bien el presupuesto asignado se totaliza en un monto financiero general, en realidad dicha asignación se realiza distribuida en diferentes partidas, que se denominan GRUPOS DE CLASIFICACION DEL GASTO SEGÚN SU OBJETO, mismos que se enumeran a continuación:

- 0 Servicios Personales
- 1 Servicios no Personales
- 2 Materiales y Suministros
- 3 Maquinaria y Equipo
- 4 Inversión Financiera
- 5 Obras y Construcciones
- 6 Transferencias Corrientes
- 7 Transferencias de Capital
- 8 Servicio de la Deuda Pública
- 9 Asignaciones Globales

El monto asignado a cada una de esas partidas se constituye en el límite de gasto que se podrá ejecutar durante el año para actividades afines correspondientes a cada una de ellas. De manera que el límite de ejecución presupuestaria debe monitorearse en función de los límites individuales de cada una de las partidas. A continuación, se presenta una breve descripción de cada una de estas grandes partidas:

SERVICIOS PERSONALES

Este grupo abarca todos los gastos por concepto de servicios prestados por el personal fijo, transitorio y personal contingente del sector público. Incluye sueldos ordinarios, salarios, sobresueldos, contribuciones patronales del Estado al Sistema de Seguridad Social y toda otra remuneración en efectivo, tanto para gastos de funcionamiento como de inversión (construcción de obras por administración). Excluye prestaciones en especie, y cualquier tipo de deducción por concepto de impuestos, contribuciones personales de seguridad social, fondos de pensiones, etc.

SERVICIOS NO PERSONALES

Este grupo abarca los gastos por conceptos de servicios de carácter no personal y por su uso de bienes muebles e inmuebles. Su adquisición o contratación pueden ser hecha con personas naturales e instituciones públicas y privadas, como, por ejemplo: servicios públicos; publicidad; impresión y encuadernación; fletes; alquileres de edificios; de terrenos y equipos; servicios contratados para mantenimiento y reparación.

MATERIALES Y SUMINISTROS

Este grupo abarca la compra de artículos, materiales y bienes en general, que se consumen para llevar a cabo las metas y objetivos de los programas presupuestarios. Por razones prácticas se incluyen algunos bienes cuya duración es superior al del ejercicio fiscal, pero que se les considera consumidos en razón a su bajo valor de adquisición y las dificultades que implicaría su control de inventario

En el Manual de Normas Generales y Procedimientos para la administración y control de los Bienes Patrimoniales aprobado según decreto número 32-2017-DM y SC, del 5 de mayo 2017, oficializado en Gaceta Oficial N° 28331-C el jueves 27 de junio del 2017. Se establecen los criterios para Valorización del Inventario (Página 58 del Manual) así como Categorías del inventario según su valor.

MAQUINARIA Y EQUIPO DE PRODUCCIÓN

Comprende los gastos por adquisición de maquinaria y equipo destinado a actividades directamente productivas, tales como: maquinaria y equipo de transporte, educacional y recreativo, industrial, de construcción, energía, médicos de laboratorio y sanitario, Odontológico, de Rayos X Equipos y Mobiliarios de Oficina, equipos de computación y otros. El gasto incluye la adquisición de accesorios para los mismos, que aumenten considerablemente su valor.

INVERSIÓN FINANCIERA

Comprende los gastos por conceptos de adquisición de edificios u otras edificaciones ya construidas y de terrero.

OBRAS Y CONSTRUCCIONES

Comprende los gastos por construcciones nuevas u obras ya empezadas, adiciones y reparaciones extraordinarias de equipo, cuando son realizadas por contratación. Por adiciones y reparaciones extraordinarios se entiende aquellas mejoras que prolonguen la duración prevista del bien.

TRANSFERENCIAS CORRIENTES

Este concepto incluye los gastos corrientes a favor de personas y de empresas públicas y privadas, que no implican una contratación de servicios o adquisición de bienes. Abarca este concepto los desembolsos para: pensiones y jubilaciones; indemnizaciones; becas de estudio y capacitación; subsidios a instituciones privadas y a instituciones públicas; transferencias al exterior y créditos reconocidos por transferencias corrientes.

TRANSFERENCIAS DE CAPITAL

Este grupo comprende los gastos originados en recursos aportados por entidades públicas, con el propósito de que otras instituciones, empresas y personas nacionales o extranjeras efectúen inversiones reales y financieras.

Estos gastos no suponen necesariamente una contraprestación de bienes, servicios o derechos en favor de quien proporciona los recursos financieros.

SERVICIOS DE LA DEUDA PÚBLICA

En este grupo se registran todos los gastos que se derivan de las obligaciones del Sector Público, como consecuencia de la colocación de valores y de préstamos directos, sean estos internos o externos. Se incluyen en él los gastos en concepto de amortización, intereses, comisiones y cualquier otro gasto con relación directa a la deuda.

ASIGNACIONES GLOBALES

Son aquellos gastos que realizan ciertas unidades administrativas del Sector Público que por su naturaleza no pueden ser clasificados dentro de los grupos anteriores al momento de la formulación del presupuesto, como Emergencias Nacionales y Gestión de Riesgo de Desastres; Emergencias Nacionales; Gastos de Autogestión; Imprevistos; Reservas para contingencias, Gasto del Servicio Exterior y Otras asignaciones Globales.

D) MONITOREO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

La Ejecución del Presupuesto de Gastos se realiza en tres etapas secuenciales, posterior a su autorización administrativa correspondiente:

- Compromiso
- Devengado
- Pago

Estos conceptos que se definen a continuación:

PRESUPUESTO LEY

1

Compromiso:

Es el registro de la promesa adquirida por una institución pública, conforme a los procedimientos y a las normas establecidos, que conlleva una erogación a favor de terceros con cargo a la disponibilidad de fondos de la respectiva partida presupuestaria del periodo fiscal vigente, y constituye la compra de bienes o servicios.



2

Devengado:

Es el registro de la obligación de pagar por los bienes o servicios recibidos, entregados por el proveedor, sin considerar el momento en que se consumen. Su registro se hará mediante los informes de recepción de almacén o de servicios. El devengado es el considerado como el ejecutado para el análisis de la evaluación presupuestaria.



3

Pago:

Es el registro de la emisión y entrega de efectivo por caja menuda, cheque o transferencia electrónica de fondos a favor de los proveedores, por los bienes y servicios recibidos.

MINISTERIO DE SALUD

La ejecución del presupuesto se monitorea mensualmente, luego de finalizado el cierre de cada mes se genera un informe mensual, es remitido para su evaluación y Vo.Bo. del Sr. ministro, posteriormente es enviado a la Comisión de Presupuesto de la Asamblea Legislativa.

En la Dirección de Planificación, se monitorea el presupuesto de forma trimestral y se suben las evidencias de la ejecución Regional al sistema SIMEPLAN.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

La ejecución del presupuesto se monitorea mensualmente. Finalizado cada mes se genera un informe mensual, que es remitido mediante nota firmada por el Señor director general a:

- Ministro de Economía y Finanzas
- Contralor General de la República
- Presidente de la Asamblea Nacional y
- Presidente de la Comisión de Presupuesto de la Asamblea Nacional.

También se remite el Informe de Ejecución mensual a diferentes Direcciones de esas Instituciones, que es remitido mediante nota firmada por el Director Ejecutivo Nacional de Finanzas y Administración a:

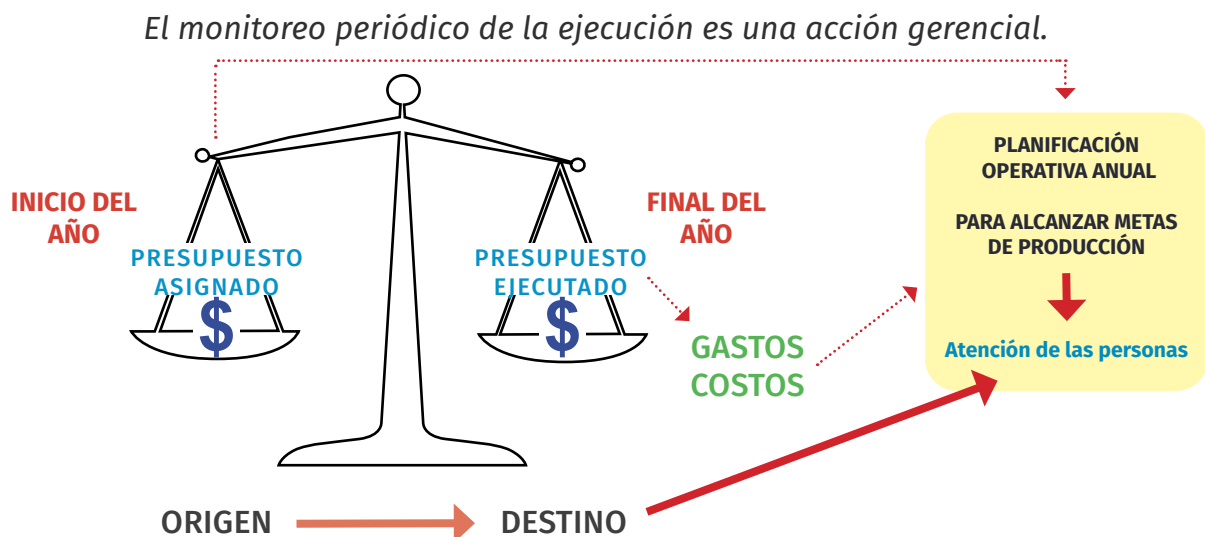
- Coordinadora del Sector Público-Política Fiscal
Ministerio de Economía y Finanzas
- Director de Financiamiento Público
Ministerio de Economía y Finanzas
- Director de Presupuesto de la Nación
Ministerio de Economía y Finanzas

- Director de Políticas Públicas
Ministerio de Economía y Finanzas
- Director General de Tesorería
Ministerio de Economía y Finanzas
- Director de Métodos y Sistemas de Contabilidad
Contraloría General de la República
- Coordinadora de Fiscalización de la Contraloría
General de la República - Caja de Seguro Social
- Delegado de la Contraloría General de la República ante la Junta Directiva de la Caja de
Seguro Social
- Secretario Técnico de la Comisión de Presupuesto de la Asamblea Nacional

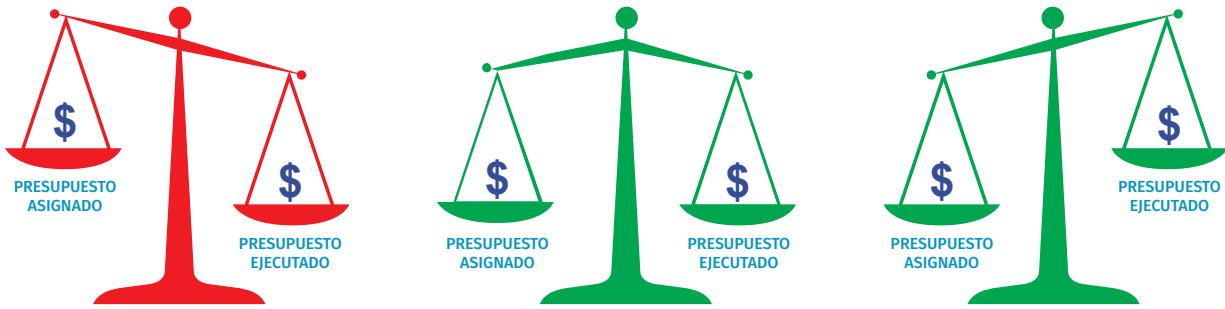
Trimestralmente se remite el Informe de Ejecución Presupuestaria de Ingresos, Gastos e Inversiones de la Caja de Seguro Social, a la Junta Directiva de la Institución, en cumplimiento del numeral 17 del Artículo 41 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social.

Para cumplir con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información se remite a la Dirección Técnica de Responsabilidad y Apoyo Institucional el Informe de Ejecución Presupuestaria Trimestral para que sea publicada en la página WEB de la Caja de Seguro Social.

Para cumplir con la Autoridad para la Innovación Gubernamental (AIG) y la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información (ANTAI), en cumplimiento del Artículo 14 de la Resolución No. DS-3513-2018 el cual indica que todas las instituciones de gobierno están obligadas a publicar en el Portal DAP (DATOS ABIERTOS DE PANAMÁ), la información que publican en su sitio de transparencia; en ese sentido se facilita la ejecución presupuestaria de Gastos e Inversiones de la Caja de Seguro Social por vía correo electrónico, para su publicación en esa página.



Durante la ejecución presupuestaria, COMO DIRECTOR DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD no le está permitido gastar más de lo asignado:



Modificaciones al Presupuesto

TRASLADOS

La transferencia de recursos en las partidas del Presupuesto, con saldo disponible de fondos o sin utilizar, a otras que se hayan quedado con saldos insuficientes o que no tengan asignación presupuestaria.

01 de febrero y hasta de noviembre; no obstante podrán realizarse en cualquier época del año en el caso de obras de inversiones y gastos para la atención de servicios sociales.

CREDITOS ADICIONALES

Los extraordinarios: los que se aprueban con el fin de atender causas imprevistas y urgentes, así como los gastos que demanden la creación de un servicio y/o proyecto no previsto en el Presupuesto.

Los suplementarios: son los destinados a proveer la insuficiencia en las partidas existentes en el Presupuesto.

01 de febrero y el 30 de octubre del año Ministerio de Economía y Finanzas, y a la Comisión de Presupuesto de la Asamblea Nacional hasta el 15 de noviembre.

TRASLADOS ENTRE INSTITUCIONES

El Ministerio de Economía y Finanzas podrá tramitar modificaciones al Presupuesto General del Estado, a través de la Dirección de Presupuesto de la Nación, por medio de la reducción del monto de una o más instituciones, con el propósito de incrementar la asignación presupuestario de otra u otras, mediante el procedimiento de traslado de partidas interinstitucional.

MODIFICACIONES A LA ESTRUCTURA

Las modificaciones a la estructura de puestos que requieran las instituciones públicas debidamente autorizadas por el representante legal o en quien él delegue, a fin de eliminar posiciones existentes y asignar dietas y sobresueldos debidamente autorizados. Sólo podrá ser financiado mediante la disminución y eliminación de puestos.

Del 1 de febrero hasta el 15 de septiembre del año.

Monitoreo periódico de la ejecución >>> ACCIÓN GERENCIAL

- El presupuesto asignado es el referente (la bolsa) de recursos financieros que usted tiene para realizar la labor del establecimiento (hospital o centro de salud).
- No puede gastar más de lo asignado.
- El presupuesto asignado debe alcanzar para los 12 meses del año.
- El presupuesto se divide en partidas (clasificación presupuestaria) y subpartidas.
- El presupuesto asignado DEBE someterse a la política presupuestaria institucional, misma que se ajusta a criterios de sostenibilidad financiera institucional.

Esta guía plantea indicadores que se aplican bajo el paradigma prevalente de asignación de recursos, actualmente orientado a una asignación por establecimientos de salud. Sin embargo, se hace necesario hacer una reflexión respecto de la importancia del análisis y monitoreo de redes y más específicamente de redes integradas de servicios de salud (RISS), toda vez que una pretensión de desarrollo de los servicios de salud en la región de las Américas es avanzar en la reorganización de las redes, lo que implica, entre otras cosas la asignación de presupuesto a la red superando la asignación fragmentada por establecimientos. En tal sentido, el rol de los procesos de planificación y monitoreo por redes integradas (eventualmente ubicados en las Regiones de Salud) adquiere especial preponderancia, por su mayor conocimiento de la realidad local y en demanda de mayores competencias en la toma de decisiones:

El sistema de asignación de recursos tradicional suele descuidar las necesidades de coordinación e integración de la atención, suelen además priorizar a un sector de los proveedores por sobre los otros, e incluso establecer incentivos contradictorios o directamente nocivos para los objetivos estratégicos de la red en su conjunto.

En este proceso suelen frecuentemente ser favorecidos los establecimientos hospitalarios (internamiento, hospitalización), y en segundo término el pago al primer nivel de atención. Es importante entonces replantear los paradigmas imperantes de asignación de recursos financieros para avanzar hacia alternativas de financiamiento en Redes Integradas de Servicios de Salud que superen la visión aislada o parcial del tipo de proveedores, los niveles de atención o el tipo de mecanismo de pago, para así realmente alinear los sistemas de financiamiento con los objetivos de salud y hacer una contribución significativa al éxito de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud basada en la Atención Primaria en Salud (APS).

Tomado y adaptado del ítem FINANCIAMIENTO Y SISTEMAS DE PAGO (pág. No. 2) del documento: Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2020;44: e121. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>

FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DE LA RED.
Las RISS implementan un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medioambiente. Para ello, el sistema de asignación de recursos debe permitir responsabilizar a cada unidad operativa— hospitales, equipos del primer nivel de atención, etc.— tanto de los costos directos, como de los costos que genera sobre el resto de la red. La integración del presupuesto y su elaboración a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas son algunas de las medidas más efectivas para lograr la eficiencia global de la red. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada establecimiento y nivel asistencial desincentivan la coordinación entre los niveles asistenciales. En respuesta a lo anterior, las RISS han ido introduciendo mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros que buscan fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios.

Tomado de ítem FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DE LA RED (pág. No. 50) del documento: Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) ISBN: 978-92-75-33116-3

A continuación, se presentan varios indicadores (1.1, 1.2, 1.2.A, 1.2.B) que tienen en común el Presupuesto Asignado como numerador, y lo que los distingue es el dato usado como denominador con las siguientes opciones de denominador:

- Presupuesto ejecutado
- Presupuesto asignado original
- Presupuesto modificado
- Monto pagado del año vigente

1.1 Presupuesto ASIGNADO vs. Presupuesto EJECUTADO año anterior

1.1.A DESCRIPCIÓN

Consiste en comparar los montos financieros asignados con sus homólogos (partidas y subpartidas) gastadas:

- Comparación global
- Comparación por partidas del CLASIFICADOR
- Comparación por subpartidas (con énfasis en las estratégicas)

1.1.B FÓRMULA

Tiene dos componentes: (a) Diferencia absoluta y (b) Diferencia porcentual

a) Diferencia absoluta = (Asignado año a iniciar) - (Ejecutado año anterior)

b) Diferencia porcentual = ((Diferencia absoluta) / (Ejecutado año anterior)) x 100

Nota: en caso de que se desee generar este indicador para un análisis regional, entonces tanto el numerador como el denominador deberán incluir la sumatoria (Σ) de los respectivos presupuestos de aquellos establecimientos que se están agrupando, por ejemplo: todos los establecimientos de la región a valorar.

1.1.c TABLA O FRASE DE EJEMPLO

Tabla comparativa de presupuesto asignado año 2021 y ejecutado año anterior

		FÓRMULA >>>			
		A	B	C	D
		Asignado 2021	Asignado 2020	A - B	$((A-B):A) \times 100$
		Diferencia			
				absoluta	porcentual
0	SERVICIOS PERSONALES	2.000.000	1.800.000	200.000	11,1 %
1	SERVICIOS NO PERSONALES	1.700.000	1.700.000	-	0,0 %
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	1.870.000	1.900.000	- 30.000	- 1,6 %
	244 Prod. medicinales y farmacéuticos	400.000	450.000	- 50.000	- 11,1 %
	245 Oxígeno	150.000	150.000	-	0,0 %
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	500.000	550.000	- 50.000	- 9,1 %
TOTAL		6.070.000	5.950.000	120.000	2,0 %

1.1.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad anual, al inicio del periodo administrativo.

1.1.E FUENTE LOS DATOS

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.1.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.1.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Todas las partidas y subpartidas cuya diferencia sea menor que cero (0) deberán ser objeto de monitoreo cuidadoso a riesgo de que, durante la ejecución durante la presente ejecución presupuestaria, resulten insuficientes, resulten insuficientes. Por cuanto el monto asignado para operar el presente año sea menor al monto que se requirió (ejecutó) en la misma partida o subpartida el año anterior podría ser insuficiente durante la ejecución del periodo.

“En la administración pública, si no hay cambios importantes en el estilo de gestión, un buen predictivo de lo que sucederá mañana, es lo que ha ocurrido antes, pues no hay razones de peso para pensar que las cosas serán diferentes”.

Dr. Hugo Chacón Ramírez (Informe técnico: PERC 03-20. Informe de costos servicios de hospitalización H. Cecilio Castellero, 2020. OPS/OMS. Panamá. Pág. 5)

El director del establecimiento podría hacer nota a su autoridad superior haciendo ver esta situación, previendo que esta circunstancia puede ameritar realización de modificaciones internas en el transcurso del año y eventualmente incluso requerir reforzamiento de la partida (modificación externa) de acuerdo con la normativa institucional.

Aquellas subpartidas que durante el monitoreo mensual de ejecución, que desde el primer bimestre, su monto ejecutado exceda la asignación mensual proyectada, deberán ser sujetos de análisis y valoración para solicitud de eventual modificación interna (a lo interno de la partida) o en función de modificaciones internas permitidas a nivel nacional o institucional siempre y cuando se corresponda con una adecuada ejecución de la programación operativa (metas de producción) correspondientes al mismo periodo. De igual manera deberá tenerse ese monitoreo permanente el resto del año.

1.1.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

Incrementos o decrecimientos en las metas de producción iniciales de acuerdo a la programación operativa planteada para el año en ejecución, ya sea por motivos propios del establecimiento o ajenos a este (por contingencias regionales o nacionales epidemiológicas o financieras), pueden generar distorsiones en la ejecución presupuestaria global o para partidas específicas, debido a modificaciones importantes a los supuestos iniciales considerados cuando se diseñó el presupuesto.

1.1.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Comportamiento de la asignación y ejecución en al menos dos años anteriores.
- Comparación con establecimientos de similar complejidad.
- Comportamiento de la asignación a nivel regional.
- Revisión de la política presupuestaria institucional a fin de verificar que se cumplió la misma en los montos asignados al establecimiento.

1.1.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Programación anual operativa (metas de producción para el año presupuestado).
- Costos de operación de centros de producción vs. cumplimiento de metas de producción.
- Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO el año anterior.

1.1.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Lo ideal que el resultado de la comparación (resultado de la columna C y D de la tabla de ejemplo presentada previamente) resulte de un dato **igual o mayor a cero**. Sin embargo, esta circunstancia puede estar influenciada por la política presupuestaria institucional para el año de asignación. Cuando el dato resulta en menor que cero, significa que el año vigente se le ha asignado un monto menor al que se ejecutó o gastó en determinada partida o sub partida el año anterior (se está asignando menos de lo que se requirió el año anterior).

Nota: un dato menor a cero, no necesariamente es malo, pero amerita especial monitoreo durante el año, por el riesgo de que el comportamiento de la demanda y de la producción (el correspondiente gasto) sea similar al año anterior, y en consecuencia dicha partida o sub partida resulte insuficiente.

1.1.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

Es una información que sirve de base para focalizar esfuerzos de monitoreo en el año que inicia, poniendo especial cuidado en aquellas partidas sub ejecutadas y sobre ejecutadas, y en especial en aquellas partidas cuya diferencia sea menor a **cero** (asignado año actual menor que ejecutado año anterior).

1.2 Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO el año anterior

Variaciones:

- 1.2.A Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. presupuesto ASIGNADO MODIFICADO el año anterior
- 1.2.B Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. lo PAGADO del año vigente

Nota: estas otras variaciones resultan de modificar el numerador de la fórmula con tres alternativas:

- a) monto del presupuesto asignado original,*
- b) monto del presupuesto modificado y*
- c) monto pagado del año vigente.*

Y dicha decisión responde a aspectos propios del momento del análisis y enfoques analíticos particulares dependiendo del contexto o circunstancias de determinado asunto objeto que esté siendo sujeto de valoración.

1.2.A DESCRIPCIÓN

Consiste en comparar los montos financieros asignados de las partidas y subpartidas asignadas dos años consecutivos:

- Comparación global
- Comparación por partidas del CLASIFICADOR
- Comparación por subpartidas (con énfasis en las estratégicas)

1.2.B FÓRMULA

Tiene dos componentes: (a) Diferencia absoluta y (b) Diferencia porcentual

a) Diferencia absoluta = (Asignado año a iniciar) - (Asignado año anterior)

b) Diferencia porcentual = ((Diferencia absoluta) / (Asignado año anterior)) x 100

1.2.c TABLA O FRASE DE EJEMPLO

Tabla comparativa de presupuesto asignado año 2021 y asignado año anterior

		A	B	C	D
				A - B	$((A-B) \div A) \times 100$
FÓRMULA >>>		Asignado 2021	Asignado 2020	Diferencia	
				absoluta	porcentual
0	SERVICIOS PERSONALES	2.000.000	2.000.000	0	0,0%
1	SERVICIOS NO PERSONALES	1.700.000	1.700.000	0	0,0%
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	1.870.000	1.900.000	- 30.000	-1,6%
	244 Prod. medicinales y farmacéuticos	400.000	390.000	10.000	2,6%
	245 Oxígeno	150.000	150.000	0	0,0%
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	500.000	490.000	10.000	2,0%
TOTAL		6.070.000	6.090.000	- 20.000	-0,3%

1.2.d PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad anual, al inicio del periodo administrativo.

1.2.e FUENTE LOS DATOS

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.2.f INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.2.g ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Es una variación del indicador anterior, compara asignado vs. asignado.
- Todas las partidas y subpartidas cuya diferencia sea menor que cero (0) deberán ser objeto de revisión cuidadosa a riesgo de que, durante la presente ejecución presupuestaria, resulten insuficientes.
- Podría recomendar que el director del establecimiento haga una nota a su autoridad superior haciendo ver esta situación, y que esta circunstancia puede que requiera/ justifique en el transcurso del año realización de modificaciones internas y eventualmente pudiera requerir reforzamiento de la partida (modificación externa)
- Las subpartidas, durante el monitoreo mensual de subpartidas, si desde el primer bimestre, si el monto ejecutado excede la asignación mensual proyectada, deberán ser sujetos de valoración para eventual modificación interna (a lo interno de la partida) o en función de modificaciones internas permitidas a nivel nacional o institucional. De igual manera deberá tenerse ese monitoreo permanente el resto del año.

1.2.h FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Política presupuestaria institucional, que en función de criterios de razonabilidad y sostenibilidad financiera institucional establezca límites o rangos de crecimiento partidas presupuestarias específicas para el año a presupuestar.

1.2.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Comportamiento de las asignaciones en al menos dos años anteriores
- Comportamiento de la asignación a nivel regional
- Revisión de la política presupuestaria institucional a fin de verificar que se cumplió la misma en los montos asignados al establecimiento

1.2.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Programación anual operativa (metas de producción para el año presupuestado).
- Presupuesto ASIGNADO vs. Presupuesto EJECUTADO año anterior

1.2.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Lo ideal sería que el resultado de la comparación (columna C y D de la tabla ejemplo), resulte de un dato igual o mayor a cero. Sin embargo, esta circunstancia puede estar influenciada por la política presupuestaria institucional para el año de asignación. Cuando el dato resulta en menor que cero, significa que el año vigente se le ha asignado un monto menor al asignado el año anterior.

Nota: un dato menor a cero no necesariamente es malo, debe valorarse simultáneamente con el comportamiento final del gasto (ejecutado) el año anterior, dato que es un mejor referente de los requerimientos institucionales de operación en relación directa con los niveles de producción. Sin embargo, conocer la circunstancia de una asignación menor a la del año previo es importante en relación con el nivel de cumplimiento de metas y especialmente si para el año vigente se ha programado una mayor producción que la ejecutada el año anterior, situación que, de cristalizarse, muy posiblemente va a requerir mayores recursos que los ejecutados el año previo.

1.2.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

Es una información que sirve de base para focalizar esfuerzos de monitoreo en el año que inicia, poniendo especial cuidado en aquellas partidas cuya diferencia sea menor a cero (asignado año actual menor que asignado año anterior).

VARIACIONES DE ESTE INDICADOR:

1.2.A Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. Presupuesto ASIGNADO MODIFICADO en año anterior

FÓRMULA

a) Fórmula diferencia absoluta

Diferencia absoluta = (Presupuesto año a iniciar) - (Presupuesto Asignado Modificado año anterior)

b) Fórmula diferencia porcentual

Diferencia porcentual = ((Diferencia absoluta) / (Presupuesto Ley del año vigente)) x 100

ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Lo ideal sería que el resultado de la comparación resultase de un dato **igual o mayor a cero**. Sin embargo, esta circunstancia puede estar influenciada por la política presupuestaria institucional para el año de asignación. Cuando el dato resulta en menor que cero, significa que el **Presupuesto Ley** del año vigente es menor que el Presupuesto **Asignado Modificado** del año anterior.

Un dato menor a cero no necesariamente es malo, debe valorarse simultáneamente con el comportamiento final del gasto (ejecutado) el año anterior, dato que es un mejor referente de los requerimientos institucionales de operación en relación directa con los niveles de producción. Sin embargo, conocer la circunstancia de una asignación menor a la del año previo es importante en relación con el nivel de cumplimiento de metas y especialmente si para el año vigente se ha programado una mayor producción que la ejecutada el año anterior, situación que, de cristalizarse, muy posiblemente va a requerir mayores recursos que los ejecutados el año previo.

1.2.B Presupuesto ASIGNADO año vigente vs. lo PAGADO del año vigente

FÓRMULA

a) Fórmula diferencia absoluta

N/A

b) Fórmula diferencia porcentual

Diferencia porcentual = ((Pagado) / (Asignado a la fecha) x 100)

ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

90% - 100% = situación ideal, se corresponde con una adecuada de ejecución de los recursos financieros asignados.

Menos del 90% = implica una ejecución menor del monto asignado para operar. Requiere justificación de la sub ejecución por programa y por actividad (partidas y sub partidas).

Mayor que 100% = implica que se gastó más dinero del que le fue asignado (sobre ejecución), situación que no es permitida por ley. Circunstancia que posiblemente no es posible que ocurra en la administración pública en función de los múltiples controles institucionales de seguimiento y monitoreo de la ejecución presupuestaria, aunada a la posibilidad que tiene un establecimiento de salud de recurrir a modificaciones internas a fin de prever esa situación.

1.2.A TABLA EJEMPLO

Tabla comparativa de Presupuesto asignado año 2021 y Presupuesto asignado Modificado 2020 año anterior.

		A	B	C	D
				A - B	$C \div A \times 100$
FÓRMULA >>>		Presupuesto Ley 2021	Presupuesto Asignado Modificado 2020	Diferencia	
				absoluta	% de lo asignado
0	SERVICIOS PERSONALES	3.000.000	2.000.000	1.000.000	33.33 %
1	SERVICIOS NO PERSONALES	1.500.000	1.700.000	- 200.000	-13.33 %
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	2.200.000	1.300.000	900.000	40.91 %
	244 Prod. medicinales y farmacéuticos	2.000.000	1.000.000	1.000.000	50.00 %
	245 Oxígeno	200.000	300.000	-100.000	-50.00 %
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	1.300.000	1.000.000	300.000	23.08 %
TOTAL		8,00,000	6,000,000	2,000,000	25.00 %

1.2.B TABLA EJEMPLO

Tabla comparativa de Presupuesto asignado año 2021 y Presupuesto asignado Modificado 2020 año anterior.

Programa / Subprograma / Actividad	FÓRMULA >>>			
	A	B	C	D
	Presupuesto Ley 2020	Asignado a la fecha (2020)	PAGADO	$C \div B \times 100$ % de ejecución PAGADO
0 SERVICIOS PERSONALES	11,704,622	3,369,622	2,627,906	77.99 %
001 PERSONAL FIJO	11,666,222	3,354,354	2,617,266	78.03 %
002 PERSONAL TRANSITORIO	38,400	15,360	10,640	69.27 %
1 SERVICIOS NO PERSONALES	18,900	6,480	1,499	21.92 %
101 DE EDIFICIOS Y LOCALES	5,000	2,000	0	0.00 %
105 DE EQUIPO DE TRANSPORTE	2,900	0	0	-
111 AGUA	8,000	3,520	1,349	38.33 %
112 ASEO	3,000	1,320	150	11.36 %
2 MATERIALES Y SUMINISTROS	53,015	2,031	907	44.66 %
201 ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO	43,086	0		-
280 REPUESTOS	9,929	2,031	907	44.66 %
TOTAL	11,776,537	3,378,585	2,630,312	77.85 %

1.3 Porcentaje de Ejecución Presupuestaria mensual por SUB Partidas

1.3.A DESCRIPCIÓN

Consiste en comparar la ejecución mensual de cada subpartida presupuestaria vs. la programación de gasto mensual. Permite a los analistas de presupuesto alertar oportunamente la posible necesidad de la partida para su efectiva ejecución.

NOTA: La programación de gasto mensual no necesariamente forma parte del instrumento con que usualmente se informa al establecimiento su presupuesto finalmente asignado. Sin embargo, en estas circunstancias la práctica prudente establece que el monto anual asignado en una partida o subpartida (Programa / Subprograma / Actividad) debe dividirse entre 12 (los 12 meses del año) a fin de distribuir el gasto de manera proporcional y progresiva a lo largo del año bajo el supuesto de que la producción de servicios (atención de los usuarios) tiene un comportamiento similar de mes a mes y en consecuencia un requerimiento de recursos similar de mes a mes. Corresponde entonces a la hipótesis de ejecución mensual razonable; dato que le sirve al gerente como criterio para valorar el nivel de razonabilidad de su ejecución presupuestaria a lo largo del año.

Entonces:

Programación del gasto mensual = (Asignado anual ÷ 12) >> **corresponde a la asignación mensual.** Esto para todas y cada una de las subpartidas presupuestarias (Programa / Subprograma / Actividad).

1.3.B FÓRMULA

Tiene dos componentes: a) % de ejecución y b) Saldo

a) **% EJECUCIÓN** = ((Ejecutado mensual / (Asignado mensual)) x 100

b) **SALDO** = (Total asignado en subpartida) – Monto ejecutado a la fecha en dicha subpartida

1.3.c TABLA EJEMPLO

Tabla Ejecución presupuestaria mensual por partidas y subpartidas. Mes 02, Año 2021.

		FÓRMULA >>>				
		A	B	C	D	E
Programa / Subprograma / Actividad		Asignado Anual 2021	Asignado MENSUAL 2021	EJECUTADO FEBRERO 2021	(C ÷ B) x 100 % Ejecución	A - (Σ ejecutado a la fecha) SALDO
0	SERVICIOS PERSONALES	2.000.000	166.667	165.667	99,4%	1.668.667
1	SERVICIOS NO PERSONALES	1.700.000	141.667	145.167	102,5%	1.409.667
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	1.870.000	155.833	157.833	101,3%	1.554.333
	244 Prod. medicinales y farma.	400.000	33.333	33.333	100,0%	333.334
	245 Oxígeno	150.000	12.500	12.310	98,5%	125.380
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	500.000	41.667	0	0,0%	500.000
TOTAL		6.070.000	505.833	468.667	92,7%	5.132.667

Nota: la sumatoria de lo ejecutado puede corresponder a uno o varios meses dependiendo del momento en que se calcula el dato; en el caso del ejemplo de esta tabla = ejecutado enero + ejecutado febrero; porque el informe es de ejecución al cierre de febrero.

1.3.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual.

1.3.E FUENTE LOS DATOS

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.3.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.3.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Aquellas subpartidas cuya ejecución resulte mayor al 100% de asignado mensual tiene riesgo generar problemas de disponibilidad financiera en el transcurso del año.

- Se justificaría un incremento en el gasto programado en respuesta a un incremento de la producción y/ incremento de la demanda atendida, caso contrario el incremento del gasto en comparación de lo programado, con igual o menor producción de la programada, implica revisar uso eficiente de los recursos = v.g., consumo de medicamentos, solicitud de apoyos como laboratorio clínico, imagenología, etc. En este punto la existencia de protocolos de atención suele ser de suma utilidad.

1.3.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Está directamente relacionado con nivel de producción y con la razonabilidad en el uso de los recursos institucionales.
- Si aumenta la producción respecto de la programación mensual esperada, podría ocurrir un incremento en la ejecución de subpartidas variables. **Incrementos de producción es un acto gerencial positivo**, pero deberá tenerse la previsión de monitorear aquellas subpartidas presupuestarias que podrían consumirse antes de lo esperado (medicamentos, material médico quirúrgico, reactivos de laboratorio, etc.), ello a fin de prever modificaciones presupuestarias para reforzarlas, fundamentado por supuesto en una mayor productividad.
- Si disminuye la producción respecto de la programación mensual esperada, debería de corresponderse con una reducción en la ejecución de subpartidas variables, caso contrario además de un problema de cumplimiento de la programación operativa mensual, estaremos frente a consumo ineficiente de recursos por ejecuciones mayores no justificables por la producción lograda (menos producción, pero mas gastos).

1.3.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Comparación global.
- Comparación por partidas del CLASIFICADOR.
- Comparar cada una de las subpartidas del presupuesto: Programa/Subprograma/ Actividad (con énfasis en las estratégicas y aquellas que en los indicadores anteriores resultaron menos que cero).
- Comportamiento de la ejecución en el año anterior.
- Comportamiento de la ejecución vs. la producción del mes.

1.3.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Proyección del gasto por subpartida y saldo proyectado.
- Programación anual operativa de metas de producción de acuerdo con la ejecución mensual (ejecución mensual de metas de producción).
- Presupuesto ASIGNADO vs. presupuesto EJECUTADO año anterior.
- Presupuesto asignado mensualmente vs. ejecutado mensualmente.
- Presupuesto ejecutado mes anterior vs. presupuesto ejecutado en el mes corriente.
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Numero de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.)
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.

- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

1.3.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Porcentaje de ejecución Igual o menor que 100% (el presupuesto ejecutado no debería ser mayor que el presupuesto programado). Partidas con resultado mayor de 100% de ejecución (gasto mensual mayor a lo programado), deben ser motivo de minucioso seguimiento, y eventual solicitud de modificación presupuestaria siempre y cuando esté justificado en un nivel de productividad adecuado. **Cuando el resultado es mayor que 100% significa que el mes del análisis se ha gastado más de lo que inicialmente estaba programado.**

1.3.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Es una información crítica que debiese monitorearse mínimo bimensualmente, para ir “tomándole el pulso” a cada componente (subpartidas presupuesto) respecto de su razonabilidad de ejecución.
- Todas las partidas y subpartidas cuya ejecución sea mayor al 100% mensual deberán ser objeto de revisión cuidadosa a riesgo de que, durante la ejecución presupuestaria presente, resulten insuficientes. Debe valorarse si la producción programada para el periodo se corresponde con la programación (Plan anual) ---> valorar si el incremento en el gasto se corresponde con un incremento en la producción, especialmente las subpartidas de materiales, e insumos utilizados en la atención de pacientes (medicamentos, reactivos, gases, etc.)
- En caso de baja producción que no justifique el gasto, deberá analizarse la morbilidad atendida y los índices de demanda de servicios complementarios a fin de contrarrestarlos con criterios de consumo razonables, idealmente protocolos.
- Valorar modificaciones internas de presupuesto a fin de reforzar determinadas partidas. Eventualmente modificaciones externas (reforzamiento partida).

1.4 Proyección del gasto por SUB Partida y Saldo Proyectado

1.4.A DESCRIPCIÓN

Consiste en proyectar el comportamiento de la ejecución (gasto) de las subpartidas (Programa / Subprograma / Actividad) para períodos determinados y generar una hipótesis de SALDO PROYECTADO.

- Comparación global
- Comparación por partidas del CLASIFICADOR
- Comparar cada una de las subpartidas del presupuesto (con especial énfasis en las estratégicas y aquellas que en los indicadores anteriores resultaron menos que cero)

1.4.B FÓRMULA

Tiene varios componentes:

- **Ejecutado en el periodo** = Sumatoria del gasto en los meses analizados
- **Promedio ejecución mensual** = Sumatoria del gasto del periodo ÷ número de meses analizados
- **Proyección del gasto anual** = (Promedio ejecución mensual x 12 meses)
- **Saldo proyectado** = Asignación anual - Proyección del gasto anual

1.4.C TABLA EJEMPLO

Tabla: Proyección del gasto y saldo proyectado por partidas y subpartidas. Mes XX, Año 2021.

FÓRMULA >>>		A	B	C	D	E
		Asignado Anual 2021	Asignado MENSUAL 2021	EJECUTADO FEBRERO 2021	(C ÷ B) x 100	A - (Σ ejecutado a la fecha)
Programa / Subprograma / Actividad					% Ejecución	SALDO
0	SERVICIOS PERSONALES	2.000.000	166.667	165.667	99,4%	1.668.667
1	SERVICIOS NO PERSONALES	1.700.000	141.667	145.167	102,5%	1.409.667
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	1.870.000	155.833	157.833	101,3%	1.554.333
	244 Prod. medicinales y farma.	400.000	33.333	33.333	100,0%	333.334
	245 Oxígeno	150.000	12.500	12.310	98,5%	125.380
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	500.000	41.667	0	0,0%	500.000
TOTAL		6.070.000	505.833	468.667	92,7%	5.132.667

Nota: la sumatoria de lo ejecutado puede corresponder a uno o varios meses dependiendo del momento en que se calcula el dato; en el caso del ejemplo de esta tabla = ejecutado enero + ejecutado febrero; porque el informe es de ejecución al cierre de febrero.

1.4.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad trimestral, semestral y anual.

1.4.E FUENTE LOS DATOS

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.4.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficiales, oficina o departamento de presupuesto.

1.4.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Todas las partidas y subpartidas cuyo saldo proyectado sea menor que cero (0) deberán ser objeto de revisión cuidadosa a riesgo de que, durante la ejecución presupuestaria presente, resulten insuficientes. Debe valorarse si la producción programada para el periodo se corresponde con la programación (Plan anual) ---> valorar si el incremento en el gasto se corresponde con un incremento en la producción (especialmente las subpartidas de materiales, e insumos utilizados en la atención de pacientes (medicamentos, reactivos, gases, etc.)
- Se justificaría un incremento en el gasto programado en respuesta a un incremento de la producción y / o incremento de la demanda atendida.
- Caso contrario incremento del gasto programado, pero con igual o menor producción de la programada, implica revisar uso eficiente de los recursos = consumo de medicamentos, solicitud de apoyos como laboratorio clínico, imagenología, etc. En este punto la existencia de protocolos de atención suele ser de suma utilidad.

1.4.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Ídem que lo correspondiente al indicador: Porcentaje de ejecución presupuestaria mensual por sub partidas
- Está directamente relacionado con nivel de producción y con la razonabilidad en el uso de los recursos institucionales.
- Si aumenta la producción respecto de la programación mensual esperada, podría ocurrir un incremento en la ejecución de sub partidas variables. Incrementos de producción es un acto gerencial positivo, pero deberá tenerse la previsión de monitorear aquellas sub partidas presupuestarias que podrían consumirse antes de lo esperado (medicamentos, material médico quirúrgico, reactivos de laboratorio, etc.), ello a fin de prever modificaciones presupuestarias para reforzarlas, fundamentado por supuesto en una mayor productividad.
- Si disminuye la producción respecto de la programación mensual esperada, debería de corresponderse con una reducción en la ejecución de sub partidas variables, caso contrario además de un problema de cumplimiento de la programación operativa mensual, estaremos frente a consumo ineficiente de recursos por ejecuciones mayores no justificables por la producción lograda (menos producción, pero mas gastos)

1.4.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Comportamiento de la ejecución en el año anterior.
- Comportamiento de la ejecución vs. la producción del mes.

1.4.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- * Nota: mismas referencias y análisis que el indicador anterior.
- Porcentaje de ejecución presupuestaria mensual por sub partidas
- Programación anual operativa de metas de producción de acuerdo con la ejecución mensual (ejecución mensual de metas de producción).
- Presupuesto ASIGNADO vs. presupuesto EJECUTADO año anterior.
- Presupuesto asignado mensualmente vs. ejecutado mensualmente.
- Presupuesto ejecutado mes anterior vs. presupuesto ejecutado en el mes corriente.
- Para partidas y sub partidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.)
- Para sub partidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.
- Para sub partidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

1.4.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Lo esperado es que el **SALDO PROYECTADO** sea igual o mayor que 0. Saldo proyectado por sub partida debiera ser lo más parecido a cero. No debe ser negativo. Si el saldo proyectado resulta menor que cero implica un escenario de déficit de recursos financieros para determinada partida o sub partida presupuestaria.

La **PROYECCIÓN DEL GASTO** por sub partida debe ser similar pero no mayor al Asignado Anual.

1.4.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Ídem que lo correspondiente al indicador: Porcentaje de ejecución presupuestaria mensual por sub partidas.
- Partidas con resultado menor que cero (0) deben ser sujetas seguimiento minucioso.
- En caso de baja producción que no justifique el gasto, deberá analizarse la morbilidad atendida y los índices de demanda de servicios complementarios a fin de contrarrestarlos con criterios de consumo razonables, idealmente protocolos.
- Valorar si el saldo proyectado es efecto de un recorte institucional del monto asignado, a fin informar a las autoridades formalmente de esta situación (deber de informar y libera responsabilidad).
- Valora modificaciones internas de presupuesto a fin de reforzar determinadas partidas y eventualmente modificaciones externas (reforzamiento partida).

1.5 Asignación Per Cápita

1.5.A DESCRIPCIÓN

Este es un indicador relacionado con conceptos tales como: Financiamiento per Cápita, Pago per cápita. Y su uso tiene relación con asignación de recursos especialmente en establecimientos del primer nivel de atención. Si bien la metodología más usual de asignación presupuestaria institucional en muchos de los países de Latinoamérica está basada en el comportamiento histórico, en varios sistemas se han venido introduciendo procesos paralelos o complementarios de asignación o financiamiento per cápita, entre ellos el pago per cápita por ejemplo cuando instituciones públicas de salud establecen convenios de atención con establecimientos privados para la atención en el primer nivel de atención. También se han hecho esfuerzos para asignación per cápita en un “mix” de comportamiento histórico, pero introduciendo otras variables en el ajuste de monto final asignado como, por ejemplo:

- Desempeño demostrado (por parte del gestor local).
- Per cápita basado en necesidades, que utiliza criterios de como índice de desarrollo humano para áreas geográficas diferentes y estimula como un acto de decisión institucional incrementar la asignación a aquellas zonas más deprimidas desde el punto de vista de desarrollo.
- Ajuste per cápita por riesgos, por ejemplo, en función del peso relativo de población adulta mayor que bien conocido es que consumen/demandan más servicios y recursos. O bien ajuste por riesgo de acceso geográfico para comunidades muy alejadas y de difícil acceso.

Ahora bien, independientemente de los criterios de asignación presupuestaria, toda asignación se concreta en un monto absoluto de recursos financieros por unidad operativa (establecimientos de salud). A partir de ese momento, e independientemente de la metodología de asignación utilizada, el monto final puede ser sometido a criterios de equidad, necesidad y universalidad. Para ello, uno de los indicadores más sensibles y sencillos de aplicar es el

que relaciona presupuesto asignado con la población de responsabilidad (población adscrita) generando lo que podría considerarse como un monto promedio de asignación por habitante, y es lo que se denomina ASIGNACIÓN PER CAPITA; y es de especial trascendencia en relación a la operación de Redes Integradas de Servicios de Salud y adquiere especial importancia en establecimientos del 1er nivel de atención, bajo el principio de equidad en la asignación de recursos. De modo que la mejor manera de valorarlo es mediante cuadros comparativos entre diferentes regiones y establecimientos de una zona geográfica específica o bien a lo largo de todo el territorio nacional, comparando las asignaciones per cápita de niveles de atención homólogos, es decir por ejemplo la asignación per cápita de todos los establecimientos de primer nivel de atención.

1.5.B FÓRMULA

Asignación per cápita = (Presupuesto asignado / población)

Nota: la población a utilizar puede ser con dos enfoques:

- Población directa de adscripción (población de responsabilidad)
- Población directa + indirecta de responsabilidad: aplica para establecimientos que operan con nivel de referencia para otros de menor complejidad, e implicaría agregar la población de estos otros establecimientos para aplicar a ciertos servicios o centros de producción.

Es un índice formado por un dato numerador (presupuesto) y un denominador (población).

- Fuente del numerador (PRESUPUESTO ASIGNADO) = Oficinas de presupuesto de cada establecimiento de salud cuando se trate de información individual, y serán las unidades o departamentos de presupuestos institucionales (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Juntas de Protección Social) cuando se trate de informes institucionales.
- Fuente del denominador (POBLACIÓN DE ADSCRIPCIÓN) = Oficinas de Planificación de los establecimientos o de niveles regionales tomando en cuenta dos elementos, por un lado, las proyecciones de población generadas por instancias oficiales nacionales competentes (ejemplo: Estadística y Censos) y adicionalmente la información respecto de límites de adscripción o responsabilidad geográfico-poblacionales definidos a lo interno de cada institución (ejem. MINSA, CSS) para cada uno de sus establecimientos de acuerdo a su nivel de complejidad.

1.5.c TABLA EJEMPLO

Tabla: Presupuesto asignado, per cápita asignado e IDH. Establecimientos de 1er nivel atención por Región programática. Año 2021

Establecimientos 1er nivel de atención	REGIÓN CENTRAL				REGIÓN CENTRAL				
	Centro de atención LA ESPERANZA	Centro de atención EL PROGRESO	Centro de atención LA ALINZA	Centro de atención Dr. PEDRO CALERO	Centro de atención MARIA ENGRACIA	Centro de atención MONTE V ERDE	Centro de atención LAS MARGARITAS	Centro de atención EL VOLCAN No. 1	Centro de atención EL VOLCAN No. 2
IDH (*)	0.8	0.82	0.7	0.72	0.5	0.48	0.4	0.3	0.35
Asignación presupuesto año 2021	\$2,100,000	\$2,000,000	\$1,900,000	\$2,005,000	\$2,100,000	\$2,000,000	\$1,900,000	\$2,005,000	\$2,000,000
Población año 2021	40,000	35,000	42,000	39,000	70,000	68,000	63,000	78,000	75,000
Per Cápita asignado	\$52.50	\$57.14	\$45.24	\$51.41	\$30.00	\$29.41	\$30.16	\$25.71	\$26.67

(*) El Índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que se utiliza para clasificar a los países en cuatro niveles de desarrollo humano. Dicho índice está compuesto por la esperanza de vida, la educación e indicadores de ingreso per cápita. Y se relaciona con el nivel de desarrollo de una sociedad. A nivel local (a lo interno de un país) se puede aplicar el mismo criterio a fin de tener una idea o un criterio de clasificación de diferentes comunidades. La fórmula del índice resulta de un número que oscila entre 1 y 0, entre más cercano a 1 presume un mayor nivel de desarrollo y menos vulnerabilidad, y todo lo contrario cuando se aleja de uno para acercarse a cero. Dicho de otra forma, comunidades en condiciones socioeconómicas deprimidas y epidemiológicamente vulnerables suelen tener índices de desarrollo muy alejados de 1 y tendientes a cero.

En el caso de la **tabla ejemplo** anterior, se puede observar que, en términos absolutos el presupuesto asignado es muy similar para cada establecimiento, sin embargo, una vez que le aplicamos el indicador, hay una gran variabilidad, en este caso en desventaja para aquellas comunidades con IDH menor y en consecuencia más deprimidas y vulnerables, circunstancia que no se corresponde con una aspiración de distribución equitativa de recursos.

El análisis del comportamiento histórico de dicha asignación es un referente predictivo útil de la presión o del desahogo durante la ejecución presupuestaria en curso. Y en el largo plazo, un indicador del nivel de correspondencia de las decisiones políticas del nivel central respecto de aplicación de criterios de priorización a comunidades vulnerables al momento de asignar los recursos financieros.

1.5.d PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad ANUAL al inicio del periodo.

1.5.e FUENTE LOS DATOS

Oficina de presupuesto y la de Planificación.

1.5.f INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina Planificación. Un dato crítico para la construcción de este indicador es el conocimiento en términos absolutos de la población de adscripción.

1.5.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Este indicador depende de una adecuada cuantificación de la población de adscripción.
- Especialmente en establecimientos del 1er nivel de atención, este dato tiene relación con equidad en la asignación de recursos.
- Asintonía entre valoración de riesgo de una u otra comunidad vs. asignación per cápita a sus correspondientes establecimientos de salud, es indicativo del nivel de correspondencia de la asignación vs. la necesidad. Indicativo también del nivel de equidad en asignación de recursos para establecimientos del primer nivel de atención. Lo anterior aplica también, aunque en menor grado para establecimientos especializados y hospitalarios, a menos que se comparen con otros establecimientos de similar complejidad; en estos casos es también un buen referente del nivel de equidad en la asignación de recursos.
- En caso de asignación per cápita menor a la del año anterior, puede ser un predictivo de presión respecto de la disponibilidad de recursos financieros durante el periodo presupuestario en ejecución en función de que se presume que la demanda o necesidad de servicios de salud por parte de la población se mantendrá similar.
- Diferencias significativas en detrimento del año en ejecución puede ameritar de parte de la autoridad del establecimiento, informar a autoridades superiores respecto de esta circunstancia. A riesgo de tener dificultades para hacer frente a la demanda de servicios por parte de la población.

1.5.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Existencia y aplicación de criterios de priorización de comunidades por vulnerabilidad en los mecanismos de asignación presupuestaria.
- Existencia de sistemas de información demográficos, socio económicos y epidemiológicos que permitan discriminar poblaciones vulnerables como criterio de priorización.

1.5.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Comportamiento de la asignación en años anteriores
- Comportamiento de la asignación vs. la ejecución per cápita del año anteriores (o años anteriores)
- Comparar asignación con establecimientos de similar complejidad a nivel nacional
- Comparar asignación con establecimientos de similar población de adscripción a nivel nacional

1.5.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Índice de Desarrollo Humano por localidades específicas (IDH)
- Tablas de priorización de comunidades y regiones.
- Indicadores específicos como: prevalencia de adicciones, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, mortalidad infantil, expectativa de vida al nacer. En general cualquier indicador epidemiológico o demográfico que me permita discriminar poblaciones vulnerables.
- Médicos por habitante.
- Enfermeras por habitante.
- Odontólogos por habitante.
- Documentos y plantillas de priorización de comunidades.
- Porcentaje de ejecución presupuestaria mensual por sub partidas
- Programa anual operativo de metas de producción.

1.5.k ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Debería ser similar para poblaciones del país con valoración de riesgo y vulnerabilidad similares. Especialmente en lo que corresponde al presupuesto asignado para establecimientos de 1er nivel de atención.

1.5.l EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Asintonía entre valoración de riesgo de una u otra comunidad y asignación per cápita de sus correspondientes establecimientos de salud es un aspecto indicativo del nivel de correspondencia de la asignación vs. la necesidad. Indicativo además del grado de equidad en asignación de recursos.
- El análisis del comportamiento histórico podría explicar por qué ciertas comunidades permanecen en situación vulnerable por reducción en oportunidades de desarrollo y asistencia, que pueden servir de justificación para introducir cambios en las metodologías y criterios de asignación de recursos.

1.6 Gasto Per Cápita por establecimiento de salud

1.6.A DESCRIPCIÓN

El indicador gasto per cápita, puede tener dos acepciones, una de carácter “macro nacional” referida al GASTO NACIONAL EN SALUD y se relaciona con el gasto público nacional en salud y la otra acepción nivel “micro” y se refiere a los gastos y ejecución presupuestaria por establecimiento en relación con la población de responsabilidad de dicho establecimiento. En el caso de este manual se hace referencia a la segunda acepción y corresponde a la suma de los gastos de un establecimiento de salud en un periodo de tiempo (generalmente un año), expresado en dólares estadounidenses corrientes. Comprende los servicios de salud que provee el establecimiento en específico, que pueden ser servicios preventivos y curativos, asuntos y servicios de salud pública, investigación en salud y sistemas de abastecimiento y distribución médicos.

Consiste en relacionar el **presupuesto ejecutado** con la población de responsabilidad (población adscrita).

El análisis del comportamiento histórico de dicho gasto es un referente de: (a) el nivel de ejecución presupuestaria del establecimiento y (b) indirectamente del nivel de demanda de recursos por parte de la población. Sin embargo, debemos tener presente que **“un establecimiento podría gastar mucho, pero no necesariamente significa que lo ha gastado de manera óptima”** [1].

1.6.B FÓRMULA

Gasto per cápita por establecimiento de salud = (Presupuesto ejecutado / población)

Nota: la población a utilizar puede ser con dos enfoques:

- Población directa de adscripción (población de responsabilidad). Esto aplica para establecimientos de 2do o 3er nivel de complejidad.
- Población directa + indirecta de responsabilidad: aplica para establecimientos que operan con nivel de referencia para otros de menor complejidad, e implicaría agregar la población de estos otros establecimientos para aplicar a ciertos servicios o centros de producción.

Es un índice formado por un dato numerador (gasto) y un denominador (población).

- Fuente del numerador (GASTO) en este caso reflejado mediante el Presupuesto ejecutado = Oficinas de costo y de presupuesto de cada establecimiento de salud cuando se trate de información individual, y serán las unidades o departamentos de costo/presupuestos institucionales (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Juntas de Protección Social) cuando se trate de informes institucionales.
- Fuente del denominador (POBLACIÓN DE ADSCRIPCIÓN) = Oficinas de Planificación de los establecimientos o de niveles regionales tomando en cuenta dos elementos, por un lado, las proyecciones de población generadas por instancias oficiales nacionales competentes (ejemplo: Estadística y Censos) y adicionalmente la información respecto de límites de adscripción o responsabilidad geográfico-poblacionales definidos a lo interno de cada institución (eje. MINSA, CSS) para cada uno de sus establecimientos de acuerdo con su nivel de complejidad. Este asunto de población vs. un grupo de establecimientos de salud en un área geográfica específica, por ejemplo, en una Región de Salud, es lo que suele considerarse como la red de establecimientos de salud de dicha región cuya población está asignada / adscrita de acuerdo con los niveles de complejidad, como se muestra en el siguiente ejemplo:

A continuación, se ejemplariza una red de establecimientos de salud en la que se identifica el nivel de complejidad del establecimiento y su población de adscripción:

Región de Salud: El Porvenir Población Total: 300,000 hab.	
Hospital Regional: La Esperanza	
Población	300,000
Centro de Atención Ambulatoria Especializada: El Porvenir	Centro de Atención Ambulatoria Especializada: Dr. Isaías Murk
Población	200,000
Población	100,000
Centro de Atención Básico: Chomes 1	Centro de Atención Básico: Barriada Azul
Población	35,000
Población	40,000
Centro de Atención Básico: Chomes 2	Centro de Atención Básico: Concepción
Población	40,000
Población	35,000
Centro de Atención Básico: Monte Verde	Centro de Atención Básico: Los Jaules
Población	45,000
Población	40,000
Centro de Atención Básico: La Ilusión	Centro de Atención Básico: El Fortín
Población	35,000
Población	25,000

Usando como referencia el ejemplo de red planteado; el gasto per cápita en estos términos (nivel micro institucional), puede ser construido/calculado para establecimientos individualmente y también para regiones de salud, la diferencia en cada caso radica en la “agregación de información” en uno u otro. Por ejemplo, en el caso de gasto per cápita para un único establecimiento el numerador será el presupuesto ejecutado del período (de dicho establecimiento) dividido entre su población específica de responsabilidad. **Mientras que en el caso de gasto per cápita de una región, el numerador será la sumatoria del gasto total (presupuestos ejecutados) de todos los establecimientos que forman parte de dicha región dividido entre toda la población de la región.**

1.6.C TABLA EJEMPLO

**Tabla: Presupuesto ejecutado, gasto per cápita e IDH.
Establecimientos de 1er nivel atención por Región programática. Año 2021**

Establecimientos 1er nivel de atención	REGIÓN ATLANTICA					REGIÓN ATLANTICA				
	Centro de atención ESPECIAL-IZADA EL PORVENIR	Centro de Atención 1er nivel CHOMES 1	Centro de Atención 1er nivel CHOMES 2	Centro de Atención 1er nivel MONTE VERDE	Centro de Atención 1er nivel LA ILUSION	Centro de atención ESPECIAL-IZADA Dr. ISAÍAS M.	Centro de Atención 1er nivel BARRIADA AZUL	Centro de Atención 1er nivel CONCEPCIÓN	Centro de Atención 1er nivel LOS JAULES	Centro de Atención 1er nivel EL FORTÍN
IDH (*)	0.8	0.82	0.7	0.72	0.8	0.5	0.48	0.4	0.3	0.35
Presupuesto Ejecutado 2021	\$10,000,000	\$1,905,000	\$1,990,000	\$2,265,000	\$1,950,000	\$3,500,000	\$1,100,000	\$1,000,000	\$1,100,000	\$1,010,000
Población año 2021	200,000	35,000	40,000	45,000	35,000	100,000	40,000	35,000	40,000	25,000
Gasto Per Cápita	\$50.00	\$54.43	\$49.75	\$50.33	\$55.71	\$35.00	\$27.50	\$28.57	\$27.50	\$40.40

1.6.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad ANUAL al final de periodo o inicio del siguiente ejercicio de elaboración (diseño) presupuestario.

1.6.E FUENTE LOS DATOS

Oficina de presupuesto y la de Planificación.

1.6.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina Planificación.

1.6.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Es un referente del nivel de ejecución presupuestaria del establecimiento.
- Es un referente indirecto del nivel de demanda de recursos por parte de la población.
- Es un indicador que se correlaciona con el nivel de ejecución de partidas y sub partidas del año anterior.
- Este indicador depende de una adecuada cuantificación de la población de adscripción, así como de la definición de la población/territorio de responsabilidad.
- Tomar en cuenta que un establecimiento podría gastar mucho, pero no siempre lo gasta de manera óptima.

- Especialmente en establecimientos del 1er nivel de atención, este dato tiene relación con equidad en la ejecución y asignación de recursos y la eficiencia productiva de los programas del primer nivel de atención.

1.6.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Asignación original (presupuesto aprobado modificado al inicio del periodo).
- Cumplimiento de las metas de producción (y cobertura) programados.
- Nivel de desempeño en la ejecución presupuestaria.

1.6.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Comportamiento de años anteriores.
- Comportamiento de la asignación per cápita vs. la ejecución per cápita del año anterior (o años anteriores).
- Comparar ejecución per cápita con establecimientos de similar complejidad a nivel nacional y regional.

1.6.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Ídem los de Asignación Per Cápita.
- Índice de Desarrollo Humano por localidades específicas (IDH).
- Tablas de priorización de comunidades y regiones.
- Indicadores específicos como: prevalencia adicciones, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, mortalidad infantil, expectativa de vida al nacer. En general cualquier indicador epidemiológico o demográfico que me permita discriminar poblaciones vulnerables.
- Médicos por habitante.
- Enfermeras por habitante.
- Odontólogos por habitante.
- Documentos y plantillas de priorización de comunidades.
- Porcentaje de ejecución presupuestaria mensual por sub partidas.
- Programación anual operativa de metas de producción.

1.6.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Lo ideal es que sea igual o similar a la ASIGNACIÓN PER CÁPITA, pues de ser el caso evidencia a) Un buen desempeño en la ejecución presupuestaria y b) Posiblemente correlacionado con el grado de ejecución de metas de producción y cobertura.

1.6.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Diferencias significativas entre asignación per cápita y ejecución per cápita, es motivo de revisar las sub partidas específicas a fin de valorar el nivel de producción y del nivel de eficiencia (uso de recursos) asociado a dicho proceso productivo. Se relaciona también con el nivel de desempeño en la ejecución presupuestaria.
- Asignaciones per cápita no ajustadas al nivel de necesidad (vulnerabilidad) aunadas a una pobre ejecución presupuestaria implica un doble castigo a la comunidad uno por asignación y otro por falta de eficiencia en la ejecución presupuestaria y posiblemente también cumplimiento de metas de atención.

2. INDICADORES DE GASTO

Este segundo módulo de indicadores corresponde a indicadores que permiten valorar la estructura del gasto de un Establecimiento o de un Centro de Producción, algunos de estos indicadores se resumen en la siguiente tabla con el posible nivel de detalle o desagregación con que se puede procesar: Red / Región, Institución (establecimiento de salud), Centro de producción, costo unitario.

Este módulo de indicadores se caracteriza por relacionar en sus fórmulas, datos de GASTOS, tanto en el numerador como en el denominador y no incorpora aún la producción como componente en sus fórmulas.

2.1. Estructura del Costo Directo por grandes rubros de gasto (Peso relativo de Gastos Directos).

2.1.A DESCRIPCIÓN

Corresponde a los gastos que se imputan o cargan directamente a un centro de producción agregados de acuerdo con la agrupación / sumatoria estratégica del objeto del gasto.

Se le suele llamar también de diferentes formas: a) Estructura de gastos directos o b) Estructura de los Costos Directos o c) Composición de los Costos Directos del Establecimiento.

La desagregación de estructura más usual es:

- Recurso Humano (RRHH)
- Gastos Generales (GG)
- Insumos (INS)

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
2.1 Estructura del Costo Directo por grandes rubros de gasto (PESO RELATIVO DE GASTOS DIRECTOS).	✓	✓	✓	✓

Nombre, dependiendo del nivel de desagregación:

- Estructura del Costo directo de la Región por grandes rubros de gasto.
- Estructura del Costo directo **del establecimiento** por grandes rubros de gasto
- Estructura del Costo directo **del centro de producción o de servicio** por grandes rubros de gasto
- Estructura del Costo directo **unitario** por grandes rubros de gasto

Hay que recordar que:

- El costo **directo** se desagrega en GRUPOS DE PARTIDAS o más detalladamente en partidas (rubros) de gasto, ya sea referidos principalmente a mano de obra, materiales (insumos) y gastos generales, dependiendo de la forma del registro de gastos por servicio, podría incluir otros rubros como consultorías, contratos, compra de servicios.
- El costo **indirecto** se desagrega en servicios de apoyo (Laboratorio Clínico, Farmacia, Lavandería, etc.) y representa en términos monetarios el apoyo recibido por un servicio final.

¿Qué son los costos directos? Son aquellos rubros de gasto que se asocian con el producto de forma directa y clara, sin hacer ningún tipo de distribución o reparto. Se imputan directamente al centro de producción. Suele también denominárseles como costos de producción término que no suele usarse en servicios de salud. Suele incluir mano de obra (remuneraciones), materiales e insumos que se brindan directamente a los pacientes durante el proceso de atención.

¿Qué son los costos indirectos? Son aquellos gastos que participan en el proceso de atención, pero como apoyo a los Servicios Finales. Corresponde al traslado de los costos de los Servicios de Apoyo que participaron en el proceso productivo. Están vinculados a la interacción entre Servicios Finales y la demanda de colaboración de diferentes Servicios de Apoyo (por ejemplo: Imagenología). Estos gastos participan como apoyo a diversos Servicios Finales, por lo que se debe establecer algún criterio de reparto. Otra nomenclatura que se les da es el de gastos de fabricación término que no suele usarse en servicios de salud.

Los costos indirectos:

- Se originan en los Servicios de Apoyo.
- Están vinculados al periodo productivo y al producto de los Servicios Finales.
- Afectan el costo del servicio o producto terminado: componente indirecto del costo unitario.
- Algunos son difíciles de asignar, medir (unidades de producción) y cuantificar y suelen necesitar un esfuerzo diferente al tradicional en lo que respecta al registro de producción de los servicios de apoyo; los cuales deberán discriminar o desagregar su producción según el apoyo brindado a los servicios que demandan su ayuda o colaboración.

2.1.B FÓRMULA

Fórmula 1:

Gasto DIRECTO = Gasto en RRHH + Gasto en GG + Gasto en INS

RRHH: Recurso humano

GG: Gastos Generales

INS: Insumos

Fórmula 2:

$$\text{Estructura del Costo x Grandes Rubros} = \left(\frac{\text{Total del gasto en una categoría de partidas determinadas (eje. RRHH)}}{\text{Gasto Total del periodo}} \right) \times 100$$

Fórmula 3:

% RR HH = (Sumatoria gasto sub partidas de RRHH ÷ Total del gasto del periodo) x 100

% GG = (Sumatoria gasto sub partidas de Gasto Gral ÷ Total del gasto del periodo) x 100

% INS = (Sumatoria gasto sub partidas de Insumos ÷ Total del gasto del periodo) x 100

2.1.c TABLA EJEMPLO

Ejemplo 1:

Establecimiento de salud LA ESPERANZA ESTRUCTURA DE LOS GASTOS DIRECTOS ENERO - DICIEMBRE 2020

	Absoluto	%
recurso humano	16,592,999.8	71.57%
gastos generales	4,063,825.2	17.53%
insumos	2,528,923.1	10.91%
total	23,185,748.1	100.00%

Ejemplo 2:

Establecimiento de salud LA CURACIÓN ESTRUCTURA DE LOS GASTOS DIRECTOS ENERO - DICIEMBRE 2020

	TOTAL	RECURSO HUMANO		GASTOS GENERALES		INSUMOS	
		absoluto	%	absoluto	%	absoluto	%
TOTAL	23.185.748,11	16.592.999,75	71,6%	4.063.825,23	17,5%	2.528.923,13	10,9%
Enero	1.958.544,77	1.354.257,83	69,1%	307.194,30	15,7%	297.092,64	15,2%
Febrero	2.166.879,47	1.337.830,37	61,7%	461.203,89	21,3%	367.845,21	17,0%
Marzo	1.819.939,36	1.343.853,17	73,8%	339.390,74	18,6%	136.695,45	7,5%
Abril	1.908.334,00	1.351.015,28	70,8%	332.000,79	17,4%	225.317,93	11,8%
Mayo	1.918.822,81	1.377.136,54	71,8%	357.405,72	18,6%	184.280,55	9,6%
Junio	1.940.765,70	1.348.175,71	69,5%	410.631,83	21,2%	181.958,16	9,4%
Julio	2.020.212,80	1.371.199,02	67,9%	383.484,66	19,0%	265.529,12	13,1%
Agosto	1.719.393,98	1.386.945,80	80,7%	238.709,96	13,9%	93.738,22	5,5%
Septiembre	1.741.074,47	1.350.534,44	77,6%	215.538,22	12,4%	175.001,81	10,1%
Octubre	1.809.374,06	1.377.803,75	76,1%	248.355,54	13,7%	183.214,77	10,1%
Noviembre	1.999.032,51	1.393.591,53	69,7%	431.279,97	21,6%	174.161,01	8,7%
Diciembre	2.183.374,18	1.600.656,31	73,3%	338.629,61	15,5%	244.088,26	11,2%

Ejemplo 2:

Establecimiento de salud LA CURACIÓN ESTRUCTURA DE LOS GASTOS DIRECTOS ENERO - DICIEMBRE 2020

	TOTAL	RECURSO HUMANO	GASTOS GENERALES	INSUMOS
TOTAL	23.185.748,11	71,6%	17,5%	10,9%
Enero	1.958.544,77	69,1%	15,7%	15,2%
Febrero	2.166.879,47	61,7%	21,3%	17,0%
Marzo	1.819.939,36	73,8%	18,6%	7,5%
Abril	1.908.334,00	70,8%	17,4%	11,8%
Mayo	1.918.822,81	71,8%	18,6%	9,6%
Junio	1.940.765,70	69,5%	21,2%	9,4%
Julio	2.020.212,80	67,9%	19,0%	13,1%
Agosto	1.719.393,98	80,7%	13,9%	5,5%
Septiembre	1.741.074,47	77,6%	12,4%	10,1%
Octubre	1.809.374,06	76,1%	13,7%	10,1%
Noviembre	1.999.032,51	69,7%	21,6%	8,7%
Diciembre	2.183.374,18	73,3%	15,5%	11,2%

Frase o texto de ejemplo:

Un texto que ilustra este indicador es el siguiente: *Durante el mes de enero del año 2021, para el servicio de Hospitalización (Sala) de Medicina en relación a sus Gastos Directos; el componente de Recursos Humanos representó el 71.6%, el gasto en Insumos representó el 10.9%, y los Gasto Generales representaron el 17.5%.*

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en el Hospital La Curación, el gasto en Recursos Humanos representó el 80.0%, el gasto en Insumos representó el 7.0%, y los Gasto Generales representaron el 13.0%.

(nótese que, en este otro texto referido a todo un establecimiento de salud, no se hace énfasis en el término “directo” porque en el análisis por establecimiento esto no aplica. La valoración de directo vs. indirecto es en relación a centros de producción o a costo unitario).

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en la Región Metropolitana, el gasto en Recursos Humanos representó el 78.5%, el gasto en Insumos representó el 6.5%, y los Gasto Generales representaron el 15.0%.

(nótese que, en este otro texto referido a una región o a un grupo de establecimientos, no se hace énfasis en el término “directo” porque en el análisis por red o región esto no aplica. La valoración de directo vs. indirecto es en relación a centros de producción o a costo unitario).

2.1.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

2.1.E FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser Oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

2.1.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

2.1.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Es un indicador que aún no se relaciona con la producción desde el punto de vista de fórmula
- En la medida que se incrementa el nivel de complejidad se incrementa el peso relativo los insumos, ello porque están en relación directa con el proceso de atención, y a mayor complejidad de los pacientes entonces se requiere mayor consumo de insumos para la atención, que a la vez suelen también ser de mayor costo.
- El componente de insumos suele tener un comportamiento VARIABLE. Es decir que modifica o incrementa en relación con incrementos de la producción.
- Permite determinar la importancia relativa real de una GRUPO DE GASTO con respecto a otros (estructura de los costos de producción en función de grupos estratégicos del gasto, permitiendo determinar aquellos GRUPOS DE GASTO que tienen mayor impacto en los costos totales de operación).
- Orienta respecto de en cuales grupos críticos debo efectuar intervenciones estratégicas para efectuar un adecuado control de las partidas que lo componen y se agregan ya sea como costo directo o bien eventualmente por demanda de algún servicio de apoyo
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior del servicio y entre establecimientos de similar complejidad.
- Contribuye al seguimiento de la asignación presupuestal porcentual por grandes grupos de gasto.
- Para la programación de metas y propuestas de presupuesto: Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y de presupuesto (RRHH y GG son en general costos fijos, mientras que INSUMOS son en general costos variables, entonces permite proyectar efectos en el presupuesto producto de modificaciones en el nivel de producción).
- Control de gasto para grupos de gasto específicos mediante el análisis seriado de toda una institución de salud.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación productiva de los recursos.

En su valoración es importante analizar si en los gastos puedan existir otras variables o dimensiones como la eficiencia en la asignación de los recursos, la eficiencia en la administración de los recursos y la eficiencia en la provisión de bienes y servicios.

2.1.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Rendimiento del recurso humano vs. volumen de producción (mayor producción --> mayor requerimiento de insumos asociados a la atención --> incrementa peso relativo GRUPO INSUMOS).
- Cultura institucional con respecto a la importancia de los costos de producción.
- Carencia de criterios objetivos de consumo/utilización de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).
- Carencia de criterios objetivos de estándares de producción de recurso humano y/o de estructura de atención (instalaciones, equipos), con la consecuente ausencia de valoración de eficiencia en el uso del tiempo por parte del personal.

2.1.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para todo el establecimiento (y por centro de producción: estructura del costo directo de un servicio).
- Comparar entre servicios de similar naturaleza (por ejemplo: internamiento).
- Comportamiento de meses anteriores.
- Comportamiento de años anteriores.
- Comportamiento en establecimientos de similar complejidad.

2.1.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos.
- Número total de funcionarios del establecimiento.
- % de funcionarios profesionales en salud (médicos, enfermeras, laboratorio clínico, farmacia, imagenología, etc.) respecto del total de establecimientos.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayor costo, así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y complejos.

2.1.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

- Este es un dato que deberá irse construyendo de acuerdo con el comportamiento y la expectativa institucionales.
- En establecimientos de baja complejidad el peso relativo de RRHH y Gasto Generales suele ser mayor que en establecimientos de mayor complejidad, ello por cuanto estos últimos utilizan mayor cantidad de insumos para la atención de un mayor costo y complejidad.

2.1.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Si se incrementa el gasto en insumos sin que exista correspondencia con el volumen de producción, deberá revisarse la eficiencia del proceso productivo en función de la utilización de insumos en el proceso productivo y demanda de apoyos de diagnóstico y tratamiento = racionalidad en el uso de insumos y recursos (los protocolos son de utilidad en este tipo de valoraciones a fin de realizar nuestros de expedientes vs, protocolo establecido)

2.2 Estructura del Costo Directo por rubros o partidas de gasto (Composición del Costo Directo del Servicio según partidas de gasto).

2.2.A DESCRIPCIÓN

También se le suele denominar Estructura del costo según cuentas o rubros de gasto, Estructura del costo según categorías de gasto, Composición del Costo Directo del Servicio según partidas de gasto.

Corresponde a los gastos que se imputan o cargan directamente a un centro de producción (o a la institución como un todo), según detalle de partidas o rubros de gasto.

Cuantifica en términos monetarios y porcentuales cada una de las partidas de gasto (mano de obra, materiales y otros) que fueron utilizados en el proceso productivo. Determina el peso porcentual para determinadas categorías de gasto en relación con el gasto total de operación de un establecimiento o área geográfica que englobe un grupo de establecimientos de salud (por ejemplo: Región). Se puede referenciar cada partida con respecto al grupo de partida a la cual pertenece (RRHH, GG, Insumos).

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
2.2 Estructura del Costo Directo por rubros o partidas de gasto. (Composición del Costo Directo del según partidas de gasto).	✓	✓	✓	✓

Nombre dependiendo del nivel de desagregación:

- Estructura del Costo directo por partidas de gasto de la Región.
- Estructura del Costo directo por partidas de gasto del establecimiento por grandes rubros de gasto
- Estructura del Costo directo por partidas de gasto del centro de producción o de servicio por grandes rubros de gasto
- Estructura del Costo directo unitario por partidas de gasto

Al momento de valora este indicador se le suelen dar dos enfoques:

- Enfoque general
- Enfoque por rubros críticos/insumos críticos

Bajo el enfoque de RUBROS CRÍTICOS:

El peso relativo de cada partida crítica respecto del gasto total y del componente específico (gasto general, insumos). Identifica aquellas partidas cuya sumatoria representa mayor peso relativo respecto de los gastos del establecimiento o del centro de producción. Suelen corresponde a sumatorias de partidas que sin ser muchas, la sumatoria de sus pesos relativos suele ser del 70% o más del costo total.

2.2.B FÓRMULA

Fórmulas ENFOQUE GENERAL

Tiene formulas porque el gasto en una determinada partida se compara su peso relativo con el total de gastos directos (sumatoria de todas las partidas) y luego se compara su peso relativo, pero con los Gastos Totales (CD+CI) en el caso de servicios o centros de producción.

Entonces:

• Una fórmula utiliza como **denominador** el TOTAL DE GASTOS DIRECTOS (en el caso de Centros de producción) y la otra fórmula utiliza el TOTAL DEL GASTO (GD+GI)

Opción 1:

$$\text{Estructura del Costo Directo según rubros} = \left(\frac{\text{Total gasto de una categoría de rubro determinada (eje. Medicamentos)}}{\text{Costo Directo del Servicio}} \right) \times 100$$

Opción 2:

$$\text{Estructura del Costo Directo según rubros} = \left(\frac{\text{Total gasto de una categoría de rubro determinada (eje. Medicamentos)}}{\text{Costo Total (CD+CI) del servicio o institución}} \right) \times 100$$

Fórmulas ENFOQUE DE RUBROS CRITICOS

En este caso el protagonista del análisis no son la totalidad de los rubros de gasto, sino rubros específicos de importancia por su peso relativo respecto del costo total de operación.

Opción 1:

$$\% \text{ Relativo de la Partida} = \left(\frac{\text{Gasto de la partida}}{\text{Gasto Total del servicio -o institución-}} \right) \times 100$$

Ejemplo 1:

$$\left(\frac{\text{Gasto en Medicamentos}}{\text{Gasto Total de Operación}} \right) \times 100$$

Opción 2:

$$\% \text{ Relativo de la Partida} = \left(\frac{\text{Gasto de la partida}}{\text{Gasto del grupo: RRHH, GG, Insumos}} \right) \times 100$$

Ejemplo 2:

$$\left(\frac{\text{Gasto en Salarios (Mano de Obra)}}{\text{Gasto total de Operación}} \right) \times 100$$

2.2.c TABLA EJEMPLO

Ejemplo 1:

Costo Totales de operación – Servicio de Medicina

COSTOS DIRECTOS	TOTALES	COSTO UNITARIO	% del gasto total	% del CD
Costo Total (CD+CI)	160.822.966		100,00%	
Total Costos Directos	121.709.527	352.781,24	75,68%	100,00%
SUELDOS	39.240.000	113.739,13	24,40%	32,24%
TIEMPO EXTRAORDINARIO	20.052.851	58.124,21	12,47%	16,48%
MEDICAMENTOS	53.194.060	154.185,68	33,08%	43,71%
MAT. MEDICO QUIRURGICO	7.595.999	22.017,39	4,72%	6,24%
REACTIVOS/PR.QUIMICOS	523.236	1.516,63	0,33%	0,43%
PLACAS DE RAYOS X	80.800	234,2	0,05%	0,07%
MATER.CONSTR. Y MANT	129.099	374,2	0,08%	0,11%
OTROS MATER. Y SUMIN	104.631	303,28	0,07%	0,09%
OTROS REPUESTOS	520.000	1.507,25	0,32%	0,43%
DEPRECIACIONES	262.451	760,73	0,16%	0,22%
OTRS SERVS. NO PERS.	6.400	18,55	0,00%	0,01%

Ejemplo 2:

En este caso se presentan todos los rubros de gasto para un CENTRO DE PRODUCCIÒN ESPECÌFICO, presentándolas de mayor a menor valor a fin de identificar los de mayor peso relativo.

COSTOS DIRECTOS	TOTAL	%
Sueldos	464,816,411.49	50.71%
Tiempo extraordinario	106,903,568.84	11.66%
Medicamentos	141,232,681.54	15.41%
Productos alimenticios	28,822,969.76	3.14%
Mat. Médico quirúrgico	58,359,559.02	6.37%
Reactivos y productos químicos	50,509,964.54	5.51%
Placas de Rayos X	1,624,520.00	0.18%
Combustibles, lubricantes y grasas	10,883,587.76	1.19%
Mater. construcción y mantenimiento	984,552.30	0.11%
Textiles y vestuarios	4,275,494.00	0.47%
Otros materiales y suministros	11,936,644.06	1.30%
Otros repuestos	4,795,584.00	0.52%
Mantenimiento por terceros	2,997,664.17	0.33%
Luz, agua y teléfono	16,012,278.00	1.75%
Depreciaciones	10,360,039.89	1.13%
Otros servicios no personales	2,062,532.00	0.23%
Gasto TOTAL del establecimiento	916,578,051.37	100.00%

Frase o texto de ejemplo:

Un texto que ilustra estas dos comparaciones es el siguiente: *Durante el mes de enero del año 2021, para el servicio de Hospitalización (sala) de Medicina, los medicamentos representaron el 25% de los Costos Directos y el 7% de los Costos Totales.*

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en el Hospital La Anexión, el gasto en MEDICAMENTOS presentó el 8.5% de los gastos.

Nótese que, en este otro texto referido a todo un establecimiento de salud, no se hace énfasis en el término “directo” porque en el análisis por establecimiento esto no aplica. La valoración de directo vs. indirecto o vs. total es en relación con centros de producción o a costo unitario.

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en la Región Metropolitana, el gasto en Recursos Humanos representó el 5% de los gastos.

Nótese que, en este otro texto referido a una región o a un grupo de establecimientos, no se hace énfasis en el término “directo” porque en el análisis por red o región esto no aplica. La valoración de directo vs. indirecto o vs. total es en relación con centros de producción o a costo unitario.

2.2.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad trimestral, semestral, anual.

2.2.E FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser Oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

2.2.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

2.2.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- En la medida que se incrementa el nivel de complejidad se incrementa el peso relativo los insumos, ello porque están en relación directa con el proceso de atención, y a mayor complejidad de los pacientes entonces se requiere mayor consumo de insumos para la atención, que a la vez suelen también ser de mayor costo.
- El componente de insumos suele tener un comportamiento VARIABLE. Es decir que modifica o incrementa en relación con incrementos de la producción.
- Permite analizar la estructura específica de los costos de producción.
- Permite conocer el peso relativo de cada rubro de gasto en el costo total del servicio (Análisis de la composición del gasto, permitiendo determinar aquellas partidas o categorías de gasto que tienen mayor impacto en los costos totales de operación). Permite determinar la importancia relativa real de una determinada partida (o rubro de gasto) con respecto a otros. Permite analizar la distribución por partida, cuentas o rubros de gasto, identificando puntos críticos donde efectuar intervenciones estratégicas.
- Permite identificar aquellas partidas estratégicas del gasto que ameritan un mayor nivel de monitoreo.
- Permite desarrollar e identificar patrones de gestión.
- Algunas de estas partidas tienen relación directa con la producción y con la calidad de

dicha producción, mientras que otras (v.g. depreciación) pueden tener muy poco o nulo margen de gestión.

- Análisis de la composición del gasto, permitiendo determinar aquellas partidas o categorías de gasto que tienen mayor impacto en los costos totales de operación. Permite conocer el peso relativo de cada rubro de gasto en el costo total de operación y analizar la estructura específica de los costos de producción.
- Seguimiento de la asignación presupuestal porcentual y en números absolutos.
- El análisis macro (Institucional Nacional, Regional, Nivel de Complejidad), permite identificar intervenciones en el nivel micro (establecimientos, servicios).
- Constituye un dato más general sobre la estructura del gasto por servicio.
- Permite al jefe de cada servicio establecer los elementos más relevantes de su propia estructura de costos. El jefe del servicio que brinda apoyo conoce la estructura de la demanda y la importancia relativa de sus “clientes”. El jefe del servicio receptor conoce la composición de sus costos indirectos y el impacto relativo de cada uno de ellos sobre los costos totales del servicio.
- Para la programación de metas y propuestas de presupuesto: Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y de presupuesto.
- Control de gasto para partidas o grupos de gasto específicos mediante el análisis seriado de toda una institución de salud.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación productiva de los recursos.

2.2.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Está directamente relacionado con nivel de producción y con la razonabilidad en el uso de los recursos institucionales.
- Si aumenta la producción respecto de la programación mensual esperada, podría ocurrir un incremento en la ejecución de sub partidas variables. Incrementos de producción es un acto gerencial positivo, pero deberá tenerse la previsión de monitorear aquellas sub partidas presupuestarias que podrían consumirse antes de lo esperado (medicamentos, material médico quirúrgico, reactivos de laboratorio, etc.), ello a fin de prever modificaciones presupuestarias para reforzarlas, fundamentado por supuesto en una mayor productividad.
- Si disminuye la producción respecto de la programación mensual esperada, debería de corresponderse con una reducción en la ejecución de sub partidas variables, caso contrario además de un problema de cumplimiento de la programación operativa mensual, estaremos frente a consumo ineficiente de recursos por ejecuciones mayores no justificables por la producción lograda (menos producción, pero mas gastos)
- Nivel de uso de los insumos esenciales y demanda de servicios de apoyo.
- Selección de tecnología.
- Apego a las normas administrativas y protocolos de atención.
- Cultura institucional con respecto a la importancia de los costos de producción.
- Carencia de criterios objetivos para el consumo (utilización) de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).
- El uso de divisas para el pago de materiales y de moneda local para el pago de salarios (mano de obra), puede afectar el comportamiento de los rubros de gasto.
- Los factores que afectan los índices de utilización de los servicios que brindan apoyo (cultura de uso racional de recursos, existencia y utilización de normas administrativas y protocolos de atención).
- Se debe focalizar sus esfuerzos de monitoreo en aquellos gastos más estratégicos y que constituyen un mayor impacto no solo en el presupuesto general, sino que también la calidad de atención, en la siguiente tabla se esbozan valoración respecto al consumo racional de los recursos:

Tabla de efecto del consumo de insumos sobre la eficiencia, la calidad y el costo unitario

Niveles de consumo de insumos o demanda de apoyos	Eficiencia	Costo unitario	¿Agrega valor?	Calidad
LO NECESARIO (1)	si	adecuado	si	no lo afecta
MAS DE LO NECESARIO	no	se incrementa	no	puede afectar
MENOS DE LO NECESARIO (2)	no	se incrementa ⁽²⁾	no	si lo afecta

(1) = estándares, protocolos, medicina basada en evidencia, criterio de experto, experiencia

(2) = Inicialmente con la reducción del consumo de un determinado insumo, el costo baja; SIN EMBARGO, siendo dicho insumo o apoyo diagnóstico/terapéutico importante para la atención, entonces se retrasa la solución al usuario, no se le resuelve su problema (no eficacia) y eventualmente habrá que atenderlo nuevamente con el consecuente incremento de los gastos asociados a la atención.

2.2.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para todo el establecimiento (y por centro de producción: estructura del costo directo de un servicio).
- Comparar entre servicios de similar naturaleza (por ejemplo= internamiento).
- Comparación con la estructura de proyección del presupuesto ejecutado para partidas específicas (medicamentos, salarios, etc.).
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior del servicio y entre establecimientos de similar complejidad.
- Comportamiento de meses anteriores.
- Comportamiento de años anteriores.
- Comportamiento en establecimientos de similar complejidad.
- Establecimientos de similar nivel de complejidad. Servicios (centros de producción) de similar naturaleza.

2.2.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos. Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos de Servicios de Apoyo.
- Proyección del gasto por sub partida y saldo proyectado
- Programación anual operativa de metas de producción de acuerdo con la ejecución mensual (ejecución mensual de metas de producción).
- Presupuesto ASIGNADO vs. presupuesto EJECUTADO año anterior.
- Presupuesto asignado mensualmente vs. ejecutado mensualmente.
- Presupuesto ejecutado mes anterior vs. presupuesto ejecutado en el mes corriente.
- Número total de funcionarios del establecimiento.
- % de funcionarios profesionales en salud (médicos, enfermeras, laboratorio clínico, farmacia, imagenología, etc.) respecto del total de establecimientos.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos, así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y más complejos.
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:

- * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
- * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
- * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
- * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo
- * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.)
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.
- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

2.2.k ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

- Este es un dato que deberá irse construyendo de acuerdo con el comportamiento y la expectativa institucionales.
- En establecimientos de baja complejidad el peso relativo de RRHH y Gasto Generales suele ser mayor que en establecimientos de mayor complejidad, ello por cuanto estos últimos utilizan mayor cantidad de insumos para la atención de un mayor costo y complejidad.

2.2.l EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Si se incrementan los insumos sin que exista correspondencia con el volumen de producción, deberá revisarse la eficiencia del proceso productivo en función del consumo de insumos y demanda de apoyos de diagnóstico y tratamiento= racionalidad en el uso de insumos y recursos (los protocolos son de utilidad en este tipo de valoraciones a fin de realizar nuestros de expedientes vs. protocolo establecido).
- Establecer estrategias gerenciales para efectuar un adecuado control de aquellos insumos (o componentes selectivos) que por su importancia relativa determinan los costos del servicio, ya sea con consumo directo o por demanda (utilización) de algún servicio de apoyo.
- Seguimiento de la asignación presupuestal porcentual y en números absolutos.
- Formular y negociar solicitudes de asignación de recursos con base a patrones productivos que sustenten la racionalidad del gasto.
- Establecer mecanismos de monitoreo más frecuentes y con criterios de “aviso” oportuno de desviaciones o comportamiento erráticos o atípicos: por ejemplo, medicamentos, que debido a su alta rotación podría tener mecanismos de aviso cuando la partida se haya consumido en un determinado volumen a fin de implementar medidas correctivas y de ser necesario de adquisición oportunamente de modo que no afecte la atención directa.
- Diseño de protocolos o sistemas de supervisión específicos para determinados rubros especialmente críticos por su volumen y por su impacto en la eficacia y en la calidad de la atención.
- *El uso de algunos insumos críticos, como son medicamentos, reactivos de laboratorio y repuestos, por su costo y por su impacto como componente en la atención final del paciente (en el diagnóstico y tratamiento) requiere valorar seriamente la necesidad de mantener sistemas de información muy puntuales en este sentido, como puede ser un*

sistema de información de uso de medicamentos por tipo y presentación, incluyendo costos y volúmenes. Similar situación en lo que respecta a los reactivos. En muchas ocasiones estos insumos significan más del 5% del presupuesto total de operación y según el nivel de complejidad incluso más del 15% de los costos de operación.

- Control de gasto para partidas o grupos de gasto específicos mediante el análisis seriado de toda una institución de salud y/o por regiones de salud o bien por niveles de complejidad.
- Formular y negociar solicitudes de asignación de recursos con base a patrones productivos que sustenten la racionalidad del gasto.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación más productiva de recursos.
- Para la programación de metas y propuestas de presupuesto: Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y presupuestales.

2.3 Estructura del COSTO DIRECTO del Establecimiento según servicios que lo conforman.

2.3.A DESCRIPCIÓN

Determina la importancia relativa de un servicio con respecto a otros en un establecimiento o red de establecimientos (incluye tanto servicios finales como servicios de apoyo).

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
2.3 Estructura del COSTO DIRECTO según servicios o centros de producción que lo conforman.	✓	✓	—	—

Nombre dependiendo del nivel de desagregación:

- Estructura del Costo directo de la Región.
- Estructura del Costo directo del establecimiento.
- Estructura del Costo directo del centro de producción.
- Estructura del Costo directo de la unidad de producción (del costo unitario).

2.3.B FÓRMULA

$$\text{Estructura del Costo Directo(*)} = \left(\frac{\text{Costo Directo del Servicio}}{\text{Costo Total del Establecimiento}} \right) \times 100$$

(*): Se elabora para cada uno de los servicios del establecimiento. La sumatoria de los porcentajes de los costos directos de todos los servicios debe sumar 100%

2.3.c TABLA EJEMPLO

Costo Totales de operación – Servicio de Medicina

	SERVICIOS	COSTO DIRECTO	%
	Consulta Especializada	32,045,520.12	6.40%
	Consulta Médica Gral.	49,571,605.86	5.41%
	Hosp. Pediatría	62,468,403.28	6.82%
FINALES	Hosp. Cirugía	84,706,323.50	9.24%
	Hosp. Gine-Obstetricia	110,839,317.65	12.09%
	Urgencias	110,898,477.05	12.10%
	Hosp. Medicina	121,709,529.17	13.28%
	Rayos X	17,247,650.31	1.88%
	Central de Equipos	21,879,903.22	2.39%
	Quirófanos	24,983,839.28	2.73%
APOYO	Farmacia	33,078,423.90	3.61%
	Nutrición	42,940,923.22	4.68%
	Dirección y Administración	81,301,574.78	8.87%
	Laboratorio Clínico	96,337,280.86	10.51%
	TOTAL	916,578,051.37	100.00%

Frase o texto de ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en el Hospital La Curación; el servicio Hospitalización (Sala) de Medicina representó el 17.5% desde el punto de vista de gastos directos de todo el hospital, mientras que el Servicio de Hospitalización (Sala) de Cirugía representó el 11.3%.

Nótese que este indicador tiene valor en la medida que se compare con otro o con varios (sino es que todos) los centros de producción del establecimiento por que la idea es ver cual o cuales son los que tienen mayor peso relativo y por otro lado cuales son los que representan el menor gasto respecto del total del establecimiento.

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en la Región Metropolitana; los servicios que representaron el mayor costo directo de operación fueron: Hospitalización (Sala) de Medicina representó el 18.5% , Hospitalización (Sala) de Cirugía representó el 11.3% y Servicio de Urgencias que representó el 10.0%.

Nótese que este indicador tiene valor en la medida que se compare con otro o con varios (sino es que todos) los centros de producción del establecimiento por que la idea es ver cual o cuales son los que tienen mayor peso relativo y por otro lado cuales son los que representan el menor gasto respecto del total del establecimiento.

2.3.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

2.3.E FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser Oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

2.3.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

2.3.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Debe valorarse siempre en correlación con el volumen de producción y el comportamiento de acuerdo con el cumplimiento de la Programación Operativa a fin de identificar capacidad ociosa y oportunidades de incremento de producción.
- Permite conocer el peso relativo de cada servicio con respecto al costo total del establecimiento, identificando centros de producción críticos desde el punto de vista de costos de operación y volumen de producción.
- Permite determinar la importancia relativa real de un programa (o servicio) con respecto a otros (la aplicación de criterios económicos puede reorientar la asignación de recursos).
- Seguimiento de los parámetros de gestión de presupuesto (distribución real vs. distribución programada).
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación productiva de los recursos.

2.3.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Dotación de recursos.
- Distribución interna de recursos.
- Niveles de productividad (a mayor productividad mayores gastos) y nivel de complejidad de la morbilidad atendida (a mayor complejidad mayores gastos): consumos diferenciados de insumos por unidad de producción de los servicios finales y complementarios en función de su complejidad o en función de uso racional de recursos.
- Nivel de uso de los insumos esenciales.
- Índices de uso de los servicios de apoyo.
- Selección de tecnología.
- Apego a las normas administrativas y protocolos de atención.
- Política fiscal (importancia relativa de los sectores sociales y de salud).
- Cultura institucional con respecto a la importancia de los costos de producción.
- Preferencias por parte de la alta jefatura (aquellos casos en que por ejemplo el director médico es Obstetra, favorece -de forma consciente o inconsciente- a los servicios respectivos en los procesos de toma de decisiones, estimulando su crecimiento desproporcionado).
- Necesidades reales de la población cuya demanda por algún tipo de servicio estimula y justifica el desarrollo de este.
- Carencia de criterios objetivos para la asignación de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).
- Los mismos señalados en el indicador anterior (Estructura de los Costos Directos).
- Los niveles de uso de los servicios complementarios (en el caso del gasto total)
- Dotación de insumos por unidad de producción de los servicios finales y complementarios.

2.3.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para todo el establecimiento y por centro de producción.
- Comparar entre servicios de similar naturaleza (por ejemplo: hospitalización, cuidados críticos).
- Comparación con la estructura de presupuesto asignado y ejecutado por servicios o centros de producción.
- Comportamiento de meses anteriores.
- Comportamiento de años anteriores.
- Establecimientos de similar nivel de complejidad. Servicios (centros de producción) de similar naturaleza.

2.3.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Estructura del COSTO TOTAL (CD+CI) según servicios finales (o centros de producción finales) que lo conforman.
- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos. Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos de Servicios de Apoyo.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos, así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y complejos.
- En el caso de establecimientos hospitalarios: % ocupación, intervalo sustitución, estancia promedio.
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.)
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.
- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

2.3.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

- Este es un dato que deberá irse construyendo de acuerdo con el comportamiento y la expectativa institucionales.

- En establecimientos de baja complejidad el peso relativo de RRHH y Gasto Generales suele ser mayor que en establecimientos de mayor complejidad, ello por cuanto estos últimos utilizan mayor cantidad de insumos y de un mayor costo, durante la atención.

2.3.1 EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Si se incrementan los insumos sin que exista correspondencia con el volumen de producción, deberá revisarse la eficiencia del proceso productivo en función del consumo de insumos y demanda de apoyos de diagnóstico y tratamiento = racionalidad en el uso de insumos y recursos (los protocolos son de utilidad en este tipo de valoraciones a fin de realizar nuestros de expedientes vs. protocolo establecido).
- Establecimiento de normas o protocolos de atención para servicios críticos y patologías más frecuentes o de mayor consumo de recursos.
- Redistribución de recursos de acuerdo con productividad de los diferentes servicios.
- Fortalecer servicios de apoyo que tengan alta demanda de colaboración y que además impacten la oportunidad y la eficacia de la atención.
- Valorar incorporación de nuevas o diferentes tecnologías que impacten tanto la eficacia de la atención como el costo de atención.
- Establecer estrategias gerenciales para efectuar un adecuado control de aquellos servicios (o componentes selectivos) que por su importancia relativa determinan los costos de la institución.

2.4 Estructura del COSTO TOTAL (CD+CI) según servicios finales que lo conforman.

2.4.A DESCRIPCIÓN

Identifica el peso relativo de cada servicio final con respecto al costo total del establecimiento. Por ejemplo, en un hospital permite conocer la importancia relativa de los servicios que brindan atención al paciente internado y atención ambulatoria (solo incluye a servicios finales).

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
2.4 Estructura del COSTO TOTAL (CD+CI) según servicios finales (o centros de producción finales) que lo conforman.	✓	✓	-	-

Nombre dependiendo del nivel de desagregación:

- Estructura del Costo Total de la Región según servicios finales.
- Estructura del Costo Total del establecimiento según servicios finales.

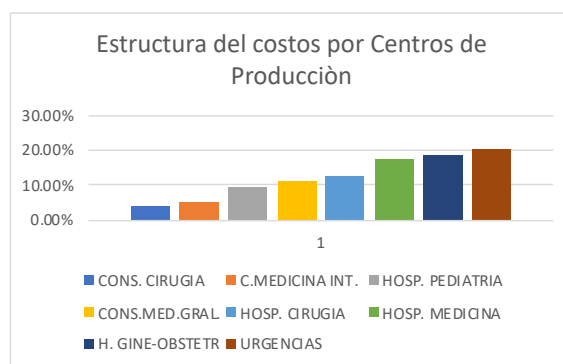
2.4.B FÓRMULA

$$\text{Estructura del Costo Total} = \frac{\text{Costo total del Servicio Final (CD+CI)}}{\text{Costo Total del Establecimiento}}$$

Nota: Obsérvese dos diferencias con respecto a la fórmula anterior del indicador previo. Primero, el numerador corresponde a algún servicio final y no incluye servicios de apoyo. Segundo, el costo del servicio final es el total, es decir, la sumatoria de los costos directos e indirectos.

Estructura del costo total (de menor a mayor) Hospital la Esperanza (servicios finales)

SERVICIO	costo total (CD+CI)	%
total	916,578,051.37	100.00%
CONS. CIRUGIA	38,691,571.77	4.22%
C.MEDICINA INT.	48,177,921.11	5.26%
HOSP. PEDIATRIA	88,029,139.69	9.60%
CONS.MED.GRAL.	102,983,257.62	11.24%
HOSP. CIRUGIA	117,140,007.34	12.78%
HOSP. MEDICINA	160,822,966.38	17.55%
H. GINE-OBSTETR	173,497,861.90	18.93%
URGENCIAS	187,235,325.56	20.43%



2.4.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

2.4.E FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser: oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

2.4.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

2.4.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Debe valorarse siempre en correlación con el volumen de producción y el comportamiento de acuerdo con el cumplimiento de la Programación Operativa a fin de identificar capacidad ociosa y oportunidades de incremento de producción.
- Permite conocer el peso relativo de cada servicio con respecto al costo total del establecimiento, identificando centros de producción críticos desde el punto de vista de costos de operación y volumen de producción.
- Permite determinar la importancia relativa real de un programa (o servicio) con respecto a otros (la aplicación de criterios económicos puede reorientar la asignación de recursos).

- Este indicador al igual que otros anteriores es muy útil para analizar el costo de la atención en áreas desatendidas y las modalidades de atención y mecanismos de referencia.
- Seguimiento de los parámetros de gestión de presupuesto (distribución real vs. distribución programada).
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación productiva de los recursos.

2.4.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Dotación de recursos.
- Distribución interna de recursos.
- Niveles de productividad (a mayor productividad mayores gastos) y nivel de complejidad de la morbilidad atendida (a mayor complejidad mayores gastos): consumos diferenciados de insumos por unidad de producción de los servicios finales y complementarios en función de su complejidad o en función de uso racional de recursos.
- Nivel de uso de los insumos esenciales.
- Índices de uso de los servicios de apoyo.
- Selección de tecnología.
- Apego a las normas administrativas y protocolos de atención.
- Política fiscal (importancia relativa de los sectores sociales y de salud).
- Cultura institucional con respecto a la importancia de los costos de producción.
- Preferencias por parte de la alta jefatura (aquellos casos en que por ejemplo el director médico es Obstetra, favorece -de forma consciente o inconsciente- a los servicios respectivos en los procesos de toma de decisiones, estimulando su crecimiento desproporcionado).
- Necesidades reales de la población cuya demanda por algún tipo de servicio estimula y justifica el desarrollo del mismo.
- Carencia de criterios objetivos para la asignación de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).
- Los mismos señalados en el indicador anterior (Estructura de los Costos Directos).
- Los niveles de uso de los servicios complementarios (en el caso del gasto total).
- Dotación de insumos por unidad de producción de los servicios finales y complementarios.

2.4.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para todo el establecimiento y por centro de producción.
- Comparar entre servicios de similar naturaleza (por ejemplo: hospitalización, cuidados críticos).
- Comparación con la estructura de presupuesto asignado y ejecutado por servicios o centros de producción.
- Comportamiento de meses anteriores.
- Comportamiento de años anteriores.
- Establecimientos de similar nivel de complejidad. Servicios (centros de producción) de similar naturaleza.

2.4.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Estructura del COSTO DIRECTO del Establecimiento según servicios que lo conforman.
- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos
- Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos de Servicios de Apoyo.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en

correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos, así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y complejos.

- En el caso de establecimientos hospitalarios, asociar el análisis de este indicador con el análisis de hospitalizaciones susceptibles de atención ambulatoria o comúnmente hospitalizaciones evitables, agregaría un enfoque estratégico de costos y de las potencialidades de replanteamiento del abordaje para morbilidades o problemas de salud susceptibles de manejo ambulatorio u otras alternativas diferentes al internamiento, mejorando la calidad de la atención así como los costos asociados al procesos mismo de atención.
- En el caso de establecimientos hospitalarios: % ocupación, intervalo sustitución, estancia promedio.
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo.
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.).
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.
- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

2.4.k ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

- Este es un dato que deberá irse construyendo de acuerdo con el comportamiento y la expectativa institucionales.
- En establecimientos de baja complejidad el peso relativo de RRHH y Gasto Generales suele ser mayor que en establecimientos de mayor complejidad, ello por cuanto estos últimos utilizan mayor cantidad de insumos y de un mayor costo, durante la atención.

2.4.l EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Si se incrementan los insumos sin que exista correspondencia con el volumen de producción, deberá revisarse la eficiencia del proceso productivo en función del consumo de insumos y demanda de apoyos de diagnóstico y tratamiento= racionalidad en el uso de insumos y recursos (los protocolos son de utilidad en este tipo de valoraciones a fin de revisar nuestros de expedientes vs. protocolo establecido).
- Establecimiento de normas o protocolos de atención para servicios críticos y patologías más frecuentes o de mayor consumo de recursos.
- Redistribución de recursos de acuerdo a productividad de los diferentes servicios.
- Fortalecer servicios de apoyo que tengan alta demanda de colaboración y que además impacten la oportunidad y la eficacia de la atención.

- Valorar incorporación de nuevas o diferentes tecnologías que impacten tanto la eficacia de la atención como el costo de atención.
- Establecer estrategias gerenciales para efectuar un adecuado control de aquellos servicios (o componentes selectivos) que por su importancia relativa determinan los costos de la institución.

2.5 Estructura del Costo Directo desagregado en componentes fijos y componentes variables.

2.5.A DESCRIPCIÓN

Es el costo directo de operación (establecimiento o servicio), desagregado en componentes FIJOS (RRHH, estructurales, gastos generales) y los componentes VARIABLES: que corresponde a insumos consumidos directamente por el centro de producción (costos directos) y que tienen relación directa con el proceso de atención (vg. Medicamentos, material médico quirúrgico, gases medicinales, etc.).

Nota: este es una visión parcial del componente variable del costo, porque los costos indirectos en especial de servicios de apoyo al diagnóstico y apoyo al tratamiento son también costos variables.

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
2.5 Estructura del Costo Directo desagregado en componentes fijos y componentes variables.	✓	✓	✓	✓

Nombre dependiendo del nivel de desagregación:

- Estructura del Costo Directo de una Red de establecimientos o Región: componente fijo de los costos directos vs. componente variable del costo directo.
- Estructura del Costo Directo de un Establecimiento de Salud: componente fijo de los costos directos vs. componente variable del costo directo.
- Estructura del Costo Directo de un Centro de Producción: componente fijo de los costos directos vs. componente variable del costo directo.
- Estructura del Costo Directo (componentes fijos y componentes variables) de una unidad de producción (descomposición del componente directo del costo unitario).

Se puede disponer de este indicador para:

- Cada unidad de producción.
- Un centro de producción o servicio (eje.: urgencias, farmacia, UCI, etc.).
- Un establecimiento.
- Una región.
- Un determinado grupo de establecimientos de una complejidad común (media de los servicios de un determinado nivel).
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

- » Para poder construir este indicador se deben valorar y cualificar todos los rubros de gasto que se registran en el sistema de costos y “catalogarlos” como fijo o como variable. Adicionalmente estimar, por motivos estratégicos, cuál rubro de gasto no será incluido en la cuantificación de los costos (por ejemplo: depreciación, mantenimiento de edificio) a fin de mejorar su representatividad con respecto del proceso operativo.
- » Para el cálculo de este indicador existen dos tendencias, una de ellas es mantener la depreciación como componente de los costos fijos. Mientras que la otra tendencia es eliminar tanto de CF como de los Costo Totales la depreciación a fin de eliminar la distorsión que estos componentes producen de manera “artificial” en el peso relativo de los Costos Fijos. Y su eventual utilidad para construir escenarios de incrementos de presupuesto ejecutado en función de hipótesis de mayor productividad.
- » De igual manera que este indicador se construye para un Centro de Producción, dicho dato puede trasladarse al Costo Unitario de producción de dicho Centro, cuando por razones estratégicos interesa un enfoque más micro: “estructura del costo directo de una unidad de producción: componentes fijos vs. componentes variables”.

2.5.B FÓRMULA

Fórmula en terminos absolutos

$$\text{Costo Directo Total} = \text{Componentes Fijos} + \text{Componentes Variables}$$

Fórmula en terminos porcentuales

$$\% \text{ Costos Fijos} = \left(\frac{\text{Componente fijo de costo directo}}{\text{Costo directo total}} \right) \times 100$$

$$\% \text{ Costos Variables} = \left(\frac{\text{Componente variable del costo directo}}{\text{Costo directo total}} \right) \times 100$$

2.5.c TABLA EJEMPLO

Costo Totales de operación – Servicio de Medicina

	COSTO TOTAL (CD+CI)	COSTOS DIRECTOS				
		TOTAL COSTOS DIRECTOS	ABSOLUTO		PORCENTUAL	
			Costos Fijos (Mano de Obras y Gastos Generales)	Costos Variables (Insumos)	Componente Fijo	Componente Variable
SERVICIOS FINALES						
Hosp. Medicina	3,873,555.0	1,991,953.3	1,666,824.4	325,128.9	83.7%	16.3%
Hosp. Cirugía	2,411,990.0	920,985.31	691,768.1	229,217.2	75.1%	24.9%
UCI	1,508,591.9	111,2418.60	754,525.3	357,893.2	67.8%	32.2%
Urgencias	7,556,462.60	4,541,620.62	4,253,468.8	288,151.8	93.7%	6.3%
Consulta Med. Interna	2,903,369.0	1,565,444.8	1,507,381.5	58,063.3	96.3%	3.7%
Consulta Cirugía	2,682,751.2	1,428,028.7	1,323,441.4	104,587.3	92.7%	7.3%
Psicología	193,777.4	159,380.44	159,188.9	191.59	99.9%	0.1%
Trabajo social	72,854.9	59,115.72	58,606.8	508.96	99.1%	0.9%
Quirófanos	4,237,759.4	2,791,408.0	1,770,330.6	1,021,077.4	63.4%	36.6%
SERVICIOS DE APOYO						
Laboratorio	2,274,491.3	187,3227.42	1,419,469.0	453,758.4	75.8%	24.2%
Banco de sangre	639,853.4	52,6173.52	289,063.2	237,110.3	54.9%	45.1%
Tomografía	273,349.9	23,8710.57	231,423.5	7,287.1	96.9%	3.1%
Resonancia magnética nuclear	30,560.5	25,490.99	19,218.4	6,272.6	75.4%	24.6%
Radiología (Rx)	2,230,815.9	182,0899.44	1,798,966.3	21,933.1	98.8%	1.2%
Mamografías	89,157.9	7,5201.41	72,768.8	2,432.6	96.8%	3.2%
Ultrasonidos	292,367.8	26,6241.39	264,157.7	2,083.7	99.2%	0.8%
Anatomía patológica	541,361.5	44,8784.99	425,930.3	22,854.7	94.9%	5.1%
Servicio farmacéutico	5,097,859.1	42,78130.12	2,339,283.4	193,8846.7	54.7%	45.3%
Ambulancia	95,364.6	9,2116.6	89,738.5	2,378.1	97.4%	2.6%
Central de equipos	314,784.1	24,8025.76	124,298.9	123,726.9	50.1%	49.9%
Nutrición y dietética	1,494,185.2	14,94185.24	945,584.7	548,600.5	63.3%	36.7%
Lavandería	753,353.1	75,3353.1	613,688.2	139,664.9	81.5%	18.5%
Dirección y admon.	7,137,212.2	66,67193.72	6,131,167.6	536,026.1	92.0%	8.0%

Frase o texto de ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en el servicio Hospitalización (Sala) de Medicina del costo de un egreso correspondió a \$2,000, de los cuales \$1,200 correspondió a Gastos Directos de los cuales el 75% fueron Gastos Fijos (salarios, depreciación, servicios básicos, etc.) y el 25% fueron Gastos Variables (medicamentos, material médico quirúrgico, gases medicinales, etc.)

Esta opción de analizar componente de gastos fijos vs. variables respecto de los gastos directos de un servicio, no es de mucho uso. Este enfoque es útil para análisis de Establecimientos, Redes o grupo de Servicios o Regiones. En el caso de centros de producción el indicador de este tipo que más suele utilizarse es relacionando COSTO TOTAL y no únicamente los costos directos, es decir incorporando en la fórmula a los Costos Indirectos que corresponden a los Servicios de Apoyo que participaron colaborando en el proceso productivo. ESTE INDICADOR SE PRESENTA MAS ADELANTE EN ESTE MANUAL.

-

Durante el mes de enero del año 2021 en el Hospital La Anexión; del total de los gastos, el 80% correspondió a Gastos Fijos (salarios, depreciación, servicios básicos, etc.) y el 20% fueron Gastos Variables (medicamentos, material médico quirúrgico, gases medicinales, etc.).

Nótese que cuando se hace referencia a un establecimiento, no se hace discriminación entre directos o indirectos, porque este es un análisis que corresponde a lo interno de centros de producción o costo unitario.

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021 en la Región Metropolitana; del total de los gastos, el 79% correspondió a Gastos Fijos (salarios, depreciación, servicios básicos, etc.) y el 21% fueron Gastos Variables (medicamentos, material médico quirúrgico, gases medicinales, etc.).

Nótese que cuando se hace referencia a un establecimiento, no se hace discriminación entre directos o indirectos, porque este es un análisis que corresponde a lo interno de centros de producción o costo unitario.

2.5.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

2.5.E FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser: oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

2.5.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

2.5.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Programación y presupuesto: permite conocer los costos de operación asociados con determinados volúmenes de producción de servicios de salud.
- Permite analizar los factores que integran el costo total y buscar combinaciones de recursos para optimizar costo/beneficio y costo/eficacia.

- En asociación con la producción específica, permite conocer el costo de cada insumo esencial por unidad de producción (producción/costo del insumo).
- Hace referencia en forma indirecta a la complejidad del servicio en cuanto al tipo de morbilidad que resuelve (ejemplo: 1er. Nivel: costos variables en menor cuantía, 3er. Nivel: costos variables altos).
- Permite al jefe de cada servicio establecer los elementos más relevantes de su propia estructura de costos de producción: conocer el peso relativo de cada rubro de gasto en el costo unitario total, identificando aquellos insumos críticos (aquellos que representan un peso relativo alto respecto al costo total unitario).
- Constituye un dato más estratégico sobre la estructura del gasto por servicio.
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior de la institución y entre instituciones.
- Permite identificar patrones de gestión.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación más productiva de recursos: Formular y negociar solicitudes de asignación de recursos con base a patrones productivos que sustenten la racionalidad del gasto.
- Para la programación de metas y de presupuesto.
- Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y presupuestales.

ACLARACIÓN ADICIONAL PARA MAYOR COMPRENSIÓN DE ESTE INDICADOR:

Para la comprensión de costos fijos y costos variables se hace necesario de previo desarrollar dos conceptos: Gasto Global en un periodo vs. Costo Unitario en el mismo periodo.

GASTO GLOBAL EN UN PERIODO vs. COSTO UNITARIO EN EL MISMO PERIODO

CONCEPTO	GASTO GLOBAL EN UN PERIODO	COSTO UNITARIO DEL PERIODO
Descripción	Corresponde al gasto total en el establecimiento (hospital o centro ambulatorio), consumido como consecuencia de la atención de pacientes.	Es la porción del costo unitario que aportan cada uno de los rubros de gasto que intervienen en el proceso productivo
Fórmula	Σ gasto en determinado rubro. La cantidad de dinero NO se divide entre la producción	(Total gastado en un rubro de gasto) dividido entre (Producción del servicio en el mismo periodo) La cantidad de dinero SI se divide entre la producción
Ejemplos	Gasto global en medicamentos= \$ 22,200 En el mes de enero como consecuencia del proceso de atención, se gastó \$ 22,200 en medicamentos.	\$22,200 ÷ 400 consultas= \$ 55.5 En el mes de enero, del costo unitario de cada consulta, \$ 55.5 correspondió al rubro de medicamentos.
	Gasto global en Salarios= \$ 100,000 En el mes de enero como consecuencia del proceso de atención, se pagó \$ 100,000 en Salarios.	\$100,000 ÷ 400 consultas= \$ 250 En el mes de enero, del costo unitario de cada consulta, \$ 250 correspondió al rubro de Salarios.

PREMISA

EL **GASTO TOTAL (GT)** DE UN SERVICIO, TAMBIÉN DENOMINADO COSTO TOTAL, ES IGUAL A LA SUMA DE **COSTOS FIJOS (CF)** MÁS LOS **COSTOS VARIABLES (CV)**.

$$GT = CF + CV$$

Costos Variables (CV)

Son aquellos rubros que gasto que, en lo que respecta al gasto global (magnitud global del gasto en el periodo), **varía en respuesta a cambios en el volumen de producción**. Mientras que en términos del costo unitario de producción permanece constante.

*El cambio en el Volumen de Producción en el caso de los Costos Variables se refleja de la siguiente manera:
El Gasto Global es variable, mientras que el Costo Unitario se mantiene relativamente igual.*

Tabla de ejemplo:

	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL
PRODUCCIÓN: Número de consultas	400	100	500	200	600	300	700
Gasto Global en medicamentos	\$22.200	\$5.550	\$27.750	\$11.100	\$33.300	\$16.650	\$38.850
Costo unitario (componente en medicamentos)	\$55,50	\$55,50	\$55,50	\$55,50	\$55,50	\$55,50	\$55,50

Nota: en realidad el costo unitario no suele ser tan uniformemente idéntico, tiene un rango de variación más o menos.

Costos Fijos (CF)

Corresponde a aquellos rubros de gasto que, en lo que corresponde al gasto global (magnitud global del gasto en el periodo), **permanecen constantes ante cambios en el volumen de producción** (el termino correcto debería ser "relativamente constante" porque casi no varía). Mientras que en términos de costo unitario **SI se modifica con los cambios en el volumen de producción**: (a) Disminuye cuando aumenta el volumen de producción y (b) Se incrementa cuando disminuye la producción.

El cambio en el Volumen de Producción el Gasto Global se mantiene igual, mientras que el Costo Unitario se varia.

Tabla de ejemplo:

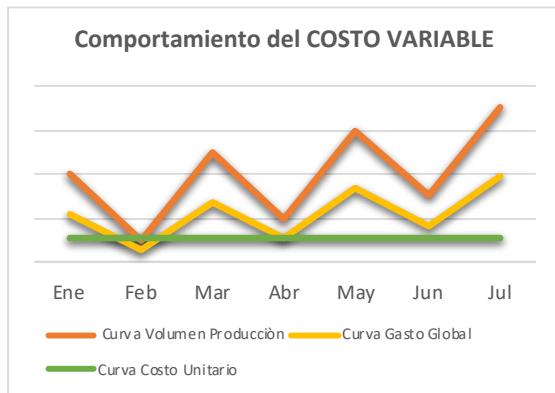
	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL
PRODUCCIÓN: Número de consultas	400	100	500	200	600	300	700
Gasto Global en salarios	\$100.000	\$100.000	\$100.000	\$100.000	\$100.000	\$100.000	\$100.000
Costo unitario (componente en salarios)	\$250	\$1.000	\$200	\$500	\$166,67	\$333,33	\$142,86

TABLA COMPARATIVA DE CAUSA Y EFECTO:

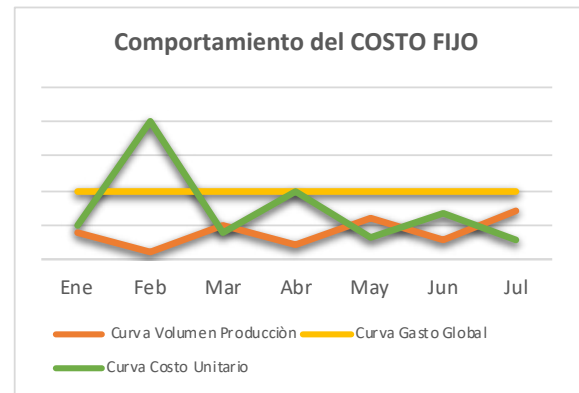
- CAUSA = PRODUCCION
- EFECTO = COSTOS

CAUSA		EFECTO	
		GASTO GLOBAL	COSTO UNITARIO
Producción Aumenta	COSTO FIJO	se mantiene igual	disminuye
	COSTO VARIABLE	se incrementa	se mantiene igual
	GASTO TOTAL	se incrementa	disminuye
Producción Disminuye	COSTO FIJO	se mantiene igual	se incrementa
	COSTO VARIABLE	disminuye	se mantiene igual
	GASTO TOTAL	disminuye	se incrementa

En los siguientes gráficos se visualiza el comportamiento de los componentes FIJOS y de los componentes VARIABLES del **costo unitario** con los cambios de producción, en el caso de COSTOS VARIABLES (se mantienen estables) y en el caso de COSTOS FIJOS (varían).



Gasto Variable (global) se modifica cuando cambia el volumen de producción.



Gasto Fijo (global) se mantiene igual a pesar de cambios en el volumen de producción

Costos Mixtos

También llamados semifijos o semivariables. Son aquellos rubros de gasto que en su composición (origen del gasto en el proceso productivo) tienen componentes fijos (generalmente estructurales) y componentes variables (generalmente operativos). Por ejemplo, de Servicios Públicos como gasto en electricidad y gasto en agua, de una Policlínica de atención a pacientes.

- **Componente Fijo:** Si no se atiende a ningún paciente (dicho de otra manera: cero producción), de todos modos se mantienen ciertos equipos operando, por ejemplo en almacén: equipos de control de temperatura y húmedas (que garantizan la calidad de insumos), alumbrados internos y externos para vigilancia, etc., y adicionalmente desde el momento en la Policlínica “abre en las mañanas” en ese momento comienza a consumir más energía eléctrica con el ingreso de los trabajadores, mismos que en su dinámica diaria de interacción en su trabajo: encienden luces de consultorios, encienden aires

acondicionados, inician calibración de algunos equipos de diagnóstico, utilizan agua para lavarse las manos e incluso uno que otro para preparar café, se utilizan los servicios sanitarios, etc. Y de todos modos el servicio mismo de ENERGÍA ELÉCTRICA en función del proveedor de servicios mantiene una tarifa mínima mensual ajeno al consumo, simplemente por el hecho de tener acceso a ese servicio.

• **Componente Variable:** Adicionalmente en el momento en el momento en que ingresan pacientes se incrementa el uso de estos insumos, ya sea para lavarse las manos como producto los protocolos de lavado de manos y la atención de pacientes, los pacientes mismos consumen agua y utilizan servicios sanitarios. Los diferentes centros de producción en el momento de generar sus servicios a los usuarios hacen uso de diferentes equipos y maquinaria que consumen energía eléctrica, tanto más según más pacientes sean atendidos.

En todo caso, para fines de proyección de gastos, y construcción de diferentes indicadores de costo suele dárseles un tratamiento como FIJOS, bajo un supuesto de producción sostenida, porque este es el escenario que más se relaciona con la continuidad de los servicios.

2.5.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- La existencia o no de estándares, protocolos o normas de atención.
- La inexistencia de estándares de rendimiento de recurso humano suele incrementar el peso relativo de Gastos Fijos (por su componente de sueldos y salarios).
- Los incrementos de capacidad ociosa suelen incrementar el peso relativo de Gastos Fijos, por su componente Estructural y de Recurso Humanos.
- La depreciación (de edificios y equipos) puede aumentar “artificialmente” el componente de Gastos Fijos (como parte de la estructura). Un factor que genera distorsión lo constituyen las políticas salariales, en especial los ajustes o incrementos fijos al salario base o bonificaciones sin que necesariamente aumente la producción y los costos variables. Este factor es importante tener en cuenta al momento de analizar y realizar comparaciones entre servicios y su eventual impacto en el costo unitario.
- La existencia o no de una cultura de rendición de cuentas y de una cultura de uso racional de los recursos.
- Variación en el volumen de producción modifica el indicador de manera importante, y más en casos externos como huelgas.
- El uso de divisas para el pago de materiales y de moneda local para el pago de salarios, puede afectar el comportamiento de los rubros de gasto.
- Los ya indicados en relación con los insumos que conforman los costos directos de cada servicio.

2.5.H REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para cada uno de los servicios, al menos los relacionados con atención directa (eje.: hospitalización, consulta ambulatoria) y los de apoyo al Dx y al Tx (ejem: laboratorio clínico, imagenología).
- Se debe relacionar siempre con los volúmenes de producción y Programación Anual Operativa.
- Se debe relacionar siempre con los niveles de ociosidad de acuerdo a estándares de uso de recursos (RRHH, equipamiento, infraestructura).
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior de la institución y entre instituciones.
- Comparación entre grupos de servicios (centros de producción) del establecimiento de la misma naturaleza (hospitalización, consulta ambulatoria, etc.).

- Comparación con presupuesto asignado y programación operativa anual (costo presuntivo inicial).
- Comportamiento de años y meses anteriores.
- Comportamiento de meses anteriores.
- Comportamiento de años anteriores.
- Comportamiento en establecimientos de similar nivel de complejidad.

2.5.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANALISIS

- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos. Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos de Servicios de Apoyo.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos, así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y más complejos.
- En el caso de establecimientos hospitalarios: % ocupación, intervalo sustitución, estancia promedio.
- Rendimiento de las horas medico: consultas por hora, tiempo medico por Día Cama Ocupado (estancia)
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Numero de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo.
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.).
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.
- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

2.5.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

- Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.
- Este es un dato que deberá irse construyendo de acuerdo con el comportamiento y las expectativas institucionales. Y variará dependiendo de las diferentes complejidades de un servicio u otro.

2.5.1 EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Para la programación de metas y de presupuesto.
- Para proyectar posibles efectos en el presupuesto, como consecuencia de diferentes escenarios de incrementos de producción tendientes a reducir la capacidad ociosa.
- Permite al gerente focalizar sus esfuerzos en aquellos gastos más estratégicos y que constituyen un mayor impacto no solo en el presupuesto general, sino que también la calidad de atención.
- * En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación más productiva de recursos y diseño de diferentes escenarios de eficiencia (reducción de capacidad ociosa).

3. INDICADORES DE COSTOS

Este módulo de indicadores se caracteriza por relacionar en sus fórmulas, datos de GASTOS en el numerador y datos de producción en el denominador. Entonces, a diferencia de los indicadores del módulo anterior, en este módulo de costos se incorpora la producción como parte de la fórmula.

3.1 Costo Unitario por Servicio o Centro de Producción (Costo Promedio).

3.1.A DESCRIPCIÓN

Es el costo monetario promedio por unidad de producción de cualquier servicio final o complementario. Refleja los niveles de uso de los insumos por parte de los responsables de la operación del servicio respectivo y los elementos de apoyo que genera sobre otros servicios (raciones alimenticias, mantenimiento, exámenes de laboratorio, una charla, etc.).

- En este indicador se relacionan los gastos con la producción.

Se puede disponer de este indicador para:

- * Especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución.
- * Establecimiento.
- * Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel).
- * Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
3.1 Costo Unitario por Servicio o Centro de Producción (costo promedio).	Se podría referenciar un costo promedio por grupo de establecimientos o bien un comparativo entre los servicios de establecimientos.	-	-	✓

Nombre, dependiendo del nivel de desagregación:

- Costo Unitario de un egreso, consulta, etc. de una Red de establecimientos o Región.
- Costo Unitario de un Centro de Producción.

3.1.B FÓRMULA

Gasto Total (CD+CI) del Servicio en un período

Volumen de producción del Servicio el mismo período

3.1.c TABLA EJEMPLO

Hospital de la Curación
Enero 2021
Costos unitarios de producción

PRODUCCIÓN				
SERVICIO	COSTO TOTAL (CD+CI)	UNIDAD DE PRODUCCIÓN	VOLUMEN DE PRODUCCIÓN	COSTO UNITARIO
Hospitalización Medicina	3,873,555.0	egresos	200	19,367.8
		DCO	1,400	2,766.8
Hospitalización de Cirugía	2,411,990.0	egresos	300	8,040.0
		DCO	1,500	1,608.0
Hospitalización Ortopedia	2,252,040.5	egresos	100	22,520.4
		DCO	900	2,502.3
UCI	1,508,591.9	egresos	20	75,429.6
		DCO	400	3,771.5
Urgencias	7,556,462.6	consultas	8,700	868.6
Consulta Medicina Interna	2,903,369.0	consultas	1,300	2,233.4
Consulta Cirugía	2,682,751.2	consultas	1,500	1,788.5
Psicología	193,777.4	consultas	700	276.8
Trabajo social	72,854.9	casos	500	145.7
Quirófanos (Sala Operaciones)	4,237,759.4	Proc. quirúrgicos	700	6,053.9
Laboratorio	2,274,491.3	eximentes	21,600	105.3
Radiología	2,230,815.9	estudios	8,480	263.1
Ultrasonidos	292,367.8	estudios	2,000	146.2
Banco de sangre	639,853.4	ml transfund.	14,000	45.7
Farmacia	5,097,859.1	recetas	15,000	339.9
Ambulancia	95,364.6	traslados	470	202.9
Central de equipos	314,784.1	cargas	2,200	143.1

Frase o texto de ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021, el gasto total (CD+CI) del servicio Hospitalización (Sala de Medicina) fue de \$ 3,873,555.00. Ese mismo mes produjo 200 egresos. Entonces el costo unitario del egreso es de \$19,367.8 ($\$3,873,555.00 / 200 = \$19,367.8$). Nótese que el costo unitario en su composición incluye tanto costos directos como costos indirectos.

3.1.d PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

3.1.e FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser: oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

3.1.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

3.1.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Se constituye en el costo (en términos monetarios) de generar un producto. Aplica tanto para servicios finales como para servicios de apoyo.
- Si se introducen hipótesis de eficiencia en el proceso productivo actual (por ejemplo, incrementar el índice ocupacional, disminuir el promedio de estancia, ajustar la demanda de servicios de apoyo), permite valorar costos alternativos posibles en función del mejoramiento del proceso productivo.
- El costo unitario permite valoraciones de estudios de costo beneficio (costos generados por distintas alternativas de eficiencia) o bien distintas alternativas de provisión de servicios, por ejemplo: compra de servicios.
- Gestión estratégica: el costo unitario de producción permite al gerente valorar el mantener o eliminar líneas de producción, o bien concentrarlas en establecimientos de mayor complejidad.
- Determinar las funciones de producción: cual es la estructura del costo asociada con distintos volúmenes de producción.
- Cumplimiento de las normas de costo estándar (requiere el uso de protocolos y la tipificación de insumos por tipo de patología).

3.1.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Nivel de consumo de insumos esenciales por unidad de producción.
- Tasas de uso de los servicios complementarios (intervenciones por egresos, exámenes por consulta, raciones por D-C-O, etc.).
- Otros indicadores de rendimiento: índice ocupacional y promedios de días estancia.
- Productividad (rendimiento) del recurso humano: tiempo utilizado en generar un determinado producto (eje.: consulta, examen, procedimiento quirúrgico).
- Estructura de la oferta de servicios a su vez condicionada por el nivel de complejidad institucional. En general, a mayor complejidad, mayor costo.
- Uso de tecnología (la presencia de tecnología sofisticada determina mayor complejidad de procesos e insumos de mayor costo).
- Existencia de normas gerenciales y de servicio al paciente (protocolos de atención)
- Carencia de criterios objetivos para la asignación de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).

3.1.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para cada uno de los servicios, al menos los relacionados con atención directa (eje.: hospitalización, consulta ambulatoria) y los de apoyo al Diagnóstico y al Tratamiento (eje.: laboratorio clínico, imagenología).
- Se debe relacionar siempre con los niveles de ociosidad de acuerdo a estándares de uso de recursos (RRHH, equipamiento, infraestructura).
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior de la institución y entre instituciones.
- Comparación entre grupos de servicios (centros de producción) del establecimiento de la misma naturaleza (hospitalización, consulta ambulatoria, etc.)
- Comparación con presupuesto asignado y programación operativa anual (costo presuntivo inicial)
- Comportamiento de años y meses anteriores
- Comportamiento en establecimientos de similar nivel de complejidad

- REFERENCIAMIENTO CON EL COSTO ESTANDAR (o costo predeterminado): El costo estándar es el costo unitario de los diferentes productos o servicios. Se calcula antes de realizar el proceso de ejecución presupuestaria, considerando en dicho cálculo que la actividad productiva se desarrollará en condiciones hipotéticas de eficiencia (puede construirse bajo 1 o más escenarios de eficiencia). El costo estándar calculado en condiciones de máxima eficiencia operativa representa una meta a alcanzar. Por otra parte, el costo estándar calculado pensando en la mejor gestión posible, permite controlar, periódicamente, el grado de eficiencia alcanzado al referenciarlo con el costo real obtenido. En tal sentido el COSTOS ESTANDAR actúa como un patrón de referencia de la eficiencia.

3.1.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos. Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos de Servicios de Apoyo.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos, así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y más complejos.
- En el caso de establecimientos hospitalarios: % ocupación, intervalo sustitución, estancia promedio.
- Rendimiento de las horas medico: consultas por hora, tiempo medico por Día Cama Ocupado (estancia).
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en el periodo.
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.).
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.
- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

3.1.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

El costo estándar (en caso de que se diseñe) puede constituirse en un referente base, sin embargo, será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

3.1.I EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Para el establecimiento de tarifas o precios y como referentes para convenios de prestación de servicios.
- Como referente para decisiones en torno a compra de servicios.
- El permite conocer la rentabilidad de un centro de producción y determinar el margen de utilidad ante la eventualidad de venta o compra de servicios.
- Para la valoración del nivel de eficiencia del servicio.
- Para proyectar posibles efectos en el presupuesto, como consecuencia de diferentes escenarios de incrementos de producción tendientes a reducir la capacidad ociosa.
- Permite al gerente focalizar sus esfuerzos en aquellos servicios más estratégicos.

3.2 Estructura de los componentes directos del Costo Unitario desagregado por Rubros de Gasto

3.2.A DESCRIPCIÓN

Es un mayor detalle del indicador: Estructura del costo según rubros críticos. Cuantifica en términos monetarios y porcentuales para diferentes materiales, los servicios que lo utilizaron en función de su gasto total y **por unidad de producción**. Determina cuales son los servicios que mayor demanda tienen de un determinado insumo.

Nota: es una variación del COSTO UNITARIO (indicador anterior), implica desagregar el costo unitario utilizando como numerador únicamente los COSTOS DIRECTOS ya sea la sumatoria de estos o bien para rubros de gasto específicos de interés estratégico. De darse el caso el indicador se denomina: COSTO UNITARIO DIRECTO TOTAL O POR RUBRO DE GASTO ESPECÍFICO. Este es de utilidad como “referente para fijar tarifas” en convenios o transacciones en las que únicamente se facturarán los costos directos y los servicios de apoyo se facturan por separado como productos específicos.

Suele utilizarse para materiales que tienen cierta importancia estratégica en el proceso productivo, por ejemplo, medicamentos, material médico quirúrgico, reactivos de laboratorio, o incluso Recursos Humanos. Componentes del gasto que se constituyen en esenciales del proceso productivo y además de representar un alto peso relativo de los costos totales de operación.

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
3.2 Estructura de los componentes del costo directo del Costo Unitario desagregada por rubros de gasto.	Se podría referenciar un costo promedio por grupo de establecimientos o bien un comparativo entre los servicios de los establecimientos.	–	–	✓

Nombre, dependiendo del nivel de desagregación:

- Estructura de componentes directos del CU por Rubros de Gasto de un egreso, consulta, etc. de una Red de establecimientos o Región.
- Estructura de componentes directos del CU por Rubros de Gasto de un Centro de Producción.

3.2.B FÓRMULA

Total del gasto en una categoría de material determinado

Producción del servicio en ese periodo

Ejemplo:

Gasto en Medicamentos en el Servicio de Pediatría

*Numero de egresos del Serv. Pediatría
para el periodo*

3.2.c TABLA EJEMPLO

Costo DIRECTOS de operación – Servicio de Medicina / enero 2019

Producción:

74 camas

345 egresos

2070 DCO

7 días de estancia promedio

90.9% de Ocupación

COSTOS TOTALES	Costo del servicio (CD+CI)	Costo de un Egreso	Costo de un DCO
	160,822,966.38	466,153.53	77,692.25
COSTOS DIRECTOS	TOTALES	UNITARIOS	% del CD
SUELDOS	39,240,000.00	113,739.13	32.24%
TIEMPO EXTRAORDINARIO	20,052,851.43	58,124.21	16.48%
MEDICAMENTOS	53,194,060.52	154,185.68	43.71%
MAT. MEDICO QUIRURGICO	7,595,999.00	22,017.39	6.24%
REACTIVOS/PR.QUIMICOS	523,236.40	1,516.63	0.43%
PLACAS DE RAYOS X	80,800.00	234.2	0.07%
MATER.CONSTR. Y MANT	129,099.00	374.2	0.11%
OTROS MATER. Y SUMIN	104,631.00	303.28	0.09%
OTROS REPUESTOS	520,000.00	1,507.25	0.43%
DEPRECIACIONES	262,451.82	760.73	0.22%
OTRS SERVS. NO PERS.	6,400.00	18.55	0.01%
Total Costos Directos	121,709,529.17	352,781.24	100.00%

Tabla ejemplo 2:

Ejemplo de tabla con ambos componentes donde se aprecia el peso relativo de un determinado insumo en todo el establecimiento vs. el peso relativo de dicho insumo como componente del costo unitario de un servicio.

SERVICIO	Gasto en medicamentos		Unidad de producción	Volumen de producción	Costo unitario del egreso	Costo unitario en Medicamentos	% respecto al costo unitario
	absoluto	%					
Hospit. Medicina	53,194,060.52	37.66%	egresos	345	466,153.53	154,185.68	33.08%
Hospit. de Cirugía	26,040,074.55	18.44%	egresos	413	283,631.98	63,051.03	22.23%
Hosp. Gine-Obst.	14,201,672.32	10.06%	egresos	2,515	68,985.23	5,646.79	8.19%
Hospit. Pediatría	10,611,332.32	7.51%	egresos	419	210,093.41	25,325.38	12.05%
Consulta Med.Gral.	13,756,948.48	9.74%	consultas	18,148	5,674.63	758.04	13.36%
Cons. Med.Interna	9,171,033.99	6.49%	consultas	3,842	12,520.25	2,387.05	19.07%
Consulta Cirugía	3,509,289.96	2.48%	consultas	6,292	6,149.33	557.74	9.07%
Urgencias	10,555,153.40	7.47%	consultas	31,317	5,978.71	337.04	5.64%
Quirófanos	193,116.00	0.14%	proced. quirúrgico	1,498	22,482.11	128.92	0.57%
TOTAL	141,232,681.54	100.00%	-	-	-	-	-



Formula 1: Peso relativo del gasto en medicamentos en relación al gasto total del establecimiento.



Formula 2: Pero relativo del gasto en medicamentos respecto del costo unitario (ejem: del egreso).

Fases o textos de ejemplo cuando se hace valoración este indicador:

Durante el mes de enero del año 2021, el costo del egreso (costo unitario) del servicio Hospitalización de Medicina fue de \$ 725. De ese monto, el 92% corresponden a Costos Directos, para un costo unitario directo de \$667.

Otro ejemplo:

Durante el mes de enero del año 2021, el costo del egreso (o costo unitario) del servicio Hospitalización de Medicina (Sala de Medicina) fue de \$ 725. De ese monto, \$505 correspondieron a Mano de Obra (salarios y otros) y \$ 140 correspondieron a medicamentos, para un peso respectivo de 69.7% y 19.3%. Ambos acumulan el 89% de los costos de operación.

3.2.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

3.2.E FUENTE LOS DATOS

Dependiendo de la estructura de responsabilidades del establecimiento pueden ser: oficina de presupuesto, oficina de costos, oficina de planificación, almacenes.

3.2.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

3.2.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Desde el punto de vista del costo unitario (o costo promedio) permite valorar el peso relativo de un determinado material respecto al costo total de producción, aspecto directamente relacionado con las características del servicio y con la complejidad de la morbilidad que se maneja (por ejemplo, Medicamentos podrá ser de mayor relevancia en el manejo de un paciente del Servicio de Medicina respecto a otro paciente del servicio de Obstetricia).
- Permite al jefe de cada servicio establecer los elementos más relevantes de su propia estructura de costos. Identificando cuales son aquellos materiales que mayor relevancia tienen en la ejecución de su producción, a los cuales debería estar monitoreando activamente, pues están directamente relacionados con las relaciones de eficiencia (costos de operación) en caso de sobreutilización o abuso en su consumo, y con las relaciones de calidad (en caso de subutilización en detrimento de la calidad).

Niveles de consumo de insumos o demanda de apoyos	Eficiencia	Costo unitario	¿Agrega valor?	Calidad
LO NECESARIO (1)	si	adecuado	si	no lo afecta
MAS DE LO NECESARIO	no	se incrementa	no	puede afectar
MENOS DE LO NECESARIO	no	se incrementa (2)	no	si lo afecta

(1) = estándares, protocolos, medicina basada en evidencia, criterio de experto, experiencia.

(2) = en primera instancia disminuye el consumo de un determinado insumo, sin embargo, siendo dicho insumo u apoyo diagnóstico o terapéutico necesario para la atención, se retrasa el proceso de atención, no se eficaz y eventualmente habrá que atenderlo suavemente.

- Permite conocer el peso relativo (o impacto) de cada servicio en la utilización de un material y asociarlo con el gasto total de dicho material en todo el establecimiento.
- Permite valorar el gasto (costo) unitario de un determinado material por unidad de producción en todos los servicios que lo utilizan, analizado en función de la complejidad de cada servicio a fin de establecer relaciones de eficiencia y racionalidad en el consumo de materiales por parte de cada uno de los servicios.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación más productiva de recursos.
- Constituye un dato más afinado sobre la estructura del gasto por servicio.
- Análisis de la concentración de gasto según diferentes materiales que se utilizan en el proceso productivo.
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior de la institución y entre instituciones.
- Permite identificar puntos críticos donde efectuar intervenciones estratégicas a nivel institucional y además orientar esas intervenciones para diferentes servicios, yendo de lo macro a lo micro.
- Contribuye al análisis de la estructura de costos del establecimiento.

3.2.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- El uso de divisas para el pago de materiales y de moneda local para el pago de salarios, puede afectar el comportamiento de los rubros de gasto.
- Los ya indicados en relación con los materiales y partidas que conforman los costos directos de cada servicio.
- Los factores que afectan los índices de utilización de los servicios que brindan apoyo.

3.2.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para cada uno de los servicios, al menos los relacionados con atención directa (eje.: hospitalización, consulta ambulatoria) y los de apoyo al Diagnóstico y al Tratamiento (eje.: laboratorio clínico, imagenología).
- Se debe dar seguimiento especial a los rubros identificados como críticos.
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior de la institución y entre instituciones.
- Comparación entre grupos de servicios (centros de producción) del establecimiento de la misma naturaleza (hospitalización, consulta ambulatoria, etc.)
- Comparación con presupuesto asignado y programación operativa anual (costo presuntivo inicial).
- Comportamiento de años y meses anteriores.
- Comportamiento en establecimientos de similar nivel de complejidad.

3.2.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos. Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos de Servicios de Apoyo.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y más complejos.
- En el caso de establecimientos hospitalarios: % ocupación, intervalo sustitución, estancia promedio.
- Rendimiento de las horas médico: consultas por hora, tiempo médico por Día Cama Ocupado (estancia)
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en el periodo.
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.).
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.
 - * Estudios de imágenes por consulta.
 - * Estudios de imágenes por egreso.

- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

3.2.k ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

Este es un dato que deberá irse construyendo de acuerdo con el comportamiento institucional y la expectativa institucional. Y variará dependiendo de las diferentes complejidades de un servicio u otro.

3.2.l EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Para la programación de metas y de presupuesto.
- Seguimiento de la asignación presupuestal para insumos de importancia relevante.
- Formular y negociar solicitudes de asignación de recursos con base a patrones productivos que sustenten la racionalidad del gasto.
- Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y presupuestales.
- Establecer mecanismos de monitoreo más frecuentes y con criterios de “aviso” oportuno de desviaciones o comportamiento erráticos o atípicos: por ejemplo, medicamentos, que debido a su alta rotación podría tener mecanismos de aviso cuando la partida se haya consumido en un determinado volumen a fin de implementar medidas correctivas y de ser necesario de adquisición oportunamente de modo que no afecte la atención directa.
- Diseño de protocolos o sistemas de supervisión específicos para determinados rubros especialmente críticos por su volumen y por su impacto en la eficacia y en la calidad de la atención

El uso de algunos insumos críticos, como son medicamentos, reactivos de laboratorio y repuestos, por su costo y por su impacto como componente en la atención final del paciente (en el diagnóstico y tratamiento) requiere valorar seriamente la necesidad de mantener sistemas de información muy puntuales en este sentido, como puede ser un sistema de información de uso de medicamentos por tipo y presentación, incluyendo costos y volúmenes. Similar situación en lo que respecta a los reactivos. En muchas ocasiones estos insumos significan más del 5% del presupuesto total de operación y según el nivel de complejidad incluso más del 15% de los costos de operación.

- Permite al gerente focalizar sus esfuerzos en aquellos gastos más estratégicos y que constituyen un mayor impacto no solo en el presupuesto general, sino que también la calidad de atención, en la siguiente tabla se esbozan valoración respecto al consumo racional de los recursos:
- Control de gasto para partidas o grupos de gasto específicos mediante el análisis seriado de toda una institución de salud y/o por regiones de salud o bien por niveles de complejidad.
- Formular y negociar solicitudes de asignación de recursos con base a patrones productivos que sustenten la racionalidad del gasto.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación más productiva de recursos.
- Para la programación de metas y propuestas de presupuesto: Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y presupuestales.

3.3 Composición del Costo Unitario de un Servicio.

3.3.A DESCRIPCIÓN

Es un indicador que incorpora en su composición al indicador anterior, más completo porque incluye tanto el componente de costos directos como también el componente de costos indirectos (una terminología usada para indicadores que incorporan varios aspectos es el de **INDICADOR COMPUESTO**). Integra todos los gastos **del centro de producción**, con detalle suficiente para que el gerente cuente con una visión completa del desempeño del servicio:

- Los costos directos, producto de los materiales, insumos o rubros de gasto directamente asignados (consumidos o utilizados) por el servicio y
- Los costos indirectos producto de los elementos de apoyo que genera sobre otros servicios (exámenes de laboratorio, estudios de Rx, raciones alimenticias, mantenimiento, , una charla, etc.).
- Costo unitario desagregado en sus componentes.
- La producción alcanzada por el servicio en el periodo de análisis.

Incluye la siguiente información:

- * Composición del costo directo según cuentas o rubros de gasto.
- * Composición del costo indirecto según servicios de apoyo.

INDICADOR	POR RED, REGIÓN O GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS	POR ESTABLECIMIENTO	PARA CADA CENTRO DE PRODUCCIÓN	A NIVEL DE COSTO UNITARIO
3.3 Composición del Costo Unitario de un servicio.	Se podría referenciar un costo promedio por grupo de establecimientos o bien un comparativo entre los servicios de establecimientos.	-	-	✓

Nombre, dependiendo del nivel de desagregación:

- Composición del costo unitario de un egreso, consulta, etc. de una Red de establecimientos o Región.
- Composición del costo unitario de un servicio.

El formato de un reporte de este indicador suele mostrar datos referidos al centro de producción desde el punto de vista de los gastos, relacionándolos con la producción de dicho centro de producción; presentando entonces el detalle del costo unitario desagregado en todos sus componentes. Es por tanto un indicador compuesto porque presenta una serie de datos integrados para generar una visión detallada del gasto por servicio y del costo unitario.

Interesa de manera especial que valoren los ejemplos de reportes porque se constituyen en una sugerencia de presentación de información para las autoridades, por supuesto ustedes pueden hacer las variaciones que consideren pertinentes. Pero el valor agregado es que en una sola tabla se presenta de manera integrada un importante volumen de información del servicio que esté siendo sujeto de análisis.

Determina, desde el punto de vista de los costos directos: la importancia relativa de una partida o rubro de gasto con respecto a otros en el proceso productivo de un servicio y respecto al costo total y desde el punto de vista de los costos indirectos: la importancia relativa de los servicios de apoyo que utiliza (demanda) el servicio en su proceso productivo.

El costo directo se desagrega en partidas (rubros) de gasto, ya sea referidos principalmente a mano de obra y materiales (insumos), dependiendo de la forma del registro de gastos por servicio, podría incluir otros rubros como consultorías, contratos, compra de servicios.

El costo indirecto se desagrega en servicios de apoyo (Laboratorio Clínico, Farmacia, Lavandería, etc.) y representa en términos monetarios el apoyo recibido por un servicio final.

3.3.B FÓRMULA

Fórmulas: Como se ha mencionado en la descripción del indicador, está compuesto por más de una información y en consecuencia, la construcción de este incorpora más de una fórmula que en conjunto conforman el reporte correspondiente.

Destacan 4 formulas en su construcción:

a. Composición del Costo Directo de un Servicio.

$$(a1) \text{ Composición del Costo Directo} = \left(\frac{\text{Total del gasto en una categoría de insumo determinada}}{\text{Costo Directo Total del servicio}} \right) \times 100$$

$$(a2) \text{ Composición del Costo Total} = \left(\frac{\text{Total del gasto en una categoría de insumo determinada}}{\text{Costo Total del servicio}} \right) \times 100$$

b. Composición del Costo Indirecto del Servicio (por demanda de un Serv. de Apoyo)

$$(b1) \text{ Composición del Costo Directo} = \left(\frac{\text{Total del gasto asignado por demanda de un determinado servicio de apoyo}}{\text{Costo Indirecto Total del Servicio}} \right) \times 100$$

$$(b2) \text{ Composición del Costo Total} = \left(\frac{\text{Total del gasto asignado por demanda de un determinado servicio de apoyo}}{\text{Costo Total del servicio}} \right) \times 100$$

Nota: obsérvese que en el denominador cambia de una formula a otra, en algunos casos se refiere al costo total del servicio (a2 y b2), mientras que otras se refieren a los costos directos (a1) o los costos indirectos (b1).

3.3.c TABLA EJEMPLO

A continuación, se presentan una serie de TABLAS DE EJEMPLO, de cómo presentar esta información:

Ejemplo 1:

Nótese que la tabla incluye la producción del servicio.

Costo Totales de operación – Servicio de Medicina / enero 2019

Producción:

74 camas

345 egresos

2070 DCO

6 días de estancia promedio

90.9% de Ocupación

COSTOS TOTALES	Costo del servicio (CD+CI)	Costo de un Egreso	Costo de un DCO	
	160,822,966.38	466,153.53	77,692.25	
COSTOS DIRECTOS	TOTALES	UNITARIOS	% del total	% del CD
SUELDOS	39,240,000.00	113,739.13	24.40%	32.24%
TIEMPO EXTRAORDINARIO	20,052,851.43	58,124.21	12.47%	16.48%
MEDICAMENTOS	53,194,060.52	154,185.68	33.08%	43.71%
MAT. MEDICO QUIRURGICO	7,595,999.00	22,017.39	4.72%	6.24%
REACTIVOS/PR.QUIMICOS	523,236.40	1,516.63	0.33%	0.43%
PLACAS DE RAYOS X	80,800.00	234.2	0.05%	0.07%
MATER.CONSTR. Y MANT	129,099.00	374.2	0.08%	0.11%
OTROS MATER. Y SUMIN	104,631.00	303.28	0.07%	0.09%
OTROS REPUESTOS	520,000.00	1,507.25	0.32%	0.43%
DEPRECIACIONES	262,451.82	760.73	0.16%	0.22%
OTRS SERVS. NO PERS.	6,400.00	18.55	0.00%	0.01%
Total Costos Directos	121,709,529.17	352,781.24	75.68%	100.00%
COSTOS INDIRECTOS	TOTALES	UNITARIOS	% del total	% del CI
DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	15,158,866.68	43,938.74	9.43%	38.76%
NUTRICIÓN	6,849,532.41	19,853.72	4.26%	17.51%
CENT. ESTERILIZACIÓN	2,777,475.30	8,050.65	1.73%	7.10%
FARMACIA	1,820,703.96	5,277.40	1.13%	4.65%
RAYOS X	1,244,638.91	3,607.65	0.77%	3.18%
LABORATORIO CLÍNICO	10,925,100.79	31,666.96	6.79%	27.93%
QUIRÓFANO	337,119.16	977.16	0.21%	0.86%
Total Costos Indirectos	39,113,437.21	113,372.28	24.32%	100.00%

Ejemplo 2:
Para un servicio de apoyo.

Nótese que la tabla incluye la producción del servicio.

Costo Totales de operación – Servicio de Laboratorio Clínico / enero 2019

Producción:

4550 exámenes de laboratorio

COSTOS TOTALES	Costo del servicio		Costo de un examen de lab.	
	1,982,740.47		435.77	
COSTOS DIRECTOS	TOTALES	UNITARIOS	% del total	% del CD
Recursos Humano (MO directa)	1,338,425.10	294.16	67.50%	85.30%
Depreciación maq. y equipo	1,000.00	0.22	0.10%	0.10%
Viáticos	950	0.21	0.00%	0.10%
Servicio de básicos	18,891.60	4.15	1.00%	1.20%
Impresión, encuader. y otros	1,014.70	0.22	0.10%	0.10%
Mantenimiento y rep.de equipo	1,842.60	0.4	0.10%	0.10%
Equip. médico, laborat., rayo x, odontolog. y sanitario.	2,002.00	0.44	0.10%	0.10%
Útiles médicos, laboratorio y de farmacia	185,853.50	40.85	9.40%	11.80%
Material oficina y otros útiles y materiales	879	0.19	0.00%	0.10%
Instrumentos medico quirúrgicos	12,815.80	2.82	0.60%	0.80%
Repuestos	5,691.40	1.25	0.30%	0.40%
Textiles y vestuarios	490.9	0.11	0.00%	0.00%
Total Costos Directos:	1,569,856.60	345.02	79.20%	100.00%
COSTOS INDIRECTOS	TOTALES	UNITARIOS	% del total	% del CI
Lavandería	1,750.00	0.38	0.10%	0.40%
Nutrición y dietética	3,570.00	0.78	0.20%	0.90%
Aseo	11,332.90	2.49	0.60%	2.70%
Mantenimiento	4,800.00	1.05	0.20%	1.20%
Central de equipos	1,500.00	0.33	0.10%	0.40%
Dirección y administra.	389,931.00	85.7	19.70%	94.40%
Total Costos Indirectos	412,883.90	90.74	20.80%	100.00%

Otro ejemplo que consolida en una sola tabla:

HOSPITAL LA ESPERANZA
Servicio de Hospitalización Medicina
enero - abril 2021

Producción:

36 camas
344 egresos
1892 D.C.O.
5.5 Estancia Promedio
89.1% Porcentaje de Ocupación

	Costo del Servicio	% Costo Total	% Costo Directo		% Costo del Egreso	% Costo del DCO
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%				
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%	100.0%		2,503.8	455.2
recurso humano	\$229,615.10	26.7%	86.7%		770.1	140.0
gastos generales	\$11,028.10	1.3%	4.2%		32.1	5.8
insumos	\$24,288.04	2.8%	9.2%		70.6	12.8
Detalle de insumos críticos:			% Insumos	% acum. Insumo		
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%	14.1%	14.1%	9.9	1.8
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%	12.7%	26.7%	8.9	1.6
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%	12.6%	39.3%	8.9	1.6
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%	52.8%	92.1%	37.3	6.8
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%	"% Costo Indirectos"	% acum. CI	1,733.6	315.2
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%	17.9%	17.9%	310.3	56.4
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%	18.4%	36.3%	319.5	58.1
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%	16.8%	53.2%	291.7	53.0
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%	14.5%	67.7%	251.5	45.7
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%	18.5%	86.2%	321.6	58.5

Breve explicación del contenido de la tabla anterior:

HOSPITAL LA ESPERANZA
 Servicio de Hospitalización Medicina
 enero - abril 2021

GASTO TOTAL DEL SERVICIO	COSTO DIRECTO	COMPOSICIÓN DE LOS COSTOS DIRECTOS	PESO % DE CADA RUBRO RESPECTO DE COSTOS TOTALES	COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DE COSTOS DIRECTOS
	Costo del Servicio	% Costo Total		% Costo Directo
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%		
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%		100.0%
recurso humano	\$229,615.10	26.7%		86.7%
gastos generales	\$11,028.10	1.3%		4.2%
insumos	\$24,288.04	2.8%		9.2%
Detalle de insumos críticos:				% Insumos
				% acum. Insumo
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%		14.1%
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%		26.7%
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%		39.3%
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%		92.1%
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%	"% Costo Indirectos"	% acum. CI
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%		17.9%
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%		36.3%
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%		53.2%
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%		67.7%
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%		86.2%

COSTO INDIRECTO **COMPONENTES DEL COSTO INDIRECTO** **COLUMNA DE ACUMULADOS** **COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DE COSTOS INDIRECTOS** **COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DE COSTOS INSUMOS**

3.3.D PERIODICIDAD RECOMENDADA

Periodicidad mensual, trimestral, semestral, anual.

3.3.E FUENTE LOS DATOS

Lo que corresponde a la producción Estadística o Registros Médicos y en algunos casos los registros de los propios servicios. Los datos de gastos y costos la oficina de Costos.

3.3.F INSTANCIA COMPETENTE PARA GENERAR EL INDICADOR

Oficina de costos o de planificación.

3.3.G ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Permite analizar la estructura específica de los costos de producción.
- Permite conocer el peso relativo de cada rubro de gasto en el costo total del servicio (Análisis de la composición del gasto, permitiendo determinar aquellas partidas o categorías de gasto que tienen mayor impacto en los costos totales de operación). Permite determinar la importancia relativa real de un rubro de gasto con respecto a otros.
- Permite analizar la distribución por partida, cuentas o rubros de gasto, identificando puntos críticos donde efectuar intervenciones estratégicas.
- Un factor que genera distorsión lo constituyen las políticas salariales, en especial los ajustes o incrementos fijos al salario base o bonificaciones sin que necesariamente aumente la producción y los costos variables. Este factor es importante tener en cuenta al momento de analizar y realizar comparaciones entre servicios y su eventual impacto en el costo unitario.
- Permite conocer el peso relativo de cada servicio de apoyo con respecto al costo total del servicio.
- Permite al jefe de cada servicio establecer los elementos más relevantes de su propia estructura de costos. El jefe del servicio que brinda apoyo conoce la estructura de la demanda y la importancia relativa de sus “clientes”. El jefe del servicio receptor conoce la composición de sus costos indirectos y el impacto relativo de cada uno de ellos sobre los costos totales del servicio.
- Establecer estrategias gerenciales para efectuar un adecuado control de aquellos insumos (o componentes selectivos) que por su importancia determinan los costos del servicio, ya sea por consumo directo o por demanda (utilización) de algún servicio de apoyo.
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior del servicio y entre establecimientos de similar complejidad.
- Seguimiento de la asignación presupuestal porcentual y en números absolutos.
- Formular y negociar solicitudes de asignación de recursos con base a patrones productivos que sustenten la racionalidad del gasto.
- Para la programación de metas y propuestas de presupuesto: Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y de presupuesto.
- Control de gasto para partidas o grupos de gasto específicos mediante el análisis seriado de toda una institución de salud.
- En asociación con otros indicadores, orienta las decisiones para la asignación productiva de los recursos.

3.3.H FACTORES QUE INFLUYEN SU COMPORTAMIENTO

- Nivel de uso de los insumos esenciales y demanda de servicios de apoyo.
- Selección de tecnología.
- Apego a las normas administrativas y protocolos de atención.

- Cultura institucional con respecto a la importancia de los costos de producción.
- Carencia de criterios objetivos para el consumo (utilización) de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).

3.3.I REFERENCIAMIENTOS RECOMENDADOS

- Debe generarse para cada uno de los servicios de interés al menos los relacionados con atención directa (ejem: hospitalización, consulta ambulatoria) y los de apoyo al Apoyo al Diagnóstico y al Tratamiento (ejem: laboratorio clínico, imagenología). En un determinado trimestre puede focalizarse en Hospitalización, en otro trimestre en Consulta Ambulatoria, en otro Servicios de Urgencias y Cuidados Críticos y finalmente en Servicios de Apoyo al Diagnóstico y al Tratamiento.
- **Se debe relacionar siempre que sea posible, con los niveles de ociosidad de acuerdo a estándares de uso de recursos (RRHH, equipamiento, infraestructura).**
- Se debe dar seguimiento especial a servicios que están presentando bajo rendimiento o capacidad ociosa importante (por ejemplo, bajo porcentaje de ocupación).
- Análisis seriado de tendencia hacia el interior de la institución y entre instituciones.
- Comparación entre grupos de servicios (centros de producción) del establecimiento de la misma naturaleza (hospitalización, consulta ambulatoria, etc.).
- Comportamiento de años y meses anteriores.
- Comportamiento en establecimientos de similar nivel de complejidad.
- REFERENCIAMIENTO CON EL COSTO ESTANDAR (o costo predeterminado).

3.3.J INDICADORES ASOCIADOS PARA ANÁLISIS

- Este tipo de reporte incluye la producción del servicio analizado además de sus gastos. En caso de costo unitarios muy elevados se deberá referenciar con el Rendimiento del Recurso Humano, por ejemplo: consultas por hora.
- Programación operativa anual de actividades y nivel de cumplimiento de metas de producción. Poca producción se asocia con poco peso relativo del componente insumos. Mucha producción genera incremento de componentes variables del gasto que incluye insumos y gastos por Servicios de Apoyo.
- Nivel de complejidad del establecimiento: 1er nivel, 2do nivel, 3er nivel. En la medida que se incrementa el nivel de complejidad, se incrementa el componente de insumos en correspondencia con una mayor complejidad de problemas de salud o morbilidad que requiere insumos de mayores costos así como estudios diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y más complejos.
- En el caso de establecimientos hospitalarios: % ocupación, intervalo sustitución, estancia promedio.
- Rendimiento de las horas medico: consultas por hora, tiempo medico por Día Cama Ocupado (estancia).
- Para partidas y subpartidas que tienen relación remuneraciones recurso humano, materiales y suministros, material médico quirúrgico, gases medicinales:
 - * Número de consultas programadas vs. consultas realizadas para el periodo analizado.
 - * Número de egresos programados vs. egresos realizados para el periodo analizado.
 - * Número de visitas programadas vs. visitas programadas en el periodo.
 - * Procedimientos quirúrgicos programados vs. ejecutados en e periodo.
 - * Avance en cobertura atención por curso de vida (niños, adolescentes, adultos, mujer, control prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, adulto mayor, etc.).
- Para subpartidas que tienen relación con reactivos médicos y de laboratorio e imagenología:
 - * Exámenes de laboratorio por consulta.
 - * Exámenes de laboratorio por egreso.

- * Estudios de imágenes por consulta.
- * Estudios de imágenes por egreso.
- Para subpartidas que tienen relación con productos medicinales:
 - * Recetas por consulta.
 - * Recetas por egreso.
 - * Gasto en medicamentos por servicio.

3.3.K ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

El costo estándar (en caso de que se diseñe) será un referente base, sin embargo, será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en diferentes establecimientos de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

3.3.L EJEMPLO DE DECISIONES POSIBLES

- Para el establecimiento de tarifas o precios y como referentes para convenios de prestación de servicios.
- Como referente para decisiones en torno a compra de servicios.
- El permite conocer la rentabilidad de un centro de producción y determinar el margen de utilidad ante la eventualidad de venta o compra de servicios.
- Para la valoración del nivel de eficiencia del servicio.
- Para proyectar posibles efectos en el presupuesto, como consecuencia de diferentes escenarios de incrementos de producción tendientes a reducir la capacidad ociosa.
- Permite al gerente focalizar sus esfuerzos en aquellos servicios más estratégicos.
- Permite al gerente focalizar sus esfuerzos en aquellos gastos más estratégicos y que constituyen un mayor impacto no solo en el presupuesto general, sino que también la calidad de atención.
- Para la programación de metas y propuestas de presupuesto: Facilita la racionalización de los costos de operación y las proyecciones programáticas y presupuestales.

COMPARACIONES COMPLEMENTARIAS A LOS INDICADORES PARA TENER UNA MAYOR APRECIACIÓN DE LA EFICIENCIA Y DE LOS COSTOS

Lo que se presenta en este ítem no son indicadores en el sentido estricto, corresponde a pareos o comparación de información a lo interno de un establecimiento de salud a fin de tener una valoración macro de aspectos críticos que son sujetos de gestión a fin de incrementar la eficiencia o bien reducir la ociosidad.

Las comparaciones a las que se hará referencia son:

- a) PRODUCCION vs. GASTOS DE OPERACIÓN
- b) PRODUCCIÓN vs. GASTOS RECURSO HUMANO
- c) PRODUCCIÓN vs. GASTOS EN SERVICIO FARMACEUTICO Y MEDICAMENTOS
- d) PRODUCCIÓN vs. GASTOS EN SERVICIO LABORATORIO CLINICO

De modo que este ítem específicamente no tendrá la estructura propia que se ha planteado para los indicadores, y consiste más que nada en una relatoría a fin de presentar el valor de dichas comparaciones para tener un mejor panorama del perfil de los centros de producción que componen el establecimiento. Estas no son las únicas comparaciones posibles, pero se presentan con la idea presentarle al lector opciones que eventualmente podrá mejorar y desarrollar con mayor detalle y creatividad técnica.

A. PRODUCCIÓN vs. GASTOS DE OPERACIÓN

Esta es una comparación que se realiza para grupos de centros de producción similares en su estructura y productos. Por ejemplo, servicios de hospitalización (internamiento). En general siempre es bueno tener una idea del comportamiento general de hospitalización y no visualizar únicamente un servicio a la vez, al menos en los procesos iniciales de análisis de costos, posteriormente cuando ya se tiene una idea del perfil de costos y producción en conjunto, ya se puede focalizar valorando servicio por servicio.

Son tres tipos de datos que se usan en esta comparación a modo de COMBO estratégico:

- **Producción:** que en el caso de servicios hospitalización corresponde al menos a número de camas, número de egresos, porcentaje de ocupación y estancia promedio.
- **Costos:** Costo total, y costos unitarios (costo de un egreso y costo de una estancia o DCO).
- **Gastos en componentes críticos** como: recurso humano, total insumos e insumos críticos relacionados con Farmacia, Laboratorio Clínico e Imagenología.

A continuación, se presenta una tabla ejemplo con una comparación de este tipo en este caso para un establecimiento hospitalario:

Tabla Producción vs. Gastos de Operación
HOSPITAL LA CURACIÓN
Servicios de Hospitalización
Enero - abril 2020

	H. Medicina	H. Cirugía	H. Urología	H. Gine- cología	H. Obste- tricia	H. Pediatria	H. Cirugía Pediátrica	H. Neonatal
PRODUCCIÓN								
Egresos	291	142	160	119	766	244	78	228
DCO	1,654	863	929	439	2,272	674	214	603
Nº camas	36	20	8	10	31	18	4	8
Porcentaje de ocupación	38.0%	35.7%	96.0%	36.3%	60.6%	31.0%	44.2%	62.3%
Promedio día estancia	5.68	6.08	5.81	3.69	2.97	2.76	2.74	2.64
Giro cama	8.08	7.10	20.00	11.90	24.71	13.56	19.50	28.50
Días camas disponibles	4,356	2,420	968	1,210	3,751	2,178	484	968
Intervalo de sustitución	9.29	10.96	0.24	6.48	1.93	6.16	3.46	1.60
COSTOS								
Egresos	861,298	394,059	376,819	560,636	748,327	656,158	160,586	460,905
DCO	2,960	2,775	2,355	4,711	977	2,689	2,059	2,022
Nº camas	521	457	406	1,277	329	974	750	764
GASTOS								
Recurso Humano	229,615	102,117	69,241	85,505	114,420	234,572	67,755	189,163
Insumos Total	24,288	11,515	11,508	13,516	13,514	4,284	4,348	23,141
Farmacia	109,917	70,050	66,792	30,511	89,634	36,463	11,719	25,107
Medicamentos	3,415	3,243	3,243	2,792	2,792	632	632	4,388
Laboratorio Clínico	100,347	43,238	33,259	162,557	162,795	79,203	511	65,107
Imagenología	86,519	38,918	34,169	159,346	97,238	31,469	8,565	24,402

Este tipo de reportes se presta para realizar valoraciones por grupos de centros de producción estratégicamente seleccionados. Por ejemplo, revisando los datos de la tabla ejemplo que se ha presentado, se puede observar que el servicio que presenta mejores niveles de producción y eficiencia del recurso cama es el Servicio de Urología, durante el periodo analizado operó prácticamente sin capacidad ociosa con un porcentaje de ocupación del 95% y una estancia promedio de 5.81 días.

En dicha tabla puede observarse que varios de los servicios mostraron en el periodo analizado porcentajes de ocupación bajos (menos del 40% ocupación), esta circunstancia tendrá un efecto en los costos de operación al menos en el componente de costo unitario (costo por egresos y costos por DCO), ya que el componente de costos fijos (principalmente Recurso Humano) se mantiene en ejecución sin importar la producción o la ocupación del servicio

generando un incremento del costo unitario consecuencia de la baja producción. Dato que no podría ser usado como referente de eficiencia para procesos de negociación o venta de servicios.

Este tipo de reporte o de agrupación de información permite ver los comportamientos atípicos y la media del comportamiento por grupos de servicios e identificar aquellos que quizás requieran mayor apoyo de parte del equipo de gestión y planificación para reformular sus procesos productivos a fin de hacerlos más eficientes, más productivos y reducir sustancialmente la capacidad ociosa.

Volviendo al caso del ejemplo, puede entonces valorarse que ciertamente, con porcentajes de ocupación inferiores al 40% en servicios como Medicina, Cirugía y Ginecología que juntos acumulan casi el 50% de las camas del hospital LA ESPERANZA, **son importantes las oportunidades de incremento de producción; respecto de la producción actual bien podría duplicarse la producción actual, aspecto que deberá valorarse con listas de espera para internamiento (en caso de que se cuente con dicha información) a fin de valorar la urgencia o no de aplicar estrategias de incremento de producción mediante la disminución de capacidad ociosa mediante aumento de la ocupación hospitalaria, o bien, en caso de que no exista demanda de parte de la población adscrita, valorar colaborar en la atención de hospitalización a hospitales cercanos de la red a servicios que teniendo demanda de servicios de hospitalización se encuentren limitados en su infraestructura y específicamente disponibilidad de camas.**

A continuación, se muestra lo que podríamos llamar el “top” de costos y el “top” de producción:

Tabla Producción vs. Gastos de Operación
HOSPITAL LA CURACIÓN
Servicios de Hospitalización
Enero - abril 2020

SERVICIO	% del Costo Total		% de la Producción	SERVICIO
Hospitalización Medicina	20.4%	→	37.8%	Hospitalización Obstetricia
Hospitalización Obstetricia	17.7%	→	14.3%	Hospitalización Medicina
Hospitalización Pediatría	15.6%	→	12.0%	Hospitalización Pediatría
Hospitalización Ginecología	13.3%	→	11.2%	Hosp. Neonatología
Hosp. Neonatología	10.9%	→	7.9%	Hospitalización Urología
Hospitalización Cirugía	9.3%	→	7.0%	Hospitalización Cirugía
Hospitalización Urología	8.9%	→	5.9%	Hospitalización Ginecología
Hosp. Cirugía Pediátrica	3.8%	→	3.8%	Hosp. Cirugía Pediátrica

De acuerdo con la tabla anterior el Servicio de Medicina representa el 20.4% de los costos de hospitalización en el H. LA CURACION, y por otra parte genera el 14.3% de la producción, dicho de otra forma, es el 1ro en gastos totales y el 2do en producción. De manera similar, el servicio de Obstetricia es el 2do en costos de hospitalización (17.7%) y el 1ero en producción (37.8%).

Para esta situación les favorece el hecho de que son los servicios con mayor disponibilidad de camas en el hospital, pues ambos constituyen prácticamente el 50% de las camas del hospital. Importante mencionar que la producción final está muy supeditada al número de camas disponible, por lo que servicios con mayor número de camas siempre tendrán una mayor posibilidad de estar entre los primeros en producción.

En la siguiente tabla se presenta el POTENCIAL PRODUCTIVO, con únicamente el mejoramiento del porcentaje de ocupación al 85% y al 95%, esto se logra planteando hipótesis de eficiencia, utilizando las fórmulas estándar de los indicadores básicos hospitalarios y aplicando valoraciones similares a las que se realizan cuando a inicio de año se plantea y cuantifica la producción hospitalaria en base a estándares de Porcentaje de Ocupación y Estancia Promedio considerados como adecuadas o razonables.

Tabla: Potencial productivo por reducción de capacidad ociosa
HOSPITAL LA CURACION
Servicios de Hospitalización
Enero - Marzo 2021

SERVICIOS	Camas	DCD	Estancia Promedio	Producción Actual		Producción POTENCIAL %O.=85%	Producción POTENCIAL %O.=90%	Incremento de producción en términos absolutos	Incremento de producción en términos porcentuales
				% Ocup	Egresos	Egresos	Egresos		
H.Medicina	36	4,356	5.68	37.97%	291	652	729	361 a 438 egresos	124% a 150%
H.Cirugía	20	2,420	6.08	35.66%	142	338	378	196 a 236 egresos	138% a 166%
H.Urología	8	968	5.81	95.97%	160	NA	NA	-	-
H.Obstetricia	31	3,751	2.97	60.57%	766	1,074	1,200	308 a 434 egresos	40% a 57%
H.Ginecolog.	10	1,210	3.69	36.28%	119	279	312	160 a 193 egresos	134% a 162%
H.Pediatría	18	2,178	2.76	30.95%	244	671	750	427 a 506 egresos	175% a 207%
H.Cir.Pediát.	4	484	2.74	44.21%	78	150	168	72 a 90 egresos	92% a 115%
H.Neonat.	8	968	2.64	62.29%	228	312	348	8 a 120 egresos	37% a 53%
TOTAL HOSPITAL	135	16,335	-	-	2,028	3,475	3,884	1,447 a 1,846 egresos	71% a 92%

Como puede observarse, excepto en el caso del Servicio de Urología, el resto de los servicios tienen un potencial de incremento de producción por encima del 100% respecto de la producción actual para un incremento de producción de egresos para todo el hospital en el rango de 1,400 a 1,800 egresos. Pasando de 2 mil egresos a 3,4 mil egresos en el escenario más conservador (% Ocup. = 85%) o bien a 3,8 mil egresos en el escenario ideal (% Ocup. = 90%). El Servicio de Urología **ya se encuentra en el nivel ideal de producción.**

Servicios como Medicina, Cirugía, Ginecología y Pediatría es en los cuales es más notorio este potencial de incremento productivo con incrementos de más del 120% en el escenario conservador hasta más del 150% en el escenario ideal. Aspecto importante de considerar si tomamos en cuenta que esos servicios representan más del 60% de las camas hospitalarias.

En el caso de estos servicios, en términos absolutos las cifras son sorprendentes, por ejemplo, en el caso de Hospitalización de Medicina con 36 camas, que en el periodo de análisis produjo 291 egresos, tiene el potencial de producir desde 652 egresos (escenario conservador) hasta 729 egresos (escenario ideal).

En el caso de Hospitalización de Pediatría con 18 camas, en el periodo de análisis produjo 244 egresos, tiene el potencial de producir desde 671 egresos (escenario conservador) hasta 750 egresos (escenario ideal). Y el servicio de Hospitalización de Cirugía con 20 camas, que en el periodo de análisis produjo 142 egresos, tiene el potencial de producir desde 338 egresos (escenario conservador) hasta 378 egresos (escenario ideal). Estas cifras deben tomarse como oportunidades de mejora de la producción.

B. PRODUCCIÓN vs. GASTOS RECURSO HUMANO

De acuerdo con los datos de la Tabla Producción vs. Gastos de Operación, que se presentó como ejemplo para el ítem anterior (PRODUCCION VS. GASTOS DE OPERACIÓN), los servicios que representan el mayor peso en costos por RECURSO HUMANO son los servicios de Hospitalización de Medicina y Hospitalización de Pediatría, ambos representan el 42.5% del gasto de recurso humano en Hospitalización, y por otro lado generan el 26.4% de los egresos. Por el contrario, el Servicio de Obstetricia es el que presenta un mayor rendimiento del recurso humano, el cual representa apenas un 10.5% de los gastos en Recurso Humano y sin embargo genera el 37.8% de los egresos. **Por supuesto que eso es producto no únicamente del rendimiento del recurso humano sino también porque Obstetricia maneja una de las menores estancias promedio del hospital y en consecuencia un alto giro de cama (24.7 egresos por cama en el periodo analizado).** Dicho de otra forma, genera un egreso cada 2.97 días mientras que Medicina lo hace cada 5.68 días (estancia promedio) y esta circunstancia es adecuada y se corresponde con la complejidad de movilidad que cada uno de los servicios atiende. En el caso de Obstetricia y Pediatría, que tienen estancias promedio muy similares, la diferencia se debió a que Pediatría mantuvo apenas un 31% de ocupación, es decir una importante capacidad ociosa, en contraste con Obstetricia que mantuvo un 60.6% de ocupación, misma que si bien es prácticamente el doble de la ocupación de Pediatría, aun así, es un porcentaje de ocupación bajo. En la siguiente tabla se resume este aspecto para todos los servicios de Hospitalización.

Ginecología y Cirugía Pediátrica son los servicios que representan el menor peso relativo del costo en recurso humano de hospitalización, de manera similar a lo que ocurre con Obstetricia, estos dos servicios presentan una buena relación gasto Recurso Humano vs. Producción, en la medida de que ambos representan el 9.7% de los costos de Recurso Humano y en contraposición representan el 14% de la producción. Obstetricia por ejemplo, consumió el 10.5% del gasto en recursos humanos de toda la hospitalización, sin embargo produjo el 37.8% de los egresos del establecimiento.

En la siguiente tabla se resume esta información.

Tabla: Producción vs. Costos en Recurso Humano (Mano de obra directa)
HOSPITAL LA CURACIÓN
Servicios de Hospitalización
Enero - Marzo 2021

SERVICIOS	PRODUCCIÓN		EGRESOS		COSTO UNITARIO RECURSO HUMANO
	Producción Egresos	% de la producción	Gasto en Recurso Humano	% del gasto	
Hospitalización Medicina	291	14.30%	229,615	21.00%	789.05
Hospitalización Cirugía	142	7.00%	102,117	9.30%	719.13
Hospitalización Urología	160	7.90%	69,241	6.30%	432.76
Hospitalización Ginecología	119	5.90%	85,505	7.80%	718.53
Hospitalización Obstetricia	766	37.80%	114,420	10.50%	149.37
Hospitalización Pediatría	244	12.00%	234,572	21.50%	961.36
Hospitalización Cirugía Pediat.	78	3.80%	67,755	6.20%	868.65
Hospitalización Neonatología	228	11.20%	189,163	17.30%	829.66
TOTAL HOSPITALIZACIÓN	2,028	100.00%	1,092,388	100.00%	538.65

C. PRODUCCIÓN vs. GASTOS EN SERVICIO FARMACEUTICO Y MEDICAMENTOS

De igual manera que se ha planteado para los ítems anteriores, esta es una comparación que se realiza para grupos de centros de producción similares en su estructura y productos. Por ejemplo, servicios de hospitalización (internamiento). En general siempre es bueno tener una idea del comportamiento general de hospitalización y no visualizar únicamente un servicio a la vez.

En la siguiente tabla se resume un ejemplo de este tipo de ordenamiento e información:

Tabla: Producción vs. Gastos Serv. Farmacia y Medicamentos
HOSPITAL LA CURACIÓN
Servicios de Hospitalización
Enero - Marzo 2021

SERVICIOS	PRODUCCIÓN		§ Costo Farmacia y medicamentos		
	Egresos	%	Gasto Total	Costo por Egreso	% del gasto en servicios farmacéuticos
Hospitalización Medicina	291	14.3%	113,331	389	24.6%
Hospitalización Cirugía	142	7.0%	73,293	516	15.9%
Hospitalización Urología	160	7.9%	70,035	438	15.2%
Hospitalización Ginecología	119	5.9%	33,303	280	7.2%
Hospitalización Obstetricia	766	37.8%	92,426	121	20.0%
Hospitalización Pediatría	244	12.0%	37,095	152	8.0%
Hospitalización Cirugía Pediat.	78	3.8%	12,351	158	2.7%
Hospitalización Neonatología	228	11.2%	29,496	129	6.4%
TOTAL HOSPITALIZACIÓN	2028	100.0%	461,329	227	100.0%

La tabla anterior, permite valorar cuales centros de producción hacen un mayor uso de los servicios de farmacia; en el ejemplo de la tabla anterior, son dos servicios los que consumen en mayor medida el componente Farmacéutico y Medicamentos, específicamente: Medicina y Obstetricia, en el caso de Medicina acorde a la mayor complejidad de la morbilidad que atiende y en el caso Obstetricia por su mayor volumen de producción. Lo cual se puede corroborar en el costo por egreso en este componente (Farmacia y Medicamentos), que en el caso de Medicina es de \$ 389 mientras que en Obstetricia es de \$ 121, siendo el menor costo por egreso de Hospitalización de este componente. Sin embargo a nivel de costo unitario por servicios farmacéuticos (incluido medicamentos) los servicios de Cirugía y Urología son quienes presentan el mayor costo por egreso (\$ 516 y \$ 438 respectivamente), situación que llama la atención porque es de esperarse un mayor costo unitario en este componente en el Servicio de Hospitalización de Medicina, las alternativas en estas circunstancias serian que Medicina esté manejando pacientes con mucha menor complejidad respecto a lo servicios de Cirugía y Urología o en otra línea de valoración, que en los servicios de Urología y Cirugía se esté realizando una sobre utilización de los insumos farmacéuticos; estas consideraciones serán ya parte del análisis local por parte del gerente, en función de mayor información que estos puedan localmente disponer.

En establecimientos de mediana complejidad, como son los Hospitales Regionales, este componente por egreso se espera sea mayor en servicios de Medicina, en segundo término, servicios de índole quirúrgicos especializados como: Urología, Cirugía Pediátrica, luego en servicios de índole quirúrgica generales como: Cirugía y Ginecología. Y finalmente en servicios como Obstetricia y Pediatría.

TODO ELLO EN RELACIÓN CON EL SUPUESTO DE COMPLEJIDAD DE MORBILIDAD QUE DEBERÍA ESTAR ATENDIENDO.

D. PRODUCCIÓN vs. GASTOS EN SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

A continuación, unas tablas ejemplo de este tipo de comparaciones una relaciona la producción con los gastos y la otra presenta el índice de demanda de servicios complementarios, ambas tablas se complementan:

Tabla 1: Producción vs. Costos Laboratorio Clínico
HOSPITAL REGIONAL LA ESPERANZA
Servicios de Hospitalización
Enero - Marzo 2021

SERVICIOS	PRODUCCIÓN		Gasto por Servicio de Laboratorio \$		
	Egresos	%	Gasto Total	Gasto por Egreso	% del gasto por Servicio
Hospitalización Medicina	291	14.3%	100,347	345	15.5%
Hospitalización Cirugía	142	7.0%	43,238	304	6.7%
Hospitalización Urología	160	7.9%	33,259	208	5.1%
Hospitalización Ginecología	119	5.9%	162,557	1,366	25.1%
Hospitalización Obstetricia	766	37.8%	162,795	213	25.2%
Hospitalización Pediatría	244	12.0%	79,203	325	12.2%
Hospitalización Cirugía Pediat.	78	3.8%	511	7	0.1%
Hospitalización Neonatología	228	11.2%	65,107	286	10.1%
TOTAL HOSPITALIZACIÓN	2,028	100.0%	647,016	319	100.0%

**Tabla 2: Índice de demanda Servicio de Laboratorio Clínico
HOSPITAL REGIONAL LA ESPERANZA
Servicios de Hospitalización (Medicina, Cirugía y Ginecología)
Enero - Marzo 2021**

EGRESOS	enero	febrero	marzo	abril	total
Hospitalización Medicina	108	79	61	43	291
Hospitalización Cirugía	42	44	35	21	142
Hospitalización Urología	43	46	20	10	119

CONSUMO DEL SERVICIO	enero	febrero	marzo	abril	total
Hosp. Medicina					
Exámenes	1,680	2,359	1,050	966	60,55
Hosp. Cirugía					
Exámenes	413	763	196	1,456	2,828
Hosp. Ginecología					
Exámenes	3,878	3,199	847	217	8,141

EXÁMENES POR EGRESO	enero	febrero	marzo	abril	total
Hosp. Medicina	15.6	29.9	17.2	22.5	20.8
Hosp. Cirugía	9.8	17.3	5.6	69.3	19.9
Hosp. Ginecología	90.2	69.5	42.4	21.7	68.4

La unidad de producción del Servicio de Laboratorio es: Exámenes. En ese sentido, en el caso del ejemplo de la tabla anterior, el servicio con mayores índices de uso de Laboratorio es Ginecología.

De la valoración de la Tabla No. 1, se puede observar que dos servicios consumen prácticamente el 50% del total de gastos en Laboratorio Clínico: Ginecología y Obstetricia. En el caso de Obstetricia se explica debido a su mayor volumen de producción pues genera el 37.8% del total de los egresos. En el caso de Ginecología este resultado llama la atención debido a que dicho servicio no es el de mayor producción y la morbilidad presumida para un servicio de este tipo en hospitales de mediana complejidad (Hospitales Regionales), no pareciera corresponderse con este nivel de consumo de Laboratorio Clínico y tampoco pareciera justificar un costo por egreso muy por encima que por ejemplo servicios como Medicina y Cirugía (ver Tabla No. 2: Índice de demanda Servicio de Laboratorio Clínico). El costo por egreso por consumo de servicios de Laboratorio, para Ginecología es de \$1,366 mientras que para Medicina y Cirugía fue de \$345 y \$304 (respectivamente), es decir prácticamente 4 veces el costo.

Revisando la información de producción del servicio de Laboratorio, para el periodo analizado, se observa que Ginecología fue el más hizo uso de Laboratorio Clínico con un índice de Estudios x Egreso de 68.4 estudios por cada egreso (tabla No. 1 anterior), en contraste con los índices de Estudios x Egreso de Medicina y Cirugía que fueron de 20.8 y 19.9 respectivamente.

Índices tal elevados de consumo Laboratorio solo podrían responder a dos supuestos:

- 1) Sesgo en el registro de información: existe la posibilidad de que, de parte del Servicio de Laboratorio Clínico, no se está registrando adecuadamente el dato de Servicios que le generaron solicitudes de laboratorio y que, en consecuencia, está sobreestimando la demanda del servicio de Ginecología. A criterio de este observador, esta debe ser la explicación de estos datos para el caso del presente análisis. Lo cual genera la recomendación de reforzar el proceso registro que en el servicio de Laboratorio se está utilizando, a fin de registrar adecuadamente la información de los servicios de Hospitalización que le demanda apoyo.
- 2) Atención de morbilidad mucho más compleja en proporción a lo esperado para un Hospital de esta complejidad, pues considerando que la estancia promedio en Ginecología es de 3.69 días, implica que en promedio se ha requerido realizar 18 estudios de laboratorio por día. Cifra que podría explicarse en servicios como Medicina para casos como diabéticos descompensados y con comorbilidad que ameritarán en el 1er y 2do día de internamiento exámenes cada hora o cada 4 horas a fin de monitorear adecuadamente su proceso de compensación. Sin embargo, en el caso de Ginecología esta cifra impresiona elevada. Y por ello amerita mencionar el segundo supuesto que podría explicar estos índices.

EJEMPLOS DE RELATORÍA AL ANALIZAR UN CENTRO DE PRODUCCION

En las siguientes páginas se presenta un ejemplo de “relatoría” para ejemplarizar un análisis de información con datos de costos para un centro de producción.

Se usará como ejemplo un servicio de Hospitalización de Medicina, valga agregar que los datos que ahí se presentan son ciertos de un determinado servicio de salud, pero no de Panamá.

Es una única tabla para la cual se presentan diferentes alternativas de enfoque para análisis de diferentes componentes de la misma:

HOSPITAL LA ESPERANZA
 Servicio de Hospitalización Medicina
 enero - abril 2021

Producción:

36 camas
 344 egresos
 1892 D.C.O.
 5.5 Estancia Promedio
 89.1% Porcentaje de Ocupación

Gasto total del Hospital: \$ 7,528,674

	Costo del Servicio	% Costo Total	% Costo Directo	
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%		
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%	100.0%	
recurso humano	\$229,615.10	26.7%	86.7%	
gastos generales	\$11,028.10	1.3%	4.2%	
insumos	\$24,288.04	2.8%	9.2%	
Detalle de insumos críticos:			% Insumos	% acum. Insumo
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%	14.1%	14.1%
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%	12.7%	26.7%
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%	12.6%	39.3%
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%	52.8%	92.1%
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%	"% Costo Indirectos"	% acum. CI
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%	17.9%	17.9%
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%	18.4%	36.3%
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%	16.8%	53.2%
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%	14.5%	67.7%
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%	18.5%	86.2%

1. PRIMERO: COSTOS DIRECTOS vs. COSTOS INDIRECTOS

CD = Costos Directos CI = Costos Indirectos

Determina la relación entre Servicios Finales y Servicios de Apoyo.

En la medida de que el peso relativo (%) de CI se incremente, implica una mayor dependencia de Servicios de Apoyo en el proceso productivo de los Servicios Finales.

Por ejemplo Hospitales de mediana complejidad (eje. Hosp. Regionales), debido a la complejidad de morbilidad que atiende, se presume existe una mayor dependencia de servicios como Farmacia, Laboratorio Clínico, Imagenología, para sus actividades diagnósticas y terapéuticas, mayor dependencia que por ejemplo hospitales de baja complejidad o respecto de establecimientos del 1er nivel de atención.

En el caso de esta tabla de ejemplo, se observa una relación CD-CI de 30.8%-69.2%, lo que significa que por cada \$30 invertidos en Costos Directos (principalmente Salarios), se requirió invertir \$70 en Servicios de Apoyo al Diagnóstico, apoyo al Tratamiento y apoyo Logístico.

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en este establecimiento y otros de la red, tanto de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

HOSPITAL LA ESPERANZA
 Servicio de Hospitalización Medicina
 enero - abril 2021

Producción:

36 camas
 344 egresos
 1892 D.C.O.
 5.5 Estancia Promedio
 89.1% Porcentaje de Ocupación

Gasto total del Hospital: \$ 7,528,674

	Costo del Servicio	% Costo Total	% Costo Directo	
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%		
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%	100.0%	
recurso humano	\$229,615.10	26.7%	86.7%	
gastos generales	\$11,028.10	1.3%	4.2%	
insumos	\$24,288.04	2.8%	9.2%	
Detalle de insumos críticos:			% Insumos	% acum. Insumo
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%	14.1%	14.1%
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%	12.7%	26.7%
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%	12.6%	39.3%
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%	52.8%	92.1%
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%	"% Costo Indirectos"	% acum. CI
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%	17.9%	17.9%
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%	18.4%	36.3%
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%	16.8%	53.2%
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%	14.5%	67.7%
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%	18.5%	86.2%

2-SEGUNDO: COSTO FIJO vs. COSTO VARIABLE

CF: Costo Fijo CV: Costo Variable

Observar INSUMOS y COSTO INDIRECTO (CI) y proceder a sumarlos----> determina el peso relativo de COSTOS VARIABLES.

En el caso de este ejemplo (mirar la tabla adjunta), el peso relativo de CV asciende a una relación CF-CV de 72% (2.8% + 69.2), lo que significa que, durante el periodo de análisis, para la producción del servicio de hospitalización, de cada \$28 invertidos en CF (26.7% de Recurso Humano + 1.3% de Gastos de Generales, incluido alquileres y depreciación), se requirió invertir \$72 en CV (Apoyo de servicios de diagnóstico, de tratamiento y logísticos, e insumos como medicamentos y material médico quirúrgico).

Debemos recordar que INSUMOS es un componente de Costos Directos, sin embargo, tiene un comportamiento típicamente “variable” porque se incrementa en relación directa con los incrementos de producción. Igual suele ocurrir con la mayoría de los Servicios de Apoyo, en especial aquellos relacionados con Apoyo al Diagnóstico y al Tratamiento.

El mayor peso de los Costos Variables suele ser aportado por los Costos Indirectos (apoyo de servicios de diagnóstico, terapéuticos y logísticos) y en menor proporción los insumos cargados directamente al servicio. Esta relación CF-CV, es importante a tomar en cuenta durante la planificación de incrementos de producción a fin de reducir capacidades ociosas, circunstancia que no sale necesariamente “gratis” porque en alguna medida se incrementará el consumo de los componentes variables del costo ante cualquier escenario de incremento de producción.

Similar a lo que ocurre con la relación CD-CI, un peso relativo (%) elevado de los Costos Variables, implica que, para producir, existe una mayor dependencia de Servicios de Apoyo y de Insumos. Y este fenómeno se relaciona también de manera directa con el grado de complejidad de la morbilidad que se atiende: a mayor complejidad de morbilidad atendida, entonces medicamentos de mayor costo, exámenes laboratorio en mayor cantidad y reactivos más onerosos, así como apoyo de imagenología de mayor complejidad tanto para el diagnóstico como para el control durante la evolución del paciente. **Se puede valorar la razonabilidad de estos Costos Variables por su apoyo en servicios de diagnóstico y terapéuticos mediante el indicador denominado: TASA DE USO DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS, por ejemplo, exámenes por egresos, exámenes por consulta, estudios de Rx por egreso, kilos de ropa lavada por egreso, paquetes esterilizados por egreso (Central de Esterilizaciones), raciones por DCO, recetas por egreso.** Disponer de protocolos o normas de atención para las patologías más frecuentes atendidas en el servicio, suele ser una herramienta de gran utilidad como referenciamiento para esta valoración.

Será el monitoreo y la valoración periódica del comportamiento de esta relación en este establecimiento y otros de la red, tanto de baja, mediana y alta complejidad lo que irá constituyéndose en el referente de normalidad del sistema de salud.

HOSPITAL LA ESPERANZA
 Servicio de Hospitalización Medicina
 enero - abril 2021

Producción:

36 camas
 344 egresos
 1892 D.C.O.
 5.5 Estancia Promedio
 89.1% Porcentaje de Ocupación

Gasto total del Hospital: \$ 7,528,674

	Costo del Servicio	% Costo Total		% Costo Directo	
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%			
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%	}	100.0%	
recurso humano	\$229,615.10	26.7%		86.7%	
gastos generales	\$11,028.10	1.3%		4.2%	
insumos	\$24,288.04	2.8%		9.2%	
Detalle de insumos críticos:				% Insumos	% acum. Insumo
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%		14.1%	14.1%
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%		12.7%	26.7%
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%		12.6%	39.3%
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%		52.8%	92.1%
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%		"% Costo Indirectos"	% acum. CI
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%		17.9%	17.9%
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%		18.4%	36.3%
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%		16.8%	53.2%
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%		14.5%	67.7%
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%		18.5%	86.2%

3. TERCERO: ESTRUCTURA DEL COSTO DIRECTO

Interesa determinar cuál es el componente que mayor peso de los CD, que suele ser el componente de Recurso Humano (sueldos, bonificaciones, etc.).

En este caso, del ejemplo en tabla adjunta, corresponde al 30.8% de los costos directos de operación (CD). Los costos directos suelen agruparse en tres grandes componentes: Recursos Humanos, Gastos Generales e Insumos. Puede observarse que como suele ocurrir RECURSOS HUMANOS represente el 86.7% del total de los CD; en el segundo lugar, de este ejemplo INSUMOS ocupa el 2do lugar (9.2%) para un acumulado entre ambos de 96% de los CD.

De ahí la importancia de cuantificar con especial minuciosidad los rubros que componen a estos dos grandes grupos estratégicos de gastos. En ocasiones se observan acciones muy preocupadas por registro de los GASTOS GENERALES en demérito de acciones tendientes a mejorar el registro del gasto en insumos; acción que debería replantearse por cuanto los INSUMOS son los que tienen mayor relación con la dinámica de producción e impactan la calidad del servicio.

Los GASTOS GENERALES por su parte son más de soporte logístico y estructurales, que incluso podrían en su totalidad ser imputados mediante un proceso de prorrateo. En la medida que se incrementa la complejidad de un servicio (morbilidad que atiende), en esa misma medida se incrementará el peso relativo de INSUMOS. Hospitales de alta complejidad que requieren insumos especializados y de alto costo, tendrán una mayor carga de este ítem. Contrario a los GASTOS GENERALES, que podrían prorratearse prácticamente en su totalidad sin afectar significativamente el costo final, los INSUMOS si deberán de medirse, cuantificarse y registrarse con la mayor precisión y detalle posible, **porque constituyen un componente importante en la eficacia de la atención, en la calidad de la atención y reflejo de la complejidad de los servicios que los utilizan**, de modo que prácticas que estimulen el registro mediante prorrateo de INSUMOS deberán progresivamente irse sustituyendo mediante estrategias contables y de registro que faciliten su visualización por consumos de los diferentes centros de producción que conforman el establecimiento de salud.

En lo que respecta al componente de Recurso Humano, este puede contrarrestarse con el rendimiento de este importante recurso, mediante indicadores como: tiempo medico por consulta, tiempo medico por DCO. Dado mayor peso relativo del componente de Recurso Humano (grupo de costos directos), un bajo rendimiento de Recurso Humano impactará en un incremento de los costos unitarios de producción y, por el contrario, en la medida que se incrementa el rendimiento de Recurso Humano se disminuye el costo unitario sin incremento de los gastos generales de operación, es por ello que el rendimiento de recurso humano es uno de los indicadores que mas afectan le eficiencia productiva de un servicio.

HOSPITAL LA ESPERANZA
 Servicio de Hospitalización Medicina
 enero - abril 2021

Producción:

36 camas
 344 egresos
 1892 D.C.O.
 5.5 Estancia Promedio
 89.1% Porcentaje de Ocupación

Gasto total del Hospital: \$ 7,528,674

	Costo del Servicio	% Costo Total	% Costo Directo	
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%		
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%	100.0%	
recurso humano	\$229,615.10	26.7%	86.7%	
gastos generales	\$11,028.10	1.3%	4.2%	
insumos	\$24,288.04	2.8%	9.2%	
Detalle de insumos críticos:			% Insumos	% acum. Insumo
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%	14.1%	14.1%
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%	12.7%	26.7%
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%	12.6%	39.3%
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%	52.8%	92.1%
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%	"% Costo Indirectos"	% acum. CI
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%	17.9%	17.9%
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%	18.4%	36.3%
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%	16.8%	53.2%
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%	14.5%	67.7%
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%	18.5%	86.2%

4. CUARTO: COMPOSICIÓN DE LOS INSUMOS

En los diferentes sistemas de costos son muy representativos los INSUMOS que tienen interés tanto desde el punto de vista de volumen como también desde el punto de vista de su impacto en la calidad y eficacia de la prestación de servicios de salud. Ejemplo de estos: medicamentos, material médico quirúrgico, reactivos de laboratorio, gases medicinales.

En el caso del ejemplo adjunto se observa que a pesar de que suelen registrarse más de 15 diferentes agrupaciones de insumos, son por lo general unos pocos, 4 o 5 por lo general aquellos que representan el 80% o más del total de los INSUMOS, incluido en el grupo generalmente los medicamentos. En el ejemplo adjunto cuatro insumos representan el 92.1% del total de los INSUMOS, lo usual y lo esperable es que sean medicamentos y material médico quirúrgico los que tengan mayor peso relativo de los insumos, aunque en este caso se observa que también rubros como prendas de vestir y útiles/materiales de oficina también tienen un peso importante en el proceso productivo.

La importancia de los medicamentos en un sistema de salud es tal, que no en pocas ocasiones se implementan instancias que normalizan su uso (protocolos de uso de medicamento, dosis, morbilidades relacionadas, restricciones de uso, etc.), así como el cuadro básico disponible para la prestación de servicios y los mecanismos de incorporación de nuevos medicamentos.

Sin embargo, es de hacer notar que INSUMOS puede tener poco peso relativo con relación a los costos totales de operación. En el caso de este ejemplo: 2.8% de los costos totales del servicio de Hospitalización de Medicina. Pero ese 2.8% tiene un peso cualitativamente significativo en la calidad y eficacia del servicio de Hospitalización de Medicina. De cada \$100 invertidos en la atención del Servicio de Hospitalización de Medicina \$26.7 corresponden a Recurso Humano mientras que \$2.8 corresponden a Insumos.

El bajo peso relativo de insumos críticos como medicinas y material médico quirúrgico en relación a los costos totales de operación en el ejemplo que estamos presentando, es que esta información se corresponde con datos reales de un servicio de salud con efecto pandemia que ha venido de una baja ocupación los primeros meses en la medida que se va normalizando la situación nacional.

HOSPITAL LA ESPERANZA
 Servicio de Hospitalización Medicina
 enero - abril 2021

Producción:

36 camas
 344 egresos
 1892 D.C.O.
 5.5 Estancia Promedio
 89.1% Porcentaje de Ocupación

Gasto total del Hospital: \$ 7,528,674

	Costo del Servicio	% Costo Total	% Costo Directo	
COSTO TOTAL	\$861,297.56	100.0%		
Costo Directo	\$264,931.24	30.8%	100.0%	
recurso humano	\$229,615.10	26.7%	86.7%	
gastos generales	\$11,028.10	1.3%	4.2%	
insumos	\$24,288.04	2.8%	9.2%	
Detalle de insumos críticos:			% Insumos	% acum. Insumo
Medicamentos	\$3,414.61	0.4%	14.1%	14.1%
Prendas de vestir	\$3,076.29	0.4%	12.7%	26.7%
Utiles y materiales de oficina	\$3,054.92	0.4%	12.6%	39.3%
Instrumentos medico quirurgicos	\$12,834.95	1.5%	52.8%	92.1%
Costo Indirecto	\$596,366.32	69.2%	"% Costo Indirectos"	% acum. CI
Nutricion y dietetica	\$106,734.16	12.4%	17.9%	17.9%
Servicio farmaceutico	\$109,916.67	12.8%	18.4%	36.3%
Laboratorio	\$100,346.56	11.7%	16.8%	53.2%
Imagenolog, Tomograf, Radiolog. Interv.	\$86,518.90	10.0%	14.5%	67.7%
Direccion y administracion	\$110,614.32	12.8%	18.5%	86.2%

5. QUINTO: ESTRUCTURA DEL COSTO INDIRECTO

Como ya se ha destacado, en el ejemplo que se anexa, los Costos Indirectos representan el 69.2% de los costos totales de operación del servicio de Hospitalización de Medicina. Esto corresponde entre otras cosas a consumo de recetas y sus medicamentos, servicio de laboratorio, estudios de imagenología de diferentes complejidades, servicio de alimentación al paciente.

El peso relativo de este componente tiene relación con dos aspectos:

- a) El comportamiento clínico.
- b) El proceso de registro.

EL COMPORTAMIENTO CLINICO: es reflejo de las practicas clínicas de los profesionales de salud y debería estar en relación con la complejidad del servicio. Dicho de otra forma, se espera mayor consumo de Servicios de Apoyo por parte de centros de producción como Hospitalización de Medicina que por ejemplo Hospitalización de Ginecología, y es precisamente que se presume atienden pacientes con morbilidades más complejas.

EL PROCESO DE REGISTRO de parte de los servicios de apoyo respecto de ¿cuál fue el servicio que le ha demandado más trabajo?, este suele ser en los inicios de implementación de un sistema de costos, uno de los aspectos más críticos y lentos de aplicar correctamente. Y requiere ir poco a poco mejorando en sus registros a fin de que la carga de costos indirectos hacia los Servicios Finales esté verdaderamente en correspondencia con la demanda que estos han solicitado en apoyo en su proceso productivo.

En ejemplo de la tabla que se anexa, se observa que el servicio de Nutrición tiene un peso relativamente alto, lo cual no es muy usual a menos que la composición del recurso humano de dicho servicio estén incluidos varios profesionales en esa disciplina o bien una abundante planilla de trabajadores. Productos Alimenticios (como rubro de gasto) se adquiere en el país con inversiones nacionales, a diferencia de Medicamentos y Reactivos de Laboratorio que suelen ser adquiridos en el extranjero, importados a costos mucho mayores, tanto de compra en el mercado internacional, como también de tramitología asociada a dicha compra. Es por ello que se esperaría un peso mucho mayor de los Servicios de Apoyo asociados a estos insumos.

6.SEXTO: CI vs. USO RACIONAL DE SERVICIOS DE APOYO

Como se ha mencionado previamente, los CI corresponden a la demanda de Servicios de Apoyo, mismos que además del correcto registro, son reflejo del comportamiento de los profesionales de salud en su día a día, como parte del abordaje clínico de los pacientes. Este componente siempre muy importante en los SERVICIOS DE SALUD ya que tiene relación tanto con la calidad de atención como también con la eficacia terapéutica; y finalmente con los costos de operación.

Se presume que el actuar clínico es congruente con la normativa clínica (manuales, guías, protocolos) que establecen cuales son los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más pertinentes para una u otra morbilidad. En este momento del análisis se puede echar mano del indicador TASA DE USO DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS mismo que permite valorar la demanda del servicio de Hospitalización de Medicina durante el periodo analizado (ver tabla adicional a continuación de esta nota). La idea de este análisis comparativo es valorar la "razonabilidad" del consumo de servicios de apoyo bajo la premisa de que en salud los insumos y servicios deberán brindarse al usuario de acuerdo a criterios técnicos.

Tabla de índice de demanda de servicios complementarios Hospitalización de Medicina

SERVICIO DE APOYO	DEMANDA DEL PERIODO	HOSPITALIZACIÓN MEDICINA				COSTO INDIRECTO
		EGRESO		DCO		
		291		1,654		
Servicio Farmaceutico	1,111 Medicamentos despach.	3.82 Medicamentos x egreso	0.67 Medicamentos x DCO	\$109,916.67		
	15,247 Unidosis	52.40 Unidosis x egreso	9.22 Unidosis x DCO			
Imagenología	36 Estudios de Rx	0.12 Estudios x egreso	0.02 Estudios x DCO	\$86,518.9		
	14 Ultrasonido Convensional	0.05 Ultrasonido x egreso	0.01 Ultrasonido x DCO			
	65 Ultrasonido especial y Dopler	0.22 Ultrasonido x egreso	0.40 Ultrasonido x DCO			
	- Mamografía y tomosíntesis mamaria	- Mamografía x egreso	- Mamografía x DCO			
	- Densitometria osea	- Densitometria x egreso	- Densitometria x DCO			
Radiología Interv.	48 Estudio	0.16 Estudio x egreso	0.03 Estudio x DCO			
Tomografía	20 Estudio especializado	0.07 Estudio x egreso	0.01 Estudio x DCO			
TOTAL IMAGENOLOGÍA	16,541 Estudios de Rx	56.84 Estudios x egreso	10.00 Estudios x DCO			
Laboratorio	6,055 Estudio	20.81 Estudio x egreso	3.66 Estudio x DCO	\$100,346.56		
Banco de sangre	10 Uidad. Sangre transfundida	0.03 Unidades transfund. x egreso	0.01 Unidades transfund. x DCO	\$725.30		
Electrocardiograma	267 Estudio	0.92 Estudio x egreso	0.16 Estudio x DCO	\$15,189.19		
Enfermería	6,964 Inyectables	23.93 Inyectables x egreso	4.21 Inyectables x DCO	\$372.97		
Ambulancia	63 Paciente trasladado local	0.22 Traslados x egreso	0.04 Traslados x DCO	\$16,327.30		
Central de equipos	2,081 Paquete esterilizado	71.53 Paquete esterilizado x egreso	12.59 Paquete esterilizado x DCO	\$22,453.62		
Lavandería	3,929 Libras	13.50 Libras x egreso	2.38 Libras x DCO	\$17,081.82		
Costura	44 Piezas confeccionadas	0.15 Piezas x egreso	0.03 Piezas x DCO	\$1,050.31		
Nutrición y dietética	4,980 Racion paciente	17.11 Raciones x egreso	3.01 Raciones x DCO	\$106,734.16		
Dirección y Administración				\$110,614.32		

En el periodo analizado se observa que en general los índices de uso de Servicios de Apoyo son relativamente bajos, lo que obligó a realizar un análisis de registros mensuales de producción, encontrándose que en algunos meses del periodo analizado NO SE INGRESO INFORMACION POR PARTE DE SERVICIOS DE APOYO. Esta valoración lo que permitió es concientizar en el hecho de que AUN SE DEBE SEGUIR INSISTIENDO EN LA MEJORA DEL REGISTRO, como parte del proceso de implementación de un sistema de costos de operación.

La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.

Edición: Septiembre 2021
Próxima revisión: Septiembre 2023