

comité ejecutivo del  
consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

grupo de trabajo del  
comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



74a Reunión  
Washington, D. C.  
Junio-Julio 1975

**INDEXED**

Tema 15 del proyecto de programa

CE74/12 (Esp.)  
CORRIGENDUM  
4 junio 1975  
ESPAÑOL UNICAMENTE

ESTUDIOS DE FUENTES Y USOS, SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO Y COSTOS DEL  
SECTOR SALUD

Primera página, primera línea de la resolución, donde dice  
"(Documento CE72/1)" debe decir "(Documento CE74/7)".

Agregar notas al pie de las páginas:

2, No. III.:

III. MECANISMOS Y ARBITRIOS DE CANALIZACION DE RECURSOS\*

---

\* El análisis de esta sección se aplica sólo a los países con  
economía de mercado.

3, primer párrafo, último renglón:

..... han tenido un desarrollo comparativamente notable\*.

---

\* Debido al compromiso de universalizar la cobertura adoptada por los  
países de la Región cabe esperar que la responsabilidad financiera  
por la extensión de la cobertura siga siendo del sector público, a  
diferencia de lo ocurrido en Argentina y Uruguay, países en los cuales  
con crecimiento económico creció la importancia de la cobertura del  
sector privado.

25, No. 6, último párrafo:

- los gastos correspondientes a bienes de duración mayor que un año\*.

---

\* Estos gastos son considerados sólo parcialmente en el presupuesto.

4 del ANEXO, penúltimo párrafo:

- el de distribución simple\*, que consiste .....

---

\* Este método se usa en algunos hospitales privados norteamericanos en los cuales las unidades de producción intermedia y final corresponden a unidades que no tienen ingresos y que tienen ingresos, respectivamente.

5 del ANEXO, último párrafo, segundo renglón:

..... simple no es recomendable en ningún caso\*,.....

---

\* Este método sólo se usa en hospitales comerciales que identifican las unidades intermedias con las unidades que no producen ingresos.

*comité ejecutivo del  
consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del  
comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



74a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio-Julio 1975

**INDEXED**

Tema 15 del proyecto de programa

CE74/12 (Esp.)  
16 mayo 1975  
ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTUDIOS DE FUENTES Y USOS, SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO  
Y COSTOS DEL SECTOR SALUD

ESTUDIOS DE FUENTES Y USOS, SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO  
Y COSTOS DEL SECTOR SALUD

Informe de Progreso del Director

El Comité Ejecutivo en su 72a. Reunión celebrada en julio de 1974 adoptó la Resolución XXII cuyo texto es el siguiente:

"ESTUDIOS DE FUENTES Y USOS,  
SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO Y COSTOS DEL SECTOR SALUD

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo escuchado el informe del Director (Documento CE72/1) sobre las medidas que la Organización está tomando para dar cumplimiento a la Resolución VI del Consejo Directivo aprobada en su XXII Reunión, referente a estudios sistemáticos sobre financiamiento, gastos y costos del sector salud en los países;

Reconociendo que las recomendaciones del Grupo de Trabajo convocado por el Director de acuerdo con la Resolución XIII de la XXII Reunión del Consejo Directivo, así como la presentación efectuada por el Secretariado, están ajustadas a los requerimientos de los países; y

Considerando que estos estudios deben ser comparables a nivel continental y que para ello es necesario que se realicen siguiendo un diseño homogéneo para la Región,

RESUELVE:

1. Instar a los países a que organicen grupos nacionales de estudio sobre el tema, según los lineamientos propuestos por el Grupo de Trabajo mencionado.
2. Pedir al Director que haga llegar a los países a la mayor brevedad la documentación presentada con el fin de facilitar a los Gobiernos que así lo decidan, la organización de los estudios mencionados.
3. Pedir al Director que preste la colaboración que soliciten los países en la organización y el desarrollo metodológicos, así como en la realización de las investigaciones, y que organice estas actividades en la forma de un programa de la OPS.
4. Solicitar al Director que, como parte de la colaboración dé consideración al adiestramiento de recursos humanos en estas disciplinas.

5. Recomendar al Director que informe a la 74a. Reunión del Comité Ejecutivo sobre los esfuerzos hechos y los resultados alcanzados por los países."

De acuerdo con el punto 3 de la Resolución citada se estableció en agosto de 1974 el programa AMRO-7800, Financiamiento del Sector Salud. El objetivo fundamental de este programa es contribuir a la solución de los dos tipos principales de problemas que enfrentan los países de la Región en estas materias:

- El financiamiento equitativo y adecuado del desarrollo de los sistemas de servicios de salud para cumplir la meta continental de extender la cobertura a la totalidad de la población y mejorar continuamente su calidad.

- La modernización y reorganización de los esquemas de financiamiento en los países que han logrado la meta de cobertura universal, para incrementar su eficiencia y hacerlos más equitativos.

De los dos grupos de problemas mencionados el primero es de mayor urgencia y entidad pues de su solución depende el progreso que en el área de la salud pueden obtener las grandes masas de población postergada en el Continente. En ellos se ha concentrado, en consecuencia, las actividades del programa.

Las fuentes básicas internas\* para el financiamiento del sector público de salud, que es el que principalmente interesa su relación con las metas del Plan Decenal son el erario público y las mejoras en la productividad que se pueden obtener mediante una mayor eficiencia en la administración y la implantación de soluciones técnicas más eficaces y eficientes.

Las posibilidades de obtener aumentos sustanciales del aporte gubernamental son reconocidamente escasas en los países de la Región tanto a causa de la penuria fiscal que aqueja a la gran mayoría de ellos como por la resistencia a entregar recursos adicionales a un sector en el cual hay márgenes importantes para incrementar la productividad de los recursos que actualmente se emplean.

Hay pues una doble razón para pensar que el financiamiento necesario para cumplir las metas del Plan Decenal depende de los aumentos de productividad de los recursos humanos, materiales y de organización de los sectores de salud de los países.

Prácticamente todos los programas de la OPS/OMS, lo mismo que las políticas definidas por los países y reflejadas en el Plan Decenal

---

\* El financiamiento externo tiene fines muy limitados y específicos cuya consideración no afecta los planteamientos del texto.

están orientados de una u otra forma en función del mejoramiento de la productividad, a través de cuatro canales principales:

- La búsqueda e implantación de soluciones técnicas eficaces y más eficientes.
- La adaptación de las tecnologías disponibles, generalmente de alto costo y originadas en los países más industrializados para reducir su costo a niveles compatibles con la escasez de recursos de los países de la Región, incluyendo la incorporación de recursos adicionales mediante su complementación con esquemas de participación de la comunidad.
- La difusión de los principios modernos de la administración para incrementar la eficacia de los administradores y la productividad general de los servicios.
- La distribución más equitativa de los beneficios de la operación del sector tanto en términos de la ampliación de la cobertura como de la aplicación de tarifas más apropiadas a los usuarios con capacidad de pago.

Para cumplir los objetivos en estas cuatro áreas es requisito indispensable conocer los costos de producción del sector pues sin este conocimiento es imposible determinar la eficiencia relativa de diversas funciones de producción y, en consecuencia, no es posible identificar las soluciones técnicas más eficientes, ni sustituir tecnologías, ni fundamentar políticas racionales de tarifas.

En otras palabras, es imposible incrementar la productividad de determinados recursos si se ignora la magnitud de dicha productividad, es decir, el costo de la producción obtenida mediante el uso de tales recursos.

Esto es cierto no sólo respecto de los mecanismos de aumento de la productividad relacionados con la eficiencia sino también de los que dependen de la eficacia puesto que la eficacia de las soluciones técnicas depende fuertemente de su eficiencia en países poco desarrollados como los de la Región.

En resumen la obtención del financiamiento necesario para el logro de las metas del Plan Decenal tiene como requisito indispensable la implantación de sistemas de costos de producción en los establecimientos de salud de la Región.

Sobre la base de estas ideas se preparó un documento titulado "Estudios sobre Financiamiento, Gasto y Costos del Sector Salud" (ver copia adjunta) es el cual se describen los principales problemas que enfrentan los países en relación con el financiamiento de sus sistemas de servicios de salud, se explica el aporte a la solución de tales problemas que pueden hacer los estudios sobre financiamiento, gasto y costo

del sector y se describen analíticamente las áreas y problemas que deben abarcar tales estudios, incluyendo los criterios necesarios para su adecuada orientación. El documento incluye también una Metodología para la implantación de sistemas de costos en establecimientos de salud, de fácil aplicación por personal nacional previo un breve período de adiestramiento.

La implantación de estos sistemas es la primera etapa en la realización de los estudios cuya promoción tiene a su cargo el Proyecto. Los objetivos de esta etapa son dos:

a) Mejorar la administración de los establecimientos de salud mediante programas de adiestramiento del personal nacional en la implantación de sistemas de costos que provean la información que se menciona en el punto siguiente, incluyendo el establecimiento de registros contables de control del uso de los recursos.

b) Generar información anual sobre los recursos reales, el financiamiento, los gastos y los costos de operación de los establecimientos de salud del sector oficial y mixto de cada país, para que las autoridades puedan:

- asignar los recursos disponibles para funcionamiento y expansión según prioridades nacionales y áreas deficitarias;
- identificar soluciones técnicas (funciones de producción) eficaces y de mayor eficiencia que incrementen la productividad de los recursos;
- cobrar tarifas concordantes con los costos reales de los servicios prestados a los usuarios con capacidad de pago y registrar el monto y distribución de los subsidios entregados a los usuarios restantes;
- eliminar el desperdicio de recursos.

Se han preparado dos Programas de Estudios y Adiestramiento en Financiamiento, Gasto y Costos del Sector Oficial y Mixto de Ecuador y Colombia, que están bajo consideración de las autoridades nacionales y se inició un Programa similar en Honduras; el personal nacional adiestrado en este último programa (un economista y dos contadores) está actualmente difundiendo el sistema en el resto del país.

La segunda etapa de los estudios programados, que serán extendidos paulatinamente al resto de los países, consistirá en la determinación de los costos del sector privado, mediante encuestas y estimaciones basadas en la información que se obtenga del sector oficial y mixto.

En la tercera etapa, finalmente, se establecerá la metodología y se promoverán los arreglos necesarios para incorporar la información obtenida en las etapas anteriores a los sistemas de Cuentas Nacionales.

En el curso del presente año debe quedar cumplida la primera etapa del programa en Honduras e iniciada la segunda. La tercera etapa se completará en ese país a mediados de 1976.

En Ecuador y Colombia el programa se puede completar en un plazo de un año y medio a contar del momento que se le ponga en marcha.

También dentro del curso del presente año se espera iniciar las actividades del programa en Costa Rica.

En los años próximos se espera extender el programa a razón de cinco países por año, para llegar a una cobertura completa de la Región en 1979.



**ESTUDIOS SOBRE FINANCIAMIENTO, GASTO Y COSTOS  
DEL SECTOR SALUD**

## ESTUDIOS SOBRE FINANCIAMIENTO, GASTO Y COSTOS DEL SECTOR SALUD

### I. PROPOSITO

1. Los estudios de financiamiento, gasto y costos del sector que ha iniciado la OPS/OMS tienen por objeto contribuir a la solución de los dos tipos principales de problemas que enfrentan los países de la Región en estas materias:

1.1 El financiamiento equitativo y adecuado del desarrollo de los sistemas de servicios de salud para cumplir la meta continental de extender la cobertura a la totalidad de la población y mejorar continuamente su calidad.

1.2 La modernización y reorganización de los esquemas de financiamiento en los países que han logrado la meta de cobertura universal, para incrementar su eficiencia y hacerlos más equitativos.

### II. AREAS DE ANALISIS

1. El costo de los servicios de salud y, en general, el costo del sector salud de los países es pagado en todas partes, en última instancia, por la población; los recursos de que ésta dispone son, en consecuencia, la fuente última del financiamiento del sector. Por este motivo, el estudio de los problemas del financiamiento de la salud es, en primer lugar, el estudio de los mecanismos y arbitrios a través de los cuales se canalizan los recursos que la población destina a salud para cumplir con este destino. Debido a que estos mecanismos y arbitrios influyen de manera significativa sobre la forma en que se organiza la provisión de servicios de salud, el análisis del financiamiento del sector debe incluir también el de la organización de los sistemas de servicios, aunque sólo al nivel de generalidad apropiado para entender su relación con los problemas de financiamiento. Finalmente, debido a que la provisión de servicios de salud se considera en muchas partes como una responsabilidad en gran medida estatal y a que en todos los países funcionan esquemas de seguro social que ofrecen servicios de salud a sus afiliados, ocurre que la provisión de servicios de salud incluye un componente variable pero importante de subsidio al consumo de atenciones de salud; por este motivo, el estudio del financiamiento del sector debe incluir también el análisis de la forma en que el subsidio se reparte entre la población.

2. En resumen, el estudio de los problemas del financiamiento del sector salud abarca tres aspectos:

2.1 Los mecanismos y arbitrios cuyo empleo permite canalizar los recursos monetarios que la población destina a pagar el costo del sector salud, hacia las personas e instituciones que convertirán dichos recursos en acciones de salud;

2.2 La organización de los sistemas de servicios de salud, es decir la forma en que se combinan entre sí los recursos reales empleados en realizar acciones de salud, examinada desde el punto de vista de su organización; y,

2.3 La forma en que se reparte entre la población el componente de subsidio envuelto en la provisión de servicios de salud.

Con un enfoque sistémico estos tres aspectos abarcan la totalidad de los problemas de financiamiento del sector entendidos como un subsistema dentro del sistema que compone el sector salud. El punto de partida es el análisis de las formas de canalización de los recursos destinados a salud, desde su fuente, es decir, lo que podría llamarse el análisis del financiamiento primario; y el punto de llegada después de haber establecido todos los contactos y haber desarrollado todas las posibilidades en el sistema mayor es el análisis de la forma en que el funcionamiento del sistema global repercute sobre la base del financiamiento primario; con lo cual se cierra el circuito y se tiene la garantía de que las políticas que se formulan sobre la base de este enfoque analítico serán consistentes con la realidad y también con los efectos de su propia aplicación.

### III. MECANISMOS Y ARBITRIOS DE CANALIZACION DE RECURSOS

1. Los mecanismos y arbitrios de canalización pueden agruparse en cuatro categorías:

- A) La tributación.
- B) Las cotizaciones periódicas que pagan las personas afiliadas a un sistema de seguro social al cual contribuye también el Estado y/o determinados empresarios.
- C) Formas mixtas, incluyendo la filantropía y otras, en las cuales el pago para salud se hace mezclado con otros fines, generalmente el juego.
- D) El pago que hacen los usuarios directamente desde su bolsillo, sea para pagar servicios y bienes recibidos o en alguna forma de pre-pago.

2. En los países de América Latina el mecanismo más importante ha llegado a ser la tributación. En la mayoría de los países los gobiernos han heredado o se han hecho cargo de los servicios organizados tradicionalmente a base de la beneficencia y se han comprometido a nivel continental a extender la cobertura con servicios mínimos a la totalidad de la población. En consecuencia, la cuota que pagan los gobiernos del costo total del sector es generalmente la de mayor importancia. Le siguen en significación los mecanismos del seguro social, que ha crecido con gran rapidez en las últimas décadas, y las formas mixtas, que en el pasado constituyeron un mecanismo principal de financiamiento del sector

para ser gradualmente sustituido en época reciente por la tributación y el seguro social. Los mecanismos de pago directo parecerían tener cierta importancia sólo en algunos países de la Región; el mejor ejemplo lo constituyen Argentina y Uruguay, donde los sistemas de pre-pago han tenido un desarrollo comparativamente notable.

A) La Tributación

1. La tributación como mecanismo principal de financiamiento del sector concuerda con la responsabilidad, también principal de los gobiernos en la provisión de servicios de salud. Tiene, sin embargo, dos limitaciones importantes: la primera es que en los países con el bajo grado de desarrollo que constituyen la mayoría de los países de la Región la base tributaria nacional es estrecha y los mecanismos de imposición y recaudación son ineficientes, de suerte que los gobiernos enfrentan problemas crónicos de escasez de recursos. En segundo lugar, dentro de esta escasez generalizada de recursos, los gobiernos tienen numerosas responsabilidades distintas de la salud, a las cuales también tienen que asignar recursos; esto significa que el sector salud debe competir con otras necesidades sociales importantes para apropiarse unos recursos fiscales, crónica y agudamente escasos.

2. Como estas limitaciones del financiamiento fiscal son inevitables, la única alternativa que tiene el sector para superarlas es desarrollar métodos que le permitan competir por lo menos en igualdad de condiciones con las restantes opciones de gasto fiscal de tal suerte que la distribución de los recursos se haga sin desmedro del valor social de la salud. Esto no es lo que ocurre habitualmente en los países de la Región. Por el contrario, los Ministerios de Salud enfrentan por lo general dificultades serias para obtener anualmente el financiamiento adecuado para sus programas corrientes y limitaciones muy severas para sus proyectos de expansión. Dentro del medio general de escasez de recursos, que caracteriza a los países de la Región, los proyectos de expansión del sector salud quedan comunmente en posición desmedrada en la comparación con proyectos de inversión reproductiva de bienes e incluso con proyectos de inversión reproductiva de servicios como educación y vivienda. Esto ocurre a pesar de que entre las prioridades declaradas por las autoridades la salud figura consistentemente en lugar preferencial, junto con educación y habitación.

La actitud tradicional en América Latina frente a esta situación no ha sido suficientemente constructiva en el sentido de reconocer que si el sector no logra los recursos que requiere a pesar de su prioridad ello se debe a deficiencias del propio sector más que a deficiencias de criterio en la asignación de recursos.

Dos deficiencias principales propias del sector ayudan a explicar las postergaciones en el financiamiento de la salud; en primer lugar que en materia de salud, a diferencia de lo que ocurre en educación, por ejemplo, no se han establecido metas generales de aceptación universal, como la de erradicar el analfabetismo o crear plazas para todos los niños en edad escolar, que dan justificación a los proyectos perti-

nentes de desarrollo educativo porque en ellos se materializa de manera específica e inconfundible la importancia prioritaria que las sociedades le otorgan a la educación. Recién en 1972 la Conferencia de Ministros de la Región aprobó una meta de esta especie en relación con la cobertura de servicios mínimos. Este hecho se dejará sentir sin duda en el futuro de manera significativa, pero obviamente tendrá que pasar un tiempo largo antes de que la frase "cien por ciento de cobertura con servicios mínimos" tenga un valor parecido a la de "erradicar el analfabetismo".

En segundo lugar en salud ocurre que, a diferencia de los sectores productores de bienes, es difícil demostrar los beneficios de la mayor parte de las inversiones. (Se exceptúan las que corresponden a campañas verticales que por tener objetivos únicos pueden demostrar sus beneficios en forma clara).

Cuando se trata de un hospital por ejemplo, o de un centro de salud, en los cuales se concentra casi la totalidad de las inversiones del sector resulta paradójicamente casi imposible justificar el proyecto en función de su objetivo fundamental, que es disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad porque la conducta de estas tasas depende también de otros factores, distintos e independientes del funcionamiento del hospital. Por este motivo los proyectos se justifican básicamente en función de objetivos instrumentales cuyo valor persuasivo para el profano es escaso o nulo.

Esta situación puede mejorar sensiblemente cuando se afiance el concepto de cobertura aprobado en 1972. En este concepto la cobertura se entiende dada por un sistema de servicios, con atención a varios niveles intercomunicados por la referencia de pacientes y cada unidad de atención se justifica más que nada por el papel que desempeña dentro del sistema. Las consecuencias de este enfoque son: primero, la justificación de cada proyecto de inversión se hace principalmente en función del sistema y su eficacia, teniendo en cuenta la forma en que el proyecto se inserta dentro del sistema; y segundo, la brecha que existe entre las acciones de salud y la conducta de las tasas de mortalidad y morbilidad puede disminuir considerablemente cuando las acciones de que se trata son las de un sistema de servicios, comparadas con las de un hospital. De donde resulta, tercero, que cada proyecto de expansión lo es del sistema y en consecuencia si puede justificarse en función de su objetivo fundamental de desarrollar la salud de la población.

Entretanto, dadas las limitaciones señaladas y el hecho de que los proyectos de expansión del sector salud son normalmente de alto costo, es explicable la resistencia que a menudo encuentran los proyectos de salud entre las autoridades financieras y, por ende, la situación de escasez y en ocasiones de asfixia financiera que afecta al sector en la Región y contradice de hecho en forma abierta el principio genuinamente compartido de que el desarrollo de la salud es un objetivo social de primera importancia.

Felizmente, como se habrá advertido parcialmente en el análisis anterior, no es necesario ni inevitable que el sector salud esté incapacitado para proponer metas generales cuya postulación permita darle concreción cuantitativa a la prioridad que la sociedad le asigna a la salud; ni para utilizar arbitrios que le permitan demostrar en forma directa sus beneficios y no solamente a través de objetivos instrumentales. En cuanto a lo primero, la reciente conferencia de Ministros ya abrió el camino para un proceso que con el tiempo mejorará significativamente el financiamiento de los proyectos de expansión de la cobertura. En cuanto a la demostración de beneficios, aparte de la situación especial de las campañas verticales, las perspectivas no son malas en la Región. Sin perjuicio de los objetivos instrumentales cuya descripción es útil porque muestra la capacidad de acción del proyecto, en América Latina es posible demostrar el beneficio económico-social de un proyecto de inversión en infraestructura, un hospital, por ejemplo, utilizando un argumento que no se emplea y que sin embargo es de la mayor significación:

2.1 El funcionamiento de un hospital significa entregar a sus usuarios un servicio definido y concreto encaminado a incrementar el bienestar de los individuos;

2.2 Los servicios que entrega el hospital tienen valor en un doble sentido: primero, para el individuo y la sociedad en la medida en que tales servicios se traducen en la atenuación o la eliminación de riesgos para la salud de los individuos; y, segundo, para la economía nacional, pues los servicios prestados tienen un costo cuyo valor se agrega al ingreso real del usuario y es absorbido por éste sin compensación, con lo cual se verifica un incremento neto de su ingreso real, o es devuelto parcial o totalmente al hospital en dinero, con lo cual su ingreso real crece o permanece igual sin perjuicio del cambio que se registra en su nivel de bienestar.

2.3 Los dos valores mencionados en el párrafo anterior tienen distinto alcance: el primero, si bien debe traducirse en un incremento del bienestar de los individuos es de resultados inciertos y, por lo tanto, sus efectos se prestan para medición solamente en términos estadísticos. Por este motivo, entre otros, el beneficio individual y social que comporta este valor no se puede relacionar de manera unívoca y precisa con el funcionamiento del hospital. El segundo valor, en cambio, es generado directa e inequívocamente por el hospital, es cuantificable con exactitud y es entregado en cada caso a individuos concretos cuyas características socioeconómicas y otras pueden ser registradas con facilidad.

2.4 La transferencia de este segundo valor determina cambios en la distribución del ingreso real de la población que además de estar asociados con el mejoramiento medible estadísticamente en su standard de vida modifica su status económico en la sociedad. Estos cambios pueden ser determinados cuantitativamente para cada estrato económico-social; es decir que el sector puede mostrar de manera inequívoca la magnitud y la distribución de los beneficios económicos directos de su acción. Si al mismo tiempo está en situación de demostrar que su acción se

somete a criterios rigurosos de economía y eficiencia\* los proyectos de expansión del sector mejorarán significativamente sus perspectivas de financiamiento.

Más adelante, en la sección destinada al análisis de la forma en que se distribuye el subsidio incluido en la provisión de servicios de salud, se explica la forma en que el sector podría dar cumplimiento a las condiciones señaladas.

3. Entretanto vale la pena detenerse brevemente en un aspecto de justicia distributiva relacionado con la tributación como mecanismo de financiamiento de la salud. Suele sostenerse que para apreciar debidamente el efecto de la operación del sector público de salud sobre la distribución del ingreso es necesario considerar dicho efecto a la luz de la distribución de la carga tributaria. El argumento sería en síntesis como sigue: la distribución de la carga tributaria influye sobre la distribución del ingreso de una manera determinada; por este motivo la influencia que a su vez ejerce el sector público de salud a través del subsidio que involucra puede operar en el mismo sentido que la carga tributaria, incrementando así su efecto; o en sentido contrario, neutralizándola; de tal suerte que para determinar la magnitud de la influencia del sector salud sería necesario agregarla a la de la carga tributaria, o descontarla, según proceda.

4. Cualquiera que sea el mérito teórico de este argumento en la práctica su aplicación es problemática y su utilidad dudosa. Las dificultades para su aplicación son dos. En primer lugar, la determinación de la incidencia final o real de la tributación, que en teoría se define con facilidad exige un tipo muy detallado y prolijo de información sobre el funcionamiento y evolución del sistema de precios que en ningún país está disponible y cuya obtención demandaría estudios especiales y probablemente continuos. En segundo lugar, como la provisión de servicios de salud es solamente una de las muchas y variadas actividades gubernamentales que implican subsidio al consumo o a la inversión, la determinación del grado en que el subsidio salud contrarresta o incrementa la influencia de la carga tributaria carece de sentido si no es hecha en conjunto con la de las restantes actividades estatales que implican subsidio; lo cual de nuevo exige un esfuerzo de largo aliento que difícilmente se justifica. En relación con su utilidad, es necesario tener en cuenta que en cualquier momento la carga tributaria de un país está orgánicamente incorporada al sistema económico de suerte que lo que el contribuyente aprecia como efecto redistributivo de la tributación que paga no es el de la carga en sí sino el de sus variaciones. En otras palabras, el efecto que sin duda ejerce cualquier sistema tributario sobre la distribución del ingreso se aprecia como tal solamente en el margen, cuando el sistema es modificado; en ausencia de modificaciones, la distribución del ingreso tanto la real como la percibida por los con-

---

\* El uso de estos criterios en el funcionamiento del sector debe traducirse en mejoras de la productividad de suerte que el sector puede demostrar su uso a través de reducciones en el costo por persona de su acción, entre otros medios.

tribuyentes es la que queda después de pagados los impuestos\*. Por este motivo sería de significado muy dudoso una operación de suma o resta entre el subsidio concreto y específico de que goza este año un individuo que recibe atenciones de salud en un establecimiento gubernamental y los impuestos que ha pagado. Como se verá en la sección destinada a analizar como se reparte el subsidio de salud entre la población, el impacto de este subsidio sobre la distribución del ingreso se aprecia relacionando directamente la distribución de las acciones gratuitas y semigratuitas de salud del gobierno con la distribución del ingreso.

## B) Las cotizaciones del Seguro Social

1. Los esquemas de seguridad social se han desarrollado en la Región para proteger a los trabajadores y en algunos casos a sus familias contra diversos riesgos, incluyendo los de salud. Para este fin y sobre la base de la información disponible sobre costos y riesgos se determina, en los sistemas de reparto simple, mediante cálculos actuariales, la cantidad de dinero por trabajador que necesita reunir anualmente la institución para financiar la atención de salud de sus asegurados. Las proporciones en que la cantidad mencionada será pagada por el asegurado (deduciéndola de su remuneración o de su pensión según corresponda) y por el gobierno y los empresarios en esquemas bipartitos y tripartitos son fijadas generalmente por ley. Este mecanismo permite normalmente un financiamiento regular y estable para la atención de la salud de los trabajadores.

Los esquemas de seguro social son un subproducto típico de los procesos de industrialización que acompañan el desarrollo económico-social. Limitados inicialmente en forma exclusiva a los trabajadores industriales, cuyo número creciente desbordó ya a fines del siglo pasado en Europa la capacidad de las instalaciones tradicionales de salud basadas en la caridad, su desarrollo se difundió en el mundo junto con el de las actividades industriales. Las etapas iniciales de la seguridad social se dieron en América Latina en la década de los años 20', dando comienzo a una evolución institucional rápida que ha llevado los esquemas a todos los países de la Región.

En tanto mecanismo de financiamiento de la salud el seguro social tiene dos ventajas fundamentales respecto de la tributación:

1.1 Es suficiente, es decir genera una cantidad de recursos adecuada para atender los problemas de salud de la población prevista lo cual significa que las autoridades de salud de la institución de seguro social no tienen que luchar como sus colegas en el Ministerio de Salud del gobierno para que se les entregue anualmente los recursos que requiere el desempeño adecuado de su función.

---

\* Esto se debe a que los impuestos son obligatorios y conocidos de suerte que el contribuyente puede y debe separar de su ingreso una provisión periódica para satisfacer sus obligaciones tributarias. Las modificaciones que la tributación introduce en el patrón de distribución del ingreso se verifican al momento de promulgarse la ley, no al momento del pago del tributo.



1.2 Su cobertura es total en el sentido de que atiende las necesidades de salud de toda la población afiliada al seguro. En comparación con los servicios de salud del gobierno, que en la mayoría de los países pueden dar cobertura sólo a una parte de la población que la necesita esta es, de nuevo, una ventaja de gran significación.

Seguramente a causa de estas ventajas, que se advierten con toda claridad en la experiencia diaria en los países, en varios de ellos se han desarrollado iniciativas destinadas a fusionar los servicios de salud del gobierno y de las instituciones de seguridad social, a través de esquemas que van desde la simple coordinación superior de servicios que siguen trabajando separadamente hasta la fusión total traducida en la creación de un servicio nacional único de salud.

Estas iniciativas se ven fortalecidas en algunos casos, además de las ventajas ya mencionadas, por el interés del seguro social de facilitar el acceso de sus asegurados a los establecimientos de salud del gobierno o de la beneficencia.

Obviamente es recomendable la idea de coordinar y hacer colaborar los recursos que por los canales distintos de la tributación y el seguro social destina la sociedad a satisfacer las necesidades de salud de aquellos sectores de la población cuyo bajo nivel de ingreso los incapacita para atenderlas en forma adecuada. Las iniciativas de fusión que se han mencionado más arriba deberían ser, en consecuencia, estimuladas y apoyadas. Pero al hacerlo es indispensable formular una voz de cautela, cuya necesidad se origina en los aspectos limitantes que tienen las propias ventajas del seguro social como mecanismo de financiamiento de la salud, cuando se las mira dentro del contexto del nivel real de desarrollo de la mayoría de los países de la Región.

En relación con el financiamiento "suficiente", la razón por la cual los esquemas de seguro social pueden proveerlo así es desde luego, porque se le calcula deliberadamente para que lo sea y enseguida porque los "socios" en el esquema, es decir los trabajadores, los empleadores y el gobierno se comprometen cada uno a pagar su parte. Como este compromiso se establece normalmente a través de una ley, la promesa de pago usualmente se cumple salvo, en ocasiones, cuando el gobierno se transforma en deudor moroso\* y el poder judicial se encuentra con dificultades para obligarlo a cumplir. Los otros dos socios, en cambio, pueden ser obligados a pagar sin dilación.

Esto dicho, cabe preguntarse, sin embargo, cómo es que en efecto los empleadores y los trabajadores de países con escasos niveles de desarrollo económico pueden pagar su parte del costo de prestaciones de salud generalmente satisfactorias para la totalidad de los asegurados.

---

\* Según un estudio reciente de la OEA, la mayor parte de los sistemas de seguro social en la Región estarían enfrentando este problema.

La respuesta a esta pregunta se obtiene cuando se considera la naturaleza "total" que caracteriza la cobertura de los esquemas del seguro social; es decir, la segunda de las dos ventajas del seguro social sobre la tributación en tanto mecanismos de financiamiento de la salud. La palabra "total" en este caso se aplica a la población asegurada, la cual tiene, para estos efectos, dos características:

- a) Es solamente una parte de la población total del país; y,
- b) Es una parte que trabaja en actividades cuyo objeto es producir bienes y servicios para su venta en el mercado a la totalidad de la población.

Ahora bien, la cotización que esta parte de la población paga al seguro social, lo mismo que la cuota que pagan los empleadores, es una fracción del ingreso que perciben a cambio de su aporte a la actividad productiva en que están empeñados y forma parte, por tanto, del costo y del precio de la producción correspondiente. Lo cual significa que, en definitiva, si bien las cotizaciones de los trabajadores se deducen de su ingreso, quien las paga en realidad, junto con la cotización de los empleadores que se carga directamente al costo, es el público consumidor general, incluidos los propios cotizantes, al momento de pagar el precio de los bienes y servicios respectivos.

En otras palabras, la respuesta a la pregunta de por qué los trabajadores y los empleadores pueden pagar sin problemas sus cotizaciones al seguro social es que no son ellos quienes realmente pagan sino la población en general.

Esta circunstancia hace que, en última instancia, la diferenciación entre la tributación y el seguro social como mecanismos distintos del financiamiento de la salud sea de valor muy relativo ya que en ambos mecanismos el costo de las atenciones de salud que a través de ellos se financia es difundido a la población general sobre la cual recae (y no sobre el usuario) en la forma de impuestos pagados y de precios de bienes y servicios consumidos.

Volviendo ahora a las iniciativas de fusión de los servicios de salud del gobierno con los del seguro social, lo dicho significa que las ventajas del financiamiento vía seguro social podrán ser compartidas por la población de escasos recursos cuya atención está a cargo del gobierno solamente en aquellos casos en los cuales la economía nacional como un todo sea capaz de financiar la expansión de los servicios de salud que la fusión implica. Si este no es el caso, es decir, si la economía nacional no tiene capacidad suficiente para financiar dicha expansión, la fusión de los servicios probablemente se traduzca en la derrota de los objetivos buscados porque en vez de ser un camino para difundir a la población indigente las ventajas del financiamiento del seguro social lo será para disminuir la calidad de la atención prestada a los asegurados, acercándola a la que está disponible para los indigentes.

Una advertencia adicional es necesaria en este punto. Al hablar de "capacidad de la economía nacional para financiar la expansión de los servicios de salud" se está haciendo referencia a un concepto cuantitativo que no se ha medido en ninguna parte y cuya magnitud en cada economía nacional depende de numerosos factores económicos, sociales y políticos, además de sus determinantes técnicos de salud. Por este motivo, la medición de dicha capacidad plantea problemas difíciles y distintos para cada país que sólo pueden resolverse, en consecuencia, a nivel nacional y que probablemente deban limitarse a meras estimaciones y no a medición propiamente tal.

Al hacer estas estimaciones debe tenerse en cuenta que la magnitud de los recursos que el gobierno ha destinado históricamente al sector salud y, en especial, la de los que le ha negado o le adeuda no es un buen indicador de la capacidad de la economía para financiar gastos adicionales en salud. Como se ha explicado anteriormente al analizar la tributación como mecanismo de financiamiento, es muy probable que el sector gubernamental de salud en los países haya estado recibiendo menos recursos que los que podría haber obtenido si sus metas hubieran reflejado en forma cuantitativa la verdadera prioridad social del sector y si hubiera demostrado los beneficios económicos y de redistribución del ingreso generados por su funcionamiento. En cambio, lo que de ningún modo puede dejar de hacerse en todos los casos en los cuales se busque algún tipo de coordinación o fusión de la salud pública con el seguro social, es la medición cuidadosa de los costos en ambos subsectores y de las funciones de producción respectivas a fin de saber por lo menos cual es la cuantía de los recursos adicionales que el proyecto de fusión implica y que posibilidades hay de incrementar la productividad de los recursos.

C) Formas Mixtas

En esta categoría se agrupan todas las demás modalidades de financiamiento distintas del pago por los usuarios y no incluidas en las categorías anteriores. Los ítems principales en esta categoría son el rendimiento de activos, las donaciones o en general, la filantropía; y los ingresos derivados de las loterías y otros tipos de juegos. Como se dijo anteriormente estos mecanismos de financiamiento han perdido importancia en la Región y hoy conservan alguna significación, en todo caso decreciente, en unos pocos países. Su efecto económico-social es, en general, similar al que se ha descrito para los dos tipos de mecanismos anteriores.

D) Pago Directo por los Usuarios

Se distinguen aquí dos modalidades básicas: el pago por atenciones (bienes y servicios) ya recibidas que puede ser anticipado, al contado o diferido; y el pre-pago, sea en esquemas cooperativos, de socorros mutuos, o en esquemas comerciales de seguro. En este último caso la cotización incluye una suma destinada a pagar las utilidades de la empresa. En los sistemas de pre-pago el valor de las cotizaciones se calcula con los mismos procedimientos que en el caso de la seguridad

social, aunque por lo común las bases de costos para el cálculo son más altas. Estas formas de pago tienden a generalizarse a medida que crece el ingreso y aumenta la importancia de la clase media, cuya demanda por atenciones de salud suele ser más selectiva que lo permitido en los esquemas de seguro social. El desarrollo de los sistemas de pago directo por los usuarios modifica correlativamente el significado del sector salud para la sociedad pues sustituye los esquemas de financiamiento basados en la difusión de la carga entre toda la población (tributación y cotizaciones al seguro social) con los cuales el sector puede cumplir una función redistribuidora del ingreso, por esquemas en los cuales las prestaciones de salud se asimilan enteramente a las formas de consumo corriente de la población, reguladas por los mecanismos del mercado. En otras palabras, el sector salud pasa a ser regulado más por valores económicos que por valores sociales.

#### IV. ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

1. A través de los cuatro tipos de mecanismos y arbitrios descritos se canalizan hacia las instituciones y personas encargadas de realizar las acciones de salud los recursos monetarios que la sociedad destina a financiar dichas acciones. La organización que adoptan estas instituciones y personas para prestar servicios de salud depende en parte de la forma en que obtienen su financiamiento. Por este motivo su análisis forma parte de los estudios del financiamiento del sector.

2. La aceleración del crecimiento demográfico en el último medio siglo, asociada con la puesta en marcha de procesos de industrialización y con la progresiva concentración de la población en las áreas urbanas incrementaron de tal manera la demanda por los servicios de salud pública que en la mayoría de los países el estado ha tenido que asumir progresivamente la responsabilidad de dichos servicios. La tradición de gratuidad en que se habían desarrollado las instituciones públicas de salud fue mantenida en gran parte a la vez que se desarrollaban tímidamente en la mayoría de los países formas empresariales del sector privado para el ejercicio de las profesiones médicas y, en menor medida para ofrecer atención hospitalaria sobre bases comerciales. Paralelamente, los sistemas de seguridad social que comenzaron a establecerse en el primer cuarto del siglo organizaban sus prestaciones de salud de dos maneras: utilizando los establecimientos existentes, estatales, de la beneficencia y privados; o en establecimientos propios, construidos o arrendados para el efecto. El proceso de reorganización de los sistemas de servicios resultante de las tendencias señaladas se encuentra en plena evolución de suerte que, con la sola excepción de Cuba que estatizó totalmente las actividades de salud, en la Región se da una variada gama de arreglos institucionales. Por este motivo, la breve descripción que se intenta a continuación es una tipificación necesariamente simplificada de la realidad que no reproduce ninguna situación concreta pero que salvo la de Cuba, no se aleja mucho de las existentes.

## Sector Estatal

1. Por sector estatal o público se entiende aquí el conjunto de las instituciones gubernamentales centralizadas y descentralizadas y las que se financian mediante las "formas mixtas" descritas en el capítulo anterior, aún en los casos en que estas se mantienen como entidades de derecho privado. El núcleo del sector es el Ministerio de Salud, encargado de la dirección superior y coordinación de los sistemas de servicios. En algunos países el Ministerio tiene solamente esta función, que implica la de formular políticas; en otros, está encargado también de la ejecución de las acciones de salud. En ambos casos las funciones ejecutivas o acciones de salud se clasifican en dos categorías: atención del medio y atención a las personas. El análisis que sigue se refiere principalmente a la segunda.

2. En relación con las personas, los gobiernos de la región han tomado el compromiso, dentro del marco del Plan Decenal de Salud para las Américas, de dar cobertura con servicios mínimos a toda la población actualmente no cubierta y de mantener y mejorar la calidad de la que hoy tiene la población cubierta. Para cumplir este mandato cuyo logro se espera para el final de la década, los gobiernos disponen de establecimientos de distinta naturaleza que se clasifican aproximadamente así según la clientela que atienden y el tipo y complejidad de la atención que brindan:

- Puestos rurales de salud
- Centros de salud, generalmente urbanos
- Hospitales locales o centros de salud con camas
- Hospitales Regionales, ocasionalmente universitarios
- Hospitales Nacionales, generalmente metropolitanos y universitarios.

Salvo la diferencia bien neta que existe entre los Puestos y Centros por un lado, que no tienen camas, y los hospitales por el otro lado que sí tienen camas, las categorías señaladas se dan dentro de un continuum cuyos extremos difieren claramente entre sí pero están separados por instituciones intermedias que se diferencian sólo en forma gradual.

3. El personal de estos establecimientos es típicamente de funcionarios públicos, contratados y remunerados por el fisco. En numerosos casos una parte de los médicos se desempeña "ad honorem", tanto en los establecimientos de la beneficencia como en los del gobierno.

4. En los establecimientos del sector estatal se da atención a quien la pida, salvo aquellos destinados de manera exclusiva a categorías determinadas de personas como los militares y la policía. La atención ha sido tradicionalmente gratuita, aunque éste es un hábito que se ha venido modificando en las últimas dos o tres décadas. En general, se mantiene la gratuidad para quienes carecen de capacidad de pago sea porque son indigentes o porque su ingreso es bajo. En algunos países a los demás usuarios se les cobra tarifas según la atención que reciban.

Usualmente estas tarifas son sólo una fracción, a menudo poco significativa, del costo real de la atención. Esto se debe en parte a la tradición de gratuidad que ha prevalecido en el sector y que de alguna manera se intenta racionalizar con el argumento de que los establecimientos estatales se financian con fondos fiscales y deberían estar, en consecuencia, a disposición de toda la población. Sólo en época reciente ha llegado a difundirse el concepto de que el carácter fiscal del financiamiento no obliga a la gratuidad de la atención para todos los usuarios sino, por el contrario, a discriminar cuidadosamente para concentrar el beneficio de la gratuidad en los sectores de población más desvalidos al mismo tiempo que se alivia la carga para el fisco mediante el cobro de tarifas apropiadas a los usuarios capacitados para pagarlas.

5. Un obstáculo que generalmente dificulta esta política es la falta de información contable adecuada. La contabilidad en los establecimientos del sector está organizada generalmente para satisfacer las necesidades del control presupuestario y rara vez incluye registros que permitan controlar el destino de los recursos reales utilizados. Por este motivo la información disponible sobre costos es sólo sobre promedios muy generales referidos a unidades gruesas de producción como "total de egresos" y "total de consultas", que no permite cobrar en proporción al costo de los servicios prestados. Por otra parte esto significa que los conceptos de economía en los costos, rendimiento y productividad no tienen cabida en la administración de los establecimientos y, en consecuencia que no hay controles eficaces para prevenir el malgasto y desperdicio de recursos.

6. La contabilidad presupuestaria y el control correspondientes son instrumentos excelentes para la administración de servicios indivisibles desde el punto de vista de su uso, como la administración general del Estado, el cuidado del orden público, etc., porque en el caso de estos servicios la unidad de producción es la suma de las actividades realizadas durante un período determinado con los recursos disponibles; es decir, es la suma de las actividades presupuestadas; por este motivo la eficiencia en este campo equivale a que el presupuesto se ejecute con fidelidad. Pero si el servicio es divisible; es decir, si dentro de un ejercicio presupuestario se generan múltiples unidades de producción que se entregan a usuarios o beneficiarios individuales, como es el caso de las prestaciones de salud a las personas, el valor del presupuesto como instrumento administrativo se reduce a fijar el ámbito máximo de la acción y todo el peso de la responsabilidad por la eficiencia administrativa se concentra en la relación "recursos-producción". En este caso la tarea esencial del administrador es reducir al mínimo los recursos necesarios para generar cada unidad de producción de suerte que en el conjunto se tenga el máximo de producción con el mínimo de costos. Y para esto hay sólo dos caminos, complementarios:

6.1 El control de los costos, es decir, el registro del empleo o destino que se da a cada recurso utilizado y la verificación de que se le usa exactamente en la cantidad y condiciones requeridas por el tipo de técnica empleada en la ejecución de la acción; y,

6.2 La innovación tecnológica, es decir, la búsqueda y aplicación de soluciones técnicas distintas, más baratas o más productivas para producir los mismos resultados.

7. Ambos instrumentos administrativos están conspicua y lastimosamente ausentes en la Región. Lo cual es además infortunado por dos razones: primero, las autoridades del sector no pueden demostrar cuán eficiente es el uso que hacen de los recursos que se les han asignado y dan oportunidad en consecuencia para que el sector desmerezca en la comparación con otros sectores que sí pueden demostrar tal eficiencia; y, segundo, el desconocimiento de los costos unitarios de producción impide saber cómo se repartió entre la población el beneficio económico directo del funcionamiento del sector y, en consecuencia, cómo se compara dicho beneficio con el que generan otros sectores de la actividad gubernamental que sí miden el beneficio que generan. Obviamente mientras estas condiciones subsistan en la Región será difícil que el sector salud reciba los recursos adecuados a la importancia social de su función.

8. En la gran mayoría de los países el sector estatal es el propietario o se ha encargado de operar la mayor parte de los establecimientos de salud existentes y suele tener también la principal responsabilidad por la creación de nuevos establecimientos. Por este motivo, las deficiencias anotadas en su organización y funcionamiento tienen una trascendencia económica y social indisimulable.

### Sector del Seguro Social

1. Debido a la comparativa holgura de su financiamiento y a su capacidad para acumular reservas las instituciones de seguridad social tienen generalmente un alto grado de flexibilidad para satisfacer las necesidades de salud de sus afiliados. Esto se refleja en la gama de soluciones que se encuentra en la realidad, desde el hospital construido y administrado por la institución hasta los contratos por prestación de servicios con establecimientos e instituciones públicos y privados. La organización típica del sector se caracteriza, pues, por la variedad de sus formas, lo cual concuerda, además, con la necesidad de atender dos tipos de concentraciones de afiliados: la gran masa de asegurados que se encuentra en las zonas industriales, a menudo no más de una en cada país y cuya atención puede justificar la construcción de establecimientos propios; y la población asegurada relativamente dispersa en localidades urbanas menores cuya atención demanda un escaso número de atenciones susceptibles de ser realizadas en establecimientos organizados con otros fines, por encargo.

2. Hay varias razones por las cuales los servicios de salud de los sistemas de seguridad social funcionan con poca eficiencia. En primer lugar porque el sistema de seguro social en todos los países comprende una variedad de instituciones que ofrecen los mismos o parecidos servicios sin coordinación entre sí de ninguna especie. La principal causa de ineficiencia en este caso es el desperdicio de recursos determinado por la duplicación múltiple de recursos en infraestructura que podría disminuir

drásticamente con medidas adecuadas de coordinación. En segundo lugar la población asegurada tiende a hacer un uso excesivo de los servicios ofrecidos, en parte por el prurito de recuperar el valor de su cotización pero sobretodo porque el uso de los servicios puede traducirse en disminución de la carga de trabajo sin deterioro de la remuneración. Debido a esta tendencia los servicios se encuentran con una sobrecarga de trabajo que obliga a elevar los costos o a rebajar la calidad. En tercer lugar la comparativa holgura de recursos dificulta el desarrollo de una "conciencia de costos" en el administrador, lo cual limita su eficiencia y estimula el desperdicio. A esto se agrega que en este sector, lo mismo que en el estatal, la contabilidad que se utiliza es también de tipo presupuestario sin los registros necesarios para determinar costos unitarios y prevalece, en consecuencia, el mismo grado de desconocimiento de la realidad y la correspondiente orfandad de la administración en materia de costos y eficiencia. Pueden beneficiarse de esta circunstancia las instituciones con las cuales contrata el seguro porque tales contratos tienen que hacerse en términos per cápita y los precios que se convengan tenderán a ser excesivos de acuerdo con los costos inflados del seguro, si se les toma como referencia o por la poca conciencia de costos de la administración; pero este beneficio difícilmente tiene sentido social. Una cuarta causa importante de ineficiencia en el sector es la limitación para hacer economías de escala en los establecimientos propios, que generalmente son para el uso exclusivo de los asegurados y que sólo por casualidad podrían hacer corresponder la capacidad de trabajo de sus equipos, algunos de ellos de muy alto costo, con la magnitud de la demanda. Finalmente, las prestaciones de salud que ofrecen las instituciones de seguro social son sólo una entre varias funciones de la institución y es, en consecuencia, muy difícil que su desempeño se mantenga encuadrado dentro de los lineamientos globales de beneficio social general que tienden a desarrollar los Ministerios de Salud. De esta suerte ocurre que la atención de las necesidades de salud de un sector de cierta importancia de la población, que en algunos países incluye a una parte sustancial de la clase trabajadora, se financia a través de un mecanismo cuyo efecto socio-económico es similar al de la tributación, pero se realiza sin coordinación administrativa ni de políticas con los servicios del sector estatal y para beneficio a menudo discriminatorio de sectores determinados de la población.

### Sector Privado

#### A) Sin fines de lucro

Es una forma particular de organización cooperativa o de seguro en la cual un grupo de personas generalmente ligadas por alguna afinidad cultural, social, etc. reúne fondos para financiar la atención de sus necesidades de salud. A diferencia de los esquemas de seguro social que se acaban de describir, la afiliación es voluntaria y el costo de las prestaciones no se difunde a la sociedad general sino que es pagado por los miembros de la organización. En cambio, las modalidades de entrega de las prestaciones pueden ser las mismas del seguro social: en establecimientos propios o arrendados o por contrato de servicios.



En todos los casos las prestaciones ofrecidas por cada asociación son de beneficio exclusivo para los asociados. Las ventajas de esta forma de organización son las propias de los sistemas de prepago y, generalmente precios más bajos por la atención que los que obtienen los usuarios individuales.

B) Con fines de lucro

En el sector privado con fines de lucro se agrupan todas las acciones de salud que se ofrecen a cambio de una remuneración estipulada sobre la base del espíritu de lucro. Es muy importante tener presente esta última condición porque la presencia del espíritu de lucro, junto con la forma de pago, son la causa principal de diferenciación entre estas actividades del sector privado y las de los sectores estatal y del seguro social; en estos sectores también se pagan remuneraciones a los factores y se cobran tarifas por servicios vendidos que en ocasiones pueden ser superiores al costo de los mismos, pero la estipulación de tales remuneraciones y tarifas no obedece al espíritu de lucro sino al mismo propósito general de la tributación en las economías de mercado, que es el de reorientar el uso de los recursos disponibles de suerte que una parte de ellos se destina a fines que la sociedad considera valiosos y que no se pueden obtener en condiciones adecuadas si la asignación de los recursos se hace por las fuerzas del mercado. Concretamente en el caso de la salud a la sociedad le interesa redistribuir el ingreso real de tal manera que el beneficio de las acciones de salud se extienda a sectores de población que carecen de acceso a dicho beneficio por razones económicas, culturales o de cualquier otro tipo; el cumplimiento de este objetivo obviamente sería más costoso para la sociedad si las acciones de salud están organizadas solamente en función del espíritu de lucro.

Las acciones en este sector se organizan de dos maneras: bajo formas empresariales que pueden ser de carácter netamente comercial o del tipo de las compañías de seguros; y en forma no empresarial, a base del ejercicio liberal de la profesión.

En este sector el usuario recibe las prestaciones de salud a través de una relación principalmente económica, con sus aspectos de demanda y oferta claramente observables. Por el lado de la demanda, se trata de un sector de la población con nivel de ingreso normalmente alto que decide satisfacer sus necesidades de salud mediante la compra directa en el mercado de los servicios y bienes correspondientes. Por el lado de la oferta están las empresas comerciales o de seguros y el profesional que trabaja por su cuenta, solo o en asociación con otros, en su propia clínica o en combinación con los establecimientos públicos y privados que se acomodan a los requerimientos del usuario. La relación en este caso es la típica de todo acto de compraventa en que el comprador paga el costo total del bien o servicio que compra incluida la ganancia y/o remuneración del vendedor; en todo acto de esta especie se supone que el comprador actúa con criterio económico, es decir, exigiendo calidad a precios convenientes y limitando su gasto solamente a lo necesario.

Tanto en esta sección del sector privado como en la que no persigue fines de lucro el acto de dar y recibir prestaciones de salud es un acto típico de consumo, en que el consumidor gasta parte de su ingreso para satisfacer sus necesidades de salud. Esta es la sola significación social del acto.

#### V. EFECTO REDISTRIBUTIVO DEL SECTOR SALUD

La redistribución del ingreso es el acto mediante el cual se modifica la relación existente entre los niveles de ingreso de las personas dentro de un grupo, de suerte que uno o varios miembros del grupo quedan con un nivel de ingreso que, respecto del nivel de ingreso del resto es más alto (más bajo) que el que tenían, sea porque experimentaron un incremento (disminución) absoluto de su ingreso mientras el ingreso del resto se mantuvo invariable; o porque el incremento (disminución) que experimentaron fue mayor (menor) que el que experimentó el resto.

Los cambios en la distribución del ingreso que así se producen tienen significado principalmente porque aumentan (disminuyen) la capacidad de consumir y de invertir de los afectados. Cuando los afectados hacen uso de dicha capacidad, es decir, cuando efectivamente consumen o invierten su mayor (menor) ingreso se dice que se ha modificado su ingreso "real".

Los cambios en la distribución del ingreso que provoca el funcionamiento del sector salud son normalmente cambios en la distribución del ingreso real de la población y se producen concretamente cada vez que un individuo recibe prestaciones de salud a cambio de un pago cuyo monto es menor (pudiendo ser cero) o mayor que el costo de las prestaciones recibidas. Se dice que en estos casos hay redistribución del ingreso real a pesar de que el hecho descrito se refiere a cambios en el ingreso de uno o varios individuos porque en la práctica la suma de estos cambios durante un período dado sólo por casualidad podría dar por resultado la repetición del mismo patrón de distribución que había al momento de iniciarse el período.

En todos los países de la Región es muy importante el efecto redistributivo del sector salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Por cuantitativo se entiende aquí el monto del cambio que se produce en el ingreso real de los individuos que pagan menos o más que el costo de las prestaciones de salud que reciben. (Si pagan exactamente dicho costo no experimentan cambio cuantitativo alguno). Y por cambio cualitativo se entiende el cambio producido en el bienestar personal del individuo, expresado en términos del estado de su salud, con motivo de las prestaciones recibidas. Dadas estas definiciones de ellas se desprende, que los cambios cualitativos mencionados son independientes de los cambios cuantitativos. Lo cual no debe oscurecer el hecho de que el valor monetario o costo de las prestaciones recibidas es siempre y en todos los casos un indicador cuantitativo de los cambios cualitativos que dichas prestaciones provocan en el bienestar de los individuos.

En la presente etapa de los estudios sobre financiamiento, gasto y costos del sector salud la preocupación central del análisis se limita a los cambios cuantitativos en el ingreso real de los individuos. Como se verá luego, debido a la influencia que estos cambios tienen sobre la distribución del ingreso nacional, la consideración de tales cambios cuantitativos está llamada a tener profunda significación en la formulación de políticas de salud lo mismo que en el financiamiento del sector.

La importancia del efecto redistributivo del sector salud, aún en los países que han logrado metas satisfactorias en materia de cobertura se relaciona con los siguientes hechos. Primero, la entrega gratuita de prestaciones de salud a individuos que por ser indigentes o por otras razones no atenderían sus necesidades en ausencia de dicha prestación gratuita significa para ellos toda la diferencia entre satisfacer o no satisfacer una necesidad cuya solución es considerada mundialmente como un derecho básico del ser humano. En otras palabras, la entrega aludida significa incrementar directamente el ingreso real de los usuarios con el consiguiente mejoramiento de su nivel de vida\*. Con una política adecuada, la magnitud del incremento podría llegar a ser igual al gasto total del sector estatal de salud en la atención a las personas, lo cual puede significar una cifra del orden del uno al tres por ciento del producto nacional en países cuyo gasto total en salud es de cinco por ciento o más. Como el gasto en salud tiene un efecto multiplicador en la economía por constituir una inversión en el capital humano de la sociedad, su valor real es mayor que el monto de su efecto directo y mayor que el efecto de una cantidad similar de gasto fiscal corriente.

Segundo, la entrega de prestaciones gratuitas o semi-gratuitas a individuos cuyo ingreso y otras características los habilitan para pagar el costo de tales prestaciones sin desmedro significativo de sus restantes necesidades significa pagar un subsidio a quien no lo necesita, lo cual es contradictorio con principios de equidad generalmente aceptados en la Región.

Tercero, en la mayoría de los países de la Región, con cobertura inferior al cien por ciento, la entrega de las prestaciones mencionadas en el párrafo anterior en alguna medida sustituye la que podría hacerse a indigentes o a población no cubierta y en todo caso disminuye la capacidad de los recursos disponibles para entregar tales prestaciones.

Cuarto, en todos los países con deficiencias de cobertura la única posibilidad de superar tales deficiencias radica en la expansión de las prestaciones ofrecidas por el sector estatal, la cual a su vez depende del efecto separado o conjunto de estas tres vías de expansión:

- a) La ampliación de la escala de operaciones mediante inversiones adicionales y el uso de cantidades mayores de recursos.

---

\* A menudo se ha intentado medir el valor económico de la salud mediante ejercicios cuyo objeto real es intentar medir el valor económico del ser humano. El beneficio a que alude el texto no tiene nada que ver con tales intentos.

- b) Incrementos de la productividad en la entrega de prestaciones a través de mejoras en la administración de los recursos y de innovaciones tecnológicas, es decir de cambios en las funciones de producción, sea a través de combinaciones distintas de los recursos, o mediante la incorporación de recursos nuevos sin costo monetario tales como la colaboración de las comunidades y otros.
- c) Redistribución de las prestaciones gratuitas o semigratuitas en favor de los indigentes y de la población no cubierta, que coincide normalmente con la de más bajos ingresos y con dificultades culturales de acceso a los servicios (idioma, hábitos sociales, etc.). Esta redistribución podría ser una fuente significativa de los recursos adicionales necesarios para financiar nuevas inversiones en la expansión del sector.

Lo anterior significa en resumen que los gobiernos podrían incrementar significativamente el alcance social de su acción en salud aumentando la cobertura de los servicios junto con el ingreso real de los sectores de ingresos más bajos mediante políticas orientadas a extender y hacer más eficaz el efecto redistributivo del sector y a elevar la eficiencia en el uso de los recursos que emplea. El cumplimiento de estos fines hace necesario determinar con precisión los costos de producción de las prestaciones entregadas por el sector y la forma en que tales prestaciones se distribuyen entre la población, clasificada según su nivel de ingreso. Esto hace posible dos cosas: primero, conocer cuál es el monto en que efectivamente se incrementa el ingreso real de cada beneficiario y segundo, determinar la escala de tarifas que habría que cobrar a los usuarios con capacidad de pago. Por otra parte con esta información el sector puede demostrar en forma precisa e inequívoca cuál es su contribución al logro de los fines del gobierno en materia de redistribución del ingreso, a cuánto asciende el monto del beneficio directo de su acción en términos de incremento del ingreso real de los sectores de bajos ingresos y entre quienes se reparte dicho beneficio. La demostración de estos resultados, que abarcan sólo una parte del impacto económico y social del sector puesto que no incluyen el valor del efecto multiplicador de la inversión en salud, sería sin embargo suficiente para que los presupuestos corriente y de inversión del sector pudieran competir sin desventaja por la asignación de recursos con los de los sectores restantes de la actividad gubernamental que no pueden mostrar beneficios parecidos.

## VI. METODOLOGIA

### A) Costos de Producción

La determinación de los costos de producción de las prestaciones de salud es tarea mucho más simple y factible que lo que habitualmente se cree. La información básica necesaria está por lo común disponible

y la que no lo está con facilidad es sustituible por estimaciones con un grado de aproximación razonable en términos de la validez de los resultados. Por lo demás, en la gran mayoría de los casos, correspondiente a los establecimientos medianos y pequeños, la tarea de establecer los registros necesarios para controlar el uso de los recursos y sustituir las estimaciones por datos es también sencilla y de cumplimiento rápido.

Los principios y criterios que se proponen a continuación son suficientemente concretos para servir de guía en ejercicios prácticos de determinación de costos en establecimientos medianos y a la vez suficientemente generales para ser de utilidad en contextos diferentes.

## 1. El Area

Las prestaciones cuyo costo interesa determinar son las prestaciones divisibles respecto de sus usuarios, es decir, aquellas que inequívocamente se entregan para beneficiar a individuos aislados e identificables y cuyo costo, en consecuencia, puede ser contabilizado como subsidio o puede ser recuperado cobrandolo a los usuarios.

La presente definición de área excluye el costo de las administraciones centrales: Ministerio, Dirección General, Consejo Normativo, etc., pero incluye la administración de los establecimientos en los cuales se entregan las prestaciones cuyo costo se trata de medir.

Estos establecimientos son fundamentalmente los hospitales y los centros de salud. Para los efectos de este manual se considerará un establecimiento tipo de tamaño mediano que ofrece atenciones de internación y de consulta externa. Los métodos que se describen son aplicables a establecimientos pequeños, con alguna simplificación y contienen los criterios básicos necesarios para el caso de los hospitales grandes.

## 2. Los Objetivos

La determinación de los costos de las atenciones que se ofrecen en un hospital con consulta externa tiene dos objetivos importantes para el financiamiento y la administración del sector:

2.1 Conocer el costo de la atención final prestada a cada individuo para recuperar todo o parte de su valor si tiene capacidad de pago o para imputárselo como beneficio que le otorga el Estado, si no está en situación de pagar; y

2.2 Conocer la magnitud y el costo de los recursos empleados en producir cada atención final a fin de administrarlos con más eficiencia, introducir las economías que la práctica aconseje y buscar las combinaciones de recursos que resultan menos costosas sin perjuicio de la calidad.

Estos dos objetivos son especialmente significativos para el administrador de cada establecimiento y el segundo para cada uno de los jefes de las unidades de producción que componen el hospital, pues su

logro permite fundar políticas razonables de tarifas y a todos los que administran recursos reales les entrega el conocimiento necesario para controlar mejor el uso de los recursos que administran y mejorar, en consecuencia, la eficacia de su administración.

A niveles superiores en la administración del sector el conocimiento pormenorizado de los costos que incluye, por cierto, el de los recursos utilizados y el de la producción obtenida con ellos, es un instrumento indispensable para un mejor desempeño en tres áreas principales:

- a) Demostrar el impacto económico social de la operación del sector;
- b) Administrar los recursos disponibles con mayor eficiencia;
- c) Programar la expansión de los servicios sobre la base de las soluciones técnicas (funciones de producción) más eficientes y eficaces.

Mas adelante al describir un ejemplo práctico de la aplicación del método de elaboración y análisis de costos que aquí se propone se ilustra la forma en que el conocimiento de los costos puede ser utilizado en las áreas mencionadas.

### 3. El Proceso de Elaboración de Costos

La definición anterior de objetivos indica los dos polos en función de los cuales se elaboran los costos: los pacientes o usuarios de las atenciones de salud cuyas necesidades específicas determinan en cada caso el tipo de atención que se les brinda y la forma en que el hospital organiza y utiliza sus recursos para prestar las atenciones requeridas.

En principio, un hospital produce tantos productos finales como usuarios atiende en un período dado, porque cada usuario es un caso diferenciado que requiere un conjunto distinto de prestaciones. Pero los casos se pueden agrupar según diversas regularidades, como por ejemplo la más general de todas que distingue sólo dos categorías: internaciones y consultas. Cualquiera que sea la clasificación el hecho es que la producción de cada hospital puede considerarse desde dos puntos de vista, correspondientes a los dos objetivos para los cuales se elaboran costos:

3.1 Uno de conjunto, correspondiente en cierto modo a la perspectiva del usuario para quien lo importante es el contacto o convivencia que establece con las unidades de atención del hospital que se encargaron de atenderlo, sin importarle en forma específica el desempeño de la lavandería, de los laboratorios, de la estadística o en general de las numerosas unidades de producción intermedia que funcionan en el hospital.

3.2 Uno más desagregado, propio del administrador y en general de quienes tienen responsabilidad por el uso de los recursos, a quienes les interesa, además de la atención final al usuario, las actividades intermedias o de apoyo que hicieron posible dicha atención final, como así mismo qué y cuántos recursos se emplearon tanto en las actividades intermedias como en las finales.

En otras palabras, la producción del hospital, lo mismo que sus costos, pueden mirarse desde el punto de vista del producto final o prestaciones brindadas al usuario y desde el punto de vista del proceso que dá como resultado final tales prestaciones. Por este motivo, la primera etapa en el proceso de elaborar los costos de un hospital es identificar en forma clara e inequívoca dos grupos de unidades de producción: intermedia y final.

Una unidad de producción o centro de costos es una unidad administrativamente distinguible porque está a cargo de un jefe, y utiliza recursos reales con el objeto de producir uno o más servicios o bienes determinados. Mirado con la perspectiva apropiada el hospital entero es una unidad de producción. Pero los bienes y servicios que produce son el resultado de la acción conjunta de las unidades que lo componen y son estas unidades internas o desagregadas las que es preciso identificar.

La clasificación de las unidades de producción en intermedias y finales obedece al hecho ya señalado de que la atención que recibe cada usuario, llamada producción final, está compuesta por una combinación determinada de bienes y servicios que incluyen la producción intermedia del hospital. Por este motivo el costo de las unidades intermedias se imputa a las unidades de producción final a cuyo funcionamiento contribuyeron, en proporción a su contribución.

Hay más de un criterio para clasificar las unidades de producción final. La clasificación más simple, como se dijo, reconoce sólo dos categorías: hospitalización y consultas. Esta clasificación es útil principalmente para algunos fines estadísticos y de administración financiera; pero es demasiado agregada y, en consecuencia, de poca utilidad cuando se trata de usar la información de costos para fines de administrar mejor los recursos. Desde este punto de vista es muy importante el hecho de que en un mismo lapso de hospitalización distintos enfermos normalmente requieren combinaciones diferentes de bienes y servicios, porque esto significa que en su estadía incurren en costos también diferentes. Por esta razón el dato simple de la hospitalización no es concepto adecuado para identificar la producción final del hospital.

Un concepto excelente por su funcionalidad es el que clasifica la producción final del hospital de acuerdo con la intensidad de la atención brindada al usuario, en unidades de cuidado intensivo, cuidado intermedio, auto-cuidado, atención ambulatoria en consulta externa y atención domiciliaria.

La organización de la producción final del hospital de acuerdo con este concepto, conocido como "atención progresiva del paciente",

"aspira a dar el más alto grado de calidad a la atención médica, a través de un uso racional de la capacidad profesional de los recursos humanos, de la utilización de instrumentos de monitoreo, que permiten una vigilancia permanente de las principales funciones vitales del paciente y por medio de la concentración de los pacientes en estado crítico que necesitan vigilancia y atención las 24 horas del día. Otros grupos de pacientes, por ser de menor gravedad, pueden ser atendidos con un menor despliegue de recursos."\*

Pero este enfoque está poco generalizado y su aplicación puede ser problemática en hospitales pequeños y medianos, que constituyen la gran mayoría de los establecimientos de la Región. Allí donde se le encuentre su vigencia facilitará la elaboración de los costos pero si no está es necesario adaptarse a la realidad. Lo que se encuentra en ésta es una gran diversidad que va desde la clasificación simple de grupos de camas por sexo y la hospitalización y la consulta por áreas básicas tales como medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia hasta la clasificación por las numerosas especialidades que se reconocen actualmente en la medicina y que se practican diferenciadamente en los grandes hospitales.

Salvo que se trate de un proyecto destinado a reorganizar un sistema nacional de servicios, caso en el cual conviene comenzar definiendo normas generales, el analista de costos debe adaptarse a la realidad que encuentra, tanto como sea compatible con la necesidad de producir flujos de información oportuna y confiable, con el grado de detalle apropiado. Por lo común en el caso de los hospitales grandes de 300 a 500 camas y más, cada establecimiento es un caso aparte que debe ser considerado en sus méritos. Las reglas que aquí se proponen son aplicables principalmente a hospitales medianos y pequeños, con tamaños máximos a la altura de las 300 camas\*\*.

#### 4. Las Unidades de Producción Final

La organización típica de las unidades de producción final de un hospital de estos tamaños es la que agrupa las camas por sexo y edad y la atención médica en internación y consulta externa por grandes áreas. A partir de las cuatro básicas mencionadas más arriba: Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia cada hospital las va desagregando en las especialidades pertinentes a medida que expande su escala de operación. En algún punto de esta expansión la clasificación por sexo puede desaparecer y las unidades se identifican solamente de acuerdo con las especialidades. Con todo, lo interesante de las cuatro áreas básicas es que

---

\* Dr. A. L. Bravo, "La calidad y el costo de las prestaciones médicas como factores de coordinación", Revista Seguridad Social, Nos. 80-81, Marzo-Junio de 1973, página 8, México, 1973.

\*\* Un hospital de 300 camas o menos puede ser, sin embargo, sumamente complejo, según el volumen de recursos de que disponga.



si se las toma como punto de partida en el cual se resumen todas las especialidades, sobre ellas es posible organizar un sistema nacional completo con clasificación uniforme y el grado de diversificación que se desee en materia de especialidades.

En el presente trabajo se han adoptado como unidades tipo de producción final las siguientes, tanto en hospitalización como de consulta externa:

- Medicina
- Cirugía
- Gineco-obstetricia y
- Pediatría.

Esta clasificación se encuentra generalmente en los consultorios externos de la Región.

En la mayor parte de los hospitales, en cambio, los grupos indicados se encuentran desagregados por sexo y por el tipo de atención recibida, de pensionado o nó. Por este motivo y teniendo en cuenta que uno de los objetivos fundamentales de la elaboración de costos es fortalecer la eficiencia de los administradores de hospitales, en la práctica convendrá elaborar los costos de acuerdo con la organización real de las unidades de atención final. La clasificación adoptada aquí puede obtenerse en cada caso por simple agregación y es la más útil para la formulación de políticas de salud porque separa los grupos de población atendida de mayor riesgo relativo en casi todos los países y no impide la desagregación de los grupos de Medicina y Cirugía que pueda ser necesaria para el diseño de campañas especiales.

En el ejemplo que se presenta más adelante se incluye separadamente la categoría de pensionados, para ilustrar el tipo de análisis que puede hacer el administrador, y no se presenta el desglose de las consultas externas, para simplificar la exposición y los cuadros.

##### 5. Las Unidades de Producción Intermedia

En esta área se agrupan todas las unidades productivas del establecimiento que no son de producción final. De acuerdo con el papel que desempeñan en el funcionamiento del hospital, las unidades de producción intermedia pueden clasificarse en dos grupos; las de Servicios Generales y las de Servicios Especializados. Las unidades de Servicios Generales son básicamente la administración, cuyos componentes más importantes son:

- |                |                                |
|----------------|--------------------------------|
| - Dirección    | - Compras-Bodega               |
| - Contabilidad | - Reparaciones y mantenimiento |
| - Tesorería    | - Transporte                   |
| - Estadística  | - Limpieza                     |
| - Personal     | - Otros,                       |

que puede desagregarse en sus componentes según el tamaño del establecimiento; la cocina en la que es necesario distinguir entre el servicio a los usuarios y el servicio al personal; y la lavandería y ropería.

En cuanto a las unidades de servicios especializados las básicas son cuatro que pueden desagregarse a voluntad según las circunstancias: Rayox X; Pabellón Quirúrgico; Laboratorio y Farmacia. Las unidades de esta categoría suelen denominarse "de apoyo técnico para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes" y en algunos casos se incluye entre ellas a la cocina, a cargo de los servicios de dietética y alimentación.

Como quiera que se las designe, aquí se ha preferido la clasificación propuesta, que es la que más conviene a la elaboración de costos pues distingue a las unidades de acuerdo con la naturaleza de su función y según la forma en que sus costos se agregan en la realidad al resto para conformar los costos finales. Las unidades de servicios generales agregan su costo al de todas las unidades restantes, incluso ellas mismas, pues las sirven a todas; en cambio las unidades de servicios especializados agregan su costo solamente a las unidades de producción final a las cuales sirven.

#### 6. El Cálculo de los Costos

Una vez que se ha identificado y clasificado las unidades de producción en intermedias y finales se procede a imputar entre ellas los gastos del ejercicio. Estos gastos son de tres tipos:

- los gastos en personal, incluyendo remuneraciones de todas clases, imposiciones y otros beneficios;
- los gastos correspondientes a bienes y servicios que se consumen totalmente con el primer uso o cuya duración promedio es inferior a un año;
- los gastos correspondientes a bienes de duración mayor que un año.

#### 7. Costos de personal

Las remuneraciones que se pagan al personal suelen estar distribuidas en varias partidas: sueldos y salarios; asignaciones familiares; asignaciones de título, por dedicación especial etc. y otras asignaciones distintas del sueldo; aguinaldos; cotizaciones al fondo de retiro, al de seguro por enfermedad, accidentes y otros, y a otros fondos bipartitos o tripartitos generalmente establecidos por ley; y otras remuneraciones. Cualquiera que sea la clasificación contable, lo que interesa es establecer el monto total de los pagos en efectivo que se hacen al personal a cambio de sus servicios, incluyendo las imposiciones y otros beneficios de que goce. Para reunir la información de acuerdo con

este criterio conviene trabajar con la lista del personal, a la cual se agregan tantas columnas como conceptos de pago registra la contabilidad; mediante el control del total que arroje esta planilla con la suma de las partidas consideradas se tiene la certeza de que todo el gasto en remuneraciones del establecimiento se distribuyó entre el personal del mismo.

Una vez confeccionada y verificada esta planilla su imputación a las diversas unidades de producción conviene hacerla primero en términos de personas dejando la imputación en términos monetarios para una segunda fase.

Los problemas más usuales en la imputación de personas son:

7.1 El personal de la unidad que hizo uso de vacaciones en el período y en consecuencia recibió sus remuneraciones aunque físicamente estuvo ausente de su puesto durante un tiempo en el período considerado. En ocasiones el personal en vacaciones es reemplazado por sus compañeros de unidad sin mayor gasto; en otras, el reemplazo significa pagos adicionales a personal temporal. El costo puede ser distinto en estos casos pero de todos modos es necesario imputar a cada unidad el personal real empleado por ella teniendo en cuenta que los períodos de vacaciones, como cualquiera otro de los de descanso forman parte del tiempo contratado del trabajador y deben ser considerados en su totalidad; por su parte, el personal de reemplazo que trabaja temporalmente en la unidad debe imputarse sólo por el tiempo servido.

7.2 El personal que trabajó sólo una parte del período en la unidad, cambiándose luego a otra o abandonando el establecimiento. Rige aquí el mismo principio: la imputación a cada unidad se hace sólomente por la fracción de tiempo servido en ella.

7.3 El personal que trabajó para más de una unidad diariamente; en este caso la imputación se hace a las distintas unidades en proporción al tiempo dedicado a cada una de ellas.

7.4 El personal que trabajó para una o más unidades todo el tiempo o parte del tiempo y que recibe su remuneración en la nómina de otra unidad se imputa a la o las unidades en las cuales trabajó.

7.5 El personal prestado de otros establecimientos o que trabaja ad honorem. Se imputa a las unidades en las cuales trabajó.

La práctica de imputar el personal físico a las unidades productivas correspondientes tiene gran importancia y debe ser observada cuidadosamente porque es un elemento indispensable para establecer y comparar funciones de producción que, a su vez, son igualmente indispensables para mejorar la eficiencia en la administración de los recursos y para programar racionalmente el desarrollo del sector. La razón es que, como se sabe, el recurso humano es el recurso más importante en el

sector salud y constituye el eje de todas las funciones de producción; en consecuencia el conocimiento de su cuantía, composición e importancia relativa en cada una de ellas es condición indispensable para cualquier análisis. Por este motivo conviene, asimismo, que el personal se agrupe en categorías significativas desde el punto de vista profesional. Una agrupación simple lo clasifica en las siguientes cinco categorías básicas, que pueden desagregarse a voluntad:

- a) Médicos, Odontólogos, Ingenieros, Economistas, Administradores y otros profesionales
- b) Enfermeras
- c) Auxiliares de Enfermería
- d) Técnicos medios (laboratorio, farmacia, rayos X, dietética, administrativos, choferes, etc.)
- e) Personal de servicios.

Esta clasificación es útil en los establecimientos medianos y pequeños, en los cuales la variedad profesional es escasa y las diferencias de rentas entre personas dentro de una misma categoría son pequeñas o no existen. En los establecimientos más grandes en los cuales tanto la variedad profesional como las diferencias de rentas pueden ser significativas convendrá desagregar la clasificación propuesta para tener en cuenta dichos factores. Pero igual que en el caso de las especialidades de la atención médica se trata aquí de desagregar en función de las necesidades del establecimiento sin que ello afecte la comparabilidad a nivel de la clasificación básica.

Una vez completada la distribución del personal físico entre las distintas unidades productivas se hace la imputación de los valores correspondientes. De esta suerte, la imputación de valores monetarios se transforma en una tarea puramente mecánica, mientras que los problemas sustantivos se presentaron y resolvieron en el plano de la distribución de los recursos humanos reales, que es lo que verdaderamente importa.

En rigor las cantidades que se imputan directamente a cada unidad productiva intermedia y final por concepto de costo de personal debieran incluir los costos correspondientes a la administración del personal (contratación, planillas, etc.) para reflejar el costo de este factor en su totalidad. En los hospitales grandes, en los cuales la Administración de Personal es una función que cumple los requisitos para ser clasificada como unidad de producción (Jefe responsable y recursos y función específica asignada) debe usarse este refinamiento. Pero en los hospitales medianos y pequeños la función mencionada es indistinguible entre las de la Administración y su costo se imputará a las unidades productivas identificadas junto con los restantes gastos administrativos.

8. Costos de Bienes y Servicio de Consumo de Duración Menor de Un Año

Estos costos están registrados en su totalidad en el balance del ejercicio presupuestario, lo mismo que los costos de personal. Pero no todos los valores registrados en dicho balance corresponden a los costos del ejercicio debido a que una parte de los bienes consumidos durante el ejercicio fueron comprados en el ejercicio anterior y cargados al presupuesto de ese ejercicio, como asimismo una parte de los bienes comprados en este ejercicio quedaron almacenados en bodega para ser consumidos en el ejercicio siguiente. En otras palabras esto significa que las cifras del balance presupuestario deben ser corregidas por las variaciones de inventario antes de proceder a su imputación.

En el ejercicio que se presenta en el Anexo, los bienes y servicios de esta categoría fueron pagados con cargo a las partidas 2 y 3 y 6 a 12 del presupuesto (Hoja de Trabajo No. 1) las cuales se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Partidas 2 y 3, Alimentos y Medicinas, que requieren cierto procesamiento y manipuleo antes de ser puestos a disposición de sus usuarios y deben imputarse inicialmente, en consecuencia, a las unidades de producción intermedia correspondientes para la distribución posterior de su costo entre las unidades a las cuales sirven.

- Partidas 6 y 7 Suministros y Materiales y Combustibles y Lubricantes, que no requieren procesamiento previo y pueden ser imputadas directamente a las unidades usuarias teniendo en cuenta, sin embargo, que en los hospitales grandes las partidas de este tipo deben imputarse inicialmente a la unidad intermedia Bodega o Compras-Bodega según sea la clasificación que use, para agregarles en ella tanto el valor de las remuneraciones correspondientes como la parte que les toca del gasto de otras partidas, especialmente la 8 correspondiente a Transporte y Almacenaje. El método simplificado que se usa en el Anexo se justifica en hospitales medianos y pequeños en los cuales la diferencia entre los resultados de ambos métodos puede ser pequeña a la vez que el costo de utilizar el método detallado puede ser prohibitivo. Pero en los hospitales grandes será preferible identificar las unidades intermedias correspondientes.

Las partidas 8 al 12 se imputarán todas en el ejemplo a la unidad Administración, sin separar los componentes de esta unidad que en los hospitales grandes pueden identificarse con facilidad.

9. Costos de Bienes de Duración Mayor que Un Año

En este grupo pueden distinguirse dos categorías: los bienes inmuebles, incluyendo instalaciones y equipos adheridos; y los bienes muebles y equipos no adheridos e instrumentos (partidas 5 y 6).

En la gran mayoría de los países la información disponible sobre la primera de las categorías mencionadas es escasa, cuando existe y en todo caso parcial pues muchos edificios son antiguos y de situación legal no siempre clara. Con el tiempo, a medida que estos bienes se renuevan y que la práctica de elaborar costos se extiende en la Región será posible incluir adecuadamente esta categoría del costo en los estudios respectivos. Por el momento, esto sólo podrá hacerse en contadas ocasiones. Cuando esto sea posible, el método a utilizar es sencillo. Se determina la vida útil de los bienes correspondientes de acuerdo con las convenciones que rigen al respecto para los edificios y para las instalaciones y equipos adheridos según normas que debe establecer el gobierno. Al determinar la vida útil se conoce el valor que debe imputarse a los costos del período y la imputación se hace directamente a las unidades intermedias y finales según el área que ocupan, en el caso de los edificios y según cuales los usan en el caso de las instalaciones y equipos adheridos.

En cuanto a los bienes muebles y equipos no adheridos e instrumentos, su tratamiento implica dos problemas: primero, la determinación de su vida útil suele ser laboriosa y en muchos casos es difícil establecer los criterios adecuados. Además conviene que estos criterios se apliquen de modo uniforme en el país, por todo lo cual es indispensable que el gobierno asuma la responsabilidad de fijar tales criterios. En segundo lugar hay que distinguir entre los bienes comprados en ejercicios anteriores y los comprados este año para establecer los valores que se imputarán a los costos de este año. La imputación misma debe hacerse directamente a las unidades usuarias.

Con lo anterior se completa la descripción de los pasos que es necesario dar para utilizar un balance presupuestario en la elaboración de los costos de un hospital. A continuación se presenta un ejercicio práctico, con la aplicación del método descrito en un hospital.

Anexo

## A N E X O\*

Las cifras que se presentan a continuación corresponden a un hospital de 220 camas, con un consultorio externo de movimiento comparativamente reducido porque se supone que en la ciudad hay un puesto de salud. La zona de atracción del hospital se supone poblada por unos 350 mil habitantes, principalmente rurales (75%) de un país de la Región con un nivel de ingreso inferior a \$500 dólares y con una población rural cercana al 60% de la población total.

La contabilidad que lleva el hospital está organizada para fines presupuestarios y los registros para controlar el uso de los recursos son incompletos y deficientes. Por este motivo la mayor parte de la imputación de los costos externos del hospital se hizo mediante criterios ad hoc.

Con motivo de la experiencia obtenida en el ejercicio realizado para elaborar los costos del hospital, el personal administrativo del mismo comenzó a poner en práctica las medidas necesarias para mejorar los registros defectuosos y para establecer los inexistentes. En ejercicios futuros la información que ahora hubo que estimar se obtendrá regularmente de los registros establecidos. La información utilizada corresponde al último ejercicio presupuestario anual ejecutado. Corresponde, en consecuencia, a los gastos efectivamente incurridos en ese año.

Para facilitar la presentación, las partidas del presupuesto se redujeron, mediante las fusiones apropiadas, a las 12 que aparecen en las líneas de la parte superior de la Hoja de Trabajo No. 1.

Las columnas de la Hoja de Trabajo se destinan a las 13 unidades de producción que se identifican en el hospital, más las necesarias para los subtotales y totales.

Se observará que las unidades de producción están clasificadas en dos grupos: las de producción final, que comprenden las columnas (1) a (6) y las de producción intermedia, que comprenden las columnas (7) a (13). Según se advirtió en el texto, en la unidad "Administración" están agrupados todos sus componentes de suerte que no se considera la existencia de un número de unidades intermedias que seguramente aparecerán en la elaboración de los costos de un hospital grande.

---

\* El ejemplo ilustrativo que se presenta en este anexo fue construido para hacerlo representativo de los hospitales medianos que tienen la responsabilidad fundamental por la atención de la salud de la población de la mayoría de los países de la Región. No refleja una realidad específica.

La Hoja aparece dividida en dos partes: la parte superior, con doce líneas, en cuyos cuadros se registran los valores que, de acuerdo con los criterios expuestos en el texto, se imputan directamente a las distintas unidades de producción. La parte inferior se destina a repartir el costo de las unidades de producción intermedia entre las de producción final.

Para mayor claridad de la explicación conviene concentrar la atención primero en la mitad superior de la Hoja de Trabajo. La comprensión cabal de la forma en que esa parte fue llenada hará más fácil comprender el significado y la mecánica de la parte inferior que se explican más adelante.

### Imputación de los Costos de Personal

Antes de comenzar a usar la Hoja de Trabajo No. 1 conviene recapitular los pasos que se han dado hasta el momento en el proceso de elaborar los costos.

En primer lugar, se corrigió el balance presupuestario por las variaciones de inventario de suerte que los valores considerados correspondan al costo de los bienes y servicios efectivamente usados o consumidos durante el año.

En segundo lugar y previo un análisis realizado en conjunto con el personal directivo del hospital se procedió a identificar las unidades de producción que funcionaban en el hospital, distinguiendo entre unidades de producción intermedia y final. Los criterios utilizados para identificar unidades de producción se explicaron ya en el texto.

En tercer lugar se estableció, mediante consultas con los jefes de las distintas unidades, la forma en que se utilizó el tiempo del personal en las distintas unidades. Esto se hizo con ayuda de la Hoja de Trabajo No. 2 en la cual aparece, en las líneas, la lista de las 13 unidades productivas previamente identificadas y en las columnas el personal, agrupado en cinco categorías profesionales. La distribución del tiempo del personal en las distintas unidades se registra en las subcolumnas "No.". Completado este paso, corresponde imputar los costos a las distintas unidades productivas como sigue.

En la línea No. 1, se agruparon todas las partidas que significaron desembolsos destinados a compensar los servicios prestados por el personal, para lo cual se usó la nómina del personal en la forma explicada en el texto.

Estos desembolsos constituyen el costo primario o básico del hospital pues corresponden al valor que el hospital, en tanto empresa productiva, agrega al valor de los bienes y servicios que compra y utiliza en generar su propia producción. Conviene, en consecuencia, comenzar el ejercicio con este costo básico, al cual se va sumando, en etapas



sucesivas el valor de los bienes y servicios comprados por el hospital y que se convierten en costos del mismo en el momento en que se les combina con, o se les agrega el trabajo del personal.

### Imputación de los Costos de Bienes y Servicios de Consumo

#### 2. Alimentos.

Los alimentos comprados por el hospital fueron consumidos por los usuarios y por el personal, pero este consumo se produjo después de un procesamiento en la unidad productiva intermedia "cocina". Por este motivo el monto total de la partida se computa transitoriamente en la columna correspondiente a dicha unidad.

#### 3. Medicina.

Igual se procede con el costo de las medicinas, que se almacenan inicialmente en la unidad productiva intermedia "farmacia" desde la cual son distribuidas a las unidades de producción final, según sus necesidades. Transitoriamente en consecuencia, antes de proceder a reflejar esta distribución en los costos finales, el valor de las medicinas se computa en la columna "farmacia".

#### 6 y 7. Suministros y Materiales, Combustibles y Lubricantes.

Los registros de bodega disponibles permitían determinar la distribución de los bienes incluidos en estas partidas entre las diferentes unidades de producción final e intermedia. Se procedió, en consecuencia, a imputar directamente los valores correspondientes, sin agregarles la cuota de gastos administrativos y otros que les corresponde, en beneficio de la sencillez.

#### 8. a 12.

El valor de estas cinco partidas se imputó directamente a la unidad "Administración" porque su consumo es indivisible o de división dificultosa. Este último es el caso precisamente de la cuenta No. 8, Transporte y Almacenaje, cuyo valor debería ir incorporado al de las cuentas Nos. 2 al 6, pero ello requeriría un ejercicio contable desproporcionado y, por cierto, más personal y costos. La cuenta Viajes y Viáticos también debería poder distribuirse directamente entre las distintas unidades, puesto que paga servicios al personal. Pero es dudosa la utilidad de hacerlo porque en un hospital de este tamaño los gastos de esta cuenta que no son de administración suelen estar compartidos entre varias unidades de suerte que el resultado final del esfuerzo difícilmente será significativo. La cuenta Servicios Básicos paga la electricidad, el agua, los teléfonos, el alcantarillado, etc., es decir, servicios indivisibles o divisibles con dificultad y sin mucha certidumbre. La de Mantenimiento y Reparaciones que abarca edificios e instalaciones, bienes muebles y vehículos debe ser distribuida directamente en establecimien-

tos grandes pero el esfuerzo no se justifica en uno del tamaño que se está considerando. Finalmente, la cuenta Varios e Imprevistos paga una variedad de consumos pequeños que sólo valdrá la pena analizar si el monto total de la cuenta es de consideración.

#### Imputación de los Costos de Bienes de Duración Mayor que un Año

#### 4. y 5. Equipos e Instalaciones, Bienes Muebles.

Los valores que aparecen computados en las columnas respectivas corresponden a la fracción del valor total de estas partidas imputable a consumo del año de acuerdo con los criterios fijados al respecto por la autoridad central. Tal como se explicó en el texto, la imputación de estos costos se hizo directamente a las unidades correspondientes, sin agregarles la cuota que les corresponde por gastos administrativos, de almacenaje y otros, en beneficio de la sencillez. Obviamente, los hospitales que disponen de la información necesaria en forma expedita, mejorarán la exactitud de sus cálculos de costos si agregan los gastos mencionados antes de imputar el valor de estos bienes a las unidades productivas que los usan.

Con lo anterior se completo la primera etapa del proceso consistente en imputar el valor de las diferentes partidas del presupuesto a las unidades de producción final e intermedia del hospital. Más adelante se repite el mismo ejercicio pero bajo el supuesto de que las cifras corresponden a un hospital grande, con servicios administrativos bien diferenciados y buena información que permite imputar el valor de los costos con más exactitud. Entretanto, corresponde ahora avanzar a la segunda etapa del proceso.

#### Distribución del Costo de las Unidades Intermedias entre las Unidades de Producción Final

En esta segunda etapa se presentan dos grandes problemas: primero, qué método ha de emplearse para hacer la distribución y, segundo, qué criterios se emplearán para fijar la proporción de los costos intermedios que se imputará a cada unidad de producción final.

En relación con el método, en la literatura se describen tres:

- el de distribución simple, que consiste en distribuir el costo de las unidades intermedias entre las unidades finales ignorando que el costo de las unidades intermedias está formado también por el de otras unidades intermedias.

- el de distribución sucesiva, que resuelve parcialmente la deficiencia del anterior porque si bien no registra todas las transacciones entre las unidades intermedias, tiene en cuenta las más importantes. Con este método que es el que ilustra el ejemplo numérico de la Hoja de Trabajo No. 1, la distribución se hace en forma sucesiva,

con las unidades intermedias ordenadas según la importancia descendente del número de otras unidades intermedias y finales a las cuales sirven, y de los servicios que les prestan. En el ejemplo de la Hoja de Trabajo No. 1 se distribuyó primero el costo de cocina; segundo el de administración y tercero el de lavandería. Esto significa dos distorsiones de la realidad: el costo de la Administración que se distribuyó no incluyó la cuota que le correspondía de los costos de lavandería; y el costo de cocina distribuido no incluyó sus cuotas de administración ni de lavandería. Con este orden de las unidades la distorsión provocada en los resultados es menor que si se hubiera distribuido primero el costo de administración y la subvaluación del costo de cocina es pequeña y se puede corregir con facilidad al momento de facturar las comidas servidas.

- el de distribución múltiple. Este método permite corregir las imperfecciones del anterior, como se aprecia en la Hoja de Trabajo No. 3 porque toma en cuenta las transacciones o servicios que se prestan mutuamente todas las unidades intermedias de servicios generales (cocina, administración y lavandería, en el ejemplo). Para este efecto, al distribuir los costos de administración imputa su cuota a cocina y al distribuir el costo de lavandería imputa su cuota a administración y a cocina. De esta suerte, la unidad cocina puede distribuir entre las unidades finales las cuotas que le correspondían de los costos de administración y lavandería y la unidad administración puede hacer lo propio con su costo de lavandería. Esta operación puede hacerse tal como se describió o con el auxilio de las matemáticas mediante el uso de un sistema de ecuaciones simultáneas que tenga en cuenta las interrelaciones correspondientes.

El método de la distribución múltiple está obviamente diseñado para su uso en hospitales muy grandes y complejos con acceso a computadoras y personal técnico calificado cuyo alto costo se justifica porque la escala de las operaciones hace que la obtención de la mayor exactitud posible en la determinación de los costos sea significativa.

En el otro extremo en cambio, el método de la distribución simple no es recomendable en ningún caso, ni siquiera en los hospitales más pequeños. Tampoco se justifica porque la ventaja de su sencillez no es tal. En el caso del ejemplo numérico que se presenta más adelante lo único que se ganaría si se empleara este método sería reducir el número de operaciones aritméticas cuyos resultados aparecen en la mitad inferior de la Hoja No. 1, desde 61 a 46; es decir, un ahorro de minutos en un trabajo elemental. La otra cara de esta dudosa ventaja es una distorsión inaceptable de la realidad que limita la capacidad de la administración para fijar tarifas razonablemente equitativas y destituye al análisis de costos de una de sus ventajas fundamentales: la de contribuir al mejoramiento de la eficiencia administrativa dándole a los administradores y jefes de unidades la herramienta que necesitan para controlar sus costos, evitar desperdicio de recursos y buscar soluciones técnicas más baratas.

El método de la distribución sucesiva parece el término medio adecuado para resolver los problemas de elaboración de costos en los hospitales pequeños y medianos y en muchos hospitales grandes mal dotados de recursos. Su uso requiere la misma información que el de distribución simple y agrupada en forma idéntica, pero sus resultados se aproximan mucho más a la realidad y son más fáciles de corregir. Es cierto que no da el grado de exactitud que asegura el método de la distribución múltiple pero la aproximación que provee es satisfactoria para todo fin práctico y además su uso es básicamente un problema de recursos. Si el hospital dispone de los recursos adecuados obviamente será preferible el método de la distribución múltiple. Si los recursos son escasos o no están, el método de la distribución sucesiva es un sustituto razonable, a la vez que factible.

Sobre los criterios para determinar las proporciones en que cada costo intermedio se distribuye entre las unidades finales hay variedad de opiniones. La lista de criterios que se presenta a continuación supone requisitos de información que generalmente se cumplen en los hospitales de la Región o son de elaboración comparativamente fácil y se basa en el principio general de que la imputación de los costos debe seguir tan fielmente como sea posible las interrelaciones que se dan en la realidad. Como estas interrelaciones dependen en cada hospital de la forma particular en que están organizadas sus actividades es imposible definir un grupo de criterios aplicable a todas las situaciones. Por tal razón, la lista que sigue se presenta a título solamente ilustrativo y los criterios en que se basa no son los únicos concebibles.

#### Rayos X y Laboratorios

Los diversos exámenes y procedimientos que se realizan en estas unidades generalmente a pedido de las unidades de producción final se dejan reducir con facilidad a unidades de medida equivalente basadas en el tiempo que demora su ejecución. La definición de estas unidades de medida debe hacerla en cada país la autoridad central para asegurar la homogeneidad de su uso a nivel nacional.

#### Operaciones Quirúrgicas

La unidad de medida más usual es también el tiempo de cada operación, pero en este caso no el tiempo determinado por norma como en el caso anterior sino el tiempo efectivamente ocupado, según conste en el registro de cada pabellón quirúrgico.

#### Farmacia

La Farmacia, lo mismo que la Bodega son centros de distribución de productos entre un número reducido de usuarios y no deberían tener dificultad, en consecuencia, en registrar su movimiento en cantidades y valores. En la práctica ocurre a menudo sin embargo que, tal vez a causa de la tradición centrada en el control del presupuesto y no de los

costos, los registros correspondientes computan solamente las cantidades y no los valores. No obstante la importancia que esta deficiencia tiene para los costos su solución es sencilla y generalmente poco costosa pues el problema consiste sólo en mejorar registros ya existentes. En cuanto a la valoración de las entregas el criterio a usar depende de las circunstancias locales. Hay casos en los cuales la farmacia entrega gratis, cobra parte del costo y cobra más que el costo. Cualquiera que sea la situación de sus cobros, sin embargo, es esencial que los registros de farmacia permitan identificar el valor de las recetas despachadas a cada unidad de producción final.

### Bodega

La situación de bodega es la misma que la de farmacia. Cabe agregar solamente algunas consideraciones sobre el caso de los bienes sujetos a depreciación en países con inflación. En estos casos, la autoridad central debe emitir instrucciones y normas para la revalorización anual del inventario en virtud de las cuales sea posible actualizar los valores que deben computarse por concepto de depreciación. Cualquier iniciativa independiente en este caso, lo mismo que en el de las normas para homogenizar la producción de Rayos X y Laboratorio implica el caos.

### Lavandería y Ropería

La medida más usual en el caso de la lavandería es el peso de la ropa lavada. Pero esta medida está obviamente relacionada con el uso de máquinas que no se encuentran en todos los hospitales de la Región. Se obtienen resultados igualmente confiables si en vez del peso se usa alguna unidad de volumen. Lo importante en los hospitales medianos y pequeños es el registro de la distribución de la producción de la lavandería, no la comparabilidad de la misma. Por lo demás, las lavanderías generalmente llevan algún tipo de registros y el problema consiste solamente en mejorarlos.

### Cocina

Lo mismo ocurre con la producción de cocina; siempre se mantiene algún conteo de las raciones producidas y lo que normalmente se requiere es mejorarlo.

### Administración

Los problemas más complicados de distribución se presentan en esta área con los gastos de carácter general que no son imputables a unidades específicas o son de difícil imputación. Se incluyen en esta categoría los gastos de Dirección, Contabilidad, Tesorería, Estadística y Servicios. Los criterios que pueden usarse para distribuir estos gastos son tres: el número de personal que trabaja en cada unidad; el monto de las remuneraciones y el monto total de costos acumulados en las unidades al momento de hacer la distribución. El primero de estos criterios se basa

en el hecho de que la administración general lo es básicamente del personal ya que el manejo de los bienes y servicios no personales que se emplean en el hospital lo son en función del trabajo del personal. El criterio mencionado en tercer lugar tiene el gran inconveniente de que significa recargar injustificadamente el costo de las unidades farmacia y cocina. El segundo criterio tiene la ventaja de combinar el número del personal de cada unidad con su remuneración, que es un indicador de nivel profesional. Parece, en consecuencia, el más recomendable. En cuanto a los demás componentes de la unidad administración es posible imputarlos a las unidades correspondientes como sigue, sobre la base de establecer a cada uno de ellos como unidad de costos, con su personal y demás consumos:

Personal, se distribuye a prorrata de las remuneraciones. A pesar de que este criterio es el mismo que se ha recomendado para los gastos de administración general, conviene imputar aparte los gastos de la oficina de personal para conocer el costo total del personal y controlar los costos de dicha oficina.

Compras-Bodega, su costo, que además del de remuneraciones incluye los gastos de transporte y almacenaje, parte de viáticos, etc. se agrega al de los bienes que se entregan a las distintas unidades.

Reparaciones y Mantenimiento, se distribuye de acuerdo con los trabajos realizados.

Transporte, a las unidades usuarias según los servicios prestados.

Limpieza, lo mismo que el anterior.

Otros gastos, según su naturaleza.

Los criterios descritos para la distribución de los costos de la unidad administración se aplican solamente si el hospital tiene el tamaño y los recursos que lo permitan. En los hospitales medianos y pequeños los gastos se agrupan en una sola unidad y el costo de esta se reparte entre las demás unidades a prorrata del monto de las remuneraciones de cada una.



HOJA DE TRABAJO No. 2

I t e m	Médicos y otros Profesionales		Enfermeras*		Auxiliares de Enfermería		Técnicos de nivel medio		Personal de Servicio		Totales	
	No.	Pesos	No.	Pesos	No.	Pesos	No.	Pesos	No.	Pesos	No.	Pesos
1. Medicina	1.8	72,570	1.0	-	7.6	112,036			2.0	17,840	12.4	202,446
2. Cirugía	1.5	72,910	0.5	-	4.8	70,758			0.8	7,134	7.6	150,802
3. Gineco-obstetricia	1.5	67,976	0.5	-	4.8	70,758			0.8	7,134	7.6	145,868
4. Pediatría	1.2	48,460	0.5	-	3.4	50,120			1.6	14,272	6.7	112,852
5. Pensionados			0.9	-	11.0	162,154			2.8	24,968	14.7	187,122
6. Consulta Externa	4.8	192,888	0.5	-	2.4	35,380					7.7	228,268
7. Rayos X	0.6	24,110					2.0**	-			2.6	24,110
8. Cirugía			1.0	-	4.0	58,966					5.0	58,966
9. Laboratorio							2.0	42,448			2.0	42,448
10. Farmacia							4.0	64,162			4.0	64,162
11. Lavand. y Ropería							2.0	25,562	12.0	126,240	14.0	151,802
12. Cocina			0.4	-					10.0	89,200	10.4	89,200
13. Administración	0.6	29,164	0.7	-			14.0	218,417			15.3	247,580
T o t a l e s	12.0	508,078	6.0	-	38.0	560,172	24.0	350,588	30.0	286,788	110.0'	1,705,626

\* Religiosas sin remuneración.

\*\* Personal prestado por el Seguro Social.