



Facultad de
Ciencias Económicas



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

IAPUCO

ESPECIALIZACIÓN EN COSTOS PARA LA GESTIÓN EMPRESARIAL

**PRESUPUESTO PARTICIPATIVO HOSPITALARIO
POR UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**

Autor: María Lourdes Varela
Director del Trabajo: Marcelo Gustavo Podmoguilnye
Año: 2018

Índice

Capítulo I: Introducción

1- Resumen.....	3
2- Objetivos.....	4

Capítulo II: Descripción general de la Institución

1- Historia del Hospital Italiano de la Plata	5
2- El modelo de Medicina Hospitalaria	6
3- Descripción general de la Institución y su contexto	8

Capítulo III: El Planeamiento Estratégico y el Presupuesto

1- El Planeamiento estratégico.....	13
2- El Presupuesto.....	17
3- El Presupuesto Participativo	20
4- La gestión Clínica y las Unidades de Gestión Clínica (U.G.C).....	21

Capítulo IV: El Hospital Italiano y su esquema Presupuestario

1- Descripción del esquema presupuestario actual.....	24
2- El Proceso de Presupuestación	25
3- El Control presupuestario.....	28

Conclusión.....

29

Anexo I. Caso Práctico: Presupuesto Participativo Obstetricia.....

30

Bibliografía.....

37

Resumen

En un entorno actual caracterizado por su volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad, los prestadores privados de servicios de salud, se han visto obligados a desarrollar una capacidad de respuesta adaptativa para poder mantenerse en funcionamiento.

Las características particulares de este tipo de instituciones como ser mano de obra intensiva, con requerimientos de insumos y productos médicos valuados en dólares muchas veces provistos por empresas monopólicas, y con escasa participación en el establecimiento de precios, han hecho esta tarea todavía aún más difícil.

Adicionalmente el contexto inflacionario en el que están insertas, acompañado de la puja salarial por parte de los sindicatos, ha ejercido sobre los prestadores una presión que han podido soportar gracias al incremento en los niveles de actividad de sus prestaciones médicas.

No obstante, por todo lo expuesto, es necesario que esos niveles de actividad se gestionen dentro de un marco que establezca cual es el escenario futuro deseado para esas instituciones y las acciones que deberán llevarse a cabo para concretarlo.

En este sentido el Planeamiento Estratégico visto como la proyección de ese escenario y los medios para alcanzarlo, es trascendental para delinear el rumbo que la misma ha de seguir.

Este Planeamiento Estratégico, a su vez, ha necesariamente de integrar en su proceso al Presupuesto, ya que el mismo se constituye como su expresión cuantificada y da cuenta de los fondos que serán requeridos para alcanzar las estrategias previstas.

Este trabajo entonces, propone un recorrido por Planeamiento Estratégico, el Presupuesto y el Presupuesto Participativo Hospitalario por Unidad de Gestión Clínica siendo este último la forma de integrar al profesional sanitario en la gestión racional del recurso, desarrollando su sentido de pertenencia y el compromiso con los resultados de la Institución.

Objetivo del trabajo

Origina este trabajo demostrar la importancia que tiene para los prestadores privados de servicios de salud que su plan estratégico esté integrado con una herramienta que considerando las variables propias del contexto y de la organización, cuantifique y traduzca en términos monetarios lo que en él ha sido establecido: el presupuesto.

Adicionalmente, si bien el Hospital Italiano venía gestionándose por Presupuesto, el establecimiento del nuevo modelo de Medicina Hospitalaria requiere que *cada miembro del hospital sea consciente de que los recursos son limitados*.

Por este motivo, ha surgido la iniciativa de introducir a la estructura presupuestaria actual, el Presupuesto Participativo Hospitalario por Unidad de Gestión Clínica de manera de integrar al profesional sanitario y a sus colaboradores dentro de la gestión racional del recurso.

El objetivo de este trabajo es entonces desarrollar el Presupuesto Participativo por Unidad de Gestión Clínica, complementando el esquema presupuestario actual, que permita a quienes son responsables de las diferentes unidades gestionar sus propios recursos en función de los objetivos establecidos, monitorear su desempeño, identificar las causas de las variaciones que eventualmente sugieren e implementar las acciones correctivas que resulten necesarias.

Capítulo II: Descripción general de la Institución

1- Historia del Hospital Italiano.

Hace 132 años un grupo de inmigrantes italianos creó en la ciudad de La Plata el primer centro asistencial comunitario, sin fines de lucro y mutualista al que denominaron Società Ospedale la Plata. Con el que se buscaba dar respuesta a una necesidad básica de los integrantes de la colectividad: el cuidado de la salud.

En 1886 entidades de la colectividad italiana como la “Unione e Fratellanza” Y la “Unione Operai Italiani” ya prestaban asistencia médica a sus socios, pero la cobertura no alcanzaba para atender una demanda creciente. Por eso los italianos radicados en La Plata decidieron fundar un hospital.

El 6 de marzo de 1887 tuvo lugar una primera colocación de la piedra fundamental del Hospital Italiano en tierra donadas por integrantes de la colectividad en Av. 60 entre 133 y 134. Pero por un problema de escrituración hubo que esperar más de dos años hasta que el 8 de diciembre de 1889, cuando finalmente tuvo lugar la colocación de la piedra fundamental del edificio, en donde aun hoy funciona el Hospital Italiano en la calle 51 entre 29 y 30 de la ciudad de La Plata.

En Septiembre de 1890 comenzaron las tareas de construcción pero la crisis económica del país hizo que la obra tuviera retrocesos y postergaciones.

Como otro canal de ingresos de fondos se creó el comité de damas italianas. Miles de vecinos participaron de las rifas, remates, festivales y funciones benéficas que las emprendedoras mujeres habían organizado.

Ya en agosto de 1892 la totalidad de las deudas se habían saldado y ya había dinero excedente para avanzar con las obras.

La construcción duró más de una década hasta la inauguración del establecimiento el 1º de febrero de 1903: un centro de atención modelo concebido en función de las necesidades de la comunidad y con un profundo sentido filantrópico.

En esa oportunidad quien fuera el primer director médico del Hospital Italiano, el Dr. Esteban Cavazzutti expresó “El Hospital tutela, defiende y vuelve a dar al hombre la salud, su más querido y precioso tesoro, mientras fomenta el adelanto de la ciencia médica y sella la más confortante afirmación de los sentimientos humanos”, sentimiento todavía vigente entre quienes trabajan en la Institución.

2- El Modelo de Medicina Hospitalaria.

En los primeros años del siglo XXI el Hospital Italiano se vio sumido en una profunda crisis. Un modelo de gestión obsoleto en un contexto caracterizado por el crecimiento de la población, aumento de la expectativa de vida, incremento de los costos y recursos siempre limitados para financiar el sistema, así como una especialización extrema de la medicina, donde el médico pedía todo para su paciente sin saber si esos recursos estaban disponibles o como se podrían conseguir.

Por otro parte, los encargados de administrar esos recursos desconocían la realidad médica lo que les impedía evaluar con certeza las verdaderas prioridades del Hospital Italiano.

Con un modelo hospitalario con sus principales actores aislados, la crisis atravesó al Hospital Italiano: costos cada vez más elevados, capacidad de atención en decadencia con cada vez menos camas disponibles para la internación y una deuda cada vez más grande.

Por el 2005 un grupo de profesionales preocupados por la crisis comenzó a plantear alternativas para su solución.

El primer problema a solucionar era la incomunicación existente entre los diferentes actores del Hospital Italiano: Consejo Directivo, gerentes, director médico, gremio médico y el resto del personal, desarrollando su labor sin un liderazgo ni orientación definida.

Un modelo obsoleto que había desplazado de su centro lo esencial de todo sistema de salud: el paciente y su familia. Un modelo en donde el médico definía con su criterio personal los pasos a seguir en “su” paciente, sin importar las posibilidades o el funcionamiento integral del Hospital Italiano.

Todo esto dio lugar al surgimiento de un nuevo modelo: “Medicina Hospitalaria”. Este modelo convirtió al médico generalista en médico hospitalista, un profesional capacitado para coordinar los procesos asistenciales y administrativos en el marco del Hospital Italiano, con el foco puesto en el paciente y en la eficiencia del servicio.

La experiencia demostró que el accionar coordinado no sólo mejoró la atención sino que redujo los costos, favoreciendo el acceso de más personas al sistema de salud.

Concomitantemente se trabajó en la reestructuración del Hospital Italiano a través del Programa “Compromiso por la comunidad” basado en tres premisas básicas: excelencia asistencial, medicina sistematizada y accesibilidad en la atención médica.

El 2010, año clave para la consolidación del Programa de Medicina Hospitalaria, inició una nueva etapa en la Dirección Médica y se puso en marcha el nuevo Ordenamiento Médico Institucional, estableciendo la nueva relación entre el cuerpo profesional y las autoridades del Hospital Italiano.

Este nuevo modelo hospitalario estableció el requerimiento de que cada miembro del hospital sea consciente de que los recursos son limitados y deben estar orientados a atender las necesidades del paciente, centro y destinatario del sistema de salud.

Para alcanzar este objetivo, todos los sectores del Hospital Italiano deben funcionar en forma coordinada, conscientes de que trabajar a través de procesos claramente definidos aumenta la eficacia y reduce los errores y eventos adversos.

Todo el personal deberá saber que su tarea forma parte de un enfoque integral e interrelacionado al servicio del paciente.

La nueva concepción del médico hospitalista intenta acompañar al paciente en su paso por el Hospital Italiano de manera continua, sin esa fragmentación artificial generada por las especializaciones médicas.

El cambio cultural consiste en concientizar a cada profesional que el equipo de trabajo correctamente articulado debe desempeñarse en función del paciente y estableciendo la continuidad asistencial.

3- Descripción general de la Institución y su contexto.

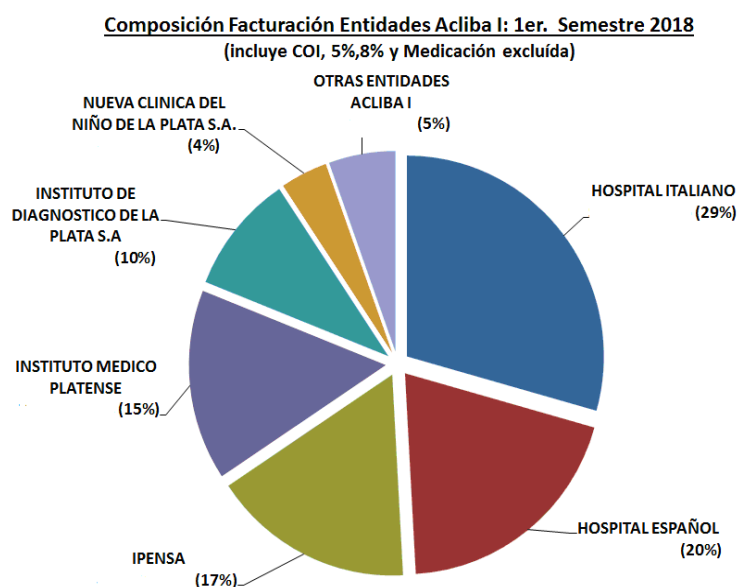
El Hospital Italiano de La Plata es un hospital comunitario, sin fines de lucro, docente de alta complejidad y socialmente responsable. Promueve la investigación, la mejora continua, la capacitación del capital humano y la gestión sustentable.

En su visión se propone: “Ser referentes en nuestro país, para los diferentes actores del sistema de salud y la comunidad. Integrar una red de colaboración con aquellos que compartan nuestros valores y espíritu universitario. Estimular el desarrollo de las personas, con foco en la humanización, la calidad, la seguridad y la accesibilidad de la atención”.

Los valores que enmarcan su accionar son: la italianidad, la honestidad, el profesionalismo, la solidaridad, el respeto, la espiritualidad y la sustentabilidad.

En relación a la gestión de organizaciones de salud, el Hospital Italiano de La Plata, toma como modelo de referencia a la gestión de la calidad, basada en 10 principios rectores: gestión por procesos, enfoque de sistema para la gestión, decisiones basadas en evidencia e información, mejora continua, trabajo en equipo interdisciplinario y en red, enfoque en el paciente, liderazgo, *desarrollo y participación del factor humano*, relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores y respeto del marco ético-profesional-compromiso social.

Es un hospital general de agudos, cuenta con 196 camas de internación, un porcentaje de ocupación del 90 %, un promedio mensual de 1900 pacientes salidos en lo que va del presente año, 1024 empleados y un porcentaje de participación de la facturación del mercado del 29 % para los integrantes de Acliba I. ¹ (Cuadro 1).



Cuadro 1: Participación de mercado Hospital Italiano y entidades de Acliba I

¹ Asociación de clínicas y sanatorios privados de la Provincia de Buenos Aires zona La Plata.

El Hospital Italiano de La Plata, fundamenta su crecimiento en 4 pilares: la asistencia, la docencia, la investigación y la gestión.

En relación con este último, podemos considerar varias acepciones: gestionar es llevar adelante una iniciativa o proyecto, también puede considerarse que gestionar es ocuparse de la administración organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo y finalmente también se refiere a manejar o conducir una situación problemática.

Su apoyo en el cuarto pilar, la gestión, surge como respuesta al entorno en que la Institución se desenvuelve.

Tal como lo establece el Informe nº 15 de Adepra + Cedim², el sistema privado de salud se encuentra inmerso en una economía caracterizada por devaluaciones, recuperaciones y estancamiento, inflación, puja salarial, controles de precios y una serie de eventos adversos, y aún así no ha dejado de crecer.

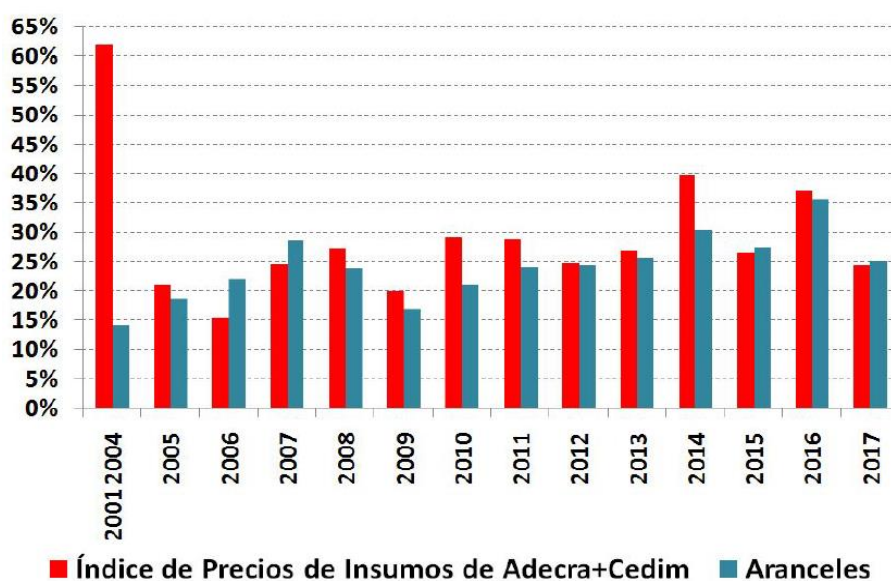
Mirando retrospectivamente, la mega devaluación del 2002 se vio acompañada por un visible retraso de los aranceles médicos que cobraban los prestadores privados. A partir del 2004 la economía se empieza a recuperar y el sector salud empieza a tomar conciencia del retraso de los precios producidos por la crisis. De ahí que hasta el 2007 se observa que el aumento de los aranceles médicos anuales tiende a ser superior al incremento de precios de los insumos (Cuadro 2).

En el 2007 comenzó un período de controles de precios y de prohibiciones y presiones hacia el sector privado. Estos controles de precios llevan a que a partir del 2008 los aumentos de los aranceles médicos tiendan a crecer por debajo del precio de los insumos agudizando el stress económico que sobrellevaban los prestadores.

Pasaron 5 años hasta que en el 2012 se empezó a instalar el consenso de que los aranceles médicos tenían que crecer en forma equivalente a lo que lo hacían los costos de producir atención médica. Entre el 2012 y el 2017 los incrementos de precios y los insumos tendieron a ir más o menos de la mano a excepción del 2014 producto de que en enero de dicho año, se produjo una fuerte y abrupta devaluación del tipo de cambio oficial respecto del dólar que paso de \$6 a \$8 (33%). Esto produjo una aceleración inflacionaria que las autoridades buscaron atenuar retrasando los precios regulados, uno de ellos fueron los aranceles médicos.

En el año 2016, ya con un nuevo gobierno, un año de fuerte inflación producto del cepo cambiario y las restricciones de comercio exterior, los aranceles acompañaron aun cuando implicaban incrementos muy elevados.

² Cámara que protege y jerarquiza las instituciones médicas de todo el país. Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADEPRA). + Cámara de Entidades Diagnóstico y tratamiento ambulatorio (CEDIM).



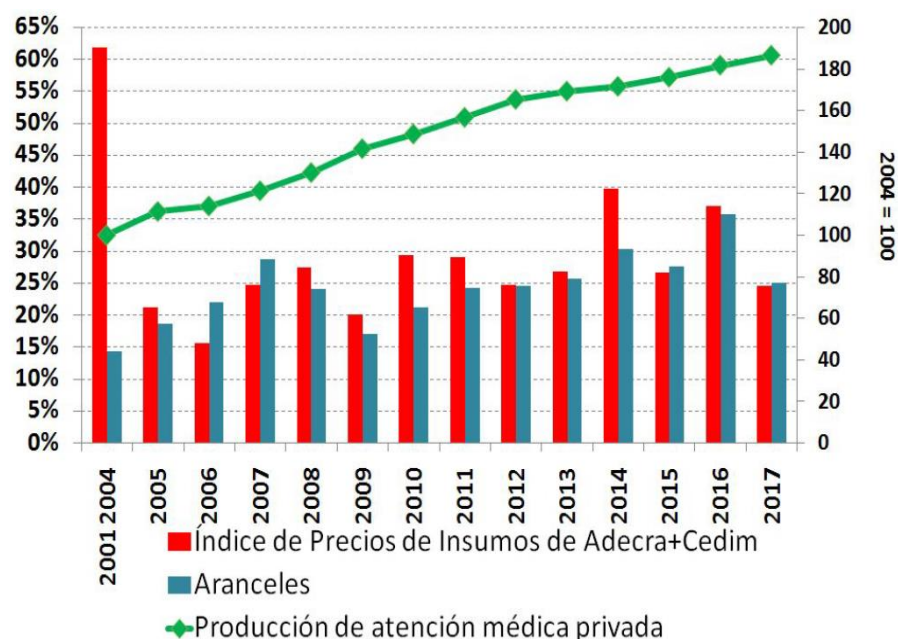
Fuente: Adecra+Cedim

Cuadro 2: Índice de Precios Adecra+Cedim y aranceles médicos

La pregunta que se plantea es ¿cómo pudieron los prestadores médicos soportar precios de insumos médicos que suben por arriba de los aranceles?

Y la respuesta está en la producción de la atención médica privada (cuadro 3). Los prestadores pudieron sobrellevar el retraso de los aranceles gracias a la cantidad de prestaciones que producían. Y si bien la ecuación económica no se balancea solamente con aumentos de volumen, el volumen ciertamente da condiciones para mejorar la productividad.

El sector privado de la salud tiene un alto componente salarial (es mano de obra intensivo) y un alto componente de los insumos no laborales determinados por el dólar (medicamentos, descartables, insumos, repuestos y mantenimiento de aparatología). Por eso, recibe constantes cimbronazos desde los excesos salariales y desde las devaluaciones y más recientemente de las tarifas de servicios públicos.

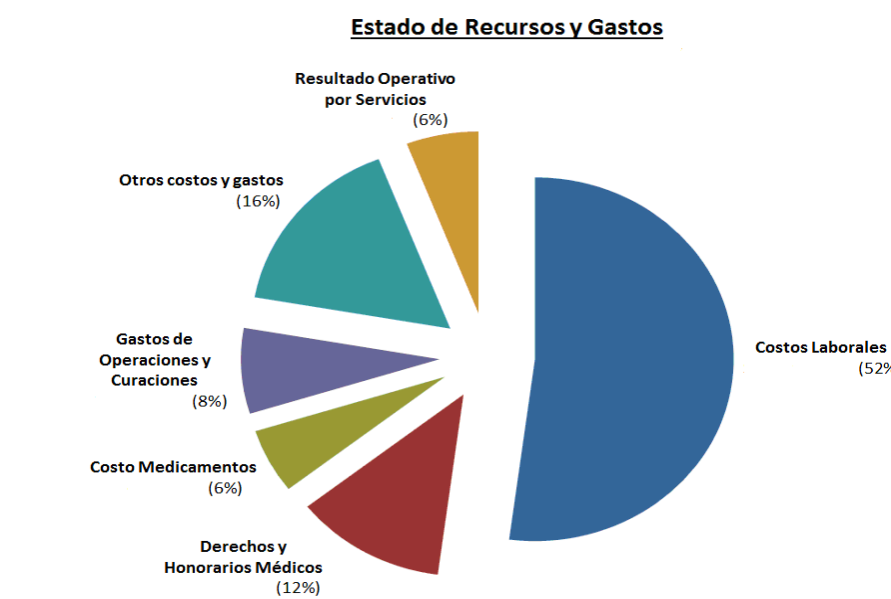


Cuadro 3: Índice de Precios Adecra+Cedim, aranceles y producción médica

Para finalizar el informe n° 15 establece una serie de recomendaciones para tratar de preservar el aumento de volumen: tener servicios diferenciados, generar recursos humanos de excelencia, apuntar a la calidad total ofreciendo nuevos y renovados servicios.

El Hospital Italiano de La Plata inserto, en este contexto, refleja las particularidades expuestas en el mencionado informe: desde la perspectiva de los ingresos, tiene como principal financiador al Ioma cuya facturación representa entre el 65 y el 70 % de la facturación total. Esto implica que su poder de negociación sea escaso, no pudiendo participar de forma activa en la determinación de los aranceles, adquiriendo por este motivo la condición de precio aceptante. Adicionalmente este hecho expone su situación financiera ya que se torna sensible ante cualquier irregularidad o retraso en el pago del Ioma.

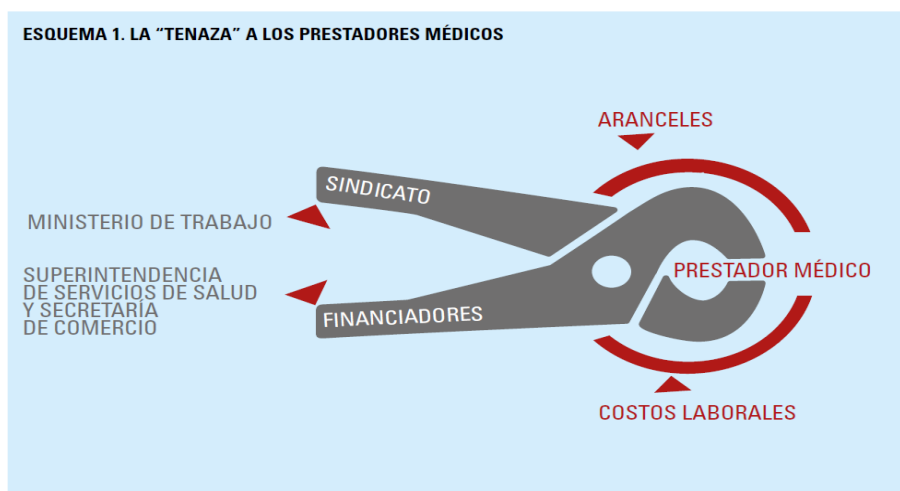
Desde la perspectiva de costos y gastos (cuadro 4), al ser mano de obra intensiva, los costos de personal representan el 52% de los ingresos operativos. Los gastos de operaciones y curaciones y el costo de medicamentos que en conjunto pueden entenderse como los costos de los insumos necesarios para resolver una patología, representan el 14 % de los ingresos operativos. El siguiente 12 % comprende los derechos y honorarios médicos, el 16 % denominado otros costos y gastos incluye amortizaciones, mantenimientos varios, y otros gastos menores. Finalmente, resta el 6% que corresponde al resultado operativo por servicios, esto es, por la actividad asistencial propiamente dicha.



Cuadro 4: Estructura Costos Operativos sobre Ingresos Operativos

El Hospital Italiano al igual que otros prestadores privados queda afectado por lo que el Informe n°13 de Adepra+Cedim ha dado el llamar “efecto tenaza” (cuadro 5).

Este fenómeno implica que el prestador médico sea presionado desde abajo por el aumento de los costos laborales y desde arriba por los menores aumentos de aranceles.



Cuadro 5: Efecto “Tenaza”. Fuente: Informe Económico n° 13 Adepra + Cedim

La conjunción de la presión del efecto tenaza, el entorno inflacionario, un porcentaje sustancial de sus insumos en dólares (algunos provistos por empresas mono o cuasi monopólicas), hace que la supervivencia del Hospital Italiano sea posible gracias a la generación de altos niveles de actividad y a un comprometido con el uso racional de los recursos.

Capítulo III. El Planeamiento Estratégico y el Presupuesto.

1-El Planeamiento estratégico

Según Lavolpe, Capasso y Smolje (2004) existen tres metas comunes a todo ente con fin de lucro: la supervivencia, el crecimiento y la maximización de utilidades.

Para lograr aquella triple finalidad, la dirección y el gerenciamiento de las empresas deben concentrarse en cinco aspectos fundamentales:

- La elección del destino concreto y el momento en que debe ser alcanzado.
- La definición del camino adecuado que lleve a ese destino.
- La asignación de los recursos necesarios para el trayecto.
- La metodología o forma de aplicarlos durante el recorrido
- Un sistema de medición de lo que está pasando, el cual debe indicar que se hizo, donde se está, y cuanto y que falta aún.

Este conjunto es lo que el autor denomina sistema de planificación y control.

La planificación, desde su concepción, es el proceso mediante el cual los órganos directivos de la empresa diseñan permanente el futuro deseable y seleccionan las formas de hacerlo factible. A la vez, los presupuestos constituyen el plan de acción que les da forma en términos económicos a las decisiones contenidas en planes, programas y proyectos.

Planeamiento significa *que* es lo que se va a hacer en el futuro y el planificar es proyectar cursos de acción, *el como*.

Planificar, consiste además en tomar decisiones que nos lleven al cumplimiento de objetivos establecidos previamente. Para planificar se requiere información tanto de la organización como del contexto.

El planeamiento puede analizarse desde dos perspectivas: el horizonte temporal y los niveles

En función del horizonte temporal el planeamiento puede realizarse *a corto, mediano o largo plazo*. Tradicionalmente se hacía referencia a 1 año para el primero, entre 2 a 5 para el segundo y más de 5 para el tercero dependiendo del ramo de actividad de la organización.

Esta temporalidad, dado a la dinámica cada vez más volátil e incierta del contexto ha perdido vigencia, ya que los plazos se han acortado por diversas causas: ciclo de vida del producto, cambios en los hábitos de los consumidores, etc.

En función de los niveles de planeamiento encontramos un *planeamiento estratégico* cuando se enfocan decisiones centrales y factores críticos de los negocios, incluyendo objetivos generales y definiciones políticas, *planeamiento táctico* que consiste en el diseño de planes para

cumplir objetivos asignando recursos y el posterior control y un *planeamiento operativo* que se trata de programación de operaciones para cumplir los planes, seleccionando acciones a desarrollar definiendo procedimientos y secuencias.

En el proceso de planificación intervienen 4 etapas:

1- Definición de objetivos.

2-Análisis y evaluación de premisas.

3-Selección de medios y valoración de alternativas considerando las situaciones futuras en que van a operar dichos planes.

4-Evaluación y control.

En la primera etapa, se determinan cuales son esos estados futuros deseados.

En la segunda se evalúan aquellas variables exógenas o endógenas que durante el plazo para el cual está previsto el planeamiento estratégico impactarán en las acciones y en los resultados: tasa de inflación, evolución del dólar, incrementos salariales, crecimientos en los mercados y modificaciones de las regulaciones legales, impositivas, de importación, entre otras.

En la tercera etapa, consiste en la selección de medios para alcanzar los objetivos presentes teniendo en cuenta las variables de la etapa 2. Para ello se diseñaran caminos alternativos contemplando todo lo que cada uno involucrará, recursos a utilizar y las consecuencias de cada elección, para finalmente ejercer una opción valorando los pros y contras de cada caso.

En la cuarta etapa se lleva a cabo la ejecución operativa de todos los planes a través de programas y la consecuente evaluación de los resultados de las acciones como mecanismo de retroalimentación para poder implementar las acciones correctivas que correspondieran.

No obstante lo expuesto, la planificación tiene límites que están determinados por la misma organización: esta *tiene determinados recursos o posibilidades* y por lo tanto la planificación tiene que considerar lo que se tiene o a lo que se aspira en función de ciertas condiciones de tamaño, poderío económico y financiero, historia de la organización contexto económico actual y voluntad política de la organización.

Se agregan además otras variables como falta de seguridad para prever porque *no hay certeza respecto del futuro*, ausencia de situaciones repetitivas que impide que se extrapole el pasado, imposibilidad de acceso a todos los datos necesarios para poder construir futuros alternativos posibles, imposibilidad de procesar todos los datos en tiempo y forma y la tendencia a la inflexibilidad en las organizaciones y resistencia al cambio en los seres humanos.

El Plan Estratégico 2016-2020.

El Plan estratégico del Hospital Italiano, está conformado por 5 ejes estratégicos (Cuadro 6).

Los ejes estratégicos, son líneas maestras de intervención sistémica para operativizar metas. Permiten aprovechar oportunidades, potenciar fortalezas y señalan el camino a seguir en cada área estratégica para responder a las exigencias del entorno.³

Los mismos son:

I. Organización centrada en las personas: hace referencia al compromiso de la organización con la comunidad de pacientes, con las familias y también con las personas que trabajan en ellas. Se centra la atención en el paciente y la familia garantizando que ante controversias en las decisiones siempre se intentará priorizar sus necesidades y expectativas. En relación con el recurso humano, es sustancial reconocer que de su nivel de competencia y participación coordinada y activa depende la eficacia y eficiencia de los procesos organizacionales.

II. Crecimiento Institucional sustentable: se incorporan las ideas relacionadas con la infraestructura y la seguridad hospitalaria, equipamiento médico, redefinición de la estructura de recursos humanos de acuerdo a la dependencia funcional de los equipos de trabajo y por áreas de competencia, equidad en las compensaciones, optimización de la estructura del equipo de salud de acuerdo a necesidades y normas y generación de redes con otros actores del sistema de salud.

III. Gestión Innovadora: alude centralmente a un cambio planificado, organizado, no espontáneo, que implica afrontar una cuestión de carácter institucional: la fuerza de lo instituido. Se adopta un sistema de gestión de la calidad el que contiene a la gestión clínica, gestión por procesos, gestión por objetivos, *gestión por presupuesto*, y a la planificación y control de gestión en base a información objetiva, oportuna y confiable.

IV. Modelo de medicina hospitalaria: A cargo de un médico hospitalista. Integra la asistencia individual del paciente para evitar fragmentación y variabilidad en este proceso. Por otro lado conoce y controla el cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos administrativos – asistenciales que ordenan el accionar del equipo de salud en busca de la accesibilidad, calidad, seguridad y eficiencia de la gestión.

V. Responsabilidad Social: Se propone trabajar en el objetivo de la red de hospitales verdes y saludables, implementar la política 0 papel, gestionar adecuadamente los residuos, reemplazar las sustancias tóxicas utilizadas, desarrollar campañas comunitarias de prevención de enfermedades, impulsar actividades solidarias entre otras.

³ Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Visión RD2044. República Dominicana.



Cuadro 6: Cinco Ejes del Plan Estratégico Hospital Italiano.
Fuente: Hospital Italiano.

El Hospital Italiano, contempla la integración del presupuesto en el Planeamiento Estratégico 2016-2020 dentro de su III Eje: Gestión Innovadora, donde hace referencia específica a la gestión por presupuesto.

Adicionalmente plantea dentro de sus objetivos, diseñar un Presupuesto Participativo Hospitalario por Unidad de Gestión Clínica que implica involucrar a cada unidad para que utilice el presupuesto como una herramienta fundamental para basar su gestión anual y se comprometa con el resultado económico de la organización.

2- El Presupuesto

El presupuesto concretiza lo establecido en el proceso de planeamiento. Es la expresión cuantificada de los planes y constituye una herramienta para la toma de decisiones y el control.

Los elementos básicos del proceso presupuestario son:

Presupuesto económico: es la proyección de los resultados y exhibe los saldos correspondientes a las cuentas de ganancias y pérdidas (contabilizadas bajo el criterio de lo devengado).

Presupuesto financiero: es la proyección de los ingresos y egresos de fondos, cuyo resultado exhibe el superávit o déficit de fondos, englobando disponibilidades, dinero en efectivo, valores a depositar y saldos en cuentas bancarias (criterio de lo percibido).

Balance Proyectado: Situación Patrimonial al cierre del período presupuestario.

El proceso presupuestario en términos simplificados tiene tres fases:

1- Estimación de la situación original: determinación de los saldos iniciales de activo, pasivo y patrimonio neto que componen el estado de situación patrimonial. Punto de partida donde se contabilizaran luego las operaciones presupuestadas para llegar al balance final proyectado.

2- Proceso de presupuestación y confección del presupuesto integral: presupuesto económico, financiero y balance proyectado. Esta etapa involucra:

a) Fijación de valores estimados de las variables básicas a considerar como premisas válidas para todo el proceso (inflación, situación particular del mercado, incrementos salariales, etc.).

b) Confección de plan de cuentas adecuado con un nivel de detalle profundo y apertura acorde con las necesidades presupuestarias para poder comparar la información real con el presupuesto.

c) Elaboración de presupuestos parciales a cargo de los distintos sectores de la organización coordinada por el área de presupuesto: ventas, costos, inversiones, que luego formarán presupuesto financiero económico y balances proyectado.

d) Cronograma y secuencia de elaboración: metodología y ordenamiento para poder cumplir con la etapa anterior ya que estos presupuestos parciales están vinculados y son necesarios para elaborar otros. Ej. Presupuesto de ventas y plan de producción.

e) Recopilación, resumen y análisis de la información obtenida.

f) Registro de las operaciones y transacciones proyectadas y confección de los presupuestos financiero y económico y del balance proyectado.

g) Aprobación y puesta en vigencia: a cargo de la autoridad máxima de la organización.

3- Control Presupuestario: consiste en la comparación entre los datos presupuestados y los reales para determinar los desvíos que se produjeron, medir desempeño de manera objetiva e implementar las acciones correctivas que correspondieren.

El presupuesto debe ser *integrado* porque es un eslabón fundamental de la cadena de planificación pero además tiene que ser *integral* porque todos los estados presupuestarios deben estar eslabonados entre sí y debe haber una secuencia lógica en su construcción.

¿Cuales son los requisitos y condiciones para la implementación de un presupuesto integral?

El presupuesto debe ser impulsado desde lo más alto de la organización, se requiere de su acompañamiento y compromiso y tiene que ser abarcativo de todas las áreas y actividades.

Tiene que ser elaborado con la participación y el involucramiento de todos los miembros de la organización ya que esto favorece que su aceptación y entendimiento.

A su vez tiene que ser dinámico, analítico, sencillo en su presentación y exposición, en distintos grados de apertura de análisis.

Son aspectos claves para su implementación la aptitud y el conocimiento de los implementadores del sistema presupuestario, las condiciones particulares de la organización, el empleo de la información para la toma de decisiones y el control de gestión.

Estos conceptos se verán más en profundidad en el Capítulo IV: El Hospital Italiano y su esquema Presupuestario apartado 1- Descripción del esquema presupuestario actual.

Presupuesto e incertidumbre.

En el año 1927, Werner Heisenberg formuló la relación de indeterminación o principio de incertidumbre (Podmoguilyn, 2017). Este principio formula la “imposibilidad de que determinados pares de magnitudes físicas observables y complementarias sean conocidas con precisión arbitraria” (Heisenberg, 1958).

El autor sostiene que al desarrollarse la gestión empresarial en un entorno de incertidumbre, es necesario establecer modelos de observación que asistan en gestionar en la incertidumbre, de manera tal, que reconociéndola podamos obtener mejores logros y resultados estratégicos.

La Planificación estratégica, implica la generación escenarios posibles e inciertos que van a estar determinados por factores exógenos como la situación económica y factores endógenos de la organización como las decisiones que se tomen en la misma.

Ante la inevitabilidad de la incertidumbre, se entiende que es condición fundamental aceptarla para poder generar respuestas adaptativas acordes a las condiciones emergentes.

“La mejor forma de prepararse para actuar no es intentar adivinar lo que está adelante y dirigir la mirada hacia atrás, sino intentar lograr la percepción de la dinámica que nos llevó al momento presente y a aprender de ella. Se hace improbable dirigir organizaciones en esos

nuevos entornos de incertidumbre con herramientas de gestión y de generación de información que no contemplan estas posibilidades o que se basen en proyecciones lineales, previsibles y ordenadas” (Nobrega, 2001).

Ante la permanencia del cambio, “En los mismos ríos entramos y no entramos, pues somos y no somos los mismos” (Heráclito 480 a.c). , el desafío para quienes presupuestamos es naturalizar la incertidumbre, tener un conocimiento amplio de la organización y del contexto en el que está inserta y a partir de la consideración de estas variables, realizar las proyecciones con la mayor razonabilidad posible.

3- El Presupuesto Participativo.

Se define al presupuesto participativo como aquel elaborado con la participación de todos los niveles de la organización afectados (Ghedin, Gómez y otros, 2016). Sostienen los autores que suele por este motivo tener más éxito que aquellos impuestos por la alta dirección y que, así como las organizaciones requieren de principios y valores compartidos, hace falta un manejo colectivo de la asignación de recursos, orientado a motivar a los empleados en pos de las metas comunes.

Lo interesante del presupuesto participativo, es que puede ser aplicado de forma complementaria con cualquier metodología o sistema presupuestario, ya que se trata más de una filosofía presupuestaria que de una metodología.

Es requisito para su implementación que cada compañía lo adecue a su propia cultura, características, recursos y procesos y que tenga una gerencia participativa que le sirva de sustento.

Esta gerencia participativa que acompañe es necesaria debido a que muchas veces se percibe al presupuesto como la incorporación de restricciones negativas de la alta dirección sobre todo cuando el objetivo es limitar gastos. Esta perspectiva se ve reforzada cuando se utiliza al presupuesto con el único fin de señalar deficiencias.

También es frecuente que la preocupación sea la mecánica de la presupuestación y que se deje de lado el hecho de que *la efectividad del presupuesto depende de que todos los afectados lo comprendan y lo acepten*.

A través del sentimiento de propiedad del proyecto, se movilizarán energías y esfuerzos para que el proyecto avance y se concrete. Adicionalmente el presupuesto participativo permite:

- 1- Que el conjunto pueda evaluar en forma permanente la ejecución de lo acordado.
- 2- Vigilar los recursos empleados.
- 3- Combatir el fraccionamiento del conocimiento.
- 4- Facilitar la superación de un conjunto de errores y fallas: falta de sinergia, escasa coordinación, poca articulación y pertenencia social de la gestión.

El Presupuesto Participativo Hospitalario por Unidad de Gestión Clínica⁴, es el presupuesto económico que gestionará cada una de esas unidades, atendiendo a su naturaleza y a la dinámica de su actividad y cuya contribución se encuentra comprometida con los objetivos organizacionales.

⁴ Unidad asistencial donde se desarrolla la Gestión Clínica. Puede coincidir con un área o especialidad, un servicio de apoyo. Tienen una misión, se gestionan por presupuesto a través de un responsable para obtener objetivos concretos.

4- La Gestión Clínica y las Unidades de Gestión Clínica

La Gestión Clínica es un nuevo modelo descentralizado de gestión de las organizaciones proveedoras de servicios de salud, cuya principal concepción es la de *implicar* a los profesionales que brindan el servicio asistencial, principalmente los médicos, en la gestión de los recursos y los resultados de la organización.

Se otorga a los médicos la responsabilidad de gestionar descentralizadamente los productos de una determinada unidad clínica (servicio), con el compromiso formal de que dichos productos sean de calidad, respondan a las necesidades y demandas del colectivo de derecho de la institución, y sean producidos del modo más eficiente.

El nuevo modelo surgió para implicar a los servicios clínicos con los resultados globales de la organización, para derribar las barreras entre los departamentos y los servicios tradicionales, y establecer en cambio, estructuras descentralizadas y autónomas con *presupuesto propio*, pero con una amplia cooperación horizontal y una profunda integración en los niveles operativos.

De este modo, las unidades clínicas se transforman en centros de costos y de ingresos: Unidades de Gestión Clínica (U.G.C). Unidades de gestión clínica con autonomía de gestión, pero con responsabilidad sobre los resultados alcanzados, sea en términos de calidad (eficacia de las prestaciones y satisfacción de los usuarios) como de costos (eficiencia).

La Gestión Clínica se basa en los siguientes 6 ejes estratégicos:

- 1) Reconocimiento del paciente como centro y razón de ser del modelo.
- 2) Descentralización de la gestión y transferencia de riesgos hacia los servicios, y otorgamiento de responsabilidad a los médicos, sobre los recursos y los resultados.
- 3) Focalización en productos bien definidos, que conforman la cartera de servicios.
- 4) Desarrollo de una gestión integral por procesos, en el marco de una atención integrada en red, soportados por guías de diagnóstico y tratamiento.
- 5) Desarrollo de un sistema de información gerencial, sobre la base de un sistema de información transaccional y un repositorio de datos clínicos, y con estrictos estándares de confidencialidad e interoperabilidad.
- 6) Establecimiento de contratos de gestión (convenios o compromisos de gestión) entre los diversos niveles de la organización.

Las U.G.C sólo pueden desarrollarse en un tipo evolucionado de hospital, caracterizado por ser un hospital:

- Con definición explícita de la misión, y con un plan estratégico.
- Claramente orientado al paciente.

- Con experiencia en descentralización.
- Con experiencia en organización y gestión por procesos y objetivos.
- Que tiene implementado un sistema de información gerencial y que por ende tiene capacidad de evaluar el desempeño de las unidades funcionales.
- Que utiliza las modernas herramientas de medición del producto hospitalario, plan anual de actividades, presupuesto y costos.
- Con experiencia en utilización de indicadores de eficiencia y calidad.
- Con hábito en la realización de procesos de reingeniería.
- Con hábito en la utilización de guías clínicas.

Una unidad de gestión clínica es una unidad asistencial donde se desarrolla la gestión clínica, puede coincidir con un área o especialidad, o con un servicio de apoyo, puede ser multidisciplinaria o no. Tienen una misión *se gestionan por presupuesto*, a través de un responsable para obtener objetivos concretos. Cuentan con autonomía de gestión y se las monitorea de forma permanente garantizando su desarrollo.

Los atributos comunes a cada U.G.C son:

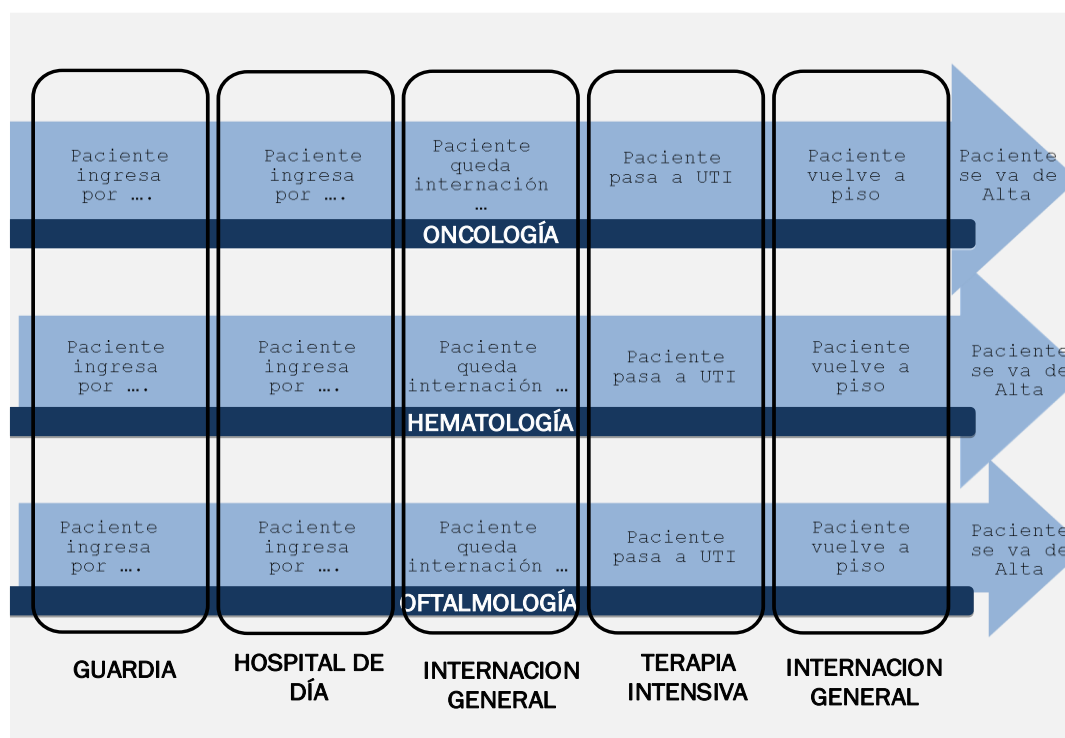
- a) Organización por líneas de productos explícitamente definidos en la misión: cuales serán las patologías cuyo proceso asistencial constituye la finalidad de la U.G.C.
- b) Definición clara de cómo los productos se articulan en un determinado proceso asistencial. Por ejemplo el producto "cesárea" dentro del proceso dentro del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio.
- c) Objetivos cuantificables en términos de cantidad de producción, así como de calidad y costos.
- d) Recursos (humanos, materiales y económicos) adecuados a los objetivos.
- e) Marco explícito y transparente de relación con la organización hospitalaria a través de los contratos de gestión que marquen los límites de la autonomía, los incentivos y las responsabilidades en la consecución de objetivos y la utilización de recursos.
- f) Existencia de guías clínicas consensuadas.

Las Unidades de Gestión Clínica pueden clasificarse en:

U.G.C de producción final: son quienes tienen a su cargo la resolución de la patología de los pacientes enfocándose en los protocolos y guías de prácticas clínicas. Coinciden en líneas generales con las especialidades médicas ejemplo Oncología, Hematología y Oftalmología (cuadro 7).

U.G.C de producción intermedia: son quienes realizan atenciones y estudios al paciente y que colaboran en la resolución de la patología atendida por la U.G.C de producción final por ejemplo Diagnóstico por Imágenes o Laboratorio.

U.G.C sector asistencial: son quienes tienen a su cargo la atención de los pacientes en los ámbitos y lugares físicos donde permanecen para la resolución de sus patologías ejemplo Terapia Intensiva, Internación General, Hospital de Día (cuadro 7).



Cuadro 7: U.G.C de Producción Final y U.G.C asistencial
Fuente: Hospital Italiano.

Dentro de este esquema no puede dejar de considerarse:

Centros de apoyo asistencial: Dan soporte, en la atención asistencial, a la U.G.C de producción final, intermedia y sector asistencial ejemplo farmacia, vacunación, nutrición.

Centros de apoyo administrativo y operacional: dan soporte a la estructura general del Hospital Italiano en sus aspectos administrativos, de logística, y operatoria no asistencial.

Capítulo IV: El Hospital Italiano y su esquema Presupuestario

1- El esquema presupuestario actual.

Actualmente el Hospital Italiano cuenta con un Presupuesto Económico Institucional, un Presupuesto Financiero Institucional y en proceso de implementación el Presupuesto Económico Hospitalario Participativo por Unidad de Gestión Clínica.

Si bien la implementación ha comenzado por 6 Unidades de Gestión Clínica⁵, Se incluyeron además áreas o sectores que no responden a la definición de Unidad de Gestión Clínica pero que se consideraron clave para empezar a gestionar por presupuesto⁶.

Adicionalmente se proyecta hacerlo extensivo al resto de las unidades, de acuerdo a prioridades que se establezcan desde la Dirección Médica y la Gerencia de Negocios. Esto permitirá, además de involucrar al profesional sanitario en la gestión del recurso, que se mejoren las bases de proyección de actividad, contemplando la especificidad de cada unidad, a veces muy disímiles entre sí.

El Presupuesto Participativo, complementa entonces al Presupuesto Económico Institucional, ya que este último está construido sobre un supuesto simplificador que proyecta toda la actividad del Hospital Italiano en términos de días paciente.

El producto final después de que se implemente en todas las Unidades de Gestión Clínica, sería un Presupuesto Económico Hospitalario Participativo Consolidado, que reúna los presupuestos individuales, y de cuenta de un resultado proyectado en función de la naturaleza de cada una de ellas.

Tal como se mencionó precedentemente, estos presupuestos tienen que elaborarse con la participación e involucramiento de todos los miembros de la Institución.

Para ello se considera fundamental capacitar a los responsables en aquellos aspectos trascendentales para su elaboración: importancia y relación con el Planeamiento Estratégico, concepto, tipos, bases de proyección, elaboración, análisis de sensibilidad, control presupuestario, análisis de desvíos, implementación de acciones correctivas.

Este proceso se cree va a estimular el desarrollo de la capacidad analítica ya que implica la indagación del origen de las variaciones y la generación de cursos de acción alternativos si es que fueran necesarios.

Adicionalmente la posibilidad de generación de distintos escenarios mediante una simulación o análisis de sensibilidad permite conocer el impacto que determinadas variables como por ejemplo niveles de actividad, tienen sobre otras por ejemplo, nivel de ingresos.

⁵ Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, Neonatología, Obstetricia, Oncohematología (trasplantes) y Unidad de Terapia Intensiva.

⁶ Capacitación, Comunicaciones, Ingeniería Hospitalaria, Sistemas (Hardware y Software).

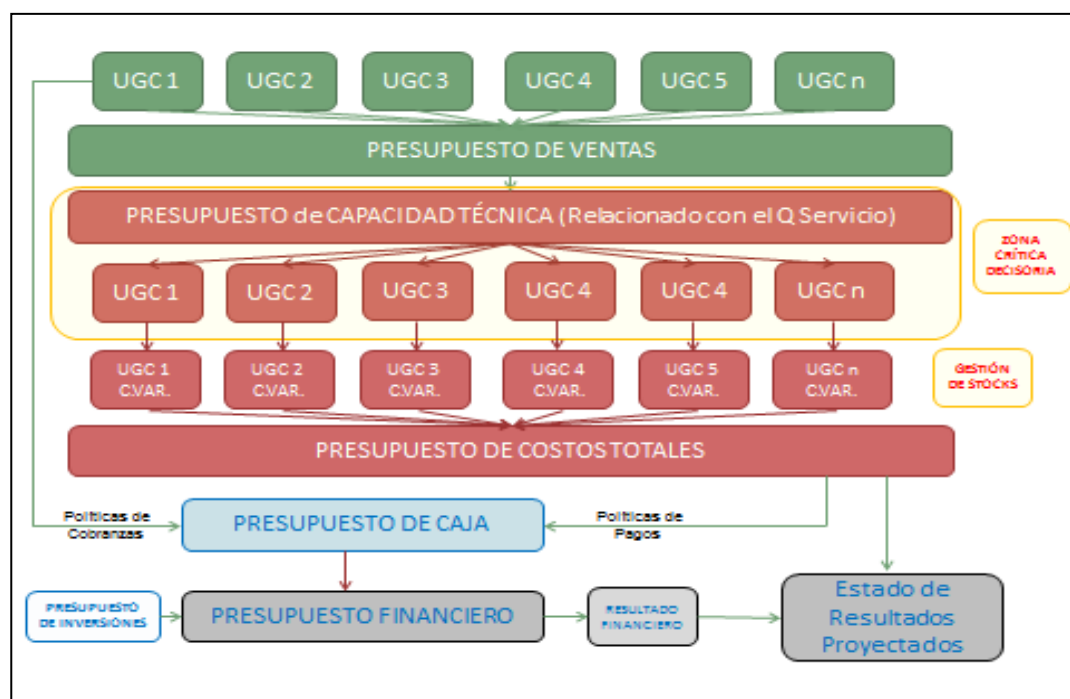
Y esta utilidad no está restringida a la elaboración del presupuesto propiamente dicho, sino también en la instancia previa de celebración de un acuerdo de U.G.C, a la hora de evaluar los efectos de las metas establecidas para cada U.G.C. y para la organización.

La relevancia de este proyecto radica en que va a redundar en un proceso de sociabilización de la información, incentivando la identificación y el sentido de pertenencia.

Finalmente va a permitir desmitificar o al menor reducir las objeciones que generalmente se le plantean al presupuesto: que son rígidos, que se elaboran mecánicamente y que no agregan valor ni utilidad a la gestión.

2- El Proceso de Presupuestación.

Como se puede observar en el cuadro 8 el punto de partida del proceso de presupuestación integral es el presupuesto de ventas.



Cuadro 8: Esquema Presupuestario.

Fuente: Marcelo G. Podmoguilyn.

Y esto es así ya que su volumen determinará los niveles que habrán de alcanzar los presupuestos parciales por ejemplo presupuesto de insumos, mano de obra, inversiones. Ese volumen, además, tendrá que compatibilizarse con las capacidades de producción. Por ejemplo una unidad como Neonatología con un número de camas determinadas con un porcentaje de ocupación cuasi pleno, difícilmente pueda incrementar la cantidad de pacientes asistidos sin considerar una inversión en obras de infraestructura y en aparatología médica.

Para el caso del Presupuesto Económico Institucional, el presupuesto de ventas, está determinado en función de la cantidad de días pacientes que se espera tener para el período en análisis, teniendo en cuenta la cantidad de pacientes, su estadía promedio y el mix probable de complejidad.

Para el presupuesto de venta de cada U.G.C., su volumen estará determinado por la naturaleza específica de cada una de ellas: días paciente (U.G.C Clínica Médica), cantidad de trasplantes (U.G.C Hematología), cantidad de nacimientos (U.G.C Obstetricia).

Del presupuesto de ventas surgirán cuales son los requerimientos en términos de factores productivos.

Los mismos se traducirán en el presupuesto de compras, el presupuesto de mano de obra, y el presupuesto de costos fijos.

El presupuesto de compras contempla todos aquellos insumos necesarios según lo establecido por el presupuesto de ventas. Por ejemplo productos médicos, artículos y medicamentos. Se considera la política de stocks asociada a cada insumo.

Es fundamental la identificación de stocks mínimos y puntos de pedido de manera que no se produzca un quiebre en el stock, sobre todo entendiendo el efecto colateral que podría llegar a tener en la evolución de un paciente la falta de un insumo crítico.

No debemos dejar de considerar que a muchos de los insumos los proveen empresas mono o cuasi monopólicas, o que otorgan comodatos de aparatología que implican quedar cautivos para la adquisición de insumos que son específicos.

Para el caso del Presupuesto Económico Institucional se ha considerado un costo variable promedio por día de internación. Se entiende que es un supuesto muy fuerte de simplificación dado el mix de las diferentes complejidades patológicas que se atienden en el Hospital Italiano.

En cambio para las U.G.C se ha contemplado la composición de los productos médicos, artículos y medicación requeridos para atender una patología determinada y se ha presupuestado en función de ello. Por ejemplo para una cesárea en el caso de la U.G.C obstetricia (Anexo I).

El presupuesto de mano de obra esta asociado a la dotación de personal necesario para poder acompañar los volúmenes determinados por el presupuesto de ventas. Esta es una variable crítica para monitorear en primera instancia porque se trata de una actividad que por su naturaleza es mano de obra intensiva y porque además el costo del recurso humano representa el 52% de los ingresos del hospital.

En esta oportunidad tanto para el Presupuesto Económico Institucional como para el Presupuesto por U.G.C el criterio para la presupuestación ha sido la dotación requerida de acuerdo a los objetivos establecidos.

El presupuesto de costos fijos contempla todos aquellos costos que no varían para un rango de actividad determinado, que son una consecuencia de “estar en el negocio” y su cuantía

tiene que ver con la decisión de definir una estructura fabril y no con la utilización que de ella se haga.

Se incluyen en este ítem: mantenimientos preventivos, amortizaciones de equipos, seguros, impuestos inmobiliarios, etc.

Se proyectan cuales van a ser los costos fijos a nivel Institucional y específicamente para el caso del presupuesto por U.G.C.

Una vez determinados el presupuesto de ventas, los requerimientos asociados: presupuesto de insumos, mano de obra, presupuesto de costos fijos, se consideran también los prepuestos de costos comerciales (Ej. impuesto a los ingresos brutos, comisiones por ventas, fletes por entrega de mercadería, etc.), administrativos (se suele incluir costos que no son de producción ni de comercialización Ej. gastos de representación) y el presupuesto de costos financieros (intereses ganados o cedidos).

El presupuesto de costos financieros solo puede ser realizado luego de la conclusión de la mayoría de los presupuestos, ya que es necesario conocer los déficits y superávits finales de fondos. Por ejemplo podría suceder, que se produzca un excedente de fondos que se coloque en una entidad bancaria en un plazo fijo o un fondo de inversión, o que no se cuenten con los recursos necesarios para adquirir un instrumental o aparatología médica y tenga que recurrirse a una entidad bancaria para solicitar un préstamo.

Ahora bien, si al presupuesto de ventas se le incorpora la política de cobranzas que indica cuando se van a transformar en dinero en efectivo todas aquellas ventas proyectadas y al presupuesto de costos totales se le incorpora además la política de pagos que indica cuando se van a tener que hacer efectivos los pagos de los insumos, mano de obra y demás costos se obtiene el Presupuesto de caja (cuadro 8).

Cuando la Institución o una Unidad de Gestión Clínica, para cumplir con sus objetivos planteados requieren además de la realización de obras de infraestructura o la adquisición de una aparatología nueva por incorporación de una prestación o por obsolescencia tecnológica, ambos se contemplan en el Presupuesto de inversiones.

Cuando se conjugan presupuesto de caja y presupuesto de inversiones se obtiene el presupuesto financiero.

Finalmente, y tal como se mencionó cuando se hizo referencia al presupuesto de costos financieros, del presupuesto de inversiones podrían surgir requerimientos de capital y en consecuencia la generación de resultados financieros, que impactaría y retroalimentaría el Presupuesto Económico Institucional.

El control presupuestario.

El control presupuestario tiene lugar periódicamente y a medida que transcurre el plazo para el cual se habían realizado las proyecciones, y consiste básicamente en comparar las cifras presupuestadas con las reales, atendiendo los desvíos de mayor importancia.

Las comparaciones permiten, establecer si los desvíos están o no bajo control o están sujetos a decisiones propias de la gestión. (Mocciaro, 2000).

Esto implica determinar si son atribuibles a la responsabilidad de los sectores involucrados y el grado factible de previsión o pronóstico que existía al momento de la presupuestación.

Una vez detectadas las causas de los desvíos, corresponde el emprendimiento de las acciones correctivas.

Por ejemplo, el Hospital Italiano de La Plata por prestar sus servicios en Provincia de Buenos Aires, recibe la mayor proporción de sus ingresos por parte del Ioma (65%/70%).

Se espera para el período que se está presupuestando (Junio-Mayo) , que ese financiador incremente sus aranceles al menos 3 veces , en los meses de julio 10%, diciembre 7% y marzo 8% acumulando un incremento base junio, del 25%.

Por otra parte el Hospital Italiano, estima su actividad a nivel institución en términos de días pacientes, razón por la cual se espera que durante los meses de mayor actividad (Junio/octubre), la actividad sea de 6500 días-pacientes mensuales.

Ahora bien, transcurrido el mes de Julio, nos encontramos con una variación significativa en el nivel de ingresos: la misma podría deberse a una variación cantidad (días paciente), una variación precio (aranceles del financiador) o una variación del mix (complejidad).

En el análisis de la variación de los ingresos no se detectan cambios significativos en la composición de las patologías asistidas, ni tampoco en los días pacientes. Sí, se evidenció que el IOMA retrasó la secuencia esperada de incremento de precios, razón por la cual, el incremento de precios en vez de otorgarse en Julio recién se otorgará en Septiembre.

En este caso no hay una responsabilidad atribuible a un determinado sector ni tampoco se trataba al momento de presupuestar como un hecho previsible.

Conclusiones

“La incertidumbre es una posición incómoda, pero la certeza es una posición absurda” (Voltaire, 1694).

Es por esto que ante la inevitabilidad de su existencia, su naturalización y aceptación sean vitales a la hora de gestionar.

Por fortuna contamos con herramientas como el Planeamiento Estratégico y el Presupuesto que permiten proyectar un estado futuro deseado, considerando cuales van a ser los medios necesarios para alcanzarlos y su cuantificación en términos monetarios.

Sabiendo que esa proyección no va a perpetuarse invariable a lo largo del tiempo pero que va a poder adaptarse si se desarrolla una capacidad de respuesta al entorno, es fundamental permanecer lo suficientemente receptivos de manera de poder identificar los cambios e implementar acciones de ajuste.

En este sentido, el control presupuestario es un monitor por excelencia que permite analizar variaciones, detectar sus causas, implementar acciones correctivas en las variables endógenas y activar mecanismos de regulación ante las condiciones emergentes del contexto.

Como consideración final, se debe tener en cuenta que cuando las organizaciones tienen dificultades de respuesta presionan a su estructura humana para generar mejores resultados causando bajos niveles de productividad.

Es fundamental entonces, que se les otorgue tal grado de participación en la Institución, de manera que desarrollen un sentido de pertenencia y un grado de compromiso que en vez de dejarlos ajenos y desorientados en un proceso de cambio, los incluya y los haga sentir artífices del destino de la misma.

ANEXO I: Caso Práctico.

Presupuesto Participativo: la experiencia en U.G.C Obstetricia.

Como se mencionó precedentemente el presupuesto participativo que elabore y gestione cada U.G.C tendrá sus particularidades de acuerdo a la solución patológica que ofrezca.

Es fundamental considerar en este sentido, que la unidad que se utilice para hacer un pronóstico puede ser representativa para una U.G.C y no serlo para otra.

El presupuesto de la Unidad de Neonatología puede expresarse en términos de días proyectados y por otro lado Oncohematología dada la complejidad y diversidad de los trasplantes que realiza, requiere proyectar su actividad por tipo de trasplante.

Una U.G.C como Obstetricia puede presupuestarse por cantidad de partos y cesáreas y Diagnóstico por Imágenes por cantidad de Prácticas.

En este Anexo se abordará el Presupuesto de la U.G.C Obstetricia.

Descripción de la U.G.C Obstetricia.

La U.G.C Obstetricia según lo establece su misión es un equipo de profesionales enfocados en la atención humanizada de la mujer, el niño y su familia. Ofrece prácticas, efectivas y seguras, contención, respeto y protección de los derechos del paciente y la familia. Esta compuesta por un plantel de 12 profesionales médicos y 7 licenciadas en obstetricia.

Cuenta con 2 salas de parto, 1 Consultorio de demanda espontánea en el 3er piso, 3 camas de dilatantes, 13 camas de internación conjunta y dos monitoreos fetales.

La U.G.C celebró con el Hospital Italiano un acuerdo de gestión, entendiéndose éste como el compromiso mutuo que genera con el Hospital en relación al cual se determina cual va a ser la contribución de esa U.G.C a los objetivos organizacionales y cual va a ser la retribución que por esta haga el Hospital.

En ese acuerdo se estableció como objetivo 110 nacimientos mensuales para el primer semestre y 120 nacimientos para el segundo semestre.

De esos nacimientos se determinó que la proporción cesáreas sea del 60% para el primer período considerado y del 56 % para el segundo.

Las estadía promedio esperada es de 2,55 días para las cesáreas y de 2,09 para los partos.

Se espera además que el porcentaje de ocupación de camas sea del 79% para el primer semestre y del 80 % para el segundo.

Finalmente se estableció un margen de rentabilidad (resultado sobre ingresos) del 19 % para la primera mitad del año y del 20 % para la segunda.

Premisas para la elaboración del presupuesto

Los datos de actividad mencionados en el acuerdo, fueron los que junto con el responsable y la administradora de U.G.C Obstetricia se decidió que fueran los parámetros para realizar el pronóstico de ventas (nº de nacimientos).

Si bien, la unidad contempla la atención de otras patologías, a los efectos de la simplificación se consideró solamente parto y cesárea.

Por otra parte, las premisas de presupuestación generales establecidas para elaborar el Presupuesto Económico Institucional, delinearon también la proyección de este presupuesto: incremento de precios de los financiadores, inflación esperada e incrementos de salarios por el convenio colectivo de trabajo.

Para el cálculo de los ingresos se consideró para el caso de Ioma el valor de los módulos de GO18Q partos \$ 25.244 y G019Q cesárea \$ 25.244 y para el caso de mutuales varias se tomó el valor del parto \$ 23.349 y de la cesárea \$ 30.577 de la Mutual Osecac que es la que se toma como representativa.

Para el caso del Ioma se consideró además del valor del módulo, todos los adicionales que paga el Ioma por COI (coeficiente de ocupación Ioma) 20%, calificación CENAS 8 % y categoría del prestador 5 %.

Se han establecido estándares para la determinación de los insumos requeridos (a excepción de impuestos y comisiones que se calculan como un porcentaje de los ingresos por ventas) como así también para el cálculo de la hora quirófano (cesárea).

El incremento en la actividad proyectada no requiere de incrementos en la dotación de personal ni tampoco afecta significativamente los niveles de actividad de Neonatología, a la que eventualmente podría impactar, ya que solamente el 10 % de los nacimientos son derivados a esa U.G.C.

Según surge de las pautas de presupuestación generales establecidas en el Presupuesto Económico Institucional, se espera un incremento de precios de los financiadores del orden de un 25 % para el Ioma: 8% en Junio, 7% en Septiembre y 5 % en Diciembre y 5% en marzo, y del 15 % para Mutuales Varias: Junio 8 % y Septiembre 7%.

Por otra parte se prevé una inflación para el período del orden del 25% y un incremento de sueldos por paritarias de un 30 %.

Presupuesto de ventas

En el cuadro 9 se muestra el volumen de ventas esperado discriminado por tipo de nacimiento y por financiador a los efectos de simplificar la elaboración del presupuesto de ventas ya que sus valores de facturación varían de acuerdo a esos parámetros (cuadro 10).

	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Total
Nacimientos	110	110	110	110	110	110	120	120	120	120	120	120	1380
Cesáreas	66	66	66	66	66	66	67	67	67	67	67	67	798
IOMA	46	46	46	46	46	46	47	47	47	47	47	47	559
MUT. VARIAS	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	239
Partos	44	44	44	44	44	44	53	53	53	53	53	53	582
IOMA	31	31	31	31	31	31	37	37	37	37	37	37	407
MUT. VARIAS	13	13	13	13	13	13	16	16	16	16	16	16	175

Cuadro 9: Proyección del volumen de ventas

Al valor de módulo del Ioma se le han agregado los adicionales que paga en concepto de COI 33%, categoría de prestador 5%, y calificación CENAS 8%.

	Cesárea \$	Parto \$
Valor IOMA	32.245	32.245
Valor OSECAC	30.577	23.349

Cuadro 10: Valor de facturación unitario Partos y Cesáreas

En el cuadro 11 se exponen la evolución de los incrementos de precios esperados por los financiadores.

Incremento Precios %	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Total
IOMA	8	0	0	7	0	0	5	0	0	5	0	0	25
MUT. VS.	8	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	15

Cuadro 11: Escala de Incremento de Precios prevista de los Financiadores

Multiplicando los volúmenes de ventas por sus respectivos valores de acuerdo a la práctica y al financiador se obtiene el presupuesto de ventas (cuadro 12) que deberá considerar además los sucesivos incrementos de valores que se prevé otorguen los financiadores (cuadro 11).

	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Total
Ventas (en miles de \$)	3.514	3.514	3.514	3.650	3.650	3.650	4.047	4.047	4.047	4.123	4.123	4.123	46.003
Cesáreas	2.108	2.108	2.108	2.245	2.245	2.245	2.354	2.354	2.354	2.430	2.430	2.430	27.412
IOMA	1.609	1.609	1.609	1.713	1.713	1.713	1.815	1.815	1.815	1.890	1.890	1.890	21.081
MUT. VARIAS	499	499	499	532	532	532	540	540	540	540	540	540	6.331
Partos	1.405	1.405	1.405	1.405	1.405	1.405	1.693	1.693	1.693	1.693	1.693	1.693	18.590
IOMA	1.073	1.073	1.073	1.073	1.073	1.073	1.292	1.292	1.292	1.292	1.292	1.292	14.187
MUT. VARIAS	333	333	333	333	333	333	401	401	401	401	401	401	4.403

Cuadro 12: Presupuesto de ventas

Presupuesto de insumos

El gasto parte quirúrgico es un listado de los productos médicos requeridos para una cesárea (cuadro 13). Este detalle proviene del sector de esterilización que es quien está encargado de preparar las cajas, conteniendo todos esos ítems, que luego se envían a quirófano.

Se ha adicionado a la columna original “cantidades entregadas”, dos columnas más “costo unitario” y “costo total”. Esto permite cuantificar el costo unitario estándar de productos médicos para una cesárea.

Adicionalmente permite determinar con que cantidad de productos médicos de cada tipo deberá contarse para hacer frente al objetivo de 66 cesáreas mensuales por Ej. 66 cánulas de aspiración k-66.

Se deberían considerar además para el presupuesto de insumos, las cantidades adicionales para cumplimentar las políticas de stocks determinadas. En este ejemplo en particular no se han tenido en cuenta los efectos de la simplificación.

De forma análoga, el kit de medicación para anestesia contiene un detalle de la medicación necesaria para llevar adelante una cesárea (cuadro 14).

Son válidas las consideraciones que se hicieron con el gasto parte quirúrgico, en relación a costos estándar unitarios y presupuesto de insumos.

En ambos casos al multiplicar las unidades necesarias por los costos unitarios de cada ítem se obtiene un costo estándar unitario tanto de productos médicos como de medicamentos para una cesárea (cuadro 15).

CODIGO	DESCRIPCION	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
		Entregada		
2815	Mango de electrobisturí	1	131	131
2027	Plancha de electrobisturí	1	65	65
9908	Placa BIPOlar p/electrocirugía	1	56	56
1892	Cánula de aspiración K-66	1	57	57
1734	Campo quirúrgico estéril K-58	1	11	11
586	Bolsa colectora de orina K-207	1	90	90
1767	Sonda Foley N° 14 (2 vías)	1	23	23
1768	Sonda Foley N° 16 (2 vías)	1	22	22
4766	Clamp umbilical color blanco	2	4	8
5753	Sonda para aspiración con regulador K-26P	2	11	23
5754	Sonda para aspiración con regulador K-28P	1	10	10
5595	Sutura Caprofyl 1 CTX (CF905T)	2	129	259
5489	Sutura Caprofyl 0 CT (CF802T)	1	108	108
166	Sutura Vicryl 1 CT (J353H)	2	63	125
2222	Sutura Vicryl 0 CT (J352H)	1	63	63
4961	Sutura Vicryl 2-0 MH (J323H)	1	80	80
1662	Sutura Vicryl 3-0 KS (J663H)	1	64	64
122	Sutura Lino 40	0,33	405	134
Costo estándar de productos médicos por cesárea \$				1328

Cuadro 13: Cálculo costo variable estándar productos médicos cesárea

Código	Medicación	Entregada	Costo Unitario	Costo total
26	Diclofenac 75mg	1	8	8
24	Dexametasona 8mg	1	7	7
59	Metoclopramida 10mg	1	7	7
9	Cefazolina 1g	2	49	98
33	Fentanilo 0,25mg	1	14	14
17	Atropina 1ml	1	7	7
63	Neostigmina 0,5mg	3	9	26
238	ACIDO TRANEXAMICO ARISTON	2	171	342
237	TRAMADOL	1	16	16
155	ONDANSETRON	1	18	18
47	Ketorolac	2	9	18
18	Bupivacaina hiperbarica x 4ml	1	13	13
50	Lidocaina 1% s/e x 5ml	1	6	6
30	EFEDRINA	1	261	261
41	HIDROCORTISONA 500MG	1	39	39
Costo estándar de medicamentos por cesárea \$				879

Cuadro 14: Cálculo costo variable estándar medicamentos cesárea

Para los partos se procede de la misma manera considerando el detalle de productos médicos y medicamentos requeridos, como así también sus costos unitarios.

Se obtiene un costo variable estándar por parto de \$445 de medicamentos y \$ 546 para los productos médicos (cuadro 15). Se lo multiplica esta vez por 44 que es la cantidad de partos naturales y se obtiene el importe de artículos y medicamentos necesarios para cumplir los objetivos de Obstetricia en términos de partos.

Costo \$	Cesárea	Parto
Artículos	1.328	546
Medicamentos	879	445

Cuadro 15: Costo variable estándar cesárea insumos y medicamentos

Considerando una inflación prevista del 25 % y considerando las cantidades de partos y cesáreas establecidas se obtienen el presupuesto de medicamentos (cuadro 16) y el presupuesto de productos médicos (cuadro 17):

	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Total
Medicamentos (en miles de \$)	79	81	82	84	86	87	95	96	98	100	101	103	1.092
Cesáreas	59	60	62	63	64	65	67	69	70	71	72	74	797
Partos	20	20	21	21	22	22	27	28	28	28	29	29	296

Cuadro 16: Presupuesto de medicamentos

	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Total
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Artículos (en miles de \$)	84	85	87	89	91	92	101	102	104	106	108	110	1.159
Cesáreas	59	60	62	63	64	65	67	69	70	71	72	74	797
Partos	25	25	26	26	27	27	33	34	34	35	36	36	363

Cuadro 17: Presupuesto de productos médicos

Presupuesto de Mano de Obra

Finalmente, se estableció que no había requerimientos de dotación para incrementos de personal para hacer frente a ese nivel de actividad estimada. Aún así deben considerarse los incrementos de costos de personal por el efecto de paritarias.

El plantel de empleados sin incluir médicos asciende a 13 personas (secretarías de piso, enfermeros, mucamas y técnicos de obstetricia), su costo mensual por todo concepto asciende a \$ 510.000. Considerando que por paritarias se produce un incremento del 30 % en tres tramos: Julio 10 %, Octubre 10 % y Enero 10 % los costos estimados de personal serían los siguientes (cuadro 18).

	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Total
Sueldos (en miles de \$)	1.130	1.243	1.243	1.243	1.356	1.356	1.356	1.469	1.469	1.469	1.469	1.469	16.272
Sueldos Sala Partos	510	561	561	561	612	612	612	663	663	663	663	663	7.344
Sueldos Segundo Piso	620	682	682	682	744	744	744	806	806	806	806	806	8.928

Cuadro 18: Presupuesto de Costos de Personal

Presupuesto Económico Participativo U.G.C Obstetricia

Los presupuestos parciales de ventas, insumos (productos médicos, medicamentos) y costos de personal se vuelcan en el Presupuesto de la U.G.C Obstetricia.

En el se encuentran otros conceptos que por simplicidad y analogía de cálculo no se han expuesto pero que se enuncian a continuación:

1- Hemoderivados (bolsas de sangre): no se prevén requerimientos aunque eventualmente podrían utilizarse en el caso de una complicación en una cesárea.

2-Planta quirúrgica 3er. Piso: se incluyen los costos por las horas de quirófano utilizadas para la práctica de una cesárea.

3- Hospital de Día: sector acondicionado para internaciones breves no se prevén internaciones en Hospital de Día.

4- Hematología y Hemoterapia, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Cardiología, Ecografía del centro de la Mujer y Patología: se consideran las prácticas que dan soporte a la resolución de las patologías.

5- Honorarios médicos: es la retribución que se le hace al médico por ese acto quirúrgico.

6- Aportes para guardia: costo que tiene la unidad por la retribución que hace a residentes por atención en la guardia.

7- Becarios: no se prevén ingresos aunque podría producirse alguna incorporación eventual.

Se obtiene de esta manera la contribución marginal de Obstetricia.

Para concluir se le restan los costos de personal tanto avocado a la atención de partos como a la internación en piso obteniendo, el resultado proyectado de la U.G.C obstetricia.

La estructura final que adquiere el presupuesto de Obstetricia considerando todos los costos asociados se expone en le cuadro 19.

En miles de \$	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	TOTAL
Ingresos	3.514	3.514	3.514	3.650	3.650	3.650	4.047	4.047	4.047	4.123	4.123	4.123	46.003
Facturación Obras Sociales	3.514	3.514	3.514	3.650	3.650	3.650	4.047	4.047	4.047	4.123	4.123	4.123	46.003
Costos Variables	838	857	867	900	917	940	997	1.016	1.026	1.053	1.063	1.073	11.548
Comisiones Acliba	61	59	59	61	59	60	63	63	63	64	63	63	738
Impuestos	109	109	109	113	113	113	125	125	125	128	128	128	1.426
Medicamentos	79	81	82	84	86	87	95	96	98	100	101	103	1.092
Artículos	84	85	87	89	91	92	101	102	104	106	108	110	1.159
Hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Planta Quirúrgica - Tercer Piso	225	230	234	239	243	248	256	261	266	270	275	280	3.027
Planta Quirúrgica - Hospital de Día	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hematología y Hemoterapia	24	24	25	25	26	26	29	29	30	30	31	31	328
Laboratorio	18	18	18	19	19	19	22	22	22	23	23	24	247
Diagnóstico por imágenes	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	30
Cardiología	5	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	86
Ecografía Centro Mujer	60	61	62	63	65	66	75	76	78	79	80	82	848
Patología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Honorarios	87	87	87	104	104	116	120	120	120	133	133	133	1.343
Participación sobre derechos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aporte para guardias	85	94	94	94	102	102	102	111	111	111	111	111	1.224
Contribución Marginal	2.675	2.657	2.647	2.750	2.733	2.710	3.051	3.031	3.021	3.070	3.060	3.049	34.454
Costos Fijos	1.130	1.243	1.243	1.243	1.356	1.356	1.356	1.469	1.469	1.469	1.469	1.469	16.272
Personal Sala de Partos	510	561	561	561	612	612	612	663	663	663	663	663	7.344
Personal Segundo Piso Especial	620	682	682	682	744	744	744	806	806	806	806	806	8.928
Becarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado Final UGC	1.545	1.414	1.404	1.507	1.377	1.354	1.695	1.562	1.552	1.601	1.591	1.580	18.182

Cuadro 19: Presupuesto Económico Participativo U.G.C Obstetricia

Bibliografía

- Mocciaro, O., *Presupuesto integrado*, Ediciones Macchi, Buenos Aires, 2000.
- Lavolpe, A., Capasso, C., Smolje, A., *La gestión presupuestaria*, Ediciones Macchi, Buenos Aires, 2004.
- Podmoguilnye, M. y colaboradores, *El presupuesto integrado a la estrategia empresarial*, Thompson Reuters, La ley. Buenos Aires 2014.
- Podmoguilnye, M., *El costo y la gestión de la incertidumbre*, XL Congreso Argentino de profesores Universitarios de Costos, Buenos Aires, 2017.
- Ghedin, S., Gomez, G., Martín, I., Trabucco, N., *Presupuesto Participativo ¿Una herramienta eficaz para la gestión empresarial?*, XXIX Congreso Argentino de Profesores de Costos Universitarios. San Luis, 2016.
- Brownell, P., *Participation in the Budgeting Process: When it works and when it doesn't*, Journal of Accounting Literature, Estados Unidos, 1982.
- Colina, J., Quirogra R., Piegari J., *Estudio económico n° 15: la medicina privada en una economía convulsionada*, Adecra, Cedim, Buenos Aires, 2018.
- Colina, J., Quirogra R., Piegari J., *Estudio económico n° 13: ¿Por qué es crónica la restricción de recursos entre los prestadores privados de Salud?* Adecra, Cedim. Buenos Aires, 2016.
- Spadafora, S., *Gestión Clínica*, Módulo IX Diplomatura en Administración Hospitalaria, Universidad I Salud. Buenos Aires, 2011.
- Esteban, J. *Modelo de desarrollo de Unidades de Gestión Clínica*. Presentación Comisión Administración y Gestión ADECRA. Buenos Aires, 2018.