

## **EL PRODUCTO HOSPITALARIO Y SU VINCULO CON LOS COSTOS: EL CASO DEL HOSPITAL VERA CANDIOTI**

**Agostina, Coggiola**

*Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Económicas*

**Área:** Ciencias Sociales

**Sub-Área:** Administración y Contabilidad

**Grupo:** X

**Palabras clave:** Cuidados progresivos – Rehabilitación – Costos por pacientes

### **Introducción**

Los hospitales dedicados a la rehabilitación tienen como objetivo principal ayudar al paciente a reinsertarse en la sociedad, mejorar su estado de salud, promover su independencia a niveles más altos de los que poseía al momento de comenzar el tratamiento y ayudar a las personas de su entorno a adaptarse a la nueva situación. En el caso particular de las instituciones públicas el objetivo es doble, por un lado el antedicho, y por otro, la eficiencia en el uso de los recursos, donde son significativos los ingresos y los costos, no desde la visión de la obtención de ganancias sino “en función del beneficio social que el conocimiento de información de costos generaría para un mejor uso de los recursos, en beneficio del mayor número de usuarios atendidos” (Vargas González y Hernández, 2009).

El relevamiento de la bibliografía especializada en costos en salud, arrojó que existen distintos modelos para el cálculo de los costos hospitalarios, cada uno de ellos con características diversas y con impacto diferenciado en la información que generan para la gestión. Se observa que, una variable relevante en la construcción de los distintos modelos es la definición del producto a costear.

El objetivo de este trabajo es analizar las distintas posturas en relación a la interpretación del producto hospitalario e identificar la medida que representa la realidad de las organizaciones prestadoras de salud dedicadas a la rehabilitación neuromotriz.

### **Metodología**

En primer lugar, se realizó un relevamiento bibliográfico y análisis interpretativo de textos, en pos de identificar los modelos de costos de posible aplicación y las distintas medidas del producto hospitalario.

Luego, bajo la metodología de casos, se seleccionó al Hospital de Rehabilitación Vera Candiotti, de la ciudad de Santa Fe para focalizar su estudio. A través de entrevistas semiestructuradas con informantes clave (Directora del Hospital, Jefa de los Departamentos de Administración y Estadística), se realizó un relevamiento de los procesos y actividades desarrolladas, así como también las tipologías de pacientes atendidos, en pos de interpretar la actividad asistencial que desarrollan.

### **Resultados**

Del relevamiento bibliográfico y análisis de textos, surgen las siguientes posturas en relación al producto hospitalario:

- a) Arroyave Loaiza y Jarillo Soto (2001) toman como producto hospitalario el

Proyecto: CAI+D: Prestaciones médico asistenciales en internación. Indicadores de análisis de medios de pago y su impacto en entidades financiadoras y prestadoras

Director del proyecto: Héctor De Ponti

Director del becario: Sandra Canale.

Co-Director del becario: Héctor De Ponti

“paciente-día”, este “contiene el conjunto de todas las actividades que se realizan para otorgar las atenciones al paciente que se encuentra hospitalizado con la finalidad de recuperar su situación de salud”.

La metodología de costos asociada a esta postura tiene como derivación inmediata, el cálculo de un costo promedio para todos los pacientes, sin identificar las especialidades médicas y las particularidades del paciente. La principal ventaja de esta postura es la sencillez, no obstante, ignora la dificultad asociada a las distintas actividades hospitalarias y la diversidad y complejidad de los usuarios.

Bajo esta modalidad se hace énfasis en la estructura hospitalaria y no se genera información sobre el consumo de los recursos (Guadalajara, 1994), ya que los que se emplean en una estancia de enfermo por ACV, seguramente no coinciden con los consumidos por un accidentado de tránsito, situación relevante para la gestión sustentable de los recursos sanitarios.

b) El doctor Samuel Shepard (en Gómez Duque, 1996) crea el concepto de Equivalente Paciente Día como "unidad de costeo y de producción" hospitalaria surgiendo en proporción a este concepto que representa la unidad, dos productos hospitalarios más: el número de consultas externas y la atención de urgencias. La ventaja sobre la visión anterior, radica en contemplar otras medidas de la actividad hospitalaria, además de la internación.

c) Otros autores, propugnan que las visiones anteriores son limitadas y que es necesario evolucionar hacia el reconocimiento de los pacientes como variables relevantes que influyen en el consumo de recursos. (Temes, Díaz y Parra, 1994; Corella, 1996 y Canale, 2014).

No se debe perder de vista que en los Hospitales usualmente se atienden variadas especialidades médicas, con una multiplicidad de factores que influyen en el acto médico, teniendo en cuenta que cada patología presenta sus propias características, que una misma enfermedad puede variar entre diferentes pacientes y donde ante una misma anomalía dos médicos distintos pueden tratarla de diferente manera. Así, cada paciente atendido es distinto y en consecuencia también son diferentes los tipos y las cantidades de atenciones y recursos que el individuo recibe desde su ingreso y durante el tiempo que dure su estancia hospitalaria. En este sentido Molinero, M.A. y colaboradores (1994) han establecido: “El concepto de producto hospitalario va ligado de forma directa a los servicios que presta el hospital y, por tanto, va a referirse a la tipología de casos que se atienden, así como a la gama de cuidados que se presta al paciente hasta su alta hospitalaria”.

Esta línea de pensamiento hace hincapié en los procesos necesarios para la atención del paciente, pero se destaca que es imposible costear paciente por paciente y que resulta necesario trabajar con grupos homogéneos en función de ciertas características clínicas comunes y con procedimientos asistenciales similares.

Como respuesta a la decadencia del sistema de atención tradicional en instituciones prestadoras de salud e íntimamente relacionado con el sistema de costeo de estas, es que surge el método de “Cuidados Progresivos”. Este "es la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios y otros afines según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico (Organización Panamericana y Mundial de la Salud, 1973)". Así para la atención de los pacientes se hace necesaria la clasificación de los mismos según el nivel de atención que demanden. Y esa misma clasificación es la que podría dar los productos a costear.

El caso particular del Hospital que es objeto de estudio, tiene la singularidad que se dedica a la rehabilitación neuromotriz; a él llegan los pacientes estabilizados que necesitan ayuda para reinsertarse a la sociedad luego de haber sufrido algún tipo de

accidente o afección que afecta su capacidad motora. Se atienden diversos casos, con niveles de gravedad variada.

Lo antedicho dificulta el costeo del producto hospitalario, haciendo enrevesada la gestión, la toma de decisiones y muchas veces las prestaciones de calidad, y crea la necesidad de una gran cantidad de información para acercarse a la realidad al momento del costeo del producto.

De las entrevistas realizadas a informantes clave de la entidad seleccionada como caso, surge que la casuística del hospital se concentra en pacientes con accidentes cerebro-vasculares (ACV), accidentes de tránsito y heridos de arma. Para el caso de la rehabilitación por ACV, se observó que en dicha institución ya existían estudios previos con el objetivo de generar una clasificación para sus pacientes. Estos últimos fueron categorizados haciendo uso de Índice de Barthel o también llamado de Discapacidad de Maryland; donde se plantea una escala de medición de independencia de la persona discapacitada con respecto a la realización de actividades de la vida diaria como comer, vestirse, deambular, entre otras.

Las categorías que se trabajan son las siguientes: dependencia severa, grave, moderada o ligera. Las mismas sirven para la organización de los servicios y podrían tomarse como base para el cálculo de los costos, dado que cada una de ellas, varía en complejidad asistencial y consumo de recursos.

## **Conclusión**

Luego de un análisis de las diferentes posturas relacionadas al producto hospitalario, de las aristas que rodean esta actividad y de las necesidades de información que tienen las distintas instituciones prestadoras de salud a fin de utilizarla en la toma de decisiones para una mejor gestión, hemos concluido en la necesidad de identificar una medida del producto que brinde datos cercanos a la realidad.

Por considerar relevantes las diferencias en cada paciente al momento de costear, es que se desestiman aquellos métodos que plantean el cálculo de promedios, del tipo “día cama”, “paciente día”, ya que no reparan en las disparidades de cada caso. Estas miradas, se centran en la cuantificación de los productos intermedios (días de estancia, consultas y urgencias), pero no expresan cómo han sido utilizados los recursos para satisfacer las necesidades de los pacientes. La buena calidad y el costo de los bienes y servicios intermedios no garantizan la calidad y eficiencia del producto final, que en definitiva son los distintos pacientes tratados.

Como contracara de dichos métodos de nivelación, es que nos encontramos con aquellos que clasifican a los pacientes según su nivel de complejidad y por lo tanto según la atención que necesitan, denominados “Cuidados Progresivos”. Quedando abierta aquí la posibilidad de analizar la aplicación de este tipo de método de costeo en el hospital objeto de estudio.

## **Bibliografía Básica:**

•**Arroyava Loaiza, G. y Jarrillo Soto, E. C.**, 2001, Costos hospitalarios: costos del día paciente, VII Congreso del Instituto Internacional de Costos y II Congreso de la Asociación Española de Contabilidad Directiva.

•**Canale, S.**, 2014, Gestión de hospitales públicos. En Yardín, A (coordinador), Gestión de empresas del sector servicios, pág. 91-136, Buenos Aires, Argentina, Osmar D. Buyatti.

•**Corella, J.M.**, 1996, La gestión de servicios de salud. Ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid, España.

•**Gómez Duque, A.**, 1996, Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, vol. 44 n°2, pág. 63-69

- Guadalajara, N.** (1994). El cálculo del coste del producto hospitalario. Revista Todo Hospital No 110, Octubre de 1994.
- Temes, J. L., Díaz, J.L. y Parra, B.** (1994). “El coste por proceso hospitalario”. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, Madrid, España.
- Vargas Gonzalez, V. y Hernandez, C.**, 2009, Sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria, Revista de Ciencias Sociales
- Venegas Gallo, M.**, (1979) “El Cuidado progresivo de pacientes en el Hospital General Santa Sofía de Manizales”. Disponible en <http://www.docudesk.com/>