



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

DISEÑO DE UN MODELO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

PRESUPUESTARIA

PARA EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE NIVEL III – IESS

MASTERADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Autor: MARLON ANTONIO VILLAVICENCIO ALVARADO

Director: IVÁN ORELLANA OSORIO

CUENCA – ECUADOR

2014

DEDICATORIA

Al cerrar una etapa más de mi devenir profesional, quiero dedicar este trabajo a cada una de las personas que me apoyaron y me sostuvieron con su ánimo para hacer realidad este anhelo.

Marlon Antonio Villavicencio Alvarado

AGRADECIMIENTO

Cuando la vida nos regala oportunidades como esta, cumplir a satisfacción una meta propuesta y soñada, es perentorio agradecer a quienes, en el silencio del anonimato, nos han brindado su apoyo incondicional para hacerla realidad.

A mis padres, a mis hijos y a todos y cada uno de mis mentores que con profesionalismo me inculcaron sus saberes para llegar a este punto. Una mención especial para mi director de tesis.

A todos, muchas gracias.

Marlon Antonio Villavicencio Alvarado.

RESUMEN

Una herramienta de gestión como el presupuesto, cuyo objetivo es planificar los recursos monetarios que satisfarán las necesidades programadas, es una prioridad a tener en cuenta en toda organización. Las Unidades Médicas, no son una abstracción ante tal apremio y menos para los centros sanitarios públicos que, en mayor medida, dependen de la lógica burocrática de lo escaso, antes que de la del gasto, orientado a cumplir objetivos y metas.

Por ellos es urgente disponer mecanismos de asignación de recursos aislados del subjetivismo. Los métodos tradicionales de elaboración del presupuesto no son determinantes, más allá de ser un apoyo, como tampoco las estructuras de organización piramidales no son más que un ejemplo a seguir.

La organización por Centros de Responsabilidad (CR), instancias descentralizadas, dirigidas por un responsable de gestión, con objetivos propios, con unidades contables independientes, exigidos a ejecutar su presupuesto en concordancia con el plan estratégico institucional es una realidad aplicada por los ministerios de salud en varios países latinoamericanos y europeos. Esta forma de organización sanitaria, acompañada del método de elaboración de presupuesto por GRUBA's, –que en parte es la asignación de pesos (consecuencia de estudios de campo vinculados a la capacidad instalada, costos y gastos de los hospitales de iguales características)– a los costos variables y fijos en cada uno de los procesos vinculados a la atención al paciente, garantizan una mayor eficiencia en el gasto, como también un mejor reparto en el ingreso que se asigna a cada CR, que finalmente premia al más eficiente en detrimento de la asignación anárquica.

ABSTRACT

**DESIGN OF A MODEL FOR PLANNING AND BUDGETARY MANAGEMENT
FOR THE TRAUMA AREA AT A LEVEL III-IESS PUBLIC HOSPITAL**

A tool such as budgetary management, which aims to plan the monetary resources to satisfy the needs programmed, is a priority to consider in any organization. Medical units are not an abstraction, particularly for public health centers which depend on a greater degree from budget control bureaucratic systems, rather than expenditure systems focused on meeting goals and targets. It is urgent to determine mechanisms for allocating resources from an objective point of view. The traditional methods of budgeting are not decisive, beyond being a support, as the pyramidal organizational structures are neither an example to follow. The organization by Responsibility Centers (RC) refers to decentralized entities led by a responsible management, with its own objectives, and with independent accounting units. These centers are compelled to execute its budget in line with the corporate strategic plan, which is a reality implemented by the Ministries of Health in several Latin American and European countries. This form of health organization supported by a method of budgeting called *GRUBA's*, ensures greater expenditure efficiency. This method implies the allocation of different weights or values (as a result of field studies related to capacity, costs and expenses incurred by hospitals with similar characteristics) to variables and fixed costs in each of the processes incurred in patient care. It also means a better distribution of income for each Responsibility Center, which ultimately rewards the most efficient at the expense of the anarchic assignment.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

RESPONSABILIDAD

Las expresiones vertidas en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor MARLON ANTONIO VILLAVICENCIO ALVARADO.

INTRODUCCIÓN

La protección a la salud es un derecho consagrado a nivel universal. El artículo 32 de la carta magna de la República del Ecuador, lo expresa de la siguiente manera: “**Art. 32.-** *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional*”.

Este derecho, que garantiza el Estado ecuatoriano, en la práctica es proporcionado tanto por el sector privado, como por el sector público.

El sector público, como sinónimo de Estado, brinda este servicio consagrado por la constitución por intermedio del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA y de manera segmentada por el INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) a sus afiliados que en su mayoría son trabajadores que aportan (de su salario) un porcentaje para la consecución de este servicio. Asimismo, es factible acceder de manera voluntaria a este servicio en la medida en que se cumpla con el aporte señalado por ley. Pero, no solo los trabajadores o los asegurados voluntarios tienen derecho a este servicio, hoy por hoy, a través de la red integral de salud, todos los ecuatorianos pueden ser atendidos en los centros hospitalarios del IESS.

Este nivel de atención universal, demanda de los centros hospitalarios del IESS, ingentes sumas de dinero que deben ser canalizadas para la consecución del objetivo propuesto: atención universal.

Los recursos financieros, siempre escasos, son objetos de previsión y administración en función de las políticas y estrategias definidas por la matriz y aplicadas por cada uno de los centros sanitarios de los que está compuesto el IESS.

La gestión inadecuada en la previsión y asignación de los recursos ha puesto en grave riesgo tan noble objetivo plasmado en la constitución de la República, en la medida en que la falta de medicación y suministros son una realidad que se vive a diario.

Los métodos tradicionales de asignación de recursos y la estructura operativa de gestión operativa centralizada y decisoria, no son necesariamente la mejor política a tomar en cuenta. La derivación a prestadores externos, por la falta de previsión, es una realidad que se vive a diario en estos centros hospitalarios.

La previsión, la estructura operativa óptima a ser consideradas, la administración y gestión de los recursos asignados (humanos, materiales y financieros) y/o requeridos, son variables a tenerse en cuenta.

El presente trabajo, trata de dar luces sobre la mejor manera de utilizar esos recursos.

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
RESPONSABILIDAD	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CONTENIDO	x
INDICE DE CUADROS	xii
CAPÍTULO I	1
ANTECEDENTES DE LA UNIDAD MÉDICA ESTUDIADA	1
1.1 Origen y creación del IESS	1
1.1.1 Préstamos que ofrece el IESS	3
1.1.2 Historia y creación del Banco Ecuatoriano de Seguridad Social	3
1.2 El IESS en Cuenca.....	5
CAPÍTULO II	7
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y PRESUPUESTOS	7
2.1 Objetivos y estrategias	7
2.1.1 Objetivo	7
2.1.2 Visión	7
2.1.3 Misión.....	8
2.2 La planeación estratégica	8
2.2.1 Importancia de la decisión estratégica en épocas de crisis económica.....	11
2.2.2 Decisiones estratégicas y decisiones operativas.....	13
2.3 Presupuesto	14
2.3.1 Funciones de los presupuestos	14
2.3.2 Importancia de los presupuestos	15
2.3.3 Objetivos de los presupuestos	16
2.3.4 Finalidades de los presupuestos	16
2.3.5 Clasificación de los presupuestos.....	17
2.3.6 Principios de la elaboración del presupuesto	21
2.3.7 Motivos del fracaso de la elaboración del presupuesto	22

2.3.8	Calendario presupuestal	23
2.3.9	Organización del presupuesto.....	23
2.4	Presupuestos clínicos-hospitalarios	24
2.4.1	Bases para el desarrollo del presupuesto por unidades clínicas.....	25
2.4.2	Presupuestos de mayor uso (tradicional) en los centros clínicos	26
CAPÍTULO III	.....	29
CAMBIOS ORGANIZATIVOS	.....	29
3.1	Gestión de recursos.....	31
3.2	Formulación del presupuesto de la unidad médica	32
3.2.1	Plan Operativo Anual – POA.....	33
3.2.2	Plan Anual de Compras – PAC	37
3.3	Responsables de la unidad – Centro de responsabilidad.....	43
3.4	Identificar los centros de responsabilidad	45
3.4.1	Nueva concepción de los centros de responsabilidad	46
3.5	Objetivos que se quieren alcanzar	48
CAPÍTULO IV	.....	49
LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD (CR)	.....	49
4.1	Planes de acción	49
4.2	Información relevante.....	50
4.3	Los Centros de Responsabilidad (CR) de la Unidad estudiada	52
4.4	Planificación de actividades para cada una de las Unidades Organizativas / Centros de Responsabilidad	58
4.5	La coordinación entre los diferentes Centros de Responsabilidad para la consecución de los objetivos estratégicos	60
CAPÍTULO V	.....	64
PREVISIÓN PRESUPUESTAL DEL ÁREA DEFINIDA	.....	64
5.1	Grupos básicos de atención	66
CAPÍTULO VI	.....	85
CONCLUSIONES	.....	85
RECOMENDACIONES	.....	86
ANEXOS	.....	87
BIBLIOGRAFÍA	.....	99

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: <i>POBLACIÓN DE LA REGIÓN - POBLACIÓN AFILIADA</i>	30
Cuadro 2: <i>PRESUPUESTO CONSOLIDADO DEL IESS – 2013</i>	32
Cuadro 3: <i>MATRIZ DEL PLAN ESTRATÉGICO OPERATIVO - POA 2013</i>	34
Cuadro 4: PROGRAMACIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN AÑOS 2012 – 2013.....	37
Cuadro 5: PROGRAMACIÓN DE MATERIAL DE IMAGENOLOGIA AÑOS 2012 - 2013.	38
Cuadro 6: CONSOLIDADO	39
Cuadro 7: PRESUPUESTO DE LA UNIDAD Y SU EVOLUCIÓN	42
Cuadro 8: <i>PRESUPUESTO DE LA UNIDAD MÉDICA Y EVOLUCIÓN</i>	42
Cuadro 9: CARTERA DE SERVICIOS QUE OFERTA LA UNIDAD MÉDICA	44
Cuadro 10: CAMAS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD MÉDICA	45
Cuadro 11: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.....	51
Cuadro 12: ORGANIGRAMA.....	54
Cuadro 13: PROPUESTA DE ORGANIGRAMA PARA LA HJCA. NIVEL III.....	56
Cuadro 14: CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL HJCA. NIVEL III	59
Cuadro 15: PROPUESTA CENTROS DE RESPONSABILIDAD HOSPITAL PÚBLICO NIVEL III – HJCA.....	62
Cuadro 16: I. E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL FAMILIAR	63
Cuadro 17: COMPARATIVO FACTURACIÓN 2012 – 2013	64
Cuadro 18: FACTURACIÓN POR SERVICIO	65
Cuadro 19: CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	68
Cuadro 20: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL	68
Cuadro 21: COSTO ANUAL POR CAMA	69
Cuadro 22: ESTIMACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL DE OPERACIÓN TOTAL ANUAL A PARTIR DEL COSTO ANUAL POR CAMA	69
Cuadro 23: PLANTILLA BÁSICA DE PERSONAL Y SU COSTO RESPECTIVO PARA HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD DE 120 Y MÁS CAMAS	69
Cuadro 24: COEFICIENTE RELATIVO PARA MATERIALES, SUMINISTROS Y SERVICIOS GENERALES	70
Cuadro 25: INTEGRACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL FIJA ANUAL PARA..	70
Cuadro 26: PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL TOTAL, FIJA Y VARIABLE POR TIPO DE HOSPITAL Y RANGO DE NO. DE CAMAS.....	71
Cuadro 27: PRODUCTOS FINALES BÁSICOS Y SUS EQUIVALENTES EN GRUPOS DE ATENCIÓN GRUBA´s	71
Cuadro 28: PRODUCCIÓN ANUAL DE SERVICIOS ESPERADOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, DEFINIDA POR TIPO DE HOSPITAL SEGÚN RANGO DE NUMERO DE CAMAS, Y SU CONVERSIÓN A GRUBA.	72
Cuadro 29: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, Y SU CONVERSIÓN A GRUPOS DE ATENCIÓN BÁSICA - GRUBA´s....	72

Cuadro 30: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE Y SU CONVERSIÓN A GRUBA´s	723
Cuadro 31: TOTAL DE GRUPOS BASICOS DE ATENCIÓN (GRUBA´s) POR PRODUCTO FINAL.....	73
Cuadro 32: COSTO POR GRUPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN (GRUBA)	73
Cuadro 33: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.....	74
Cuadro 34: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA	74
Cuadro 35: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA	74
Cuadro 36: El presupuesto bajo el Método Propuesto: Impacto financiero	75
Cuadro 37: CAMAS CENSABLES	76
Cuadro 38: CAMAS NO CENSABLES	77
Cuadro 39: CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD POR RANGO DE No. DE CAMAS, CONSULTORIOS, ÁREAS DE ADMISIÓN CONTÍNUA Y DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA.....	78
Cuadro 40: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DEFINIDA POR HOSPITAL Y RANGO DE No. DE CAMAS.....	78
Cuadro 41: COSTO ANUAL POR CAMA	78
Cuadro 42: ESTIMACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL DE OPERACIÓN TOTAL ANUAL A PARTIR DEL COSTO ANUAL POR CAMA	78
Cuadro 43: PLANTILLA BÁSICA DE PERSONAL Y SU COSTO RESPECTIVO PARA HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD DE 120 Y MÁS CAMAS	79
Cuadro 44: COEFICIENTE RELATIVO PARA MATERIALES, SUMINISTROS Y SERVICIOS GENERALES.....	79
Cuadro 45: INTEGRACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL FIJA ANUAL PARA ..	79
Cuadro 46: PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL TOTAL, FIJA Y VARIABLE POR TIPO DE HOSPITAL Y RANGO DE NO. DE CAMAS.....	80
Cuadro 47: PRODUCTOS FINALES BÁSICOS Y SUS EQUIVALENTES EN GRUPOS DE ATENCIÓN GRUBA´s	80
Cuadro 48: PRODUCCIÓN ANUAL DE SERVICIOS ESPERADOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, DEFINIDA POR TIPO DE HOSPITAL SEGÚN RANGO DE NUMERO DE CAMAS, Y SU CONVERSIÓN A GRUBA.	80
Cuadro 49: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, Y SU CONVERSIÓN A GRUPOS DE ATENCIÓN BÁSICA - GRUBA´s....	81
Cuadro 50: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE Y SU CONVERSIÓN A GRUBA´s	81
Cuadro 51: TOTAL DE GRUPOS BASICOS DE ATENCIÓN (GRUBA´s) POR PRODUCTO FINAL.....	81
Cuadro 52: COSTO POR GRUPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN (GRUBA)	82

Cuadro 53: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	82
Cuadro 54: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA	82
Cuadro 55: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA	83
Cuadro 56: COSTO POR PRODUCTO FINAL.....	83
Cuadro 57: BÁSICO – FIJO. COMPROBACIÓN	83

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DE LA UNIDAD MÉDICA ESTUDIADA

El **IESS** es una entidad cuya organización se cimenta en proteger a la población urbana y rural, en dependencia laboral o no, contra las limitaciones o falta de contingencia en rubros como maternidad, salud integral, riesgos de trabajo, incapacidad, cesantía, vejez, invalidez o muerte.

1.1 Origen y creación del IESS

El Presidente Isidro Ayora, durante su gobierno, mediante Decreto Ejecutivo N° 018 del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa que, de conformidad con la Ley, se denominó Caja de Pensiones. La Ley consagró a esta como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación tanto en el sector laboral público como en el privado. Su objetivo fue conceder a los empleados los beneficios de jubilación, montepío y fondo mortuario. En octubre de 1928, estos beneficios se extendieron a los empleados bancarios.

En 1962, la Caja Militar y la Caja Policial (hoy ISSFA e ISSPOL, respectivamente) formaban parte de la Caja de Pensiones. Luego, en 1992, las Fuerzas Armadas lograron su separación del IESS para constituir el ISSFA y en 1995, la Policía Nacional crea el ISSPOL.

En el año 1963, mediante el Decreto Supremo N° 517 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social. Esta Institución y el Departamento Médico quedaron bajo la supervisión del ex Instituto Nacional de Previsión.

Mediante Decreto Supremo N° 40, del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 la Caja Nacional del Seguro Social, se transformó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es el organismo encargado de brindar, como su nombre lo indica, la seguridad social a sus afiliados; su sede está en la ciudad de Quito y mantiene agencias en casi todas las capitales de provincia.

Entre sus múltiples e importantes funciones están: cobertura médica, para lo cual cuenta con hospitales en varias ciudades, otorgar préstamos hipotecarios y quirografarios, pensiones de jubilación a los trabajadores.

Pueden solicitar afiliación voluntaria los ecuatorianos y ecuatorianas residentes en el país y en el extranjero, los que viven en el Ecuador que no sean afiliados al seguro obligatorio, incluidas las trabajadoras del hogar sin remuneración, los estudiantes, los residentes en el exterior, cualquiera que sea su ocupación laboral o actividad económica.

El empleador tiene la obligación de registrar al trabajador, desde el primer día laboral, enviando al IESS el aviso de contratación –desde hace años atrás– a través de la página web de la Institución.

1.1.1 Préstamos que ofrece el IESS

Préstamo hipotecario, para adquirir una vivienda terminada, construir su vivienda en terreno propio, ampliar y/o remodelar su vivienda y sustituir hipotecas de Instituciones del sistema financiero.

Préstamo quirografario, disponible para los afiliados, jubilados y pensionistas de viudez, hasta por un monto de 60 salarios básicos unificados del trabajador en general.

Préstamo prendario, no es otra cosa que otorgar préstamos por prendas, a través del Monte de Piedad.

Es importante resaltar que, en buena medida, la fundación del IESS, en 1928, fue una respuesta social a la primera movilización laboral ecuatoriana, acaecida el 15 de noviembre de 1922, en Guayaquil, en el gobierno de José Luis Tamayo.

1.1.2 Historia y creación del Banco Ecuatoriano de Seguridad Social

La Constitución de la República del Ecuador en su artículo 372, establece la creación de una entidad financiera de propiedad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social la cual será responsable de canalizar sus inversiones y administrar los fondos previsionales públicos, inversiones privativas y no privativas; y que su gestión se sujetará a los principios de seguridad, solvencia, eficiencia, rentabilidad y al control del órgano competente.

En el Suplemento del Registro Oficial N° 587, del 11 de mayo de 2009 se aprobó la creación del Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, BIESS. Esta es una institución pública con autonomía administrativa, técnica y financiera, con finalidad social y de servicio público, cuyo domicilio principal está en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano.

La creación de esta Entidad se debe en gran medida a la necesidad de canalizar el ahorro nacional de los asegurados hacia el desarrollo productivo y así potenciar el dinamismo económico del país y también como una respuesta ante la escasa profundización del Mercado de Valores en la economía, por lo que resultaba indispensable contar con una entidad que apoye, a través de inversiones estructuradas y proyectos de inversión, a los sectores productivos.

El objetivo principal del BIESS es convertirse en la institución financiera más grande del país que apoye, equitativamente, proyectos de inversión en los sectores productivos y estratégicos de la economía ecuatoriana con el fin de fomentar la generación de empleo y valor agregado. Acorde a la ley del BIESS, sus funciones más preponderantes, entre otras, están: brindar servicios financieros (créditos hipotecarios, prendarios y quirografarios), operaciones de redescuento de cartera hipotecaria de instituciones financieras y otros servicios financieros a favor de los afiliados y jubilados del IESS, mediante operaciones directas o a través del sistema financiero nacional. Otras funciones del Banco serán las inversiones, que se encaminarán a través de los instrumentos que ofrece el mercado de valores para el financiamiento a largo plazo de proyectos públicos y privados, productivos y de infraestructura que generen rentabilidad

financiera, valor agregado y nuevas fuentes de empleo, así como también inversiones en títulos de renta fija o variable a través de del mercado primario y secundario.

De acuerdo a la ley del Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social el Directorio está integrado por:

- El presidente del Consejo Directivo del Seguro Social
- Un Delegado del Ejecutivo
- Un representante de los afiliados
- Un representante de los jubilados

El Banco del IESS nació, operativamente, el 8 de diciembre de 2009 con su primera sesión de Directorio y abrió sus puertas a los afiliados y jubilados el 18 de octubre del año 2010.

1.2 El IESS en Cuenca

El IESS en Cuenca se creó hace 85 años (1928). En la actualidad atiende en el Dispensario Central 302, en el hospital José Carrasco Arteaga y en la oficina de la Caja del Seguro.

El Consejo Superior, máximo organismo del IESS, en sesión del 30 de julio de 1990, autorizó al Comité de Contrataciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que convoque a licitación, para la construcción del Hospital del IESS en la Ciudad de Cuenca, para la regional 3 que comprende Azuay, Cañar y Morona Santiago, en sus terrenos ubicados en el sector de Monay, comprendido entre Av. Rayoloma y las calles

Cuzco, Popayán y Pacto Andino, al sureste de la ciudad de Cuenca, con una capacidad de 300 camas, con estructura de hormigón armado, tabiquería de ladrillo, ventanas de aluminio y vidrio, pisos de vinil y baldosa; cielorrasos de fibra mineral y malla enlucida; con dos gradas de emergencia, ubicadas una al Este (calle Pacto Andino) y otra al Sur (calle Popayán).

Luego del trámite licitatorio respectivo se construye el hospital por un monto de 10.721'302.540,67 de sucres (gastos obra física) y \$1'556.034.00 dólares (para importación de equipos y sistemas).

La construcción del nuevo hospital se inició el 10 de julio de 1991 cuya obra física se terminó el 28 de mayo de 1998.

Fue bautizado con el nombre del benemérito galeno Doctor José Carrasco Arteaga. Se inauguró el 3 de noviembre de 2000.

El Hospital José Carrasco Arteaga, es zonal y docente, su área de gestión abarca las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago, Loja, El Oro (zona alta) y Zamora Chinchipe. Brinda atención, en forma ininterrumpida, los 365 días de año. La Consulta Externa funciona doce horas consecutivas (07:00 a 19:00). Durante los fines de semana y feriados, el servicio de urgencias, hospitalización y cirugías de emergencia, laboran en forma permanente.

Nota: Toda la información compilada en este capítulo tiene como fuente de consulta las páginas web del IESS y del BIESS. www.iess.gob.ec www.biess.fin.ec

CAPÍTULO II

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y PRESUPUESTOS

El Plan estratégico y los planes operativos (particularmente 2012 y 2013) de la Unidad Médica estudiada establecen los objetivos, estrategias, misión y visión que orientan el accionar de los directivos, ejecutivos y empleados durante la ejecución de los procesos operativos, tendientes a la consecución de su misión: atender al usuario con oportunidad, calidad, calidez y eficiencia.

2.1 Objetivos y estrategias

2.1.1 Objetivo

“Somos una unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria, de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, destinada a brindar atención especializada en recuperación, rehabilitación y emergencias a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas”.

2.1.2 Visión

“Ser el mejor centro de atención médica del país, que contando con personal altamente capacitado, una óptima organización técnica, administrativa y operativa, equipos y tecnología de última generación, es un referente nacional en tratamientos de calidad en todo nivel de especialidad y que además realiza procesos continuos de investigación científica y de docencia”.

2.1.3 Misión

“Brindar protección en las contingencias de la salud mediante la satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de sus usuarios internos y externos a través de la prestación de servicios médicos integrales, éticos, actualizados y de especialidad, contando con infraestructura médico sanitaria óptima, equipamiento adecuado, tecnología moderna y profesionales capacitados que cumplen con los programas de salud, con oportunidad, calidad, calidez y eficiencia”.

2.2 La planeación estratégica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Sócrates, en la Grecia antigua, comparó las actividades de un empresario con las de un general al señalar que en toda tarea quienes la ejecutan debidamente tienen que hacer planes y mover recursos para alcanzar los objetivos.

Los primeros estudiosos modernos que ligaron el concepto de estrategia a los negocios fueron Von Neumann y Morgenstern en su obra *"La teoría de los juegos y comportamiento económico"*. Concebida esta, en pocas palabras como *"una serie de actos que ejecuta una empresa, los cuales son seleccionados de acuerdo con una situación concreta"*.⁽¹⁾

En el año 1954 Peter Drucker, comenta: *"La estrategia requiere que los gerentes analicen su situación presente y que la cambien en caso necesario, saber qué recursos tiene la empresa y cuáles debería tener"*.⁽²⁾

^(1,2,3)Ing. Luis Pimentel Villalaz, MBA (septiembre de 1999) Planificación Estratégica. http://www.sld.cu/galerías/doc/sitios/infodir/5_1_DOC Págs. 1 y 2

En 1962 Alfred Chandler define a la Planeación Estratégica como *"el elemento que determina las metas básicas de la empresa, a largo plazo, así como la adopción de cursos de acción y asignación de recursos para alcanzar las metas"*.⁽³⁾

La Planeación Estratégica surge formalmente a mediados de los años sesenta, auspiciada por el libro de Ansoff (1965), *"Estrategias Corporativas"*.⁽⁴⁾

PLANIFICACIÓN

A continuación algunos acercamientos a conceptos de planeación:

- Es diseñar un futuro deseado para la organización en concordancia con los cambios que se van produciendo en el entorno.
- *"Es intentar determinar hoy la realidad que se quiere tener en un momento posterior. La esencia está en invertir un poco de tiempo para después ejecutar la tarea en mucho menos tiempo y con mayor efectividad"*.⁽⁵⁾ O. Carnota. 1991.
- Es un medio para la consecución de un fin, objetivo o propósito cualquiera que este sea y que nos obliga a clasificar desde el inicio, cuál es el propósito que se pretende lograr, si no conocemos y definimos con precisión adónde queremos llegar.

ESTRATEGIA

⁽⁴⁾ Lic. Rodolfo Caldera Mejía, (diciembre 2004) *Planeación Estratégica de Recursos Humanos. Conceptos y Teorías sobre Planeación Efectiva de Recursos Humanos. Universidad Politécnica de Nicaragua. © Estrategika-Consultoría, S.A.*
www.estrategik.org. Pág.2

⁽⁵⁾ *La planificación Empresarial: Un acercamiento conceptual*
[.http://www.eumed.net/ce/2010b/ypg.htm](http://www.eumed.net/ce/2010b/ypg.htm)

La palabra proviene del griego “*Strategos*” cuyo significado es ganar la guerra; en sus inicios, estuvo asociada al logro de los objetivos militares.

En la actualidad, está vinculada a obtener de los objetivos generales de una organización en el mediano y largo plazos, a través de la implementación de programas de acción y definición de prioridades en la asignación de recursos: personas, dinero, equipos, etc.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Si el campo de la planificación administrativa es la organización y el de la planificación normativa es el desarrollo, el campo de la planificación estratégica, por supuesto, es la estrategia.

Leonard D. Goodstein define a la planeación estratégica como “*el proceso por el cual los miembros guías de una organización prevén su futuro y desarrollan los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzarla*”. (6)

"La planeación estratégica es un conjunto de acciones que deber ser desarrolladas para lograr los objetivos estratégicos, lo que implica definir y priorizar los problemas a resolver, plantear soluciones, determinar los responsables para realizarlos, asignar recursos para llevarlos a cabo y establecer la forma y periodicidad para medir los avances". (Tomasini, A.). (7)

(6) Goodstein, Leonard D.,
<http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/estrategica.PDF>

(7) http://cursos.ciu.edu/Planeacion%C3%B3n%20Estrat%C3%A9gica_lesson.html.

Ahora bien, se debe tener muy claro que el alcance de la planificación y estrategias en las distintas áreas de una organización, sin lugar a dudas, son para mejorar los resultados de la empresa, eligiendo las tácticas adecuadas al momento de su aplicación.

Es necesario tener presente que la planificación es una fase de la administración y control; por lo tanto, su aplicación y técnica deben concebirse y aplicarse al amparo de ese contexto.

No obstante lo referido en párrafos anteriores, en todos los casos, el enfoque de la planificación varía según el propósito y contenido de la estructura donde se actúe o aplique. En este sentido, planificar no es otra cosa que visualizar y transformar previamente objetivos y políticas en planes y programas de acción.

La planificación estratégica, como su nombre lo indica, se refiere a las estrategias con el conjunto de tácticas que tengan la posibilidad de alcanzar los objetivos de la empresa. La planificación es una disciplina integral.

La búsqueda de nuevos horizontes de planificación debe situarse en la posibilidad del cambio, para la construcción de nuevas realidades basadas en el análisis y la práctica de los proyectos de factibilidad.

2.2.1 Importancia de la decisión estratégica en épocas de crisis económica

En épocas de bonanza económica, muchas empresas, viendo que las ventas van bien y que hay oportunidades de negocio, inducen a sus ejecutivos a la aventura de realizar

inversiones dinámicas y a contratar gente. Para ello, frecuentemente, se endeudan. Esas aparentes “oportunidades”, traducidas en un exagerado optimismo, y la “eventual” buena situación económica, les hace pensar que las economías son sólidas y que todo marcha sobre ruedas.

Sucede que después de las bonanzas vienen las desaceleraciones, y estas pueden ser suaves o profundas. Cuando llegan las segundas, las empresas se encuentran endeudadas, con una nómina, por lo general, abultada y con un exceso de activos fijos subutilizados o lo que es peor, inutilizados.

En este momento, cabe la pregunta, ¿qué sucedió? Obviamente, que al elaborar su estrategia, no tuvieron en cuenta el ciclo económico. La táctica de una empresa tiene que responder a una dinámica; toda organización es dinámica, por lo tanto, aquella tiene que ser activa, variable, en función del momento en que se encuentra la economía. En períodos de bonanza hay que ser prudente y dimensionar la empresa de modo que cuando venga una desaceleración se pueda sortear con éxito el mal momento.

Procurar sacar ventaja a todas las oportunidades que se presentan en épocas de *vacas gordas* para garantizar el alimento en el momento de *vacas flacas*. En etapas de bienestar hay que ahorrar para poder mantener a flote la empresa en las dificultades. Cuando vienen las desaceleraciones es el momento de invertir y contratar si se ha sido responsable durante el crecimiento.

Los cambios y mejoras son propicios cuando hay crecimiento y holgura, porque si no se los abordan durante los buenos momentos, cuando llega la crisis, son traumáticos. Las

empresas que toman en cuenta el ciclo económico en sus estrategias son mucho más estables y menos vulnerables en las crisis.

2.2.2 Decisiones estratégicas y decisiones operativas

En una compañía, son aquellas que comprometen una cantidad sustancial de recursos que, ulteriormente, generan decisiones no siempre simples sino más bien complejas, que determinarán el futuro de la compañía en el mediano y largo plazo.

Elas son normalmente responsabilidad de la alta gerencia y se las suelen tomar después de haberlas estudiado de manera minuciosa y responsable. Por el contrario, las decisiones operativas son las que, de modo habitual, se toman en la compañía, son más rutinarias, de responsabilidad de los mandos medios y rara vez, una decisión operativa, compromete el futuro de la empresa.

Por estas razones, la alta gerencia presta más atención a las decisiones estratégicas que a las operativas. Si bien es cierto que cada decisión operativa, aisladamente, no es de gran importancia, es el conjunto de todas estas las que, muchas veces, tienen un impacto mayor que otras determinaciones importantes.

Una compañía debe definir, tanto su estrategia como de ponerla en práctica a través de múltiples pequeñas decisiones. Por lo que la alta gerencia debe preocuparse de los dos tipos de determinaciones.

Es importante conocer la operatividad diaria de la organización, pues es síntoma de calidad directiva; esto le permite a un administrador saber las dificultades con las que se

encuentra su personal en el día a día. Cuando la dirección toma decisiones y tiene en cuenta las posibles dificultades para poder implantarlas, transmite seguridad entre su gente. Por el contrario, el jefe que desconoce el quehacer operativo de su empresa y no se entera de lo que está pasando, genera desconfianza entre sus colaboradores.

2.3 Presupuesto

Es un plan de acción dirigido a cumplir una meta prevista, expresada en valores y términos financieros que debe cumplirse en determinado tiempo y bajo ciertas condiciones previstas, este concepto se aplica a cada **CENTRO DE RESPONSABILIDAD** de la organización.

2.3.1 Funciones de los presupuestos

- La principal función de los presupuestos se relaciona con el control financiero de la organización.
- El control presupuestario es el proceso de descubrir qué es lo que se está haciendo.
- Comparando lo devengado versus lo presupuestado, permite verificar los logros o en su defecto ajustar las diferencias.
- Los presupuestos pueden desempeñar roles tanto preventivos como correctivos dentro de la organización.

2.3.2 Importancia de los presupuestos

- Los presupuestos son útiles en la mayoría de las organizaciones utilitaristas (compañías de negocios), no utilitaristas (agencias gubernamentales), grandes (multinacionales, conglomerados) y pequeñas empresas.
- Son importantes porque ayudan a minimizar el riesgo en las operaciones de la organización.
- Por medio de los presupuestos se mantiene el plan de operaciones de la empresa en límites razonables.
- Sirven como mecanismo para la revisión de políticas y estrategias de la empresa y direccionarlas hacia lo que verdaderamente se busca.
- Facilitan que los miembros de la organización cuantifiquen, en términos financieros, los diversos componentes de su plan total de acción.
- Las partidas del presupuesto sirven como guías durante la ejecución de programas en un determinado período de tiempo y sirven como norma de comparación una vez que se hayan completado los planes y programas.
- Los procedimientos inducen a los especialistas de asesoría a pensar en las necesidades totales de las compañías y a dedicarse a planear de modo que puedan asignar, a los varios componentes y alternativas, la importancia necesaria.

- Los presupuestos sirven como medios de comunicación entre las unidades a determinado nivel y verticalmente entre ejecutivos de un nivel a otro.
- Los vacíos, duplicaciones o sobreposiciones pueden ser detectadas y tratadas en el momento en que los gerentes detectan su comportamiento en relación con el desenvolvimiento del presupuesto.

2.3.3 Objetivos de los presupuestos

- Planear integral y sistemáticamente todas las actividades que la empresa debe desarrollar en un período determinado.
- Controlar y medir los resultados cuantitativos, cualitativos y fijar responsabilidades en las diferentes dependencias de la empresa para lograr el cumplimiento de las metas previstas.

2.3.4 Finalidades de los presupuestos

- Coordinar los diferentes centros de costo para que se asegure la marcha de la empresa en forma integral.
- Planear los resultados de la organización en dinero y volúmenes.
- Controlar el flujo y manejo de los ingresos y egresos.
- Coordinar y relacionar las actividades de la organización.

- Lograr los resultados de las operaciones planificadas para determinado período.

2.3.5 Clasificación de los presupuestos

Los presupuestos se pueden clasificar desde diversos puntos de vista: según la flexibilidad, el período de tiempo que cubren, el campo de aplicabilidad de la empresa y el sector en el cual se utilicen.

Según la flexibilidad

Rígidos, estáticos, fijos o asignados

Son aquellos que se elaboran para un único nivel de actividad y no permiten realizar ajustes necesarios por la variación que ocurre en la realidad. Dejan de lado el entorno de la empresa (económico, político, cultural, etc.). Este tipo de presupuestos, por lo general, se utilizan (en parte) en el sector público.

Flexibles o variables

Son los que se realizan para diferentes niveles de actividad y se pueden adaptar a las circunstancias cambiantes del entorno. Son de gran aceptación en el campo de la elaboración de presupuestos modernos. Son dinámicos, adaptativos, pero complicados y eventualmente costosos.

Según el período de tiempo

A corto plazo

Son los que se hacen para cubrir la planeación de la organización en un ciclo de operaciones, generalmente de un año. Este sistema se adapta a los países con economías inflacionarias.

A largo plazo

Este tipo de presupuestos corresponden a los planes de desarrollo que, generalmente, adoptan los estados y grandes empresas.

Según el campo de aplicación en la empresa

De operación o económicos

Tienen en cuenta la planeación detallada de las actividades que se desarrollarán en el período siguiente en el cual se elaborarán y su contenido se resume en un estado de pérdidas y ganancias. Entre estos presupuestos se pueden destacar:

Presupuestos de ventas

Preparados, por lo general, por meses, áreas geográficas y productos.

Presupuestos de producción

Es común que se expresen en unidades físicas. La información necesaria para preparar este presupuesto incluye maquinaria, capacidad instalada, capacidad productiva, cantidades a fabricar y disponibilidad de materia prima.

Presupuesto de compras

Es el que prevé las compras de materias primas y/o mercancías que se necesitarán durante un determinado período. Por lo general, se prevé en unidades y precio.

Presupuesto de costo-producción

Algunas veces, esta información se incluye en el presupuesto de producción, al comparar el costo de producción con el precio de venta, muestra si los márgenes de utilidad son los adecuados.

Presupuesto de flujo de efectivo

Es esencial en cualquier compañía, debe ser preparado luego de que todos los demás presupuestos hayan sido completados.

El presupuesto de flujo muestra los recibos anticipados o cuentas por pagar, cuentas por cobrar, el ingreso previsto por las ventas y otros no operacionales, los egresos operacionales y no operacionales, entre otros.

Presupuesto maestro

Incluye las principales actividades de la empresa. Conjunta y coordina todas las actividades de los otros presupuestos y puede ser concebido como el "presupuesto de presupuestos".

Presupuestos financieros

En estos se incluyen los rubros y/o partidas que inciden en el balance. Hay dos tipos: El de caja o tesorería y el de capital o erogaciones capitalizables.

Presupuesto de tesorería

Tiene en cuenta las estimaciones previstas de fondos disponibles en caja, bancos y valores de fácil realización.

Se lo puede llamar también presupuesto de caja o de flujo de fondos porque se utiliza para prever los recursos monetarios que la organización necesita para desarrollar sus operaciones. Se formulan por cortos períodos: semanal, quincenal, mensual y/o máximo trimestralmente.

Presupuesto de erogaciones capitalizables

Es el que controla, básicamente, todas las inversiones en activos fijos. Permite evaluar las diferentes alternativas de inversión y el monto de recursos financieros que se requieren para llevarlas a cabo.

Según el Sector de la Economía en el cual se utilizan

Presupuestos del sector público

Involucran los planes, políticas, programas, proyectos, estrategias y objetivos del Estado. Son los medios más efectivos de control del gasto público y en ellos se contemplan las diferentes alternativas de asignación de recursos para gastos e inversiones.

Presupuestos del sector privado

- Son los usados por las empresas privadas.
- Se conocen como presupuestos empresariales.
- Buscan planificar todas las actividades de una empresa.

2.3.6 Principios de la elaboración del presupuesto

PRINCIPIOS DE PREVISIÓN

Básicamente comprenden: predictibilidad, determinación cuantitativa y objetividad.

PRINCIPIOS DE PLANEACIÓN

Previsión, costeabilidad, flexibilidad, unidad, confianza, participación, oportunidad y contabilidad por áreas de responsabilidad.

PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN

Orden y comunicación.

PRINCIPIOS DE DIRECCIÓN

Autoridad y coordinación.

PRINCIPIOS DE CONTROL

Reconocimiento, excepción, normas y conciencia de costos.

2.3.7 Motivos del fracaso de la elaboración del presupuesto

La gerencia debe organizar sus recursos financieros si quiere desarrollar sus actividades, establecer bases de operación sólidas y contar con los elementos de apoyo que le permitan medir el grado de esfuerzo que cada unidad tiene para lograr las metas fijadas por la alta gerencia y, a la vez, proveer los recursos que deben asignarse a las distintas dependencias que, directa o indirectamente, ayudan al plan de operaciones.

La elaboración del presupuesto puede fracasar por diversas razones, entre ellas:

- Cuando solo se estudian las cifras convencionales y los cuadros demostrativos del momento, sin tener en cuenta los antecedentes y las causas de los resultados.
- Cuando no está definida claramente la responsabilidad administrativa de cada área de la organización y sus responsables no comprenden su papel en el logro de las metas.
- Cuando no existe una adecuada coordinación entre diversos niveles jerárquicos de la organización.

- Cuando no hay un buen nivel de comunicación y por lo tanto, se presentan barreras que perturban e impiden el aporte de los colaboradores para la consecución de los objetivos presupuestados.
- Cuando no existe un sistema contable que genera confianza y credibilidad.
- Cuando se tiene la "ilusión del control", es decir, que los directivos se confían de las formulaciones hechas en el presupuesto y se olvidan de actuar en pro de los resultados
- Cuando no se tienen controles efectivos respecto de la elaboración del presupuesto.
- Cuando no se siguen las políticas de la organización.

2.3.8 Calendario presupuestal

Es la agenda en la cual se definen, a través del tiempo, la ejecución y el control (evaluación) del presupuesto. Depende del tipo de organización y este puede ser diario, semanal, quincenal, mensual, trimestral, semestral o anual.

2.3.9 Organización del presupuesto

Toda organización, al formular sus planes, deberá delimitar específicamente las atribuciones y responsabilidades, para que cada persona sepa cómo debe actuar sin temor a extralimitarse ni conculcar los derechos de los demás responsables. Un plan

orgánico y objetivo muestra a la gerencia quienes deben rendir cuentas de cada fase sobre la marcha.

2.4 Presupuestos clínicos-hospitalarios

EL PRESUPUESTO CLÍNICO

Como se ha señalado, el presupuesto es un documento que cuantifica monetariamente los recursos materiales y humanos que necesita un proveedor para llevar a cabo su actividad a lo largo de un periodo de tiempo. El presupuesto está ligado necesariamente al volumen y tipo de actividad de la organización.

Hasta fechas más recientes, los centros sanitarios públicos recibían un presupuesto en función del gasto generado en años anteriores y sus responsables administraban estos recursos sin otra referencia que el monto total que tenían asignado.

De acuerdo con la filosofía que proviene de los nuevos modelos organizativos y de gestión en los centros sanitarios se asume como altamente importante, el que las decisiones operativas se descentralicen a los núcleos o departamentos en los que se organiza el centro sanitario (unidades clínicas). De esta manera, el presupuesto se elaboraría en cada CENTRO DE RESPONSABILIDAD y el responsable asumirá la gestión de los recursos que le han sido asignados.

Por lo expuesto en el párrafo anterior, los resultados derivados de esa gestión serán objeto de una evaluación primaria, al responsable de esa gestión. Los presupuestos

asignados a los diferentes centros de responsabilidad serán vinculantes con las actividades previstas y los resultados esperados.

Estos tipos de presupuestos (presupuestos clínicos por centros de responsabilidad) suponen unas mejoras respecto a los presupuestos que se han venido utilizando en los centros sanitarios, incluso en los mejor gestionados. El aumento radica en que tanto actividades previstas como recursos se asignan según el clínico, grupo de clínicos o servicios que son responsables de ellos.

Así, en los presupuestos por servicios existentes en algunos hospitales, tanto cirugía general como radiología, serían centros de responsabilidad con sus actividades previstas. Ahora bien, el número de placas consumidas, por ejemplo, solo en una parte depende de radiología, ya que el resto de pruebas son ordenadas por los otros servicios, y por lo tanto el responsable de radiología no tiene especial control sobre una variable que tanto le influye en la ejecución de su presupuesto.

2.4.1 Bases para el desarrollo del presupuesto por unidades clínicas

Los requisitos que la organización debe cumplir, para realizar presupuestos descentralizados por unidades clínicas, son:

- Modelo organizativo que permita descentralizar las decisiones operativas de las unidades.

- Definir una unidad de producto asistencial representativa de la actividad desarrollada, que se pueda medir y que tenga significado clínico.
- Disponer de un sistema de información que permita recoger y explotar la información económica.

El proceso de elaboración de presupuesto por unidades clínicas, solo tendrá éxito con la implantación de una dirección participativa que configure la organización del centro sanitario en núcleos de responsabilidad y que establezca mecanismos de vinculación (acuerdo cooperativo, compromiso del RRHH con los objetivos, etc.), de forma que cada centro de responsabilidad tenga su propio ciclo presupuestario.

2.4.2 Presupuestos de mayor uso (tradicional) en los centros clínicos

PRESUPUESTO INCREMENTAL

Cuando los valores previstos se han calculado asignando un incremento porcentual a las del presupuesto correspondiente al período inmediato anterior, dicho incremento es la aplicación de estándares como el IPC (Índice de Precios al Consumidor o Inflación).

Este presupuesto, perpetúa hábitos de elaboración de presupuesto a partir de un modelo histórico. Es poco analítico, no contempla alternativas, se da como creíble y sustentable la hipótesis inicial.

PRESUPUESTO FLEXIBLE

- En este caso, las cifras que lo conforman no son fijas al contemplar intervalos para cada magnitud presupuestada, en reconocimiento al riesgo de no ocurrencia de lo previsto.

- Es más analítico que el incremental, aunque también parte de un modelo histórico, perpetúa hábitos.

Si bien permite conocer algo más la organización, al analizar las necesidades para cada valor del intervalo, lo cual supone más participación (estimulando, por tanto, la motivación) de los integrantes en la organización.

Además, requiere revisarse y adaptarse en función al grado de cumplimiento de las previsiones.

- Estas previsiones permiten mejorar la comunicación de las diferentes estructuras de la empresa.

PRESUPUESTO BASE CERO

Se configura sin consideración a ningún presupuesto anterior. Su principio es el de que nada existe consolidado y reconocido como necesario y cada unidad monetaria debe justificarse, analizando su necesidad.

Esta es su principal característica, la de ser analítico, en alto grado, lo que aumenta las ventajas frente al incremental y al flexible en lo que concierne a permitir un mejor conocimiento de la organización, realizar un análisis de las necesidades, estimular la motivación y la participación, requerir de revisiones y readaptaciones periódicas y, sin lugar a dudas, mejora la comunicación entre las diferentes estructuras.

La elaboración de un presupuesto en base cero:

- Efectúa un análisis exhaustivo de la organización.
- Establece objetivos de las distintas actividades a corto, medio y largo plazos.
- Asigna prioridades.
- Identifica los problemas comunes entre distintos departamentos.
- Efectúa evaluación de directivos en función de las actividades y beneficios esperados que comprometió en el presupuesto.
- Logra reducciones en los gastos.

CAPÍTULO III

CAMBIOS ORGANIZATIVOS

Conocer la estructura operativa y financiera en la que se desarrolla la Unidad médica estudiada es importante con el propósito de proponer cambios al amparo de las nuevas tendencias organizativas.

El PLAN OPERATIVO para los ejercicios económicos 2012, 2013 y 2014, al amparo de un PLAN ESTRATÉGICO, establece como MISIÓN y VISIÓN de la Unidad Médica estudiada, las siguientes:

MISIÓN

“Brindar protección en las contingencias de la salud mediante la satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de sus usuarios internos y externos a través de la prestación de servicios médicos integrales, éticos, actualizados y de especialidad, contando con infraestructura médico sanitaria óptima, equipamiento adecuado, tecnología moderna y profesionales capacitados que cumplen con los programas de salud con oportunidad, calidad, calidez y eficiencia”. POA 2013 HJCA

VISIÓN

“Convertirse en uno de los mejores centros de atención médica del país, con personal altamente capacitado, óptima organización técnica, administrativa y operativa, equipos y tecnología de última generación. Centro de referencia nacional en tratamientos de calidad y que además realiza procesos continuos de investigación científica y de docencia”. POA 2013 HJCA

En el documento “*Guía Metodológica*” –REORIENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SGSIF CON ENFOQUE INDIVIDUAL FAMILIAR, COMUNITARIO Y EN RED 2009” de la Dirección General de Salud Individual y Familiar, define a los hospitales del IESS de la siguiente manera:

“HOSPITAL III ESPECIALIZADO.- Es la unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, destinado a brindar atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencias a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, es un establecimiento de pacientes agudos o crónicos reagudizados y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contra referencia; atiende a la población local o nacional mediante el sistema de referencia o contra referencia. Cumple con los indicadores de producción hospitalaria especializada. Contará en lo posible con no más de 500 camas”. POA 2013 H JCA

Dinámica poblacional.- La unidad médica estudiada, por su concepción, es un hospital regional y por lo tanto está obligado a prestar sus servicios a ese nivel.

La población del Ecuador, de acuerdo al último censo del año 2010 es de 14.306.876 habitantes, compuesto, a nivel de la regional del Austro, de la siguiente manera:

Cuadro 1: POBLACIÓN DE LA REGIÓN - POBLACIÓN AFILIADA

PROVINCIA	POBLACIÓN	SEGURO	SEGURO SOCIAL				%
		GENERAL	CAMPESINO	JUBILADOS	TOTAL	COBERTURA	
AZUAY	624.991	69.071	61.482	13.666	144.219	23,08%	
CAÑAR	215.765	12.684	27.440	2.757	42.881	19,87%	
EL ORO	548.077	27.955	22.582	5.485	56.022	10,22%	

LOJA	422.017	26.457	92.539	5.541	124.537	29,51%
M. SANTIAGO	120.310	4.175	13.304	507	17.986	14,95%
ZAMORA CH.	79.852	3.981	17.914	339	22.234	27,84%
TOTAL	2.011.012	144.323	235.261	28.295	407.879	20,28%

Fuente: Hospital José Carrasco Arteaga. Plan Operativo Anual. 2013

El cuadro anterior, nos permite visualizar el porcentaje de la población con acceso a la seguridad social.

Ahora bien, cabe indicar que las reformas a la Ley de la Seguridad Social, implementadas en el país, luego de la Consulta Popular del 6 de mayo de 2011, posibilitó el incremento del número de afiliados.

Los SUBDIRECTORES MÉDICOS y el Departamento de Estadística prevén que en un futuro cercano, el número de derechohabientes se llegue a duplicar en la medida en que, hoy por hoy, tienen acceso a la Seguridad Social los hijos de los afiliados menores de 18 años y las esposas (os) de los afiliados.

3.1 Gestión de recursos

El artículo 292 de la Constitución de la República del Ecuador, excluye del Presupuesto General del Estado, a los presupuestos pertenecientes a la seguridad social, la banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados.

Los artículos 111 y 121 de la Ley de Seguridad Social establecen el financiamiento del Fondo Presupuestario de Prestaciones de Salud, así como de las unidades médicas del IESS y la compra de Servicios Médicos.

La Resolución N° CD 021 del 13 de octubre de 2003 que contiene el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, en el artículo 13, numerales 11, 12 y 13, se determina como atribución del Consejo Directivo la aprobación del Presupuesto General de Operaciones del IESS y del Fondo Presupuestario Anual de cada Seguro.

Al amparo de estas y otras normas jurídicas y operativas, el Consejo Directivo aprueba el Presupuesto Consolidado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que para el ejercicio económico de 2013, es como se indica a continuación:

Cuadro 2: PRESUPUESTO CONSOLIDADO DEL IESS – 2013

UNIDAD DE NEGOCIO	VALOR	% PART.
Dirección y Administración General	162.526.478,19	2,87%
Seguro de Pensiones	3.288.455.436,00	58,08%
Seguro de Riesgos del Trabajo	182.771.209,68	3,23%
Seguro de Salud Individual y Familiar	1.724.879.712,77	30,46%
Seguro Social Campesino	303.430.107,90	5,36%
<i>TOTAL</i>	<i>5.662.062.944,54</i>	100,00%

Fuente: Resolución CD 411.

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

Las unidades médicas forman parte del Presupuesto denominado Seguro de Salud Individual y Familiar, que ostenta el segundo nivel en importancia con un valor de \$ 1.724.879.712,77 que representa el 30.46 % del presupuesto total de la Institución.

3.2 Formulación del presupuesto de la unidad médica

Previo a las disposiciones de la Matriz, la Unidad Médica prepara el PLAN OPERATIVO ANUAL y el PLAN ANUAL DE COMPRAS.

3.2.1 Plan Operativo Anual – POA

El Comité de Desarrollo Asistencial, instancia creada por iniciativa propia de los galenos vinculados al área administrativa, es el encargado de la elaboración del FODA y como consecuencia de la obtención de esta herramienta de análisis y gestión, resulta el POA.

Cuadro 3: MATRIZ DEL PLAN ESTRATÉGICO OPERATIVO - POA 2013

<u>OBJETIVO</u>	<u>DESCRIPCIÓN – PROYECTO</u>	<u>VALOR</u>
ALCANZAR EL USO DE LA CAPACIDAD INSTALADA	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE TRAUMA Y QUIRÓFANOS	4.000.000
	PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA COBERTURA DE ATENCIÓN EN NEUROCIRUGÍA	2.500.000
	REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	2.700.000
	PROYECTO DE CONST. DEL CENTRO DE TRAUMA	5.000.000
	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN	20.000
	EQUIPAMIENTO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL	15.000.000
	CONST. DEL ÁREA DE NEURODESARROLLO O PEDIÁTRICO	1.000.000
OTORGAR SOSTEN POST CONSULTA	MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	131.000
OPTIMIZACIÓN DEL SIST. AS 400 PARA ATENCIÓN AL PACIENTE	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN FLUIDA EN DOBLE VÍA	19.200
	INCREMENTAR EL TIEMPO EN CONSULTA EXTERNA	5.000
	FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE INFORMÁTICA	60.000
	ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO Y REMODELACIÓN DE INSTLACIONES - ÁREA DE INFORMÁTICA	50.000
DOTAR DE MAYOR NÚMERO DE ESPACIOS PARA PARQUEO – PACIENTES	CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO PARQUEADERO DE VEHÍCULOS	85.000

ADMINISTRAR EFICIENTEMENTE LOS TALENTOS HUMANOS	OPTIMIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO	45.860
MANTENER CON EFECTIVIDAD EL CUIDADO DE LOS ACTIVOS FIJOS	CONTROL Y MANTENIMIENTO O DE MOVIMIENTOS DE BIENES MUEBLES	64.000
GARANTIZAR A LOS USUARIOS LA OFERTA DEL EQUIPO DE SALUD GARANTIZANDO EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EL USO DE TÉCNICAS MODERNAS	MANTENIMIENTO DE NIVEL CIENTÍFICO DE EQUIPOS ACORDE A REQUERIMIENTO ACTUAL	40.000
INICIAR EL PROCESO DE INV. CIENTÍFICA EN EL HOSPITAL	REGISTRO Y PUBLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS CIENTÍFICOS QUE SE DESARROLLAN	15.000
DOTAR AL HOSPITAL DE UN PLAN DE CONTINGENCIA PARA	VIGENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PLAN GENERAL DE CONTINGENCIAS	20.000

SOLVENTAR IMPREVISTOS		
CUMPLIR CON LA ENTREGA OPORTUNA DE EEFF Y MEJORAMIENTO DEL SIST. CONTABLE	MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN FINANCIERA	67.800
<i>TOTAL</i>		<i>30.865.860</i>

Fuente: POA 2013

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

3.2.2 Plan Anual de Compras – PAC

La elaboración del Plan Anual de Compras, comprende la ejecución previa de al menos dos pasos o eventos.

El primero, que se resume en el cuadro que se adjunta, es elaborado por los responsables de cada una de las áreas.

Cuadro 4: PROGRAMACIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN AÑOS 2012 – 2013

PROGRAMACIÓN DE MATERIAL DE CURACIÓN AÑOS 2012 – 2013			V. U. REF.	CANTIDADES			
COD.	DESCRIP.	PRESENT.		CANT. PROGRAMADA 2012	PRESUP. 2012	CANT. PROGRAMADA 2013	PRESUP. 2013
5534015	ACUBIALES Frascos plásticos transparentes con tapa. Capacidad 30 ml.	Unidad	0,30	10.000	3.000	12.000	3.600
5534002	ADAPTADOR EN T de plástico duro transparente 22x22x15 mm.	Unidad	0,76	50	38	60	46
5534004	ADAPTADOR EN Y, graduable 22x22x15 mm. Estéril descartable	Unidad	1,50	13	20	16	23
5534008	ADAPTADOR O CONECTOR RECTO GRADUABLE largo 6 - 7 cm xc 8 mm de inicio de diámetro interno, estéril descartable	Unidad	1,18	100	118	120	142

FUENTE: PAC 2013

ELABORADO POR: Marlon Villavicencio Alvarado

Cuadro 5: PROGRAMACIÓN DE MATERIAL DE IMAGENOLOGIA AÑOS 2012 - 2013

PROGRAMACIÓN DE MATERIAL DE IMAGENOLOGIA AÑOS 2012 - 2013			V. U. REF.	CANTIDADES			
COD.	DESCRIP.	PRESENT.		CANT. PROGRAMADA 2012	PRESUP. 2012	CANT. PROGRAMADA 2013	PRESUP. 2013
2001020	Placas para procesamiento en seco 14x17	Unidad	250,00	1.100	275.000	1.320	330.000
2001021	Placas para procesamiento en seco 10x14	Unidad	300,00	400	120.000	480	144.000
2001022	Placas para procesamiento en seco 8x10	Unidad	200,00	820	164.000	984	196.800
2001023	Placas para procesamiento en seco a color tamaño A4	Unidad	250,00	200	50.000	240	60.000

FUENTE: PAC 2013

ELABORADO Marlon Villavicencio Alvarado

La política presupuestaria utilizada como mecanismo para la elaboración de presupuesto, es tomar como base la cantidad consumida en el año inmediato anterior y a este valor, adicionar un 20 %. El resultado de esta operación es multiplicado por el precio unitario, dando como resultado el valor a presupuestar para el nuevo ejercicio económico.

Con el rubro de medicación, y a efectos de determinar a cantidad para el nuevo ejercicio económico, se utiliza el mismo procedimiento.

A manera de conclusión, los modelos presupuestarios usados en estos dos casos, son los de base cero y el Incremental. Base cero para aquellos medicamentos o productos nuevos; y, el Incremental en el 99 % de la herramienta de gestión.

Como segundo paso, el área financiera presupuesta el resto de rubros que básicamente se ajustan al concepto gasto corriente, como: sueldos y salarios, servicios básicos, mantenimiento, etc.

Como resultado de la consolidación entre POA y PAC tenemos como resultado el Presupuesto para el nuevo ejercicio económico.

Cuadro 6: CONSOLIDADO

CONSOLIDADO				
PARTIDA / CUENTA CONTABLE	TIPO COMPRA (Bien, obra, servicio o consultoría)	DENOMINACION O DESCRIPCIÓN	VALOR REQUERIDO	PRESUPUESTO APROBADO
5203015		GASTOS DIRECTOS DE PERSONAL	28.610.264	22.945.914
520301530	servicio	AGUA POTABLE	180.000	180.000
520301530	servicio	ENERGIA ELECTRICA	234.000	200.000
5203015303	servicio	TELECOMUNICACIONES	488.661	488.661
520301530	servicio	SERVICIOS DE CORREO	2.678	1.678
520301530	servicio	SERVICIOS DE TRANSPORTE DE PERSONAS	55.597	20.597
5203015308	servicio	IMPRESION, REPRODUC, PUBLICAC.	38.320	5.320
5203015309	servicio	SERVICIOS DE VIGILANCIA	417.300	417.300
5203015310	servicio	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	1.833.650	1.833.650
5203015311	servicio	SERVICIO DE GUARDERIA	39.622	10
5203015315	servicio	PASAJES AL INTERIOR	28.355	14.355
5203015317	servicio	VIATICOS Y SUBSISTENCIAS AL INTERIOR	42.922	22.922
5203015321	servicio	INST. MANT. DE EDIFICIOS, LOCALES, RESIDENCIAS	1.625.900	625.900
5203015322	obra	INST.MANT. DE MOBILIARIO	40.000	5.000
5203015323	obra	INST. MANT. DE MAQUINARIAS Y	1.124.600	200.000

		EQUIPOS		
5203015324	obra	INST. MANT. DE VEHICULOS	120.000	10.000
5203015325	servicio	OTRAS INSTAL. MANTE. REPARACION	54.834	0
5203015329	servicio	CONSULTORÍA ASESORÍA INVEST.ESPECIALIZ.	671.000	471.000
5203015331	servicio	CAPACITACION	311.400	10
5203015339	servicio	MANT. SISTEMAS Y EQUIP. INFORMAT.	72.000	10
5203015340	servicio	REPUEST., ACCES. EQ. INFORMATICOS	31.470	0
5203015342	servicio	ROPERIA Y LENCERIA	472.302	172.302
5203015344	servicio	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	225.280	225.280
5203015345	servicio	MATERIAL DE OFICINA E INFORMÁTICOS	125.284	65.000
5203015346	servicio	MATERIAL DE ASEO Y LIMPIEZA	186.772	186.772
5203015348	servicio	MAT. IMPTA. FOTOGRF. REPRD. PUBLIC.	33.424	10.424
5203015350	servicio	REPUESTOS Y ACCES. VEHICULOS	8.000	5.000
5203015351	servicio	RPTOS. Y ACCES. DE MAQUIN Y EQ.	99.226	15.470
5203015352	servicio	ALIMENTACION SERVIDORES Y TRABAJADORES	60.000	30.000
5203015353	servicio	ALIMENTOS Y BEBIDAS	672.484	672.484
5203015354	servicio	OTROS DE USO Y CONSUMO CORRIENTE	339.249	348.084
5203015355	servicio	MUEBLES Y ENSERES	1.978	10
5203015357	servicio	EQUIPO DE OFICINA	15	15
		COMISARIATO		10
5203015358	servicio	GASTOS MEDICINAS	23.375.940	13.500.000
5203015359	servicio	GASTOS MATERIAL DE CURACIÓN Y LABORATORIO ODONT., RYX	16.092.243	9.539.873
5203015360	servicio	GASTOS INSTRUMENTAL MÈDICO	31.231	31.231
5203015361	servicio	GASTOS PRÓTESIS, ORTESIS, ENDOPROTESIS E IMPLANTES CORPORALES	3.186.066	2.186.066
5203015701	bien	SEGUROS	3.406	3.406
520301570	servicio	TASAS GENERALES	8.250	
520301580		TRANSFERENCIAS Y DONACIONES	683.989	683.989
5203017501	bien	CONSTRUCCIÓN, EDIFICACIÓN Y REMODELACIÓN	4.560.000	10
5203018403	bien	COMPRA MUEBLES Y ENSERES	892.695	10
5203018404	bien	COMPRA EQUIPO DE OFICINA	60.531	20.531
5203018405	bien	COMPRA EQUIPO, SISTEMAS Y PAQUETES INFORMATICOS	508.345	108.345

5203018406	bien	COMPRA VEHÍCULOS	60.000	10
5203018407	bien	COMPRA EQUIPO MEDICO	4.181.000	1.211.680
5203018408	bien	COMPRA INSTRUMENTAL MEDICO	1.810.416	810.416
5203018409	bien	COMPRA EQUIPO DE COMUNICACIONES	758.500	200.000
5203018410	bien	COMPRA MAQUINARIAS	2.001.930	100.000
5203018411	bien	COMPRA EQUIPO DE COCINA	78.245	28.245
5203018412	bien	COMPRA HERRAMIENTAS	3.000	3.000
		PASIVO CIRCULANTE	420.000	10
TOTAL			96.962.374	57.600.000
				57.600.000

Fuente: Jefatura Financiera del HJCA
Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

Este documento es enviado a la Matriz donde ulteriormente es “aprobado” el “documento” final, que no es igual al reportado.

Ejemplo: Para construcciones tan solo se aprobó la suma de \$ 10.00, mientras que para la compra de equipos y paquetes informáticos se previó tan solo \$108.345,00 siendo esta un área estratégica, toda vez que de ella, en gran medida, depende el proceso de facturación. Monto facturado que eventualmente se constituiría en el presupuesto del nuevo ejercicio económico.

Construcción y equipamiento, entre otros, son manejados desde la Matriz. Asimismo, medicación, en un alto porcentaje, tiene el mismo comportamiento.

Cuadro 7: PRESUPUESTO DE LA UNIDAD Y SU EVOLUCIÓN

PRESUPUESTO UNIDAD MÉDICA 2013

GASTOS DIRECTOS DE PERSONAL	22.945.914,0	39,84%
OTROS GASTOS DIRECTOS	31.484.434,0	54,66%
OTROS GASTOS DIRECTOS PRESTACIONALES	3.406,0	0,01%
TRANSFERENCIAS Y DONACIONES	683.989,0	1,19%
OBRAS DE INFRAESTRUCTURA	10,0	0,00%
ACTIVOS FIJOS	2.482.237,0	4,31%
PASIVO CIRCULANTE	10,0	0,00%
<u>TOTAL</u>	<u>57.600.000,0</u>	<u>100,00%</u>

Fuente: Jefatura de Presupuestos HJCA

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

El requerimiento presentado fue del orden de \$ 66.767.604,51 y finalmente el aprobado fue de \$ 57.600.000,00.

Cuadro 8: PRESUPUESTO DE LA UNIDAD MÉDICA Y EVOLUCIÓN

AÑO	P. INICIAL	P. EJECUTADO	% EJEC.
2006	14.528.842,08	15.704.285,45	108,09%
2007	19.589.640,09	18.223.652,57	93,03%
2008	25.446.877,00	21.661.188,00	85,12%
2009	34.672.208,24	25.914.597,94	74,74%
2010	51.551.434,24	30.476.093,81	59,12%
2011	60.234.504,00	53.128.303,00	88,20%
2012	55.141.491,84	47.619.575,99	86,36%

Fuente: Jefatura Financiera HJCA

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

Desde el año 2006 hasta el 2013 se puede visualizar un crecimiento sostenible del presupuesto de la Casa de Salud, especialmente durante los últimos cuatro años (2010 –

2013). No obstante lo anotado, durante el ejercicio económico 2012, \$ 7.521.915,85 no se ejecutaron, quedaron como saldos presupuestarios disponibles.

Consecuencia del requerimiento de partidas presupuestarias a ser usadas por la Matriz y que finalmente no se hicieron efectivas.

Situación que demuestra el alto grado de dependencia del centralismo.

3.3 Responsables de la unidad – Centro de responsabilidad

Cartera de servicios

La cartera de servicios que oferta la Unidad Médica, responde a las necesidades de una sociedad moderna y en franco desarrollo, no por ello realista en la medida que su oferta también responde a la capacidad tecnológica y niveles de capacidad científica disponible en el país y en el medio que se desarrolla.

Cuadro 9: CARTERA DE SERVICIOS QUE OFERTA LA UNIDAD MÉDICA

CARTERA DE SERVICIOS

URGENCIAS
HOSPITALIZACIÓN
U.C.I.
LABORATORIO CLINICO
ENDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
CONSULTA EXTERNA
CIRUGÍA GENERAL ELECTIVA
CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA
CIRUGÍA PLÁSTICA
CIRUGÍA VASCULAR
NEFROLOGÍA
HEMODIÁLISIS
TRASPLANTE RENAL
ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGÍA
GINECOOBSTETRICIA
MEDICINA INTERNA
NEONATOLOGÍA
MEDICINA GENERAL
ANATOMÍA PATOLÓGICA
IMAGENOLOGÍA
NEUROLOGÍA
OFTALMOLOGÍA
ONCOLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
PEDIATRÍA
PROCTOLOGÍA
TRAUMATOLOGÍA
NEUROCIRUGÍA
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
INFECTOLOGÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILIT.
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

Fuente: Jefatura de Servicio al asegurado del HJCA

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

Cuadro 10: CAMAS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD MÉDICA

SERVICIO	NÚMERO CAMAS
CLÍNICA 1	29
CLÍNICA 2	25
CLÍNICA 3	25
CIRUGÍA	27
GÍNECO – OBSTETRICIA	24
PEDIATRÍA	25
NEONATOLOGÍA (cunas)	12
TRAUMATOLOGÍA	27
NEUROCIRUGÍA – UROLOGÍA	26
EMERGENCIA	8
UCI ADULTOS	8
YODOTERAPIA	3
TOTAL	239

Fuente: Jefatura de Enfermería del HJCA

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

Para completar los servicios ofertados se apoya en convenios económicos con prestadores externos. Esto no es más que derivar a los pacientes a clínicas privadas con acuerdos para que sean atendidos en dichos centros, por falta de disponibilidad de espacio (quirófanos - camas), por déficit de médicos especialistas e incluso por carencia de material, por ejemplo: prótesis y endoprótesis.

3.4 Identificar los centros de responsabilidad

¿Cómo están concebidos los centros de responsabilidad?

En la actualidad, los centros de responsabilidad están concebidos como la instancia ejecutora del presupuesto. La UDAF (Unidad Administrativa Financiera) en concordancia con el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (Art. 119), indica que la evaluación física y la ejecución es responsabilidad del titular de cada organismo.

La Resolución N° CD 441 del Consejo Directivo del IESS del 21 de diciembre de 2012 que aprueba el Presupuesto para el ejercicio económico 2013, en los anexos numeral 4, de la Responsabilidad, en la parte pertinente indica:

“De conformidad con lo dispuesto en la Ley 2001-55 Ley de Seguridad Social y dentro del marco de las atribuciones y competencias establecidas en la normativa técnica, emitida en el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, **las autoridades institucionales y los responsables de cada uno de los Centros de Responsabilidad Presupuestaria asumirán la responsabilidad directa sobre la gestión financiera institucional y sobre la ejecución presupuestaria en particular**”. (Nota: Lo resaltado y subrayado es de Marlon Villavicencio Alvarado).

A decir de lo anotado, los centros de responsabilidad, no son más que los responsables de la correcta ejecución presupuestaria.

3.4.1 Nueva concepción de los centros de responsabilidad

Los Centros Sanitarios o Unidades Clínicas, por lo general, están organizados y por lo tanto descentralizados en centros o departamentos. Por ejemplo: Pediatría, Cirugía Clínica, Traumatología; Radiología (Imagenología), etc.

En estricto cada uno de estos departamentos se constituye en un Centro de Responsabilidad. En donde varios departamentos, por sus actividades comunes u homogéneas pueden también constituir un centro de responsabilidad en cuanto a los requerimientos de equipamiento, insumos, suministros o medicación.

Ejemplo: las especialidades de cirugía pueden optimizar las necesidades de equipamiento, al adquirir un equipo que satisfaga las necesidades comunes. Radiología, más bien debería decirse imagenología podría adquirir suministros comunes a RX, Resonancia Magnética, Gastroenterología y también para Cardiología.

Ángel Fernández Díez, en su publicación "*Presupuestos clínicos*", entre otras ventajas de este tipo de elaboración de presupuestos, indica:

- El presupuesto se realizaría en cada centro de responsabilidad y el responsable asumiría la gestión de los recursos que tiene asignados.
- Supone mejoras. Estas radican "en que tanto actividades previstas como recursos se asignan según el clínico, grupo de clínicos o servicios que es responsabilidad de ellos".

Asimismo, indica que la utilización de esta herramienta permite, entre otros:

- Implicar a los diferentes responsables en la preparación y elaboración de los planes de actuación en la organización sanitaria. Lo que contribuye a aumentar el conocimiento sobre la capacidad de la organización.
- Disponer información que facilita la toma de decisiones.
- Planificar de mejor manera las actividades de las unidades organizadas.
- Coordinar entre los diferentes centros de responsabilidad para la consecución de los objetivos estratégicos.
- La motivación para el logro de los objetivos institucionales.
- La evaluación de los resultados por centros de responsabilidad y la actuación de los responsables.

3.5 Objetivos que se quieren alcanzar

Fernández Díez, al final, sentencia: *“El proceso de presupuestos por unidades clínica solo tendrá éxito con la implantación de una dirección participativa que configure la organización del centro sanitario en centros de responsabilidad y que establezca mecanismos de vinculación (Acuerdo Cooperativo, Contrato Programa, etc.) de forma que cada centro de responsabilidad tenga su propio ciclo presupuestario, con el establecimiento de pactos de actividad y recursos”*.⁽⁸⁾

La planeación estratégica se convierte en el sustento, base, motor y propulsor de esta forma de gestión.

El autor citado, hace referencia al tema y concluye que *“los planes estratégicos solo tienen éxito si se orientan en el desarrollo de las responsabilidades operativas y motivan a los centros de responsabilidad a cumplir las metas y objetivos de la organización sanitaria”*.

⁽⁸⁾http://77espacio.unedes/fez/eserv.php?bibliuned:500848&dsID=n11.5_presupuestos_cl_nicos.pdf

CAPÍTULO IV

LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD (CR)

Un modelo operativo descentralizado a los centros o departamentos en los que se organiza la unidad sanitaria, con responsabilidades propias, orientadas a la organización y ejecución de sus propios objetivos, es una alternativa de gestión.

4.1 Planes de acción

Hasta fechas más recientes, en otros países como España, México y Chile, los centros sanitarios recibían el presupuesto en función del gasto generado en años anteriores y los responsables que lo administraban lo ejecutaban sin otra referencia que el monto asignado.

De acuerdo a la filosofía de los nuevos modelos organizativos y de gestión en los centros sanitarios, es importante que las decisiones operativas se descentralicen a los centros o departamentos en los que se organiza el centro sanitario (UNIDADES CLÍNICAS). De esta manera el presupuesto se elaboraría en cada Centro de Responsabilidad (CR) y el responsable asumiría la gestión de los recursos asignados.

Los presupuestos propuestos y/o concebidos necesariamente deberán vincular los recursos asignados con la actividad prevista y los resultados esperados.

En el capítulo anterior, decíamos que cada uno de los componentes de la cartera de servicios, pueden ser o constituirse en centros de responsabilidad, no obstante, los

planes de acción estarán orientados a identificar, en primer lugar, cuáles deben ser los centros de responsabilidad que conformarán el centro clínico.

Ángel Fernández Díez, define a los centros de responsabilidad de la siguiente manera:
“Es la división real del centro sanitario, constituida por un conjunto de medios que persiguen un mismo objetivo y cuya actividad puede medirse. Cada centro de responsabilidad se caracteriza por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, responsabilidad definida, un código identificativo, son entes contables y constituyen centros de control e imputación de gastos”.⁽⁹⁾

4.2 Información relevante

Los centros de responsabilidad, concebidos como modelo organizativo permiten descentralizar la toma de decisiones operativas en las unidades clínicas, para ello se hace imprescindible tener en cuenta la necesidad de:

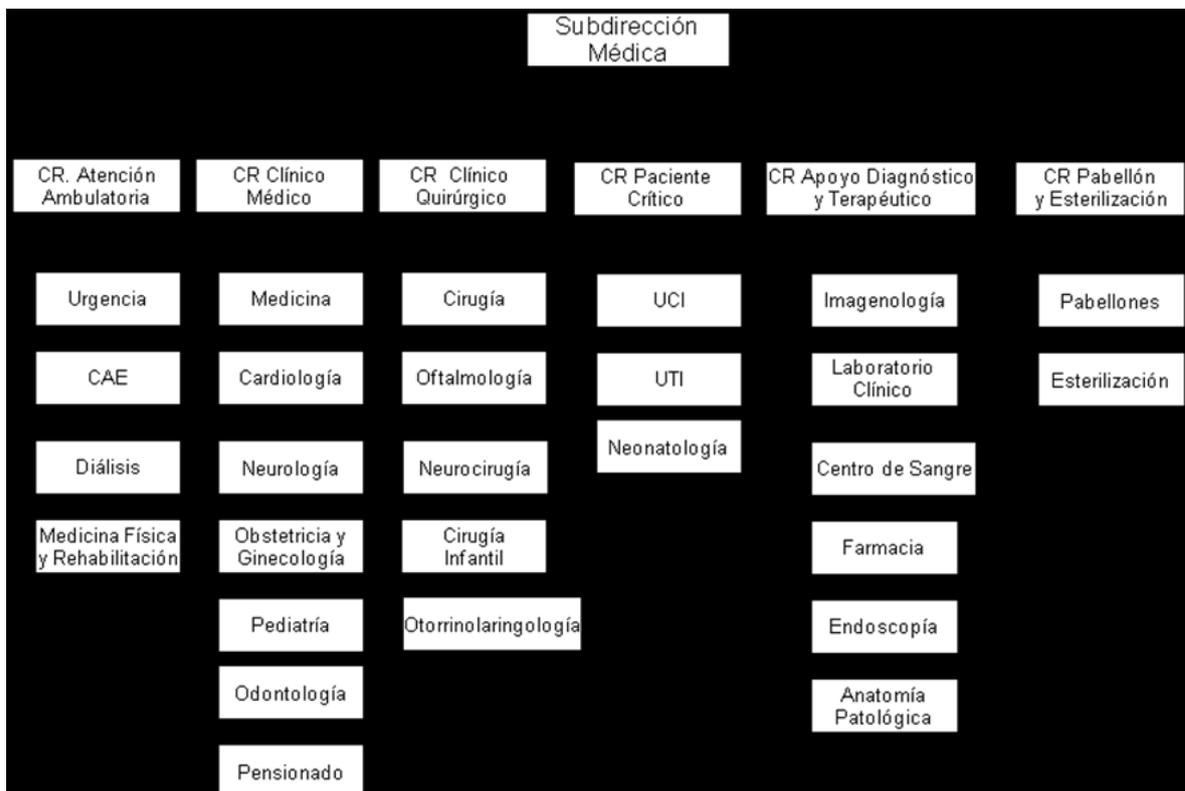
- Tener un conocimiento global de la cartera de servicios del centro hospitalario.
- Conocer las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) del centro clínico, orientando el análisis a su interior, dada su condición de ser casi un centro de salud monopólico, en la medida que responda a las necesidades de sus afiliados. Las amenazas internas son más propensas a causar serios problemas a la institución que las externas, casi inexistentes.

⁽⁹⁾http://e-pacio.unedes/fes/eserv.php?pid=bibliouned:500848&dsID=n11.5_presupuestos_cl_nicos.pdf

- Que exista la propensión al cambio, por parte de los directivos o de los propios actores directos del área vinculada a la salud, como los médicos, enfermeras, internos, residentes, etc.; en efecto, sería un grave problema la existencia de barreras y/o rechazo al cambio. Actitud que no se da en la Unidad estudiada.
- Que el análisis y la planeación estratégicos se ejerzan con seriedad en función del nuevo modelo de gestión y ejecución presupuestarias. Sin lugar a dudas, este es un elemento que dará el sustento necesario a corto y mediano plazos para la sostenibilidad del nuevo modelo.

El Hospital San Camilo de San Felipe, perteneciente al Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, presenta su estructura en centros de responsabilidad de la siguiente manera:

Cuadro 11: SUBDIRECCIÓN MÉDICA



Fuente: Hospital San Camilo.
http://www.hospitalsancamilo.cl/pdf/cartera_servicios.pdf,
(/organización_interna.pdf)

Julio Núñez, encargado de calidad y seguridad del paciente del hospital de Talagante en Chile, resume la importancia de los CR... (Ver Anexo)

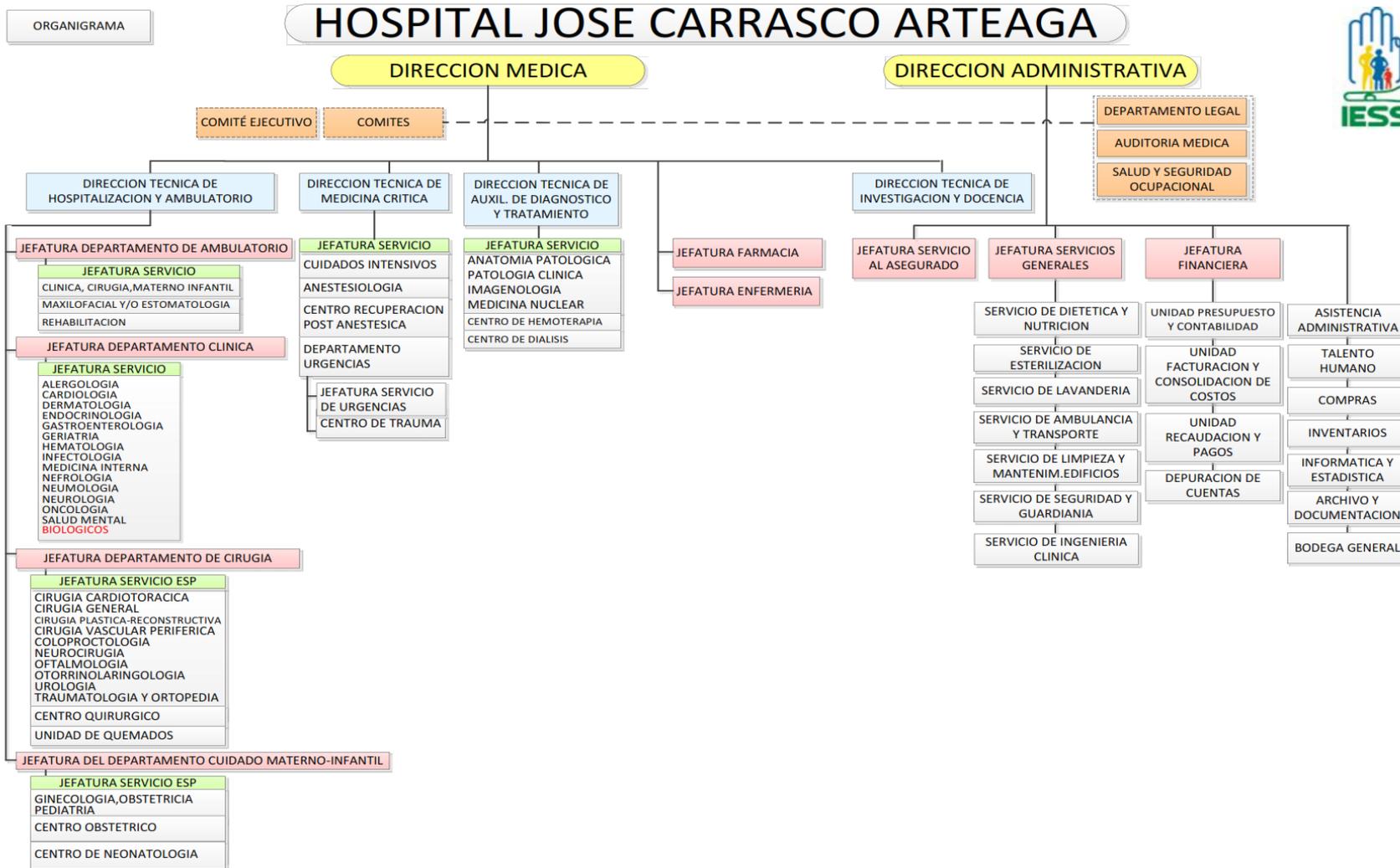
4.3 Los Centros de Responsabilidad (CR) de la Unidad estudiada

Se ha indicado que los Centros de Responsabilidad pueden responder a cada uno de los procedimientos u ofertas de la cartera de servicios.

Cosa improcedente por la magnitud del CR y por lo inaplicable de los mismos de acuerdo a los preceptos aquí descritos.

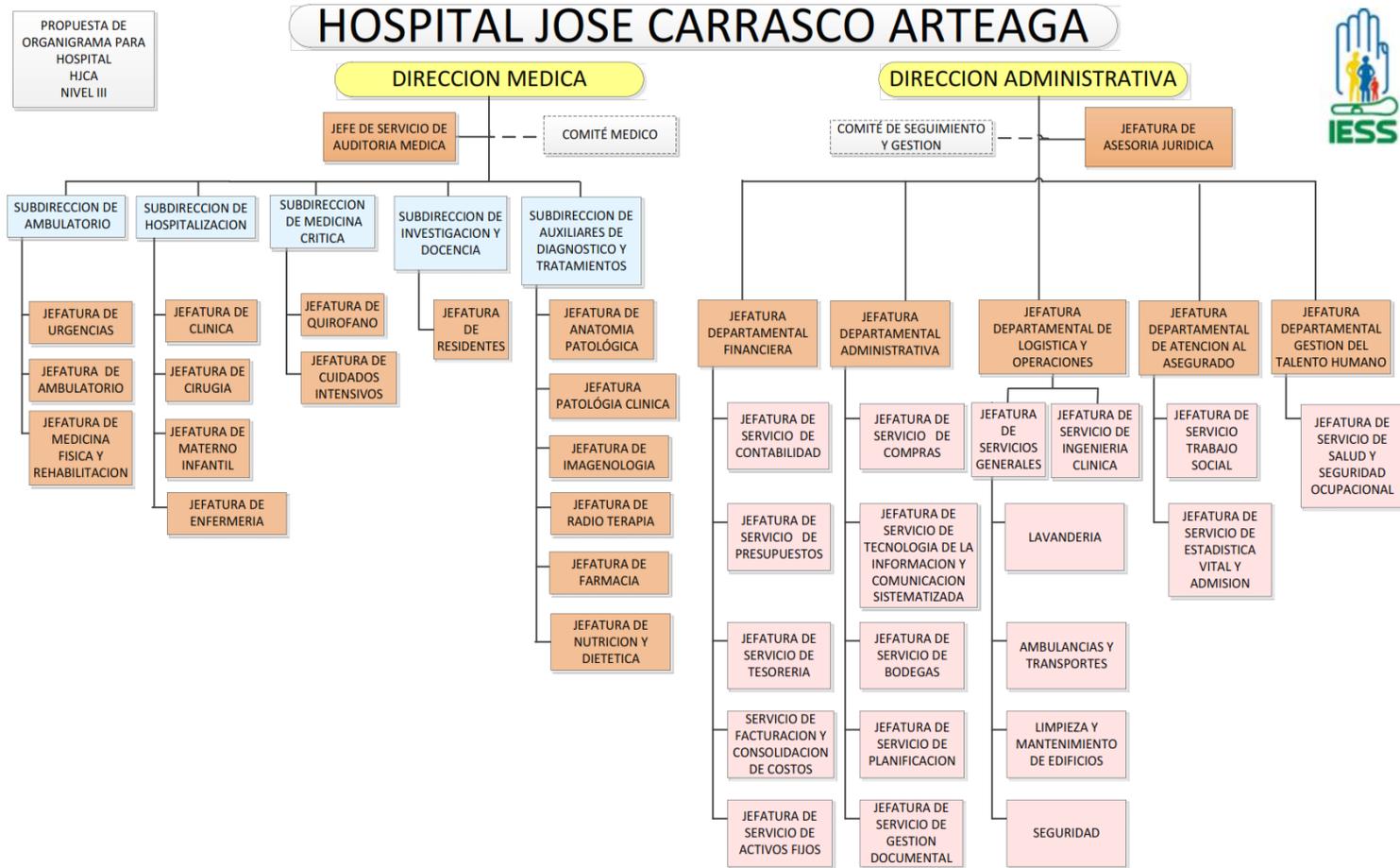
Con el propósito de proponer la estructura del Centro Sanitario en Centros de Responsabilidad, se hace necesario saber cuál es la estructura actual del hospital, la misma que se replica a continuación:

Cuadro 12: ORGANIGRAMA



Ahora bien, en base al organigrama descrito y con miras a obtener una mejor estructura organizacional apegada a la realidad y a las opciones de servicio que brinda el centro sanitario en el presente y consecuente con los nuevos modelos de gestión invocados en este trabajo, se ha propuesto una nueva estructura orgánica. A saber:

Cuadro 13: PROPUESTA DE ORGANIGRAMA PARA LA HJCA. NIVEL III



Chile, sin lugar a dudas, en América Latina, es uno de los países que más ha avanzado en esta nueva perspectiva y/o visión de organización sanitaria. El hospital de Linares es otro ejemplo de ello. En su página web http://www.hospitaldelinares.cl/hoslina/?page_id=46 se puede observar la definición y/o concepción de lo que es un Centro de responsabilidad y la estructura del mismo:

“Un CENTRO DE RESPONSABILIDAD (CR) es una UNIDAD DE GESTIÓN dirigida por UN RESPONSABLE en quien se ha delegado un determinado nivel de DECISIONES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS de la unidad. Sus objetivos son:

- *Transparentar la utilización de recursos.*
- *Facilitar la planificación global del establecimiento (Hospital de Linares).*
- *Descentralizar las decisiones de uso de recursos del establecimiento.*
- *Incorporar una herramienta de gestión que apoye al modelo de atención adoptado por el establecimiento.*
- *Crear una estructura organizacional que facilite la gestión de procesos y orientación hacia el usuario del establecimiento.*

En nuestro hospital, existen actualmente seis CENTROS DE RESPONSABILIDAD (CR), quirúrgico, Médico, Gineco Obstétrico, Neonatológico y Pediátrico, Odontológico y Emergencia Hospitalario”.

Ahora bien, la unidad estudiada, podría eventualmente organizarse en los Centros de Responsabilidad que a continuación se indica: **CR Ambulatorio, CR de Hospitalización, CR de Medicina Crítica y CR de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.**

El área de materno infantil o también conocida como gineco-obstétrico, no se considera un Centro de Responsabilidad en la medida que esta responsabilidad será delegada en el corto plazo a la atención de otro centro sanitario especializado exclusivamente en ese servicio.

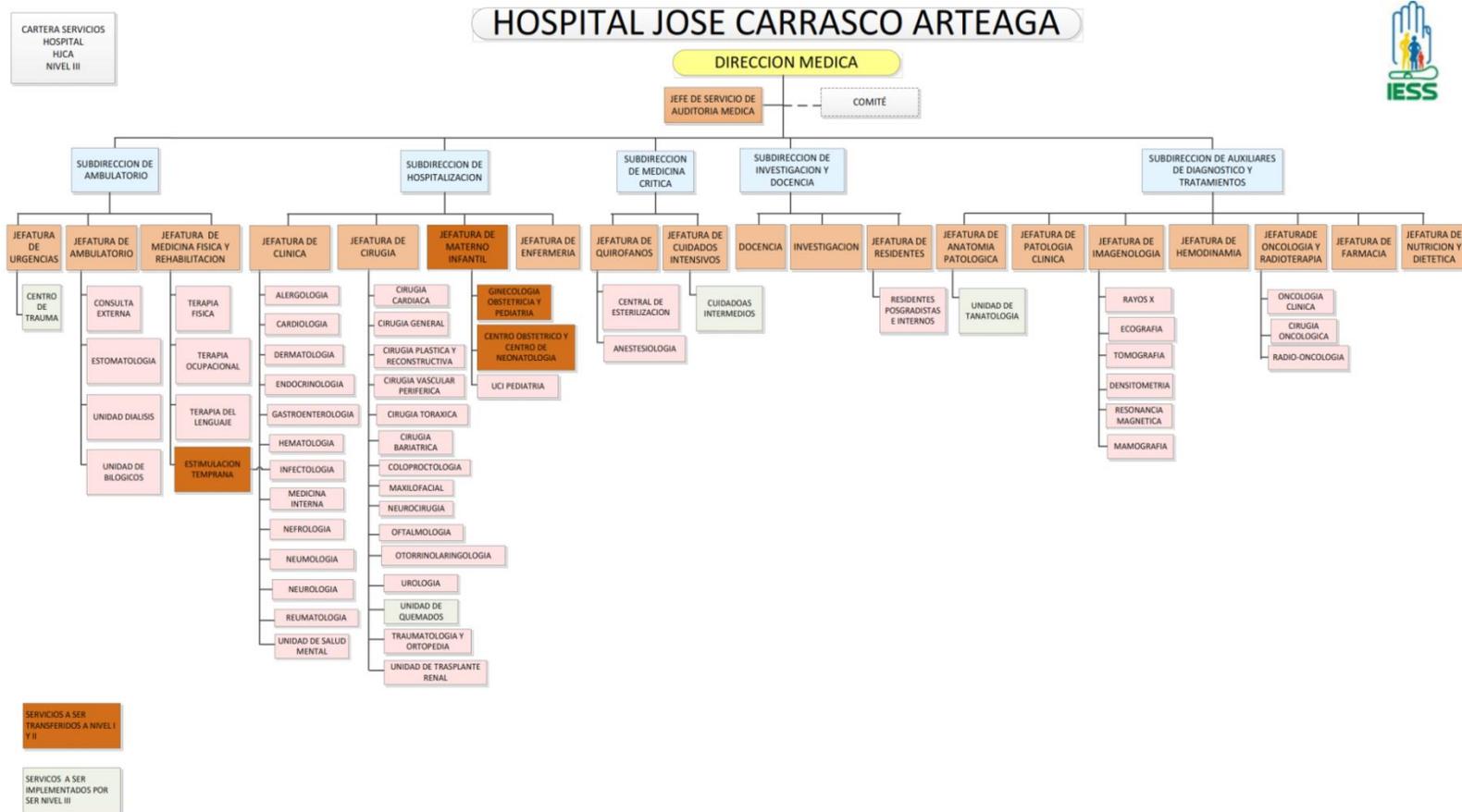
4.4 Planificación de actividades para cada una de las Unidades Organizativas / Centros de Responsabilidad

Habíamos indicado en párrafos anteriores que, por principio, las actividades que ulteriormente se reflejan en la cartera de servicios de los Centros de Responsabilidad deben ser homogéneos y generar un producto visible y cuantificable con miras a optimizar los recursos económicos humanos y materiales.

Para efectos de una adecuada planificación se hace imprescindible conocer cuál es la cartera de servicios atribuibles a cada Centro de Responsabilidad y a la Unidad médica en su conjunto.

A continuación la propuesta consensuada y presentada a la alta dirección:

Cuadro 14: CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL HJCA. NIVEL III



4.5 La coordinación entre los diferentes Centros de Responsabilidad para la consecución de los objetivos estratégicos

El concepto del producto va ligado de manera directa a los servicios que presta la unidad sanitaria así como a la gama de actividades que presta; por lo que se puede afirmar que una unidad clínica genera tantos productos cuantos pacientes trata.

Lo antes afirmado, nos lleva a identificar una nueva dimensión de producto y por lo tanto una nueva concepción del Centro de Responsabilidad. La composición de casos o *case-mix*, entendido como el catálogo de diagnósticos o enfermedades que resulta de la combinación de las diferentes patologías o enfermedades y problemas de salud que atiende la casa de salud. En este contexto, se hace necesario considerar también los siguientes elementos o variables a tener en cuenta para definir con mayor exactitud los CR en la unidad estudiada, tales como, ubicación geográfica, oferta (cartera de servicios), demanda o población y tal vez la más importante, la patología o frecuencia de enfermedades de la población (demanda potencial) a ser atendida en el centro sanitario.

El cabal conocimiento de estas variables indicará el nivel de conformación y de estructura de los centros de responsabilidad. En nuestro medio, por ejemplo, las patologías o frecuencias de enfermedades difieren entre las regiones: Costa, Sierra y Región Oriental. Las gripes y resfríos son más frecuentes en la Sierra que en la Costa. Los casos de urgencias o emergencias son mayores en la Costa que en la sierra, las enfermedades generadas por brotes de epidemias son en algunos casos exclusivos de una región, como el dengue en la Costa por citar unos ejemplos. Estas frecuencias,

asimismo, inducen a que ciertas áreas de apoyo o auxiliares de diagnóstico y de tratamiento como las áreas de farmacia e imagenología sean tratadas y concebidas como centros de responsabilidad, a pesar que no entregan un producto final.

Siendo la unidad estudiada un centro de atención ambulatoria, de referencia de especialidades y sub especialidades (especialización nivel III) y cuyo presupuesto destinado solo para solventar las necesidades de Farmacia, Insumos – Material de Laboratorio y Prótesis es de \$ 25.225.939,00 que representa el 43,80 % del presupuesto aprobado para el ejercicio económico del 2013 y sin considerar el gasto corriente directo como sueldos y salarios, equipamiento y servicios básicos (entre otros), resulta lógico suponer el nivel de importancia de estas áreas en la gestión hospitalaria. De ahí la necesidad de que Farmacia e Imagenología sean también tratados como centros de responsabilidad.

Cuadro 15: PROPUESTA CENTROS DE RESPONSABILIDAD HOSPITAL PÚBLICO NIVEL III – HJCA

CR AMBULATORIO	CR HOSPITALIZACIÓN	CR MEDICINA CRÍTICA	CR. AUX. DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	CR IMAGENOLOGÍA	CR FARMACIA
URGENCIAS	CLÍNICA	QUIRÓFANOS	ANATOMÍA PATOLÓGICA	RX	
AMBULATORIO	CIRUGÍA	CUIDADOS INTENSIVOS	PATOLOGÍA CLÍNICA	ECOGRAFÍA	
MEDICINA FÍSICA Y AMBULATORIO	ENFERMERÍA		HEMODINAMIA	TOMOGRFÍA	
			ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA	DENSITOMETRÍA	
			NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	RESONANCIA MAGNÉTICA	
				MAMOGRFÍA	

Elaborado: Marlon Villavicencio Alvarado

Medicación, equipos e insumos y suministros pueden ser utilizados para el tratamiento de patologías comunes y por lo tanto no deberían ser adquiridos por especialidad.

En la unidad estudiada, TRAUMATOLOGÍA no es considerada como un CENTRO DE RESPONSABILIDAD. No reviste mayor importancia en cuanto al número de cirugías que el resto de patologías quirúrgicas. Por lo tanto, traumatología es parte del CR de HOSPITALIZACIÓN integrado en el servicio de CIRUGÍA.

Cuadro 16: I. E. S. S. DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL FAMILIAR

INFORME MES DE AGOSTO

AÑO **2013** UND. MEDIC A **HOSPITAL DE CUENCA** DIAS LABORADOS **31** Pág. **7**

INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR ESPECIALIDAD	TIPO BENEFICIARIO								SEXO			GRUPOS DE EDAD							
	SEG. SALUD	RIESGO TRABAJ. VOLUNTAR.	CONYUGE	MENOR 6 AÑOS	JUBILD.	S.S.C.	MONTEPIO	NO AFILIADO	TOTAL CIRUGIAS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MENOR 1 MES	1 A 11 MESES	1 A 14 AÑOS	15 A 40 AÑOS	41 A 60 AÑOS	61 Y MAS AÑOS	TOTAL
CIRUGIA CARDIOTORACICA	4			1	3	1			9	5	4	9				3	4	2	9
CIRUGIA GENERAL	107			27	16	10			160	74	86	160			31	59	36	34	160
CIRUGIA MAXILO FACIAL					-	-									-	-	-	-	
CIRUGIA PLASTICA	13			3	3	2			21	10	11	21		1	3	7	6	4	21
CIRUGIA VASCULAR	54			-	9	1		2	66	12	54	66			-	13	38	15	66
GINECOLOGIA	70			2	1	4		1	78		78	78			3	42	26	7	78
NEUROCIRUGIA	19			2	8	8		2	39	22	17	39			2	8	15	14	39
OBSTETRICIA	55			2	-	4			61		61	61			-	58	3	-	61
OFTALMOLOGIA	5			-	3	2			10	4	6	10			-	8	2	-	10
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	94			23	16	10			143	91	52	143		3	20	51	44	25	143
OTORRINOLARINGOLOGIA	49			10	2	5			66	47	19	66			6	44	13	3	66
PROCTOLOGIA	31			3	4	4			42	23	19	42			8	8	16	10	42
UROLOGIA	32			8	8	8			56	36	20	56		1	7	6	25	17	56
ONCOLOGIA	22			-	12	4			38	29	9	38			1	8	11	18	38
OTROS	143			43	38	6			230	113	117	230		2	45	52	56	75	230
TOTAL	698			124	123	69		5	1019	466	553	1019		7	126	367	295	224	1019

Fuente: Jefatura de Enfermería del HJCA

CAPÍTULO V

PREVISIÓN PRESUPUESTAL DEL ÁREA DEFINIDA

Por disposición administrativa, desde la matriz, para el nuevo ejercicio económico (2014), los recursos que cubrirán el presupuesto, serán asignados en función de la facturación efectiva ejecutada durante el precedente ejercicio económico (2013).

La facturación debe entenderse no como el medio o mecanismo físico de emisión del documento que genera la obligación por el servicio prestado a “X” usuario. Debemos recordar que todos los usuarios, derechohabientes o no, tienen derecho a la atención gratuita. En aquellos casos en los que el patrono no haya cumplido con sus obligaciones, el valor facturado es cobrado al patrono.

La facturación, en efecto, valora cada servicio y/o atención que se otorga a cada usuario por el servicio prestado, en función de un tarifario promulgado por la matriz.

Emitido en un sistema de control interno, permite conocer cuánto en “efecto” ha producido cada servicio.

Cuadro 17: COMPARATIVO FACTURACIÓN 2012 – 2013

AÑOS	PRESUPUESTO	FACTURACIÓN	FACTURACIÓN	FACTURACIÓN	FACTURACIÓN	FACTURACIÓN	FACTURACIÓN
		MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.
2012	55.141.491,84	24.417.155,99	26.421.359,66	30.163.116,22	33.414.843,04	36.770.577,65	40.279.539,02
2013	57.600.000,00	19.782.352,06	24.570.296,51	29.894.146,51	34.074.656,40	39.698.340,40	45.349.597,21

Fuente: Dirección Administrativa del HJCA

Elaborado por: Marlon Villavicencio Alvarado

Cuadro 18: FACTURACIÓN POR SERVICIO

COMPARATIVO 2012 – 2013

CONSULTA EXTERNA	2.866.341,38	2.989.067,24
ODONTOLOGÍA	15.819,00	78.530,92
REHABILITACIÓN	2.762.488,00	1.830.832,39
CARDIO - HEMODINAMIA	975.764,00	1.249.674,00
IMÁGENES	3.595.889,00	3.690.708,18
LABORATORIO	4.363.515,00	4.481.442,84
PROCEDIMIENTOS	0,00	961.289,40
HOSPITALIZACIÓN	10.193.627,33	8.903.028,91
CUIDADOS INTENSIVOS	1.061.412,00	729.697,35
QUIRÓFANO	2.996.150,00	4.294.304,16
EMERGENCIA	1.645.448,00	1.239.924,08
FÁRMACOS	9.802.020,00	11.697.245,94
INSUMOS	0,00	3.188.440,59
AMBULANCIAS	1.065,31	15.411,21
TOTAL	40.279.539,02	45.349.597,21

FUENTE: Departamento de Facturación
Elaborado por: Marlon Villavicencio Alvarado

Esta disposición (establecer como presupuesto en función del valor facturado durante el ejercicio económico anterior) permite suponer más desventajas que ventajas con este método de asignación, a saber:

- a. No todas las áreas productivas están dotadas de la infraestructura necesaria como *hardware*;
- b. no todos los servicios y productos están catalogados en el tarifario;
- c. no existe un sistema de control hacia el personal responsable de la tarea de la facturación;
- d. no se factura todo lo que se consume y
- e. no existe un mecanismo eficiente de control y de cruce de inventarios o existencias, esto es establecer igualdades o diferencias entre el inventario ingresado, consumido y el saldo. Salvo el contable.

A más de las desventajas, entre las más importantes, expuestas en líneas anteriores, probablemente la siguiente reflexión sea la más relevante: esto es que la óptima producción y eficiente facturación de algunas unidades, áreas o servicios terminen subsidiando la ineficiencia o negligencia de otras. El éxito de unos se subyuga al fracaso de otros.

5.1 Grupos básicos de atención

México, por intermedio de la DGPLADES (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud) y España a través de la Secretaria de Salud, los proponen como mecanismo de asignación presupuestaria para los Hospitales de Alta Especialidad, basados, precisamente, en la Metodología por GRUBA´s (GRUPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN). Esta, según la DGPLADES, parte de los siguientes supuestos:

1. Clasificación de los Hospitales por tipo, rango de número de camas totales, consultorios, áreas de urgencias y/o admisión continua y áreas de atención de corta estancia.
2. Definición de la producción de servicios finales básicos.
3. Estimación de la previsión presupuestal de operación total de los hospitales.
4. Estimación de la previsión presupuestal de operación fija, para el funcionamiento básico de los hospitales.
 - a. Definición de las plantillas de personal operativo para el funcionamiento básico de los hospitales.
 - b. Construcción de un índice de estimación de presupuesto para los capítulos de gasto correspondientes a materiales, suministros y servicios generales.
 - c. Integración del presupuesto de operación básico.

5. Definición de la parte variable de la previsión presupuestal de operación, vinculada a la producción de servicios y a los estímulos al desempeño.
6. Estimación de los grupos básicos de atención (GRUBA's) y su costo respectivo por tipo de hospital.

La metodología propuesta también se basa en la determinación del número de camas, pues para los hospitales de alta especialidad se determinó que el número de ellas varía entre 120 y más de 300 unidades.

Otra premisa es la definición de la producción de servicios finales básicos. La DGPLADES plantea los siguientes supuestos a ser utilizados en el modelo propuesto a partir de la capacidad disponible:

- A. Porcentaje de ocupación de 80 % para los servicios de hospitalización, consulta externa y admisión continua.
- B. Disponibilidad de camas censables de hospitalización las veinticuatro horas del día los 365 días del año.
- C. Disponibilidad de camas no censables de admisión continua las veinticuatro horas del día los 365 días del año.
- D. Disponibilidad de los consultorios de consulta externa doce horas diarias, 220 días hábiles. Se consideraron tres consultas por hora.
- E. Disponibilidad de los consultorios de admisión continua las veinticuatro horas del día, los 365 días del año. Se consideró una consulta por hora.
- F. Promedio de horas observación en admisión continua doce horas.
- G. Promedio de días estancia de ocho días.
- H. Relación de consulta de primera vez y subsecuentes de una a tres.

- I. Disponibilidad en las áreas para atención de corta estancia de doce horas diarias 220 días hábiles. Se consideró una sesión o tratamiento por día por módulo, cama y/o equipo.

A continuación un Ejemplo de la aplicación propuesta por la DGPLADES de México. Desde el cuadro 19 al 35 es una fiel transcripción del modelo de presupuestación.

Cuadro 19: CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD POR RANGO DE No. DE CAMAS, CONSULTORIOS, ÁREAS DE ADMISIÓN CONTÍNUA Y DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA

TIPO DE HOSPITAL	RANGO # CAMAS	<i>Nro. De Camas</i>			<i>No. Consultorios</i>		Admisión	Atención de Corta Estancia (*)
		Censables	No Censables	TOTAL	Consulta Externa	Admisión Continua / Urgencia	Continúa No. Camillas	
Alta Especialidad	< 120	66	54	120	20	-	12	18
	>120	136	86	222	29	2	10	18

(*) Se consideran áreas de atención de corta estancia los módulos de diálisis y hemodiálisis, camas para tratamientos oncológicos, ambulatorios y la disponibilidad de equipo de litotripsia.

Cuadro 20: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DEFINIDA POR HOSPITAL Y RANGO DE No. DE CAMAS

RANGO # CAMAS	<i>No. De Consultas</i>			Número de Egresos	<i>Promedio</i> Días Estancia	<i>No. De Atenciones En Admisión Continua / Urgencia</i>	<i>No. De Atenciones En Corta Estancia</i>
	1ra. Vez	Subsecuentes	Relación 1ra./Subsec.				
120	31.680	95.040	0,33	2.409	8	7.008	3.168
222	45.936	137.808	0,33	4.964	8	19.856	3.168

Cuadro 21: COSTO ANUAL POR CAMA

Tipo de Hospital	Costo anual por Cama
Alta Especialidad	2.640.000

Es el resultado de dividir el presupuesto anual para el número de camas.

Cuadro 22: ESTIMACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL DE OPERACIÓN TOTAL ANUAL A PARTIR DEL COSTO ANUAL POR CAMA

Tipo de Hospital	Costo Anual por cama a	No. de Camas b	Previsión Presupuestal Anual c= a*b
Alta Especialidad	2.640.000	120	316.800.000
		222	586.080.000

A. ESTIMACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL DE OPERACIÓN**TOTAL ANUAL A PARTIR DEL COSTO ANUAL POR CAMA****Cuadro 23: PLANTILLA BÁSICA DE PERSONAL Y SU COSTO RESPECTIVO PARA HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD DE 120 Y MÁS CAMAS**

DESCRIPCIÓN TABULADOR INSTITUCIONAL	COSTO TOTAL ANUAL
PERSONAL DIRECTIVO	10.211.148
Directores	
PERSONAL OPERATIVO	53.651.977
Jefe de División	
Supervisor de Enfermería	
Médico Especialista A	
Enfermera General Titulada	
Nutricionista	
Auxiliar de Laboratorio	
Camillero	
Técnico Operador de Caldero	
Apoyo Administrativo	
TOTAL	63.863.125

Cuadro 24: COEFICIENTE RELATIVO PARA MATERIALES, SUMINISTROS Y SERVICIOS GENERALES

Para obtener la previsión presupuestal correspondiente a los gastos de materiales y suministros y servicios generales, se obtuvo con la información muestra de hospitales un coeficiente relativo que tomó como base el costo de las plantillas de personal.

TIPO DE HOSPITAL	Rango No. De Camas	Coeficiente Relativo	
		Materiales y Suministros	Servicios Generales
Alta Especialidad	< 120	0,25	0,14
	>120	0,26	0,15

B. Previsión presupuestal anual fija y variable

Cuadro 25: INTEGRACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL FIJA ANUAL PARA LA OPERACIÓN BÁSICA DE LOS HOSPITALES

TIPO DE HOSPITAL	Rango No. de Camas	No. De Camas	Costo Plantillas de Personal a	Materiales y Suministros		Servicios Generales		Previsión Presupue stal Total Fija f=a+c+e
				Coeficie nte Relativo b	Previsión Presupue stal c= a*b	Coeficie nte Relativo d	Previsión Presupue stal e=a*d	
Alta Especialidad	< 120	120	63.863.125	0,25	15.965.78 1	0,14	8.940.838	88.769.744
	>120	222	63.863.125	0,26	16.604.41 3	0,15	9.579.469	90.047.006

La previsión presupuestal para materiales y suministros representa el 25 y 26 % del costo de las plantillas para personal, para hospitales con capacidad menor a 120 y mayor a 120 camas respectivamente. Explicación similar sería e cuanto a servicios generales.

**Cuadro 26: PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL TOTAL, FIJA
Y VARIABLE POR TIPO DE HOSPITAL Y RANGO DE NO. DE CAMAS**

TIPO DE HOSPITAL	Rango No. de Camas	No. De Camas	PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL				
			Total a	Fija b	Variable Total c=a-b	Variable vinculada a Producción de Servicios (90%) d=c*0,9	Variable vinculada a Incentivos 10% e=c*0,1
Alta Especialidad	< 120	120	316.800.000	88.769.744	228.030.256	205.227.231	22.803.026
	>120	222	586.080.000	90.047.006	496.032.994	446.429.694	49.603.299

Lo representativo de este cuadro es la asignación de variables vinculadas a la producción (90%) y a incentivos el 10 %.

C. Estimación de las unidades básicas de atención y su costo

La DGPLADES define a los GRUBA´s como una medida estándar de los productos finales básicos que se producen en las unidades médicas. Una GRUBA es equivalente a un día de estancia.

Cuadro 27: PRODUCTOS FINALES BÁSICOS Y SUS EQUIVALENTES EN GRUPOS DE ATENCIÓN GRUBA´s

PRODUCTOS FINALES BÁSICOS GRUBA

Consulta de 1a. vez	0,40
Consulta Subsecuente	0,20
Atención de urgencia/Admis. Continua	0,50
Día estancia / hospitalización	1,00
Atención de corta estancia	2,00

Este cuadro refleja porcentajes asignados a cada variable y/o concepto de GRUBA fruto de estudios en hospitales de igual nivel.

Cuadro 28: PRODUCCIÓN ANUAL DE SERVICIOS ESPERADOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, DEFINIDA POR TIPO DE HOSPITAL SEGÚN RANGO DE NUMERO DE CAMAS, Y SU CONVERSIÓN A GRUBA.

TIPO DE HOSPITAL	RANGO # CAMAS	CONSULTAS						RELACION IRA. VEZ/SUBSEC
		IRA. VEZ			SUBSECUENTES			
		No.	Valor GRUBA	Total GRUBA's	No.	Valor GRUBA	Total GRUBA's	
		(a)	(b)	c=a*b	(d)	€	f=d*e	
Alta	< 120	31.680,00	0,40	12.672,00	95.040,00	0,20	19.008,00	0,33
Especialidad	>120	45.936,00	0,40	18.374,40	137.808,00	0,20	27.561,60	0,33

Este cuadro básicamente refleja el valor en GRUBA's de las consultas externas tanto para la primera vez como para las consultas subsecuentes.

Cuadro 29: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, Y SU CONVERSIÓN A GRUPOS DE ATENCIÓN BÁSICA - GRUBA's

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	Atención de Corta Estancia		
		No.	Valor GRUBA	Total GRUBA's
		a	b	c=a*b
Alta	120	3.168	2,00	6.336
Especialidad	222	3.168	2,00	6.336

Este cuadro refleja el total de GRUBA's esperado en el servicio de corta estancia (pacientes no hospitalizados) en función de la variable establecida para ese servicio.

Cuadro 30: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE Y SU CONVERSIÓN A GRUBA´s

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	EGRESOS / HOSPITALIZACIÓN				ATENCIÓNES DE URGENCIA / ADMISIÓN CONTINUA		
		No.	Promedio Días Estancia	Valor GRUBA	Total GRUBA´s	No. De Atenciónes	Valor GRUBA	Total GRUBA´s
		a	b	c	d=a*b*c	e	f	g=e*f
Alta	120	2.409	8	1	19.272	7.008	1	3.504
Especialidad	222	4.964	8	1	39.712	19.856	1	9.928

Este cuadro refleja el total de GRUBA´s tanto en hospitalización como en Emergencia (urgencia / admisión continúa).

Cuadro 31: TOTAL DE GRUPOS BASICOS DE ATENCIÓN (GRUBA´s) POR PRODUCTO FINAL

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	GRUPOS DE ATENCIÓN BÁSICA (GRUBA´s) POR PRODUCTO FINAL					
		Consultas de 1ra. Vez	Consultas Subsecuentes	Atenciones de Corta Estancia	Egresos / Hospitalización	Atenciones de Urgencias / Continua	Total de GRUBA´s Por Unidad Médica
Alta	120	12.672,00	19.008,00	6.336	19.272	3.504	60.792,00
Especialidad	222	18.374,40	27.561,60	6.336	39.712	9.928	101.912,00

Este cuadro refleja el total de GRUBAS por todos y cada uno de los servicios que presta la unidad médica para hospitales especializados con menos de 120 camas y con capacidad de más de 120 camas.

Cuadro 32: COSTO POR GRUPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN (GRUBA)

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	Previsión Presupuestal Variable Vinculada a la Producción de Servicios A	TOTAL DE GRUBA´s b	Costo por GRUBA c=a/b
Alta	120	205.227.230,63	60.792,00	3.375,89
Especialidad	222	446.429.694,38	101.912,00	4.380,54

Tomando como base los cuadros 26 y 31. Este cuadro (32) determina el valor en GRUBAS de la previsión presupuestal relacionada con el coste variable.

Los siguientes cuadros: 33, 34 y 35 reflejan el valor final expresado en términos monetarios de cada uno de los servicios indicados en el título de los cuadros; mientras que, el último innumerado refleja el presupuesto final de la totalidad del variable.

Cuadro 33: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	CONSULTAS					
		1RA. VEZ			SUBSECUENTES		
		Costo GRUBA a	Valor GRUBA b	Costo Por Consulta c=a*b	Costo GRUBA d	Valor GRUBA e	Costo por Consulta f=d*e
Alta Especialidad	120	3.375,89	0,40	1.350	3.375,89	0,20	675,18
	222	4.380,54	0,40	1.752	4.380,54	0,20	876,11

Cuadro 34: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA		
		COSTO GRUBA a	VALOR GRUBA b	COSTO POR ATENCIÓN c=a*b
Alta Especialidad	120	3.375,89	2,00	6.751,78
	222	4.380,54	2,00	8.761,08

Cuadro 35: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	EGRESOS / HOSPITALIZACION				ATENCIONES EN ADMISIÓN CONTINUA / URGENCIAS		
		COSTO GRUBA a	PROMEDIO DIAS ESTANCIA b	VALOR GRUBA c	COSTO POR EGRESO d=a*b*c	COSTO GRUBA e	VALOR GRUBA f	COSTO X ATENCION g=e*f
Alta Especialidad	120	3.375,89	8	1,00	27.007,14	3.375,89	0,50	1.687,95
	222	4.380,54	8	1,00	35.044,33	4.380,54	0,50	2.190,27

COSTO POR PRODUCTO FINAL	UNITARIO	NRO.	TOTAL
CONSULTAS 1RA. VEZ	1.752	45.936	80.489.812,55
CONSULTAS SUBSECUENTES	876,11	137.808	120.734.718,82
CORTA ESTANCIA	8.761,08	3.168	27.755.107,77
HOSPITALIZACIÓN	35.044,33	4.964	173.960.044,19
ADMISIÓN CONTINUA	2.190,27	19.856	43.490.011,05
TOTAL	48.624,01		446.429.694,38

PRUEBA DE CONTROL DEL RESULTADO

PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL TOTAL, FIJA Y VARIABLE POR TIPO DE HOSPITAL Y RANGO DE No. DE CAMAS

446.429.694,38

Cuadro 36: El presupuesto bajo el Método Propuesto: Impacto financiero

*Establecimiento : HJCA
Período : 01-2013 al 12-2013
Cuadro #4: PRESUPUESTO*

ACTIVIDAD	HOSPITALIZACION TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	CONSULTA TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	
			COSTO 2013	PRESUPUESTO 2013
Rem. Personal Planta Medica	12.032,00	293.656,00	305.688,00	384.610,80
Rem. Personal. Otra Fuente Medica	16.080,00	255.986,00	272.066,00	342.303,61
Total GASTOS DE PERSONAL	28.112,00	549.642,00	577.754,00	726.914,41
Lencería	2.751,06		2.751,06	5.743,40
Combustible/Lubricantes	2.581,68		2.581,68	7.509,33
Materiales. Oficina e Informática	2.173,49	98,65	2.272,14	2.166,67
Materiales Aseo y Limpieza	3.941,48	5,88	3.947,36	6.225,73
Medicinas	55.204,14	64.026,65	119.230,79	450.000,00
Material de Curación	119.032,91	1.373,04	120.405,95	317.995,77
Total BIENES DE USO Y CONS	185.684,76	65.504,22	251.188,98	789.640,90
Servicios Básicos	4.354,94	39,31	4.394,25	12.666,67
Total SERVICIOS BÁSICOS	4.354,94	39,31	4.394,25	12.666,67
Servicio Vigilancia	12.460,09	72,52	12.532,61	13.910,00
Servicio Aseo	17.502,05	72,52	17.574,57	61.121,67
Inst. Mantenimiento y Reparación	23.623,83		23.623,83	12.666,67

Total COMPRA DE SERVICIOS	53.585,97	145,04	53.731,01	87.698,33
Depreciaciones	21.270,09	176,96	21.447,05	21.447,05
Total DEPRECIACIONES	21.270,09	176,96	21.447,05	21.447,05
Costo Uso edificio	36.783,36	1.787,84	38.571,20	38.571,20
Total COSTO USO EDIFICIO	36.783,36	1.787,84	38.571,20	38.571,20
Total c. directo	329.791,12	617.295,37	942.692,24	1.676.938,56
CENTRO DE HEMOTERAPIA	3.385,03	177,59	3.562,62	6.341,46
CENTRO DE BIOLOGICOS	310,38	77,59	387,97	690,59
CUIDADOS INTENSIVOS	16.617,34	0,00	16.617,34	29.578,87
ULTRASONIDO	93,31	609,12	702,43	1.250,33
TOMOGRAFIAS	670,30	1.402,96	2.073,26	3.690,40
MAMOGRAFIAS	0,00	28,15	28,15	50,11
RADIOLOGIA CONVENCIONAL	14.520,55	91.279,20	105.799,75	188.323,56
LABORATORIOS CLINICO	14.161,15	10.483,31	24.644,46	43.867,14
LABORATORIOS PATOLOGIA	1.307,11	0,00	1.307,11	2.326,66
NUTRICION	62.637,75	150,58	62.788,33	111.763,23
CENTRO QUIRURGICO	377.338,15	0,00	377.338,15	671.661,91
REHABILITACION	11.487,80	277,70	11.765,50	20.942,59
SALA DE RECUPERACION	25.765,33	0,00	25.765,33	45.862,29
FARMACIA	4.682,57	6.143,90	10.826,47	19.271,12
DIETETICA	9.121,40	0,00	9.121,40	16.236,09
ESTERILIZACION	14.306,47	2.782,05	17.088,52	30.417,57
TRABAJO SOCIAL	3.132,95	895,13	4.028,08	7.169,98
LAVANDERIA	21.604,14	62,26	21.666,40	38.566,19
MANTENIMIENTO	4.283,38	174,83	4.458,21	7.935,61
DIRECCION Y ADMINISTRACION	34.749,48	117.727,36	152.476,84	271.408,78
TOTAL	620.174,59	232.271,73	852.446,32	1.517.354,45

Fuente y Elaboración: Unidad de Presupuestos HJCA

Cuadro 37: CAMAS CENSABLES

PLANTA	DEPARTAMENTO	NUMERO DE CAMAS
SEPTIMA	CLINICA 1	29
SEXTA	CLINICA 3	25
	YODOTERAPIA	3
QUINTA	NEUROGIRUGIA UROLOGIA	26
	TRAUMATOLOGIA	27
CUARTA	CLINICA 2	25
	PEDIATRIA	25
TERCERA	CIRUGIA	27
	GINECO. OBSTETRICIA	24
	NEONATOLOGIA	12
PLANTA BAJA	OBSERVACION	16
TOTAL		239

Fuente y Elaboración: Unidad de estadística HJCA

Cuadro 38: CAMAS NO CENSABLES

PLANTA	DEPARTAMENTO	NUMERO DE CAMAS
SEPTIMO	BIOLÓGICOS	10
SEXTO	HEMODIÁLISIS	6
	QUIMIOTERAPIA	10
QUINTO	ENDOUROLOGÍA	7
TERCERO	<u>HOSPITALIZACIÓN CONJUNTA NIÑO SANO</u>	<u>9</u>
PRIMERA	<u>U.C.I.</u>	<u>8</u>
	<u>RECUPERACIÓN DE QUIRÓFANO</u>	<u>6</u>
	<u>RECUPERACIÓN DE TOCOQUIRURGICO</u>	<u>4</u>
	<u>SALA DE LABOR DE PARTO</u>	<u>4</u>
TOTAL		64

Fuente y Elaboración: Unidad de Estadística HJCA

NÚMERO DE CONSULTORIOS	55
NÚMERO DE CONSULTORIOS EN EMERGENCIA	5
NÚMERO DE CAMAS EN EMERGENCIA	CONSTA EN TABLA SUPERIOR (OBSERVACIÓN) 16
ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA	TABLA ANTERIOR (CAMAS NO CENSABLES)
NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS EN 2012	76.163 (2012) - 84.357 (2013)
CONSULTAS SUBSECUENTES EN 2012	168.211 (2012) - 161.169 (2013)
NÚMERO DE EGRESOS 2012	14.274 (2012) - 11.423 (2013)
PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA 2012	4.08 (2012) - 4.01 (2013)
No. DE ATENCIONES EN EMERGENCIA 2012	96.010 (2012) - 118.764 (2013)

Fuente y Elaboración: Unidad de Estadística HJCA

Ahora bien, bajo el método de presupuestación propuesto, para la unidad médica en estudio, paso a paso, el modelo presupuestario es el siguiente:

Cuadro 39: CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD POR RANGO DE No. DE CAMAS, CONSULTORIOS, ÁREAS DE ADMISIÓN CONTÍNUA Y DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA

TIPO DE HOSPITAL	RANGO # CAMAS	<i>Nro. De Camas</i>			<i>No. Consultorios</i>		Admisión	Atención de Corta Estancia (*)
		Censales	No Censales	TOTAL	Consulta Externa	Admisión Continua / Urgencia	Continúa No. Camillas	
Especialidad	>120	239	31	270	55	5	10	33

Cuadro 40: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DEFINIDA POR HOSPITAL Y RANGO DE No. DE CAMAS

RANGO NO. CAMAS	<i>No. De Consultas</i>			Número de Egresos	<i>Promedio Días Estancia</i>	<i>No. Atenciones En Admisión Continua / Urgencia</i>	<i>No. Atenciones En Corta Estancia</i>
	1ra. vez	Subsecuentes	Relación 1ra./Subsec.				
270	76.163	168.211	0,45	14.274	4	96.010	7.200

Cuadro 41: COSTO ANUAL POR CAMA

Tipo de Hospital	Costo anual por Cama
Alta Especialidad	237.002

La determinación del costo anual cama parte del presupuesto para el ejercicio económico 2012, esto es por la suma de \$ 63.990.493,61. Número de camas = 270.

Cuadro 42: ESTIMACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL DE OPERACIÓN TOTAL ANUAL A PARTIR DEL COSTO ANUAL POR CAMA

Tipo de Hospital	Costo Anual por cama a	No. de Camas b	Previsión Presupuestal Anual c= a*b
Alta Especialidad	237001,8282	270	63.990.494

A. ESTIMACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL FIJA PARA LA OPERACIÓN BÁSICA DE LOS HOSPITALES

Cuadro 43: PLANTILLA BÁSICA DE PERSONAL Y SU COSTO RESPECTIVO PARA HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD DE 120 Y MÁS CAMAS

DESCRIPCIÓN TABULADOR INSTITUCIONAL	COSTO TOTAL ANUAL
PERSONAL DIRECTIVO	3.893.907
Directores	
PERSONAL OPERATIVO	18.000.000
Jefe de División	
Supervisor de Enfermería	
Auxiliar de Laboratorio	
Camillero	
Técnico Operador de Caldero	
Apoyo Administrativo	
TOTAL	21.893.907

Cuadro 44: COEFICIENTE RELATIVO PARA MATERIALES, SUMINISTROS Y SERVICIOS GENERALES

TIPO DE HOSPITAL	Rango No. De Camas	Coeficiente Relativo	
		Materiales y Suministros	Servicios Generales
Alta Especialidad	< 120	0,25	0,14
	>120	0,26	0,15

Cuadro 45: INTEGRACIÓN DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL FIJA ANUAL PARA LA OPERACIÓN BÁSICA DE LOS HOSPITALES

TIPO DE HOSPITAL	Rango No. de Camas	No. De Camas	Costo Plantillas de Personal a	Materiales y Suministros		Servicios Generales		Previsión Presupuestal Total Fija f=a+c+e
				Coeficiente Relativo b	Previsión Presupuestal c= a*b	Coeficiente Relativo d	Previsión Presupuestal e=a*d	
Alta Especialidad	0	0	-	0,25	-	0,14	-	-
	>120	270	21.893.907	0,26	5.692.416	0,15	3.284.086	<u>30.870.409</u>

Cuadro 46: PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL TOTAL, FIJA Y VARIABLE POR TIPO DE HOSPITAL Y RANGO DE NO. DE CAMAS

TIPO DE HOSPITAL	Rango No. de Camas	No. De Camas	PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL				
			Total a	Fija b	Variable Total c=a-b	Variable vinculada a Producción de Servicios (90%) d=c*0,9	Variable vinculada a Incentivos 10% e=c*0,1
Alta Especialidad	>120	270	63.990.494	30.870.409	33.120.085	29.808.077	3.312.009

Cuadro 47: PRODUCTOS FINALES BÁSICOS Y SUS EQUIVALENTES EN GRUPOS DE ATENCIÓN GRUBA'S

PRODUCTOS FINALES BÁSICOS GRUBA

Consulta de 1a. vez	0,40
Consulta Subsecuente	0,20
Atención de Urgencia/Admisión. Continua	0,50
Día Estancia / Hospitalización	1,00
Atención de Corta Estancia	2,00

Cuadro 48: PRODUCCIÓN ANUAL DE SERVICIOS ESPERADOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, DEFINIDA POR TIPO DE HOSPITAL SEGÚN RANGO DE NUMERO DE CAMAS, Y SU CONVERSIÓN A GRUBA.

TIPO DE HOSPITAL	RANGO # CAMAS	CONSULTAS						RELACION 1RA. VEZ/SUBSE C
		1RA. VEZ			SUBSECUENTES			
		No.	Valor GRUBA	Total GRUBA's	No.	Valor GRUBA	Total GRUBA's	
		(a)	(b)	c=a*b	(d)	€	f=d*e	
Alta Especialidad	>120	76.163,00	0,40	30.465,20	168.211,00	0,20	33.642,20	0,45

Cuadro 49: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE, Y SU CONVERSIÓN A GRUPOS DE ATENCIÓN BÁSICA - GRUBA´s

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	Atención de Corta Estancia		
		No. a	Valor GRUBA b	Total GRUBA´s c=a*b
Alta Especialidad	270	7.200	2,00	14.400

Cuadro 50: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ANUAL ESPERADA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA CON LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA DISPONIBLE Y SU CONVERSIÓN A GRUBA´s

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	EGRESOS / HOSPITALIZACIÓN				ATENCIÓNES DE URGENCIA / ADMISIÓN CONTINUA		
		No. a	Promedio Días Estancia b	Valor GRUBA c	Total GRUBA´s d=a*b*c	No. De Atenciones e	Valor GRUBA f	Total GRUBA´s g=e*f
Alta Especialidad	270	14.274	4,08	1	58.238	96.010	1	48.005

Cuadro 51: TOTAL DE GRUPOS BASICOS DE ATENCIÓN (GRUBA´s) POR PRODUCTO FINAL

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	GRUPOS DE ATENCIÓN BÁSICA (GRUBA´s) POR PRODUCTO FINAL					
		Consultas de 1ra. Vez	Consultas Subsecuentes	Atenciones de Corta Estancia	Egresos / Hospitalización	Atenciones de Urgencias / Continua	Total de GRUBA´s Por Unidad Médica
Alta Especialidad	270	30.465,20	33.642,20	14.400	58.238	48.005	184.750,32

Cuadro 52: COSTO POR GRUPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN (GRUBA)

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	Previsión Presupuestal Variable Vinculada a la Producción de Servicios a	TOTAL DE GRUBA's b	Costo por GRUBA c=a/b
Alta Especialidad	270	29.808.076,57	184.750,32	161,34

Cuadro 53: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	CONSULTAS					
		1RA. VEZ			SUBSECUENTES		
		Costo GRUB A A	Valor GRUB A b	Costo Por Consulta c=a*b	Costo GRUB A d	Valor GRUB A e	Costo por Consulta f=d*e
Alta Especialidad	270	161,34	0,40	65	161,34	0,20	32,27

Cuadro 54: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	ATENCIÓN DE CORTA ESTANCIA		
		COSTO GRUBA a	VALOR GRUBA b	COSTO POR ATENCIÓN c=a*b
Alta Especialidad	270	161,34	2,00	322,68

Cuadro 55: COSTO POR PRODUCTO FINAL EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ADMISIÓN CONTINUA

TIPO DE HOSPITAL	No. De Camas	EGRESOS / HOSPITALIZACION				ATENCIONES EN ADMISIÓN CONTINUA / URGENCIAS		
		COSTO GRUBA A a	PROMEDIO DIAS ESTANCIA B B	VALOR GRUBA C c	COSTO POR EGRESO d=a*b* c	COSTO GRUBA E e	VALOR GRUBA F f	COSTO X ATENCION G=e*f
Alta Especialidad	270	161,34	4	1,00	658,28	161,34	0,50	80,67

Cuadro 56: COSTO POR PRODUCTO FINAL

COSTO POR PRODUCTO FINAL	UNITARIO	NRO.	TOTAL
CONSULTAS 1RA. VEZ	65,00	76.163	4.915.331,21
CONSULTAS SUBSECUENTES	32,27	168.211	5.427.916,30
CORTA ESTANCIA	322,68	7.200	2.323.331,85
HOSPITALIZACIÓN	658,28	14.274	9.396.251,00
ADMISIÓN CONTINUA	80,67	96.010	7.745.246,21
TOTAL	1.158,44		29.808.076,57

B. PRESUPUESTO GRUBA – TRAUMATOLOGÍA

Cuadro 57: BÁSICO – FIJO. COMPROBACIÓN

	COMPROBACIÓN	PRESUPUESTO GRUBA
BASICO – FIJO	30.870.408,53	726.914,41
VARIABLE VINCULADO A LA PRODUCCIÓN	29.808.076,57	977.541,88

VARIABLE VINCULADA A INCENTIVOS	3.312.008,51	-
<u>TOTAL – PRESUPUESTO</u>	<u>63.990.493,61</u>	<u>1.704.456,29</u>
<u>PRESUPUESTO CON INCENTIVO 10 %</u>		<u>2.035.657,14</u>
<u>PRESUPUESTO APROBADO 2013</u>		<u>1.517.354,45</u>

Para el caso propuesto, el presupuesto asignado para el ejercicio económico 2013 se fijó en \$1.517.354,45. Con la aplicación del método GRUBA el presupuesto por asignar sería de \$1.704.456,29 y considerando un incentivo por ejecución y logro de metas del 10 % del valor considerado como fondo a distribuir (\$. 3.312.009,00), esto es \$. 331.200,85 el presupuesto mediante GRUBA a asignar para el área de Traumatología sería de \$ 2.035.657,14.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- a) Una nueva estructura hospitalaria, en función del servicio y productos que efectivamente se presta al usuario, basado en la distribución de CENTROS DE RESPONSABILIDAD (CR) es una alternativa de gestión cuantificable y susceptible de incentivos por logros de metas.
- b) Traumatología como tal, a pesar de su importancia en el giro del negocio, no puede ser considerado como un CENTRO DE RESPONSABILIDAD “por el momento”, este es parte del CR de Medicina Crítica.
- c) Los métodos de elaboración de presupuestos tradicionales como el histórico, incremental, flexible y de base cero, siendo útiles y necesarios en ciertas fases y/o partes del proceso, no necesariamente son los más recomendados para este tipo de unidades de negocio.
- d) La metodología por GRUBA´s es la opción, en la elaboración de presupuestos, más certera en la medida que tomando datos históricos reales posibilita proyecciones más acertadas y de fácil cuantificación.
- e) Países como Chile, México, España y otros mencionados en este estudio, han optado por esta forma de planificación, unos y otros, se han decido por esta metodología de elaboración de presupuestos propuesta, desde hace algunos años atrás.

- f) Ecuador, en el caso estudiado, maneja un sistema de planificación **operativo de gestión** vertical, considerando como base del nuevo presupuesto la facturación del ejercicio anterior y haciendo ajustes finales a este, sin más que el criterio del simple ajuste por el ajuste. El criterio de coste, no existe, o en el mejor de los casos es utilizado de manera marginal, toda vez que, el presupuesto o la asignación final es ajustado a la disponibilidad de los ingresos asignados.

La aplicación del sistema de planificación organizacional propuesto, esto es, por CENTROS DE RESPONSABILIDAD (CR) y la aplicación también del método de asignación presupuestal por GRUBA`s asegura una mayor certeza en la asignación presupuestal, siempre partiendo de un previo estudio de coste del servicio.

RECOMENDACIONES

- a. Implementar un nuevo modelo de gestión basado en centros de responsabilidad.
- b. La especialidad de traumatología, a pesar de su importancia y nivel de participación en la producción de medicina crítica, no debe ser tratada como un centro de responsabilidad; no obstante en el futuro cercano, podría ser tratado como tal.
- c. Los métodos de elaboración de presupuestos tradicionales deben ser utilizados como instancias de apoyo y no como elementos decisivos.
- d. Costear los servicios y producción es una necesidad imperiosa. Este es el elemento base para la aplicación y/o instrumentalización del presupuesto por GRUBA`s.
- e. Aplicar el método de asignación presupuestal por GRUBA`s.

ANEXOS

Implementación de un centro de responsabilidad

Es necesario identificar:

- Usuarios
- Productos o la cartera de servicios
- Recursos
- Principales procedimientos o procesos asistenciales y administrativos con sus respectivos costos asociados

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

ANTECEDENTES

Tiene como **requisitos**:

- **Usuarios claramente identificados**
- **Productos medibles y valorizables**
- **Contar con responsable**
- **Disponer de un conjunto de recursos**
- **Administrar con grados definidos de autonomía y flexibilidad.**

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

OBJETIVO

“Optimizar el uso de los recursos disponibles para otorgar el máximo de prestaciones a los beneficiarios del sistema público de salud, con calidad, a costos razonables, determinando las brechas de recursos humanos, financieros y de calidad esperada necesarios para lograr la satisfacción de la demanda de los servicios de salud de la población beneficiaria”.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Centros de responsabilidad

PERMITE:

- Lograr un Sistema Administrativo Funcional y Efectivo para las tareas y procedimientos tanto técnicos como administrativos que se realizan en el Hospital.
- Brindar un Servicio de Alta Calidad en la Atención de los Usuarios.
- Mejorar los indicadores financieros del hospital.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Características de un Centro de Costos

- Jefatura única y formal
- Desarrollar una actividad definida y diferenciable
- Tener objetivos definidos y comunes
- Tener capacidad de decisión y autonomía de acción
- Poder controlar los costos o el uso de los recursos

**CENTROS DE
RESPONSABILIDAD**

Características de un Centro de Costos

- Poder cuantificar los recursos ocupados
- Productos claramente identificables
- Unidad de medida definida para cada producto
- Producción medible en el tiempo
- Costos por producto conocido:
 - Costo unitario
 - Costo total

**CENTROS DE
RESPONSABILIDAD**

VENTAJAS

Es la herramienta del futuro que le permite al Jefe o Directivo no solo **Gestionar** sino ser mejor **Gestor**.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

VENTAJAS

- Lograr la **Modernización y el Desarrollo de la Institución** a objeto de hacerla **competitiva** y mejor rentable frente al mercado.
- Es la herramienta que le permite realizar una **“Planificación Estratégica”**, basada en los Recursos Humanos y materiales existentes.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Desventajas

- Reticencia inicial de los servicios a entregar información sobre sus actividades.
- Dificultad para adoptar esta nueva Metodología de Trabajo, que es Informar sobre lo que se hace. Hoy basta con cumplir los compromisos y concretar las metas.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

“La fuerza de los hospitales son los
EQUIPOS DE TRABAJO,
son ellos los que
generan el producto
final y los que conocen las verdaderas
necesidades del usuario”

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

“El hospital debe orientarse hacia las **NECESIDADES DEL USUARIO**, como cualquier empresa de servicios lo hace hacia sus clientes”

**CENTROS DE
RESPONSABILIDAD**

Implementación de un centro de responsabilidad

Es necesario identificar:

- Usuarios
- Productos o la cartera de servicios
- Recursos
- Principales procedimientos o procesos asistenciales y administrativos con sus respectivos costos asociados

**CENTROS DE
RESPONSABILIDAD**

ANTECEDENTES

Tiene como **requisitos**:

- **Usuarios claramente identificados**
- **Productos medibles y valorizables**
- **Contar con responsable**
- **Disponer de un conjunto de recursos**
- **Administrar con grados definidos de autonomía y flexibilidad.**

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

OBJETIVO

“Optimizar el uso de los recursos disponibles para otorgar el máximo de prestaciones a los beneficiarios del sistema público de salud, con calidad, a costos razonables, determinando las brechas de recursos humanos, financieros y de calidad esperada necesarios para lograr la satisfacción de la demanda de los servicios de salud de la población beneficiaria”.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Centros de responsabilidad

PERMITE:

- Lograr un Sistema Administrativo Funcional y Efectivo para las tareas y procedimientos tanto técnicos como administrativos que se realizan en el Hospital.
- Brindar un Servicio de Alta Calidad en la Atención de los Usuarios.
- Mejorar los indicadores financieros del hospital.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Características de un Centro de Costos

- Jefatura única y formal
- Desarrollar una actividad definida y diferenciable
- Tener objetivos definidos y comunes
- Tener capacidad de decisión y autonomía de acción
- Poder controlar los costos o el uso de los recursos

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Características de un Centro de Costos

- Poder cuantificar los recursos ocupados
- Productos claramente identificables
- Unidad de medida definida para cada producto
- Producción medible en el tiempo
- Costos por producto conocido:
 - Costo unitario
 - Costo total

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

VENTAJAS

Es la herramienta del futuro que le permite al Jefe o Directivo no solo **Gestionar** sino ser mejor **Gestor**.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

VENTAJAS

- Lograr la **Modernización y el Desarrollo de la Institución** a objeto de hacerla **competitiva** y mejor rentable frente al mercado.
- Es la herramienta que le permite realizar una **“Planificación Estratégica”**, basada en los Recursos Humanos y materiales existentes.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

Desventajas

- Reticencia inicial de los servicios a entregar información sobre sus actividades.
- Dificultad para adoptar esta nueva Metodología de Trabajo, que es Informar sobre lo que se hace. Hoy basta con cumplir los compromisos y concretar las metas.

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

“La fuerza de los hospitales son los
EQUIPOS DE TRABAJO,
son ellos los que
generan el producto
final y los que conocen las verdaderas
necesidades del usuario”

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

“El hospital debe orientarse hacia las
NECESIDADES DEL USUARIO,
como cualquier empresa
de servicios lo hace hacia sus
clientes”

CENTROS DE
RESPONSABILIDAD

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio Chueca, Pilar. (2002) " *Descentralización y diseño organizativo de los hospitales catalanes de la "Xarxa" (tesis doctoral)*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Fernández Díez, Ángel.(2013) " *Presupuestos clínicos*".http://e-spacio.unedes/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500848&dsID=n11.5_presupuestos_cl_nicos.pdf

Fresneda Fuentes, Ma. Silvia (1998) " *Contabilidad analítica en los hospitales públicos*". Revista de Contabilidad. Volumen 1. N^o 1, enero-junio 1998.Págs.53-73. ISSN 1138-4891.Santander, Asociación Española de Profesores Universitarios de Contabilidad, Santander

Goodstein, Leonard D.,

<http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/estrategica.PDF>

http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargasPresupuesto_vinculado_produccion.pdf

Kotler, Philip.(2001) " *Dirección de Marketing*". Décima Edición. México. Editorial Pearson Prentice Hall

NATIONAL ASSOCIATION OF ACCOUNTANTS.(1967)" *Financial analysis to guide capital expenditure decisions*". Research Report 43. New York

Neumann, John von y Morgenstern, Oskar. (1944)" *Teoría de los juegos y comportamiento económico*".

<http://www.eyeintheskiygroup.com/azar-ciencia/metodos/Neumann-teoria-de-los-juegos.htm>

Núñez, Julio.(2007)“*Encargado de calidad y seguridad del paciente del hospital de Talagante en Chile*”.

<http://www.slideshare.net/jansplus/apuntes-C1responsabilidad>

Sallenave, Jean Paul.(1993) “*Gerencia y Planeación Estratégica*”. Colombia .Editorial Norma

Sarmiento, Euclides Alfredo (1989). *Los presupuestos teoría y aplicaciones*”. Bogotá. Universidad Distrital. Bogotá.

Temes, J.L., Pastor, V., Diaz, J.L. (1992)“*Manual de gestión hospitalaria en México*”. Primera Edición. España. Editorial Interamericana Mc Graw Hill

Tomasini,A.,<http://www.monografias.com/trabajos10/planes/planes/.shtml#ixzz2pa4ekYc5>

Varela, Rodrigo. (2011) “*Innovación Empresarial. Arte y Ciencia en la creación de las empresas (Segunda Edición)*”. Colombia. Editorial Pearson Prentice Hall

Ley de Presupuestos del Sector Público. Ley 18. Registro Oficial. Suplemento 76. Publicado el 30 de noviembre de 1992.

Decreto Supremo N° 25 de julio de 1970. Registro Oficial N° 15. 10 de julio de 1970-

Programación de la Ejecución Presupuestaria y Programación de Caja o Seguro de Salud individual y familiar. Dirección Económica Financiera del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2013

Resolución Nª C.D. 441. Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Diciembre de 2012.

Plan Operativo 2013. Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca.

Ley de Seguridad Social

Código orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.

www.iess.gob.ec

www.biess.gob.ec