

**XLIII CONGRESO ARGENTINO DE PROFESORES UNIVERSITARIOS  
DE COSTOS**

**IMPACTO EN LOS RESULTADOS HOSPITALARIOS DE LA GESTIÓN  
DE LA PANDEMIA DE COVID-19 – ANÁLISIS PRELIMINAR**  
**Categoría propuesta: Comunicación de experiencias profesionales**

**Autor:**  
**Ricardo A. Warnecke Ariza (socio activo)**

**Noviembre 2020**

## Contenido

Resumen .....	3
Los impactos de la pandemia en la gestión hospitalaria .....	4
1.    Introducción .....	4
2.    Caracterización del hospital .....	5
3.    El producto hospitalario y los factores de costos .....	5
3.1.    El producto hospitalario.....	5
3.2.    Los factores de costos .....	6
4.    Los diferentes períodos de la pandemia.....	6
4.    Impacto sobre los resultados.....	7
5.    Análisis de las causas de la disminución de los resultados .....	9
5.1.    Los motivos de la disminución en los resultados .....	9
5.2.    Las variaciones en la actividad.....	11
5.3.    Indicadores de actividad.....	12
6.    Conclusiones .....	15
Bibliografía .....	16

## Resumen

Este trabajo tiene como objetivo presentar una primera aproximación a los significativos impactos, en términos de resultados económicos, que la gestión de la pandemia tuvo (tiene) sobre un hospital de alta complejidad.

Como se intentará exponer en las páginas siguientes, se ha verificado sobre todo una merma muy importante sobre los niveles de actividad. Esto ha sido sin duda el principal factor que explica los resultados obtenidos. En segundo lugar se encuentran los mayores costos (proporcionalmente hablando) de insumos médicos (medicamentos y materiales descartables), rubro que merece un pormenorizado análisis que demandará la realización de un trabajo exclusivo. Frente a estos factores, algunas medidas de contención de otros costos y, fundamentalmente, el acceso al régimen de Asistencia al Trabajo y la Producción (ATP), han permitido morigerar sus efectos económicos.

El trabajo tiene carácter preliminar debido a que a la fecha de presentación (septiembre 2020), la gestión de la pandemia continúa (y por consiguiente sus efectos también, aunque se espera disminuyan). Por razones de tiempo de elaboración se analizará el primer período de gestión (abril-julio).

## Los impactos de la pandemia en la gestión hospitalaria

### 1. Introducción

Este trabajo tiene por objeto ilustrar acerca de los impactos de la pandemia de Covid-19 sobre los resultados de un hospital y sobre la gestión hospitalaria en general, a partir de la experiencia personal en un hospital de alta complejidad del Gran Buenos Aires.

El trabajo abarca el período abril-julio 2020, por lo que no debe interpretarse como una evaluación definitiva sino como un análisis preliminar de esta compleja situación.

Todo el hospital ha debido reestructurarse para hacer frente a esta situación, lo que ha derivado en una cantidad significativa de consecuencias, todas con impacto sensible en los resultados.

Indudablemente han surgido nuevas causales de costos, debido a la necesidad de adquisición de elementos específicos relativos a la gestión sanitaria de esta nueva patología (mayormente equipos de protección personal, EPP) y de adecuación de instalaciones. Sin embargo, en este trabajo nos centraremos en el análisis del impacto de la reducción de la actividad sanatorial sobre los resultados de la organización.

El siguiente es un listado no taxativo de consecuencias producto de la necesidad de gestionar el Covid-19:

- Disminución de actividades asistenciales
- Incremento de costos de insumos
- Adecuación de instalaciones / ampliación de cantidad de camas
- Compra de artículos especiales
- Implementación de circuitos
- Reestructuración de equipos de trabajo
- Implementación de consultas a distancia
- Implementación de trabajo a distancia
- Licenciamiento de personal de riesgo

Si bien todos tienen influencia sobre los resultados, los cuatro primeros lo hacen de manera directa y en forma significativa. Serán estudiados a lo largo del trabajo.

Por supuesto, existe otra clase de consecuencias, tan o más importantes que las anteriores, que son las relacionadas con el impacto emocional que el Covid-19 ha causado sobre las personas, tanto quienes trabajan en el hospital, como sus familias, pacientes y la comunidad en general. En forma genérica se podría resumir esto como miedo, ansiedad, incertidumbre, stress, etc. Todo esto ha provocado que fuera necesario tomar otro tipo de medidas destinadas a minimizar o reducir estos impactos, que se pueden sintetizar en acciones de comunicación (a la comunidad, al personal) y de contención (al personal).

En momentos en que predomina mucha información desde muchas fuentes diferentes, mayormente con sentido negativo, se hace necesario comunicar en forma asertiva. Esto en sí mismo requeriría de un trabajo que lo explicita acabadamente, por lo que no será abordado en el presente.

## 2. Caracterización del hospital

El Hospital Italiano de San Justo forma parte de la Red Integrada del Hospital Italiano de Buenos Aires, compuesta por ambos establecimientos y varios centros de atención ambulatoria ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano.

Posee 160 camas para internación, incluyendo terapias y sectores de internación general, 10 quirófanos (ambulatorios y para internación), 2 salas de partos, salas de Hemodinamia, salas para procedimientos menores, Diagnóstico por Imágenes (incluyendo Resonancia Magnética y Tomografía Computada), consultorios externos, hospital de día oncológico, laboratorio, etc. En los últimos diez años se realizaron una gran cantidad de obras que permitieron ampliar su capacidad instalada y dotarlo de moderna tecnología, constituyéndose en un centro de referencia para la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Para entender mejor el análisis, se debe aclarar que el Hospital Italiano de Buenos Aires posee un plan propio de medicina prepaga, el Plan de Salud. Esto implica que a los fines de análisis del Hospital como una unidad de negocios, la atención médica demandada por los afiliados al plan debe ser considerada como “Facturación Interna”, es decir, para el Hospital el Plan de Salud es una entidad financiadora más, sólo que la registración se realiza a los fines de la gestión, siendo de carácter interna, y es valuada con precios de transferencia establecidos.

## 3. El producto hospitalario y los factores de costos

Sólo a modo de introducción, y a efectos de ilustrar acerca de particularidades de la gestión hospitalaria, se ofrecen a continuación una definición del producto hospitalario y una mención a sus principales factores productivos.

### 3.1. El producto hospitalario

Para lograr un acercamiento a la definición de “producto hospitalario”, se citará a continuación al Prof. Coronel Troncoso, quien lo denominó “solución de patologías”, es decir, “el conjunto de técnicas y/o procedimientos aplicados por un establecimiento de servicios de la salud con criterio científico, tecnología apropiada y suministro de artículos farmacológicos, destinados a practicar el diagnóstico y/o tratamiento y/o posterior seguimiento de la enfermedad de un paciente o conjunto de ellos”<sup>1</sup>.

Este conjunto de técnicas y/o procedimientos se verifica único para cada paciente, en razón de las características que posee cada persona. Así, dos individuos con similar patología presentan diferentes costos. A efectos del análisis de contribuciones y resultados se emplean diversos mecanismos de análisis como el costeo de productos modulados, análisis de patologías, etc., que se basan en agrupar pacientes de diferentes formas. Respecto de la referencia anterior a “productos modulados”, se dirá que se trata de una forma de “facturar” una patología, consistente en un valor principal que incluye un determinado conjunto de prestaciones e insumos médicos.

---

<sup>1</sup> CORONEL TRONCOSO, “Gestión de empresas de salud”

### 3.2. Los factores de costos

En lo relativo a factores de costos, se debe mencionar como los principales a los siguientes:

- Insumos de farmacia: medicamentos y materiales descartables.
- Retribución al personal médico
- Retribución al resto del personal asistencial
- Retribución al personal no asistencial
- Amortizaciones de equipo médicos e instalaciones

Respecto de los primeros, se trata de costos variables. Son sumamente significativos, y la tendencia es hacia su aumento debido a los cambios tecnológicos.

En lo relativo a retribuciones a los diferentes grupos de personas, es frecuente encontrar que el personal médico tenga mecanismos que ubiquen a este factor como costo variable, dado que suelen estar vinculados a niveles de producción.

El resto del personal normalmente está en relación de dependencia, constituyendo el principal factor dentro de los costos fijos.

Finalmente, y al igual que la mención que se hizo respecto de los insumos médicos, la necesidad de renovación del equipamiento médico es permanente, por lo que las amortizaciones son un rubro cada vez más significativo en la estructura de costos.

### 4. Los diferentes períodos de la pandemia

Si bien se trata de sólo cuatro meses, es posible distinguir claramente tres períodos, que han implicado muy diferentes tipos de tomas de decisiones.

1. Al inicio, se cerraron la mayoría de las actividades asistenciales programadas: Sólo se realizaron cirugías impostergables, tratamientos oncológicos, y algunos estudios imprescindibles. A la vez, se licenció al personal en situación de riesgo (por edad, por patologías, embarazadas), se crearon comités de crisis, se prepararon circuitos para la circulación diferenciada de pacientes Covid y no Covid, se crearon protocolos para la utilización de EPP y se adquirieron insumos de farmacia, EPP y otros elementos. Se adecuaron áreas del hospital para ampliar la capacidad de internación, lográndose incorporar 20 camas en dos nuevos sectores de internación.
2. Luego del impacto inicial, el hospital se preparó para una gradual reapertura de servicios programados. Para ello debió trabajarse en nuevos circuitos para circulación segura de pacientes y en la implementación de diferentes medidas, como la realización de “trages” en cada acceso, consistentes en preguntas sobre síntomas sospechosos y/o toma de temperatura. Esto permitió una cierta recuperación de la actividad ambulatoria, hasta alcanzar aproximadamente un 45% de la actividad normal.
3. En un momento posterior comenzaron a aparecer casos confirmados de Covid-19 en mayor cantidad. Esto implicó la utilización de mayor cantidad de camas para esta patología, principalmente dedicadas a afiliados propios. Esto no afectó la continua recuperación de la actividad ambulatoria, pero sí produjo una merma en la ocupación de camas externas, como se verá más adelante. En el momento de máxima tensión (durante el mes de agosto) la ocupación de pacientes Covid-19 alcanzó 1/3 de la internación total del hospital, siendo en el caso de las áreas de cuidados críticos de pacientes adultos, de alrededor de un 50% de la capacidad. Se observa, al momento de

la presentación de este trabajo, promediando el mes de septiembre, una disminución en la cantidad de casos, compatible con las estadísticas oficiales disponibles para el AMBA.

#### 4. Impacto sobre los resultados

Como se decía más arriba, la disminución de las actividades asistenciales, el incremento en los costos de los insumos, la adecuación de instalaciones y la adquisición de artículos especiales han tenido un impacto directo sobre los resultados. Frente a esto, la renegociación de contratos con proveedores y cambio en los alcances de servicios contratados, junto con el ingreso de la institución en el Régimen de Asistencia al Trabajo y la Producción, constituyeron las principales medidas tendientes a morigerar el impacto de las anteriores.

En este trabajo se emplearán valores relativos en lugar de valores monetarios, a fin de permitir una mejor comprensión de los cambios relativos en las diferentes variables. Con esto se intentará exponer de la forma más clara posible en qué forma han incidido diversos factores sobre los resultados finales.

A continuación se presenta un cuadro que resume los resultados de los primeros cuatro meses de gestión Covid-19.

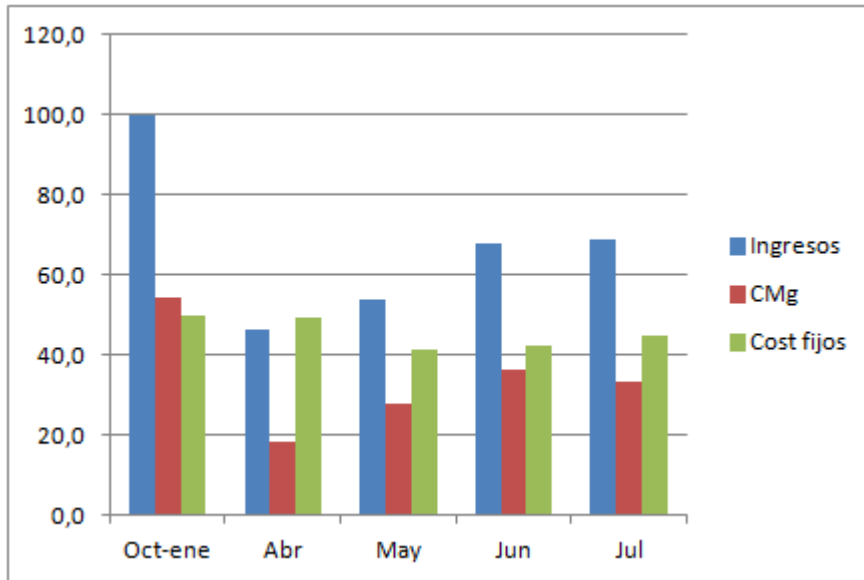
Se ha optado por emplear como parámetro de comparación el promedio mensual octubre 2019 – enero 2020.

#### Resultados comparativos (Ingresos oct/ene =100).

	Oct-ene	Abr	May	Jun	Jul	Abr-jul
Facturación externa	65,1	31,1	35,8	42,0	46,8	40,4
Facturación interna	34,9	15,5	18,0	25,9	22,0	21,3
<b>Ingresos</b>	<b>100,0</b>	<b>46,6</b>	<b>53,8</b>	<b>67,9</b>	<b>68,8</b>	<b>61,7</b>
<b>Costos variables</b>	<b>-45,5</b>	<b>-28,5</b>	<b>-26,1</b>	<b>-31,5</b>	<b>-35,4</b>	<b>-31,5</b>
Honorarios Médicos	-19,4	-10,9	-8,9	-9,0	-10,3	-10,2
Farmacia	-17,9	-11,1	-11,0	-15,5	-18,0	-14,5
Otros variables	-2,4	-2,1	-1,8	-1,9	-2,1	-2,0
Impuestos	-5,8	-4,4	-4,5	-5,0	-5,0	-4,8
<b>Contrib. Marginal</b>	<b>54,5</b>	<b>18,1</b>	<b>27,7</b>	<b>36,5</b>	<b>33,3</b>	<b>30,2</b>
<b>Costos Fijos</b>	<b>-49,6</b>	<b>-49,1</b>	<b>-41,5</b>	<b>-42,3</b>	<b>-44,9</b>	<b>-45,3</b>
RRHH	-37,2	-39,3	-28,3	-28,5	-30,6	-32,1
Costos de Estructura	-10,6	-10,0	-9,8	-10,7	-10,1	-10,2
Amortizaciones	-3,4	-3,4	-3,4	-3,5	-3,5	-3,5
Ingresos-Egresos No operativos	1,6	3,5	0,1	0,3	-0,8	0,5
<b>Resultado Operativo</b>	<b>4,9</b>	<b>-31,1</b>	<b>-13,8</b>	<b>-5,9</b>	<b>-11,6</b>	<b>-15,1</b>

Tomando como base 100 los ingresos del promedio mensual oct/ene (65,1 correspondientes a facturación externa y 34,9 a facturación interna), los de los períodos siguientes han sido 46,6; 53,8; 67,9 y 68,8 respectivamente. Es decir, se registra una muy significativa caída en el primer mes, y una paulatina recuperación, llegando al mes de julio a un nivel de actividad cercado al 70% del período base.

Gráfico I – Resultados mensuales



Gráficamente puede observarse el notable impacto de la caída en los ingresos sobre la contribución marginal, generando resultados negativos. El crecimiento posterior no alcanza a llevar al hospital a revertir la situación.

En el cuadro siguiente observamos las diferencias entre el período base y el promedio del cuatrimestre bajo análisis:

**Diferencias (promedio oct/19-ene/20 vs. promedio abr-jul/20)**

	Diferencias
Facturación externa	-24,7
Facturación interna	-13,7
<b>Ingresos</b>	<b>-38,3</b>
<b>Costos variables</b>	<b>14,1</b>
Honorarios Médicos	9,2
Farmacia	3,4
Otros variables	1,4
Impuestos	1,0
<b>Contrib. Marginal</b>	<b>-24,3</b>
<b>Costos Fijos</b>	<b>4,3</b>
RRHH	5,1
Costos de Estructura	0,4



Amortizaciones	0,0
Ingresos-Egresos No operativos	-1,2
<b>Resultado Operativo</b>	<b>-19,9</b>

En definitiva, se han perdido 19,9 puntos porcentuales respecto de los ingresos del período base, como promedio mensual. Este resultado es la diferencia entre el resultado de oct-ene (+4,9) y el del promedio abr-jul (-15,1). En los apartados siguientes se intentará explicar cuáles han sido las causales de esta diferencia.

## 5. Análisis de las causas de la disminución de los resultados

### 5.1. Los motivos de la disminución en los resultados

A continuación se expone una apertura de la variación en los resultados, comparando el período base con el promedio del período analizado.

#### 1. Variación atribuible a la disminución en la actividad

Disminución ingresos	-38,3	
Variación proporcional CV	17,5	(45,5% sobre baja ingresos)
<b>Disminución CMg teórica</b>	<b>-20,9</b>	

En este caso consideramos que los costos variables fluctúan en la misma proporción que los ingresos, es decir, mantienen su proporcionalidad. Así, la pérdida de contribución marginal es de 20,9 puntos.

#### 2. Variación atribuible a mayores costos de Farmacia

Costo Farmacia teórico	-11,1	(17,9% sobre ingresos)
Costo Farmacia real	-14,5	
<b>Diferencia</b>	<b>-3,5</b>	

Esta diferencia se obtiene comparando el costo real de insumos de Farmacia con el que debiera haber sido manteniendo su proporción dentro de los costos variables.

#### 3. Variación atribuible a otros costos variables/impuestos

Otros Costo variables / impuestos teórico	-5,1	
Otros Costo variables / impuestos real	-6,8	
<b>Diferencia</b>	<b>-1,7</b>	

En forma similar al caso anterior, se comparan los restantes costos variables (exceptuando Farmacia y Honorarios Médicos).

#### 4. Variación atribuible a medidas de contención del costo de Honorarios Médicos

Costo Honor. Médicos	-12,0	
----------------------	-------	--

teórico		
Costo Honor. Médicos real	-10,2	
<b>Diferencia</b>	<b>1,8</b>	

Aquí se observa una menor incidencia de este rubro, producto de medidas de contención del costo.

#### 5. Variación atribuible a menores costos salariales

Costo RRHH teórico	-37,2	
Costo RRHH real	-32,1	
<b>Diferencia</b>	<b>5,1</b>	

La baja en este rubro se debe al ingreso del Hospital en el régimen de ATP.

#### 6. Variación atribuible a disminución en Costos de Estructura

Costos Estructura oct-ene	-10,6	
Costos Estructura abr-jul	-10,2	
<b>Diferencia</b>	<b>0,4</b>	

Al igual que en el caso de Honorarios Médicos, el Hospital tomó medidas tendientes a la reducción de sus costos de estructura.

#### 7. Variación atribuible a Ingresos No operativos

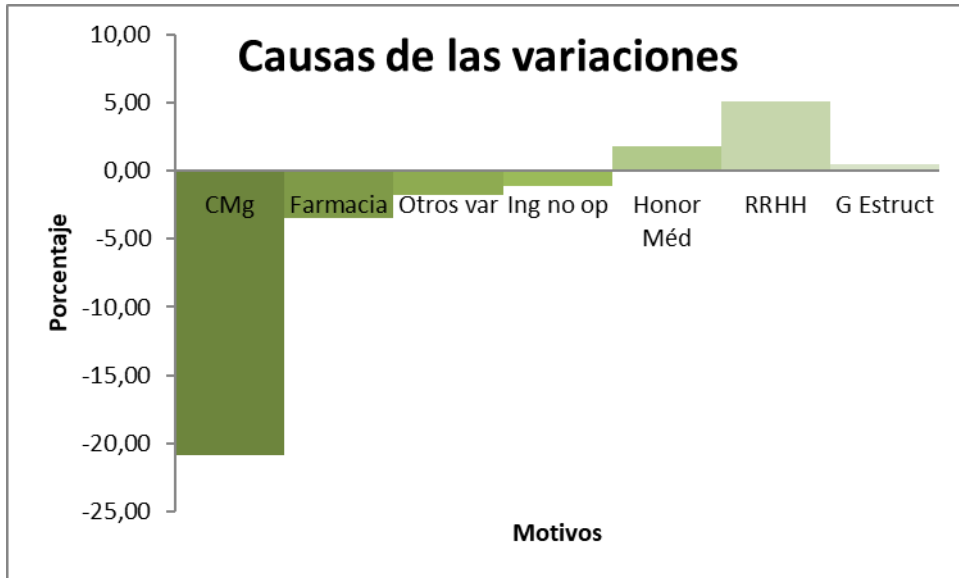
Ingresos no oper. Oct-ene	1,6	
Ingresos no oper. Abr-jul	0,5	
<b>Diferencia</b>	<b>-1,2</b>	

En otros términos, los motivos que provocaron baja en los resultados fueron:

Disminución CMg	-20,87	76,6%
Farmacia	-3,47	12,7%
Otros variables	-1,74	6,4%
Ing. no operat.	-1,16	4,3%
	<b>-27,24</b>	<b>100,0%</b>

Esto fue parcialmente compensado de la siguiente forma:

Honor. Méd.	1,81	-6,6%
RRHH	5,08	-18,7%
Cost. Estruct.	0,44	-1,6%
	<b>7,33</b>	<b>-26,9%</b>



## 5.2. Las variaciones en la actividad

Para abordar el análisis de la actividad asistencial es preciso establecer primeramente una clasificación básica sobre el tipo de atención médica.

Por un lado existe lo que se denomina Atención Ambulatoria Programada, que está formada por los consultorios externos, en los que se realizan consultas médicas programadas con anticipación; consultorios de diferentes servicios en los que se realizan prácticas, como Cardiología, Neurología, Kinesiología, etc.; áreas de diagnóstico, como Diagnóstico por Imágenes o Laboratorio; o el área quirúrgica ambulatoria.

Por otro lado, se encuentra la Central de Emergencias, que atiende a los pacientes que se acercan espontáneamente, y que presentan patologías que requieren un diagnóstico y una terapéutica en forma inmediata.

Finalmente, nos encontramos con las áreas de internación, formada por varios sectores destinados a pacientes específicos (Internación General Adultos, Internación Pediátrica, Terapias, Maternidad). Los pacientes que se internan pueden provenir tanto de la Central de Emergencias (patologías complejas que, luego de la atención de emergencia requieren estadía en internación), o internarse en forma programada. En este caso, la mayoría se trata de pacientes a los que se les programa en forma anticipada una cirugía.

Observemos la composición de la **producción externa** (obras sociales) para el período octubre-enero (% de importes facturados):

### Composición de los ingresos externos promedio oct/ene

	Ambulat	Guardia	Internación	Total
<b>Oct-ene</b>	37%	11%	52%	100%

Veamos ahora la composición en los meses siguientes:

### Composición de ingresos externos abril-julio

	<b>Ambulat</b>	<b>Guardia</b>	<b>Internación</b>	<b>Total</b>
<b>Abril</b>	17%	6%	77%	100%
<b>Mayo</b>	21%	5%	74%	100%
<b>Junio</b>	27%	6%	67%	100%
<b>Julio</b>	23%	9%	68%	100%

Como puede verse, hay una significativa caída en la actividad ambulatoria y, en menor medida, en la guardia.

Veamos entonces el impacto relativo en base al período de referencia:

### Composición ingresos relativos base oct/ene

	<b>Ambulat</b>	<b>Guardia</b>	<b>Internación</b>	<b>Total</b>
<b>Oct-ene</b>	1,00	1,00	1,00	<b>1,00</b>
<b>ABR-20</b>	0,22	0,27	0,71	<b>0,48</b>
<b>MAY-20</b>	0,31	0,28	0,79	<b>0,55</b>
<b>JUN-20</b>	0,47	0,36	0,84	<b>0,65</b>
<b>JUL-20</b>	0,44	0,61	0,92	<b>0,71</b>

Esto significa que, mientras la facturación ambulatoria cayó a niveles inferiores al 50% del período base (al igual que la de guardia, salvo en julio), la producción de pacientes internados se mantuvo en niveles superiores al 70% del período mencionado.

### 5.3. Indicadores de actividad

Para comprender un poco mejor las variaciones en los niveles de actividad, se expondrán a continuación sus principales indicadores.

#### Internación

##### a) Ocupación de camas

Respecto de la internación no cabe duda que el mejor es el paciente-día o día-cama. Esto es, el número de camas ocupadas cada día a lo largo de un período.

Para el período octubre-enero, las camas ocupadas totales fueron:

#### Pacientes día promedio oct/ene

<b>Tipo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Participación</b>
<b>Externas</b>	2099	0,52
<b>Internas</b>	1912	0,48
<b>Totales</b>	<b>4011</b>	<b>1,00</b>

Es decir, un promedio de 130,4 camas por día (78% de la capacidad instalada).

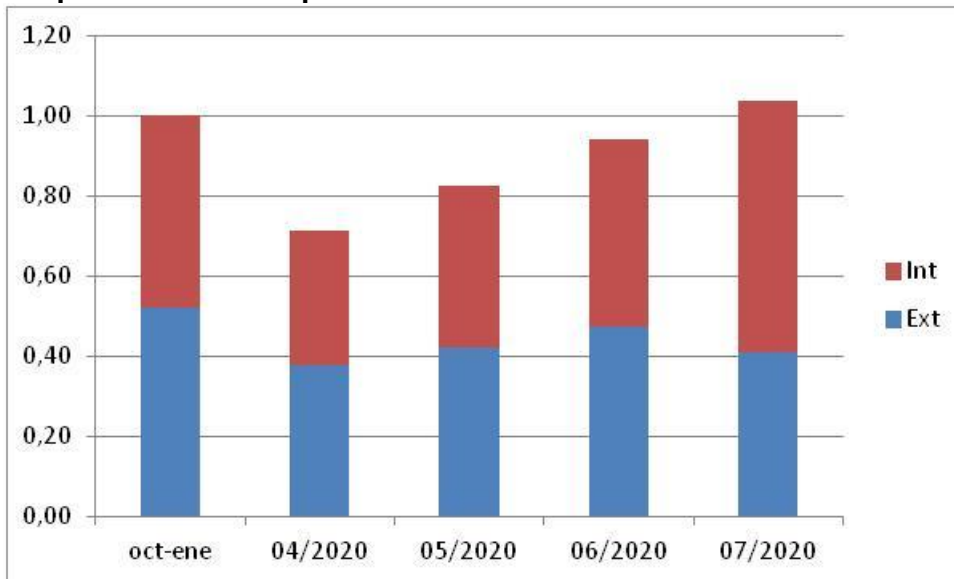
En los meses siguientes la ocupación relativa fue:

**Ocupación relativa de camas (base promedio oct/ene)**

	Externos	Internos	Totales
<b>Oct-ene</b>	0,52	0,48	<b>1,00</b>
<b>Abril</b>	0,38	0,34	<b>0,71</b>
<b>Mayo</b>	0,42	0,41	<b>0,83</b>
<b>Junio</b>	0,47	0,47	<b>0,94</b>
<b>Julio</b>	0,41	0,63	<b>1,04</b>

Es decir que, mientras en abril la actividad de internación se redujo en ambos tipos de pacientes (externos e internos) como consecuencia de la postergación de cirugías programadas, a partir de mayo los indicadores muestran un crecimiento progresivo. Sin embargo, crecen mucho más los **pacientes internos**, básicamente porque comenzó a incrementarse la internación Covid-19 de afiliados al plan hospitalario. En julio, la internación total ha sido superior a la del período base. Sin embargo, la composición se ha invertido y han sido mayoritarios los pacientes del Plan de Salud.

**Ocupación de camas por mes**



b) Ingresos de pacientes

El indicador de ingresos mide la cantidad de pacientes que son internados en un período dado, sin importar cuántos días permanezcan. Se diferencian en el análisis los pacientes con ingreso programado y en emergencia.

**Ingreso de pacientes promedio oct/ene**

Programados	Emergencia	Total
-------------	------------	-------

<b>Externos</b>	266	234	<b>500</b>
<b>Internos</b>	205	235	<b>440</b>
	<b>471</b>	<b>470</b>	<b>940</b>

Los ingresos se reparten en partes iguales entre programados y por emergencia. En el cuadro siguiente puede observarse que el 53% de los ingresos correspondió a pacientes externos.

Para los meses siguientes se ha tomado como valor de referencia el total de ingresos del período base. Así, puede observarse que en abril el n° de ingresos fue el 74% del período base, en junio el 75% y en julio el 83%. Sin embargo, se observa una fuerte disminución de pacientes de **obras sociales programados**.

### Ingreso de pacientes por mes (base oct/ene)

	Externos			Internos			Tot gral
	Emerg	Prog	Total	Emerg	Prog	Tot	
<b>Oct-ene</b>	0,25	0,28	<b>0,53</b>	0,25	0,22	<b>0,47</b>	<b>1,00</b>
<b>Abril</b>	0,19	0,21	<b>0,39</b>	0,25	0,10	<b>0,35</b>	<b>0,74</b>
<b>Mayo</b>	0,21	0,17	<b>0,38</b>	0,26	0,11	<b>0,37</b>	<b>0,75</b>
<b>Junio</b>	0,25	0,18	<b>0,43</b>	0,31	0,13	<b>0,44</b>	<b>0,87</b>
<b>Julio</b>	0,20	0,16	<b>0,37</b>	0,35	0,11	<b>0,46</b>	<b>0,83</b>

### Central de Emergencias

En este caso se analizará el total de pacientes atendidos en Central de Emergencias. Obsérvese que la producción cae a la cuarta parte de la actividad normal, llegando en el mes de julio a proco más del 40%.

### Pacientes ingresados a guardia promedio mensual oct/ene

	Externos	Internos	Totales
<b>Oct-ene</b>	8109	4969	<b>13078</b>

### Pacientes atendidos en guardia por mes base oct/ene

	Externos	Internos	Totales
<b>Oct-ene</b>	0,62	0,38	<b>1,00</b>
<b>Abril</b>	0,13	0,13	<b>0,26</b>
<b>Mayo</b>	0,14	0,15	<b>0,29</b>
<b>Junio</b>	0,16	0,17	<b>0,32</b>
<b>Julio</b>	0,21	0,21	<b>0,42</b>

## Ambulatorios

Para medir la actividad ambulatoria deberemos recurrir a diferentes indicadores, dada la heterogeneidad de los diferentes servicios prestados.

Veamos en primer lugar las cantidades de algunas prestaciones médicas importantes.

### Actividad ambulatoria (% de facturación de cada unidad de análisis)

<b>Cirugías</b>	16,9%
<b>Diagnóst. Por Imág.</b>	16,7%
<b>Laboratorio</b>	15,2%
<b>Oncología</b>	1,2%
<b>Consultas</b>	14,7%
<b>Otras Prácticas</b>	24,5%
<b>Medicamentos</b>	10,2%
<b>Varios</b>	0,6%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

### Evolución mensual (% de cada mes sobre período base)

	abr/oct-ene	may/oct-ene	jun/oct-ene	jul/oct-ene
<b>Cirugías</b>	0,12	0,13	0,25	0,35
<b>Diagnóst. Por Imág.</b>	0,20	0,30	0,43	0,41
<b>Laboratorio</b>	0,26	0,44	0,56	0,53
<b>Oncología</b>	1,15	0,93	0,85	1,10
<b>Consultas</b>	0,12	0,39	0,52	0,44
<b>Otras Prácticas</b>	0,11	0,25	0,43	0,45
<b>Medicamentos</b>	0,68	0,51	0,55	0,24
<b>Varios</b>	0,26	0,29	0,63	0,99
<b>Total</b>	<b>0,22</b>	<b>0,32</b>	<b>0,45</b>	<b>0,43</b>

Pueden observarse valores similares a los obtenidos en el análisis de la atención en guardia. La actividad cae por debajo del 25% del período base, llegando en julio a casi el 45%.

## 6. Conclusiones

El análisis de las variaciones en los resultados obtenidos entre dos períodos en un hospital de alta complejidad, normalmente no es una tarea sencilla, en razón de las diversas causales de ingresos que existen, y de la dificultad en obtener las vinculaciones coherentes entre factores y objetivos finales. Por ello, normalmente se recurre al uso de indicadores genéricos de actividad, como contribución marginal por paciente-día, tasas de cirugías por paciente ambulatorio atendido, contribución marginal de actividad ambulatoria por día hábil, etc.

En un momento como el actual, obtener un análisis detallado que explique de manera absoluta el por qué de los resultados obtenidos es mucho más costoso, dado que la actividad se visto modificada en términos muy grandes. Se han debido cerrar (al menos parcialmente) servicios médicos, se diseñaron nuevos circuitos y procesos, se incurrió en nuevos costos (adecuación de instalaciones, adquisición de insumos específicos), etc. No obstante, y dado que la gestión requiere de toma de decisiones en tiempos perentorios, es preciso tener claro cuáles son los motivos principales que explican la mencionada pérdida de resultados, y cuál puede ser el impacto de medidas excepcionales de contención de la misma.

**De todas formas, se puede observar en forma sintética que la caída de la actividad, y especialmente por su incidencia, la ambulatoria, ha explicado la mayor parte de la pérdida de resultados operativos. Gran parte de las políticas tomadas durante este período han estado orientadas a poder reabrir sectores operativos.**

Este tiempo ha demostrado tener una dinámica propia que exige el replanteo permanente de estrategias. Es preciso crear grupos que puedan tomar decisiones en forma veloz. Por razones de tiempos de elaboración el quinto mes de análisis (agosto) no pudo ser incorporado, pero se puede adelantar que su composición no es muy diferente a la de julio.

Cuando este trabajo se envía aún está transcurriendo el sexto mes de gestión bajo pandemia (septiembre), del que se puede esperar una ligera recuperación en la actividad ambulatoria. Sin embargo, tanto en agosto como en septiembre, el programa ATP tiene un menor alcance, por lo que se ven afectados los costos fijos. Por otro lado, no se avizora en lo inmediato una recuperación plena de la actividad, por lo que se espera que la misma permanezca por debajo de los niveles del año anterior, al menos hasta fin de año.

## Bibliografía

- CORONEL TRONCOSO, G., "Gestión de empresas de salud", en YARDÍN, A (coordinador), Gestión de empresas, Sector servicios. Osmar Buyatti, Buenos Aires, 2015.
- CARTIER, E., Apuntes para una teoría del costo. 1ª. Edición. Ed. La Ley, Buenos Aires, 2017.
- WARNECKE A., R., "Costeo de Servicios Hospitalarios". Anales del XXXIV Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos. Bahía Blanca, 2011.