PN ABW-444
95598

Health

Financing

and

Sustainability

Project

Nota Técnica 28-S

RECUPERACION DE COSTOS EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO EN ECUADOR

Por

Gerard M. La Forgia
The Urban Institute

y

Mercy Balarezo
Consultora, The Urban Institute

Presentado a:

La División de Servicios de Salud
Oficina de Salud
Dependencia de Investigación y Desarrollo
Agencia para el Desarrollo Internacional

AGOSTO DE 1993

PROYECTO DE FINANCIAMIENTO Y SOSTENIMIENTO DE LA SALUD
(Health Financing and Sustainability (HFS) Project)

ABT ASSOCIATES INC., Contratista Principal
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
Tel: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916
Telex: 312638

Management Sciences for Health, Subcontratista
The Urban Institute, Subcontratista

Contrato de la AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

EXTRACTO

El presente documento evalúa las prácticas actuales de recuperación de costos en las instalaciones de salud del Ecuador, formula simulaciones de precios como ayuda en la determinación de ingresos posibles y recomienda modificaciones administrativas requeridas para alcanzar la meta del gobierno de recuperación de costos.

El estudio incluye antecedentes breves que explican las dificultades financieras que enfrenta en la actualidad el sector de la salud pública: por ejemplo, restricciones jurídicas en el cobro de tarifas, tarifas que no denotan las realidades del mercado y sistemas defectuosos de análisis de medios y facturación. Las simulaciones ofrecen una solución mediante la actualización de precios, al mismo tiempo que proponen modificaciones normativas y administrativas para mejorar la gestión financiera.

En términos concretos, los autores recomiendan ingresos compartidos y mayor autonomía para las instalaciones. El desempeño individual estaría sujeto a revisión y determinaría las subvenciones futuras del gobierno para cada instalación. Tales incentivos proporcionarían el ímpetu para lograr mejoras cualitativas. Por último, los autores recomiendan programas más localizados de pruebas de medios a fin de proteger a los pobres y eliminar las fugas existentes.

INDICE

CUADROS iii

ACRONYMS v

RESUMEN EJECUTIVO vi

1.0 INTRODUCCION Y ANTECEDENTES 8

1.1 ORGANIZACION DEL INFORME 9
1.2 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP) 9
1.3 JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL (JBG) 12
1.4 INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE Y MEDICINA TROPICAL (INHMT) . . 13
1.5 MUESTRA 13
1.6 MARCO JURIDICO 16

2.0 GASTOS, COSTOS E INGRESOS 19

2.1 METODOLOGIA 19
2.2 SITUACION FINANCIERA DE LAS INSTALACIONES DEL MSP 22
2.3 COSTOS Y RECUPERACION DE COSTOS 24

3.0 EXPLICACION DE LOS BAJOS INGRESOS 29

3.1 PRECIOS 29
3.2 PRUEBA DE MEDIOS 33
3.2.1 La Situación Actual 34
3.2.2 Prueba de Medios en las Instalaciones del MSP . . 36
3.2.3 Prueba de Medios en las Instalaciones de la JBG . 38
3.3 FACTURACION Y COBRO 38
3.3.1 Instalaciones del MSP 38
3.3.2 Instalaciones de la JBG 39

4.0 CAPACIDAD DE PAGO: EVIDENCIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 40

5.0 COSTOS ADMINISTRATIVOS DE LA PRUEBA DE MEDIOS, ACTURACION Y COBRO 44

6.0 ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE PAGOS DE LOS USUARIOS EN LOS HOSPITALES DEL MSP 48

6.1 ESTABLECIMIENTO DE PRECIOS: ¿POR QUE SERVICIOS CARGAR? . . . 48
6.2 ESTABLECIMIENTO DE PRECIOS: ¿CUANTO CARGAR? 50
6.3 SIMULACIONES: LOS RESULTADOS 53
6.4 CONCENTRACION EN LOS POBRES 67
6.5 RETENCION DE PAGOS, AUTONOMIA Y CALIDAD 69
6.6 INGRESOS COMPARTIDOS Y REDUCCION DE LAS SUBVENCIONES 70
6.7 ADMINISTRACION Y COSTOS DEL COBRO DE LOS PAGOS 70

7.0 PASOS SIGUIENTES 72

ANEXO 1 75

ANEXO 2 METODOLOGIA DE ANALISIS DE COSTOS 93

REFERENCIAS 96

CUADROS

CUADRO 1-1 COMPARACION DEL PIB Y GASTOS DEL MSP Y EL GOBIERNO, 1981, 1986, 1991 11

CUADRO 1-2 JBG: INGRESO POR FUENTE: 1991 13

CUADRO 1-3 DATOS ESTADISTICOS RESUMIDOS DE LOS HOSPITALES DE LA MUESTRA 15

CUADRO 2-1 COMPARACION DE LOS GASTOS Y COSTOS PERIODICOS 20

CUADRO 2-2 SITUACION FINANCIERA DE LAS INSTALACIONES DEL MSP, 1991 22

CUADRO 2-3 HOSPITALES GENERALES Y PEDIATRICOS: COSTOS TOTALES Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS, 1991 25

CUADRO 2-4 HOSPITALES DE MATERNIDAD: COSTOS TOTALES Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS, 1991 27

CUADRO 2-5 SALAS PRIVADAS EN DOS HOSPITALES DE LA JBG: COSTOS TOTALES, RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS, 1991 28

CUADRO 3-1 CIRUGIA: COSTO PROMEDIO Y PAGO TIPICO, HOSPITALES SELECTOS, 1991 31

CUADRO 3-2 CARGO TIPICO POR PROCEDIMIENTO Y SERVICIOS SELECTOS DE ACUERDO CON LOS PAGOS ACTUALES, 1991 32

CUADRO 3-3 RELACION ENTRE LOS COSTOS PROMEDIO, LAS FACTURAS Y LOS PAGOS: SERVICIOS QUIRURGICOS/DE MATERNIDAD, 1991 33

CUADRO 3-4 DISTRIBUCION DE PACIENTES POR CATEGORIA DE PAGO, 1991: SERVICIOS Y HOSPITALES SELECTOS 35

CUADRO 3-5 PERDIDA DE INGRESOS DEBIDA A LA PRUEBA DE MEDIOS Y FUGA 36

CUADRO 3-6 FACTURA Y PAGOS PROMEDIO PARA PACIENTES CON PAGOS REDUCIDOS 37

CUADROS, continuación

CUADRO 4-1 PAGOS DE LOS SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EUGENIO ESPEJO, 1992 41

CUADRO 4-2 DISTRIBUCION DE ENCUESTADOS POR CANTIDADES PAGADAS 43

CUADRO 5-1 COSTOS ADMINISTRATIVOS DEL SISTEMA DE PAGOS DE LOS USUARIOS, 1991 45

CUADRO 6-1 CARACTERISTICAS E HIPOTESIS DE LAS SIMULACIONES 51

CUADRO 6-2 PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 1991 55-56

CUADRO 6-3 PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS, HOSPITAL BACA ORTIZ, 1991 57-58

CUADRO 6-4 PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS, HOSPITAL EL SUBURBIO, 1991 59-60

CUADRO 6-5 PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS, HOSPITAL LUIS VERNAZA, 1991 61-62

CUADRO 6-6 PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS, MATERNIDAD ISIDRO AYORA, 1991 63-64

CUADRO 6-7 PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, 1991 65-66

CUADRO 6-8 COMPARACION DEL PORCENTAJE DE RECUPERACION DE COSTOS CON DIFERENTES ESCENARIOS DE PRECIOS, 1991 67

ACRONYMS

ALOS	La duración promedio de permanencia
EAP	Población económicamente activa
FONIN	Fondos especiales del Ministerio de Salad Pública para programas para los pobres
HFS	Financiamento y Sostenimiento de la Salud
HLV	Hospital Luis Vernaza
IESS	Instituto Ecuadoreano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INHMT	Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical
JBG	Junta de Beneficencia
MF	Ministerio de Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública

RESUMEN EJECUTIVO

El informe evalúa las experiencias actuales de recuperación de costos en una muestra de instalaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG). Trata de facilitar el cambio de política y explorar opciones para ampliar o fortalecer los sistemas de pagos de los usuarios en las instalaciones del MSP. Dadas las condiciones de apoyo presupuestario cada vez menor como resultado del deficiente desempeño de la economía ecuatoriana, no se obtendrán fondos adicionales para financiamiento del presupuesto. En una reciente declaración normativa, el MSP ha identificado la subfinanciación crónica como el principal problema que afronta la institución. El cargar pagos a los usuarios del MSP es una opción que se está considerando.

El objetivo del estudio es triple:

(1) Evaluar las actuales prácticas de recuperación de costos;

(2) Estimar los ingresos posibles de los pagos de los usuarios y la recuperación porcentual del costo a través de una serie de simulaciones de precios, y

(3) Recomendar cambios administrativos y las opciones que se necesitan para implantar un sistema eficaz de recuperación de costos.

En la actualidad, las instalaciones del MSP están recuperando entre uno y cinco por ciento mientras que la JBG recupera entre 10 y 20 por ciento de los costos. El bajo desempeño es el resultado de varios factores. Primero no existe una política clara sobre pagos de los usuarios. Las leyes son contradictorias. Por ejemplo, se permite a algunas instituciones públicas cargar pagos mediante leyes especiales, mientras que al MSP se le prohibe hacerlo. Cada vez más, sin embargo, los gerentes de las instalaciones del MSP ignoran la ley y cargan pagos por una amplia gama de servicios.

Segundo, los precios son bajos. Son insignificantes en relación con los costos unitarios y tienen poca correspondencia con los pagos cargados en el sector privado. Además, algunos servicios relativamente costosos, por ejemplo, servicios hoteleros de hospital y atención de emergencia, se proporcionan gratuitamente. Tercero, la prueba de medios es disfuncional. Esto ocurre en particular en la JBG. Las tasas de fuga son elevadas en el sentido de que la prueba de medios no distingue eficazmente a los pobres de los no pobres. Por ejemplo, se otorgan precios reducidos con solicitarlos meramente. Finalmente, los sistemas de facturación y cobros son ineficientes. Esto se evidencia en particular en las instalaciones del MSP donde se factura a pocos pacientes y un número aún menor pagan los servicios. Por ejemplo, una tercera parte aproximadamente de los pacientes de cirugía efectúan pagos. El resto elude efectuar pago alguno al hospital.

¿Guardan relación los bajos ingresos con la incapacidad de pago de los pacientes? Una encuesta de camas de pacientes hospitalizados en un hospital del MSP halló que todos los pacientes pagan sumas cuantiosas a proveedores del sector privado por servicios prestados mientras que están alojados en la instalación.

Los desembolsos promedio para los proveedores privados son mucho más elevados que los pagos efectuados al hospital (por un factor de 150). Se efectúan pagos por medicamentos, suministros, servicios diagnósticos y tratamiento que no pueden obtenerse en el hospital debido al agotamiento de las existencias o a equipo roto.

Se presentan dos simulaciones para ayudar a los órganos normativos y a los gerentes de instalaciones a seleccionar un nivel de recuperación de costos. La primera toma simplemente las estructuras de pagos actuales y supone que se hacen cumplir. La segunda adapta esas estructuras con objeto de alcanzar la meta del MSP de una recuperación de los costos del 25 por ciento.

Es posible alcanzar una recuperación de los costos del 25 por ciento pero para ello se necesitarán cambios normativos y administrativos que proporcionen incentivos al personal de las instalaciones para cobrar los pagos. Para esto será necesario formular una fuerte política que establezca lineamientos claros para establecimiento de precios, pruebas de medios, facturación y cobro, pagos compartidos, prácticas de facturación y cobro y gestión de los ingresos procedentes de los pagos. Debido a la falta de experiencia en la recuperación de costos, el informe recomienda que el MSP siga adelante con los planes encaminados a establecer proyectos de demostración en una subserie de hospitales.

El informe recomienda que se establezca un plan de ingresos compartidos en virtud del cual las instalaciones mantengan una porción sustancial de los ingresos. Para esto se necesitará hacer algunos cambios en los códigos financieros que exigen que los ingresos se depositen en el Fondo Consolidado del Tesoro. Los gerentes de instalación deberán recibir más autonomía decisoria con respecto a financiamiento y administración. Deberá exigirse a cada instalación que formule un plan de mejora de la calidad en el que esboce cómo se emplearán los ingresos procedentes de los pagos. También será necesario fortalecer las pruebas de medios. En algunos casos, lo mejor será encoMendar la responsabilidad para las pruebas de medios a otras agencias del gobierno y a las autoridades locales. En otros casos, pueden establecerse mecanismos de autoselección.

1.0 INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Durante la década de 1980, el Ministerio de Salud Pública (MSP) se vio confrontado con un apoyo presupuestario cada vez menor para gastos operativos. A pesar de una considerable expansión en la infraestructura y el personal a través de este período, las reducciones en el gasto periódico real del MSP han resultado en reducciones pronunciadas en otras categorías presupuestarias. La calidad de los servicios del MSP ha sufrido considerablemente. Muchas instalaciones del MSP carecen de medicamentos y suministros médicos y es común el equipo disfuncional. Cada vez más, los clientes del MSP tienen pocos recursos, salvo comprar las medicinas y suministros, y obtener las pruebas diagnósticas de proveedores privados *mientras que se hallan internados en los hospitales del MSP*. El MSP está buscando mecanismos financieros alternativos que permitan a sus hospitales llenar la brecha entre las asignaciones presupuestarias y las necesidades reales de recursos.

El presente informe examina las experiencias actuales con los pagos de los usuarios en los hospitales de nivel secundario y terciario operados por el MSP y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG). En menor grado, el estudio explora el sistema de pagos de los usuarios del Laboratorio Nacional (INHMT).

La recuperación de costos mediante pagos de los usuarios es un tema muy politizado en Ecuador. Un decreto presidencial de 1981, junto con las disposiciones del MSP, prohibió cargar pagos por servicios de salud en el MSP y otras instituciones del sector público. A pesar de estos instrumentos legales que prohiben los pagos de los usuarios, muchos hospitales han formulado sistemas ad hoc de pagos de los usuarios para sobrevivir en el actual ambiente financiero.

La finalidad principal de este informe consiste en evaluar las experiencias actuales de recuperación de costos en los hospitales públicos a fin de facilitar el cambio normativo y explorar opciones para ampliar y fortalecer los sistemas de pagos de los usuarios en las instalaciones del MSP. Dado el deficiente desempeño de la economía ecuatoriana, el MSP reconoce que no se obtendrán fondos adicionales para financiamiento presupuestario. En una declaración de política reciente, el MSP ha identificado la subfinanciación crónica como el principal problema que afronta la institución (MSP, 1993). El cargar pagos a los usuarios del MSP es una opción que se está considerando.

Otro fin del presente estudio consiste en proporcionar a la USAID/Quito información de fondo sobre las actividades de recuperación de costos en las instituciones de salud del sector público y delinear posibles actividades que puedan incluirse en un proyecto inminente de financiamiento de la salud. La misión trata de promover la provisión sostenible de servicios de salud en Ecuador aprovechando fuentes de financiamiento alternativas y explorando mecanismos innovadores de financiamiento.

El objetivo de este estudio es triple. Tomando como base una muestra de las instalaciones del MSP y servicios públicos semiautónomos (hospitales y laboratorios), este informe trata de hacer lo siguiente:

- Evaluar las prácticas actuales de recuperación de costos incluyendo los programas de pagos, pruebas de medios, facturación y cobro, costos administrativos, ingresos y desembolsos;

- Estimar posibles ingresos procedentes de los pagos de los usuarios y porcentajes de recuperación de costos mediante una serie de simulaciones de precios, y

- Tratar los cambios legislativos, normativos y administrativos y las opciones requeridas para implantar un sistema eficaz de recuperación de costos a corto y largo plazos.

1.1 ORGANIZACION DEL INFORME

El resto de esta sección proporciona información de fondo sobre las tres instituciones de las que se sacó una muestra de instalaciones: MSP, JBG y INHMT. También se analiza el marco legal que afecta a los pagos de los usuarios. La Sección 2.0 compara los costos y los ingresos procedentes de los pagos entre las instalaciones y para servicios selectos dentro de cada instalación. Se debatirá el estado financiero de las instalaciones incluidas en la muestra así como la metodología utilizada para determinar los costos. La Sección 3.0 delinea las razones para los bajos ingresos observados en la mayoría de las instalaciones. Entre las causas figuran las siguientes: precios bajos, pruebas de medios ineficaces y deficientes procedimientos de facturación y cobro. La capacidad de los clientes del MSP para efectuar pagos de los usuarios se analiza en la Sección 4.0. Se presentan los resultados de una encuesta de camas que cuantifica los pagos a los proveedores privados efectuados por pacientes hospitalizados en las instalaciones del MSP. En la Sección 5.0 se tratan los costos administrativos de los sistemas de pagos de los usuarios. La Sección 6.0 analiza los enfoques para recuperación de costos y presenta simulaciones de ingresos con diferentes estructuras de tarifas. Se analizan otros elementos o tareas requeridos para diseñar e implantar buenos sistemas de pagos de los usuarios. La sección última recomienda una serie de actividades orientadas hacia la reforma de la política y la extensión de los sistemas de pagos de los usuarios.

1.2 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)

Con 24.400 empleados, una red de 1.521 instalaciones y 8.900 camas de hospital, el MSP domina el sector público y es el mayor proveedor de servicios de salud en el Ecuador. En 1991, el MSP operaba 54 por ciento de todas las instalaciones de salud gubernamentales y paraestatales, poseía dos terceras partes de las camas de hospitales públicos (54 por ciento de las camas totales),[1] y empleaba a 56 por ciento del personal de salud total en el sector público. El MSP opera 16 hospitales especializados, 22 hospitales de nivel secundario y 83 hospitales de nivel primario. De acuerdo con la encuesta nacional

[1]En 1991, 112 hospitales del MSP contenían 59 por ciento de las camas de atención aguda del sector público (46 por ciento de las camas totales de atención aguda), mientras que unas 10 instalaciones adicionales contenían 47 por ciento de todas las camas de atención crónica.

de INEC de 1991, el MSP proporcionó 51 por ciento de las altas del sector público y 64 por ciento de las altas totales de los hospitales de atención aguda (INEC, 1992).

El MSP ha ampliado su dotación de personal y su infraestructura física en forma considerable en años recientes. Entre 1981 y 1991, el número de médicos contratados por el MSP se duplicó mientras que el personal de enfermería aumentó cuatro veces. El número total de empleados del MSP aumentó en dos tercios, de 14.652 a 24.418. A través de este mismo período de tiempo, el MSP agregó 1.400 camas de atención aguda y 400 instalaciones ambulatorias, lo que representa un aumento del 23 y el 50 por ciento, respectivamente (INEC, 1982, 1992).

El MSP tiene la capacidad para proporcionar cobertura a 80 por ciento de la población. Sin embargo, los estudios de la demanda indican que solo llega a 30-40 por ciento de los ecuatorianos (Fundación Eugenio Espejo, 1986; Instituto Nacional de Empleo, 1992; Vanormelingen y Goblet, 1990). Utilizando estimaciones del lado de la oferta basadas en consultas de morbilidad por primera vez, el MSP proporcionó cobertura a una cuarta parte, aproximadamente de la población en 1991. Aunque está aún lejos de la meta de cobertura del MSP, esta cifra representa casi el doble de la cobertura registrada hace diez años.

El MSP ha afrontado una crisis financiera aguda desde mediados de la década de 1980. Después de casi una década de incrementos reales en los gastos de salud del gobierno, el apoyo presupuestario comenzó a descender durante mediados de la década de 1980.[2] El *Cuadro 1-1* muestra que, durante el período de 1981-1991, los gastos totales por persona del MSP descendieron en 23 y 41 por ciento, respectivamente. A través de este mismo período, los gastos totales y por persona reales del gobierno descendieron en una cifra considerablemente más baja: 5 y 26 por ciento, respectivamente. El PIB registró un aumento del 24 por ciento pero descendió 3 por ciento sobre una base por persona. Desde 1986, el gasto del MSP ha disminuido en 19 por ciento, aproximadamente, en términos reales.[3]

Cierto número de donantes apoyan programas especiales, tales como los de atención maternoinfantil, control de enfermedades transmisibles y saneamiento. En 1991, aproximadamente S/39.174,1 millones se emplearon en estos programas

---

[2]La cuadruplicación de los precios del petróleo durante mediados de la década de 1970 impulsó la economía ecuatoriana a una expansión económica sin precedentes. Lamentablemente, la prosperidad fue efímera. Durante la década de 1980, la reducción en los precios del petróleo, la menor producción de petróleo y un incremento en los tipos de interés y en la carga de la deuda produjeron una serie de choques económicos agudos y crisis fiscales. A través de este período, el PIB por persona descendió de US $1.415 a $1.355. El ingreso real por persona en 1990 estuvo por debajo de los niveles de 1978. Si bien los pagos de la deuda aumentaron de 12 a 30 por ciento del presupuesto fiscal, los gastos sociales por persona del gobierno disminuyeron de US $161 a 115 (PREALC, 1992). La incidencia de la pobreza en las zonas urbanas aumentó de 45 a 52 por ciento de la población mientras que el sector informal experimentó una expansión de 15 a 24 por ciento de la población económicamente activa (PEA). El salario mínimo descendió en 64 por ciento en términos reales.

[3]Cabe advertir que, entre 1981 y 1991, los pagos de la deuda del gobierno aumentaron de 18 a 26 por ciento del gasto total.

especiales y en centros de salud y subcentros de salud de nivel primario.[4] De esta cifra, los donantes aportaron un 29 por ciento. Una transferencia extrapresupuestaria de un fondo especial administrado por el Ministerio de Beneficencia, conocido como FONIN, aportó otro 15 por ciento (S/6.005,6 millones).[5] En pocas palabras, el apoyo presupuestario del MSP para la atención primaria de salud representa un 55 por ciento de los gastos totales en estas actividades. No hay seguridad de que el apoyo para la atención primaria de salud por los donantes externos y mecanismos extrapresupuestarios para la extensión de la atención primaria de salud continúe en el futuro. Sin embargo, si descienden los fondos originados en estas fuentes, no es probable que el MSP pueda llenar el vacío financiero.

CUADRO 1-1
COMPARACION DEL PIB Y GASTOS DEL MSP Y EL GOBIERNO, 1981, 1986, 1991
(en 000.000 de Sucres de 1975)

AÑO	MSP		GASTOS TOTALES DEL GOBIERNO		PIB	
	TOTAL (000.000)	PER CAPITA	TOTAL (000.000)	PER CAPITA	TOTAL (000.000)	PER CAPITA
1981	2.141.0	262	30.021	367	153.443	18.751
1986	2.019.8	217	33.120	355	169.136	18.129
1991	1.640.4	156	28.509	272	190.384	18.128
cambio 1981-91	-23%	-41%	-5%	-26%	24%	-3%
porc. 1986-91	-19%	-28%	-14%	-24%	13%	sin cambio

Fuente: Ministerio de Finanzas.

En 1991, los gastos en los hospitales representaban aproximadamente 52 por ciento de los gastos del MSP. Es difícil estimar la tendencia en los gastos de hospitales debido a que el MSP mantiene dos presupuestos. El primero incluye administración central, programas verticales y programas especiales (por ejemplo, cólera, atención maternoinfantil, etc.). El otro guarda relación con todos los gastos en las instalaciones y en las oficinas administrativas regionales. En 1991, el MSP gastó 45 por ciento del presupuesto provincial en instalaciones secundarias y terciarias en comparación con 39 por ciento cinco años antes. Si bien los programas especiales (por ejemplo, la nutrición infantil, atención maternoinfantil, agua y saneamiento) son apoyados cada vez más por donantes y por

[4] A menos que se indique lo contrario, todas las cifras financieras se expresan en sucres. La tasa promedio de cambio en 1991 fue de: 1 US$ = S/1094.

[5] FONIN transfirió otros S/26 millones al MSP para un programa de alimentación complementaria. Esta transferencia no se incluye en los cálculos de atención primaria de salud.

financiamiento extrapresupuestario, el MSP parece dirigir una porción cada vez mayor de los recursos presupuestarios a los hospitales.

1.3 JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL (JBG)

Fundada en 1888, la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) es una sociedad de asistencia social que fue creada por ordenanza municipal para administrar servicios sociales en la Ciudad de Guayaquil. Se rige por una junta cuyos miembros representan algunas de las familias más ricas y poderosas en Ecuador. La JBG quizás sea la única organización caritativa latinoamericana creada en el Siglo XIX que sigue proporcionando servicios públicos en tanto mantiene plena autonomía del gobierno. Los padres fundadores estaban convencidos de que el gobierno era incapaz de proporcionar servicios públicos de forma "uniforme, eficaz y productiva" (JBG, 1988). Aprovechando una ley de 1887 que ordenaba a los municipios establecer servicios sociales autónomos, obtuvieron legislación (municipal y nacional) por la que se estipulaba plena autonomía de supervisión gubernamental. Los códigos municipales delegan a la JBG la propiedad y gestión de los hospitales, orfanatos, cementerios e instituciones de salud mental. Las propiedades y responsabilidades de la JBG han sido mantenidas por legislación nacional.

En la actualidad, la JBG opera un hospital general, un hospital de maternidad, un hospital de niños, una institución de salud mental, un hogar convaleciente, dos orfanatos, dos escuelas (para huérfanos), una escuela técnica, un cementerio y una casa funeral.

La JBG obtiene su ingreso de concesiones especiales de juegos de azar, impuestos municipales, aportes privados, pagos de los usuarios y subvenciones del gobierno central. En primer lugar y antes que nada, ha mantenido un control monopolista sobre la lotería nacional desde los comienzos de esta lotería en 1894.[6] El *Cuadro 1-2* muestra que la lotería representó más de la mitad del ingreso de la JBG en 1991. Los ingresos derivados del alquiler y la venta de propiedades—donados a la JBG por guayaquileños ricos—también representan una porción significativa del ingreso. Sin embargo, de acuerdo con los directores de la JBG, esta última fuente ha disminuido en años recientes. La JBG deriva aproximadamente 2 por ciento de su ingreso de subvenciones directas del gobierno central. En el pasado, la JBG ha obtenido algunos fondos del gobierno para la construcción de hospitales. Los ingresos de los impuestos municipales sobre los permisos de automóviles, transferencias de propiedades y cuentas de cheque representan menos de uno por ciento del ingreso. Los pagos de los usuarios y cargos a los pacientes privados en los hospitales de la JBG representan aproximadamente 7 por ciento del ingreso.

Al contrario del MSP, la sostenibilidad financiera no es una cuestión importante para la JBG. Por ejemplo, la JBG declaró gastar solo 54 por ciento (S/20.285,6 millones) de su ingreso total (S/37.264,5 millones) en 1991. En

[6]Desde el comienzo de la JBG, la organización ha rechazado varios intentos por el gobierno central de eliminar la lotería, establecer loterías competitivas y transferir sus instalaciones hospitalarias al MSP. El éxito de la JBG en mantener sus fuentes de ingresos y su autonomía resulta de los intereses poderosos representados en la junta de la JBG.

realidad, solo los ingresos procedentes de la lotería sufragaron todos los gastos de la JBG en ese año (JBG, 1992).

1.4 INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE Y MEDICINA TROPICAL (INHMT)

Fundado en 1941, el INHMT proporciona cierto número de servicios: pruebas de laboratorio para personas y animales, pruebas y certificación de productos medicinales, producción de vacunas y medicamentos y prueba y certificación de productos alimentarios. Opera laboratorios provinciales para realizar pruebas rutinarias. Pruebas más avanzadas se realizan en instalaciones grandes situadas en Quito y Guayaquil. El INHMT es financiado por una transferencia especial del Congreso y, en menor grado, por el MSP. De forma análoga a la JBG, leyes especiales regulan las operaciones del INHMT.

1.5 MUESTRA

El cuerpo de este estudio gira en torno a las prácticas de recuperación de costos en seis de los hospitales mayores del sector público en el Ecuador. Las instalaciones del MSP fueron seleccionadas por los funcionarios del MSP en parte debido a que tratan de aplicar la recuperación de costos en los hospitales mayores, especialmente al nivel terciario. Las dos instalaciones hospitalarias de atención aguda de la JBG también se incluyeron a petición de la USAID/Quito. En contraste con el MSP, la JBG tiene una experiencia considerable en las actividades de recuperación de costos. Opera salas privadas que compiten con las clínicas privadas en Guayaquil y cobran pagos de los pacientes "generales" o no privados para la mayoría de los servicios. La USAID/Quito está interesada en comparar las experiencias de recuperación de costos de la JBG y el MSP.

CUADRO 1-2
JBG: INGRESO POR FUENTE, 1991

FUENTE DE INGRESO	DISTRIB. PORCENTUAL
TOTAL (millones)	S/37,264,05
LOTERIA	53,5%
IMPUESTOS	0,7
TRANSFER. GBNO.	2,2
ALQUILER/VENTA PROPIEDAD	29,9
DONACIONES	0,7
ATENCION MEDICA[1]	6,6
OTRO	6,4

[1] Ingreso de pagos de los usuarios y salas privadas.

Fuente: Departamento de Finanzas, JBG.

Tomados en conjunto, los cuatro hospitales del MSP de la muestra consumieron 11,5 por ciento (S/10,6 millones) del presupuesto ejecutado del MSP de S/92,5 millones en 1991. Tres de los cuatro hospitales son instalaciones de atención terciaria de referencia a nivel nacional ubicados en Quito: Eugenio Espejo (cirugía y medicina interna); Baca Ortiz (pediatría); e Isidro Ayora (ginecología y obstetricia). El Hospital El Suburbio, el único hospital general del MSP situado en Guayaquil, proporciona atención del nivel secundario. También procesa una pequeña sala de maternidad. El equipo de

HFS realizó una encuesta al azar de camas en el Hospital Eugenio Espejo en 1992.[7] Los resultados indicaron que dos terceras partes de los pacientes hospitalizados residen en Quito o en la Provincia de Pichincha. La mayoría de los pacientes restantes residen en las ciudades secundarias de la región de la Sierra con buen acceso por carretera a Quito.

El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INHMT) opera laboratorios humanos y de animales en todas las provincias. Carga pagos por todos los exámenes. Este estudio se concentra en los costos, ingresos y producción del principal laboratorio del INHMT, que está ubicado en Guayaquil.

Los dos hospitales de la JBG, Luis Vernaza y Enrique Sotomayor, son hospitales generales a nivel terciario y de obstetricia-ginecología, respectivamente. En conjunto, estas instalaciones absorbieron 52 por ciento de los gastos totales de la JBG (S/20.285 millones) en 1991. Tal como se indica arriba, la JBG no opera centros de salud u otras instalaciones ambulatorias independientes. Los vínculos de referencia para envío de pacientes al MSP y otros proveedores son débiles o inexistentes. Los registros Hospital Luis Vernaza (HLV) indican que dos terceras partes de los pacientes que son hospitalizados provienen de la Provincia del Guayas, que contiene a Guayaquil. El resto proviene principalmente de las otras provincias costeras con acceso relativamente bueno a Guayaquil. Los estudios de la demanda indican que la JBG proporciona cobertura a 3-5 por ciento de la población nacional (Fundación Eugenio Espejo, 1986; Instituto Nacional de Empleo, 1992).

El *Cuadro 1-3* muestra los datos estadísticos resumidos para los hospitales incluidos en la muestra. Tal como se midió prácticamente en todos los indicadores, Luis Vernaza es la instalación mayor. Es el hospital general más grande del país mientras que la otra instalación de la JBG, Enrique Sotomayor, es el mayor hospital de maternidad. Ambos hospitales de la JBG tienen altos gastos en comparación con sus homólogos en el MSP. Por ejemplo, el presupuesto para el Hospital de Maternidad de Enrique Sotomayor de 289 camas de la JBG es casi tres veces mayor que el del Hospital de Maternidad de Isidro Ayora de 249 camas del MSP. Sin embargo, el primero tiene casi el doble de altas que el segundo. Luis Vernaza emplea dos veces la cantidad empleada por Eugenio Espejo, pero contiene más de dos veces el número de camas.

La duración promedio de permanencia (ALOS) es notablemente más alta para varios hospitales, lo que sugiere una organización de la atención médica ineficiente: Eugenio Espejo (13 días), Luis Vernaza (17 días) y Baca Ortiz (14 días). Ambos hospitales de maternidad parecen operar a plena capacidad pero la instalación de Isidro Ayora del MSP presenta una ALOS de 5,4 en comparación con 2 para el Hospital Enrique Sotomayor de la JBG. Ambos hospitales proporcionan servicios análogos a poblaciones con características socioeconómicas similares. La reducción de la ALOS en Isidro Ayora puede aumentar la disponibilidad de camas de maternidad.

Evidencia anecdótica indica que la duración promedio de permanencia puede estar relacionada con varios factores. En las instalaciones generales y

---

[7]La encuesta representó una muestra de 24 por ciento (76) de camas ocupadas (321) en todas las salas.

CUADRO 1-3 DATOS ESTADISTICOS RESUMIDOS DE LOS HOSPITALES DE LA MUESTRA						
SERVICIO	MINISTERIO DE SALUD				SOCIEDAD DE BENEFICENCIA	
	EUGENIO ESPEJO	BACA ORTIZ	EL SUBURBIO	ISIDRO AYORA	LUIS VERNAZA	ENRIQUE SOTOMAYOR
TIPO/NIVEL	general/ pediátrico	pediático/ terciario	general/ secundario	maternid/ terciario	general/ terciario	general/ terciario
AÑO	1925[1]	1957	1973	1948	1929	1948
PERSONAL	922	681	672	409	1,260	940
CAMAS	404	156	254	249	867	289
ALTAS HOSPITAL	7,036	2,823	5,611	19,110	16,443	36,650
ALOS	13	14	6	5	17[3]	2[4]
PORCENTAJE OCUPACION	72%	82%[2]	47%	100%	77%[3]	100%[4]
VISITAS AMBULAT.	49,850	55,641	24,764	28,916	56,197	63,279
VISITAS EMERGENCIA	17,738	13,636	66,954	26,358	24,197	[5]

[1]A fines de 1992, se inauguró una nueva instalación.
[2]Se cerraron varias salas.
[3]Excluye salas privadas: ALOS 5,5; % Ocupación: 58% (1990).
[4]Excluye salas privadas: ALOS 2; % Ocupación: 51%.
[5]Incluido en las visitas ambulatorias.

pediátricas, los pacientes quirúrgicos esperan a menudo varios días e incluso una semana antes de tener acceso a la mesa de operación. En los hospitales del MSP, la falta de suministros junto con los retrasos en la producción de pruebas diagnósticas contribuyen a esta situación. En Eugenio Espejo, el agotamiento crónico de existencias de medicinas y suministros médicos obliga a los pacientes y a sus familias a comprar medicinas y suministros médicos (en el sector privado) necesarios para el tratamiento. No es raro que los pacientes permanezcan en el hospital una semana o más mientras que sus familias buscan fondos para pagar estos artículos.

El Hospital Luis Vernaza de la JBG registra la ALOS más alta de cualquier hospital en Ecuador (17 días). En contraste con los hospitales del MSP, los suministros de medicamentos y otros materiales son adecuados en esta instalación. Pero la organización de la atención médica parece caótica. Un estudio interno de 1985 halló que las permanencias de los pacientes hospitalizados para cirugía de hernia inguinal eran como promedio de 8 días (Otero y Rodríguez, 1985).

Sorprendentemente, la mitad de esta permanencia era preoperativa. Informantes indican que la alta ALOS puede ser el resultado de médicos que intencionalmente extienden la ALOS para reducir la carga de trabajo y obligar a los pacientes a buscar atención en sus clínicas privadas (o en las salas privadas del hospital). Se necesita más investigación para evaluar las causas de la alta duración de permanencia.

1.6 MARCO JURIDICO

Los instrumentos jurídicos y reglamentarios relacionados con los cargos de pagos de los usuarios por servicios de salud del gobierno son contradictorios. Esto ha dado lugar a una confusión y conflicto considerables entre los funcionarios del MSP, los gerentes de instalación y los directores de instituciones apoyadas por el estado (por ejemplo, la JBG). Tres instrumentos guardan relación directamente con los pagos de los usuarios: el Código de Salud (1971), el Decreto 915 (1981) y el Acuerdo Ministerial 4698 (1981).

El Código de Salud estipula cargar pagos por servicios de salud. El Artículo 248 permite a cada instalación identificar los servicios por los que se aplicarán cargos, establecer las tarifas correspondientes y mantener los ingresos e invertirlos de acuerdo con las necesidades de la instalación. La ley estipula que las tasas requieren la aprobación del MSP mientras que el empleo de los ingresos procedentes de los gastos está sujeto a control fiscal.[8] El Código Fiscal requiere que un sistema de pagos solo puede establecerse por ley (como el caso del Código de Salud), pero leyes y normas administrativas regulan y fijan los pagos.[9]

De acuerdo con los funcionarios del MSP, es ilegal cargar pagos de los usuarios en las instalaciones del MSP. El Decreto Presidencial 915 (1981) prohibe todo cargo por servicios "básicos" de salud. El Artículo 1 define de forma general los servicios básicos como servicios que incluyen exámenes diagnósticos, rayos X, emergencias, partos y servicios preventivos. El decreto se aplica a las instalaciones del MSP al igual que a otras organizaciones caritativas que reciben subvención pública (por ejemplo, la JBG). El decreto ordena al Ministerio de Finanzas (MF) que aumente las subvenciones gubernamentales a las instalaciones de salud para compensar la pérdida de ingresos. El Acuerdo Ministerial No. 4698, también publicado en 1981, brinda una definición global de "servicios básicos,"

---

[8]De acuerdo con el Código Fiscal y la clasificación del ingreso del estado, los pagos cobrados por las agencias del gobierno se consideran como impuestos en parte debido a que los beneficios redundan sobre los individuos. Solo las leyes pueden establecer cargar pagos así como la tarifas que se aplicarán. El código fiscal estipula que las tarifas se establezcan de acuerdo con criterios de costos y criterios sociales.

[9]Por ejemplo, el Código de Salud se utiliza como base para establecer los pagos por concepto de exámenes de laboratorio proporcionados por el INHMT (véase a continuación). Pero una Ley, No. 1074 [1989], y un Acuerdo, No. 11190 [1991], establecieron las tasas y la metodología de fijación de tarifas. Cosa interesante, los libros contables del gobierno (Clasificación de Ingresos del Estado) incluyen códigos contables para clasificar los ingresos procedentes de servicios médicos.

como aquellos servicios que abarcan cirugía, admisiones al hospital, anestesia, consultas médicas y pruebas diagnósticas.[10]

.. En resumen, se utiliza una serie de instrumentos para establecer sistemas de pagos y fijar pagos mientras que se emplea otra serie de instrumentos para prohibir los cargos por servicios gubernamentales. En 1991, el MSP apoyó oficialmente, pero no ejecutó, la provisión gratuita de servicios. Sin embargo, es conocimiento común que la mayoría de los hospitales de nivel secundario y terciario cargan (de ordinario cuotas nominales) por una amplia gama de servicios.

¿Incumplen los gerentes de hospital la ley? De acuerdo con Wray et al. (1992), la jerarquía jurídica en Ecuador determina que, puesto que el Código de Salud es una ley, prevalece sobre el Decreto Presidencial o el Acuerdo Ministerial. En efecto, el Decreto 915 es ilegal puesto que contradice al Código de Salud. Pero puede considerarse vigente hasta que se declare nulo por el Tribunal Administrativo del país debido a su ilegalidad técnica. Sea lo que fuere, en la práctica, los gerentes de hospital subrayan el decreto indicando que los pagos por los pacientes son donaciones que se imponen para recuperar el costo de las medicinas y suministros, servicios hoteleros de hospital y otros rubros.

Finalmente, a pesar del hecho de que el Decreto 915 dictamina específicamente la provisión de servicios gratuitos por todas las instituciones del sector público, en los hospitales de la JBG se cargan cuotas notablemente más altas que en las instalaciones del MSP.[11] De acuerdo con los funcionarios de la JBG, los pagos se eliminaron aproximadamente un año después de la emisión del decreto pero se volvieron a introducir poco después. Evidentemente, se concertó un arreglo informal en virtud del cual el gobierno convino en proporcionar una subvención sustancial para suplir la deficiencia en ingresos procedentes de los pagos. Pero el MSP fue incapaz de cumplir su parte del trato y el gobierno redujo de forma pronunciada la subvención después de 1983.

Los códigos financieros y administrativos dictaminan que todos los recursos financieros se depositen en el Fondo Consolidado del Tesoro (Cuenta Unica).[12] Toda dependencia del gobierno (excepto las organizaciones paraestatales autónomas con leyes especiales) han de presupuestar (estimación) el ingreso procedente de los gastos u otras fuentes. Sin un presupuesto de gastos aprobado para estos fondos (por rubro de línea), los organismos no pueden obtener acceso a los mismos. En el caso de ingresos procedentes de pagos de los usuarios depositados por las instalaciones de salud, el proceso de retirar ingresos procedentes de los pagos es oneroso y prolongado. Las instalaciones pueden efectuar una retirada solo una vez por año y únicamente después de obtener la aprobación de cuatro

---

[10] El Acuerdo del MSP da una lista de los servicios siguientes como gratuitos: admisiones, anestesia, sección cesárea, vacunas, procedimientos curativos, procedimientos quirúrgicos, partos, inyecciones y cirugía menor. Entre los servicios ambulatorios gratuitos figuran: consultas médicas, inyecciones, exámenes rutinarios de laboratorio, cirugía oral, canal dental para extracción de la raíz, profilaxia dental, vacunas, cirugía menor y rayos X.

[11] Los programas de pagos se describen en la Sección 3.1 de este informe.

[12] Artículo 170, Ley Orgánica de Administración y control Financieros.

instituciones: el Tesoro, el MF, la Oficina del Controlador General, y el Ministerio de Salud.

.. Significativamente, existen excepciones para la mayoría de los instrumentos jurídicos y normas administrativas arriba citados. El INHMT se rige por leyes separadas (No. 1074 del 20 de octubre de 1989 y No. 11185 del 5 de junio de 1991) que permiten los cobros de pagos así como acceso directo a los ingresos procedentes de los pagos y su utilización. Estos instrumentos establecen pagos para el examen de laboratorio como porcentaje del salario mínimo diario. Para la mayoría de los exámenes, las tasas oscilan entre 2 y 10 por ciento del salario mínimo para los pacientes con recetas de instalaciones del MSP y de 4 a 12 por ciento para los pacientes privados.

Las disposiciones del INHMT también estipulan que los ingresos se utilicen para gastos operativos, en especial para la compra de reactivos. Notablemente, el Artículo 3 de la Ley 1074 da instrucciones al Tesoro para que establezca una "cuenta especial" dentro del Fondo Consolidado administrado directamente por el INHMT. Aunque la cuenta es auditada por el MF, los gerentes del INHMT pueden depositar y retirar fondos a voluntad.

2.0 GASTOS, COSTOS E INGRESOS

Esta sección presenta los resultados del análisis de costos, compara los costos con los gastos presupuestarios, examina el estado financiero de las instalaciones de la muestra y equipara los costos con los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios para una subserie de servicios. La metodología utilizada para analizar los costos se considera en la Sección 2.1. El Anexo 2 analiza los métodos de recopilación de datos y las técnicas de asignación de costos utilizadas para estimar los costos unitarios. Los datos complementarios utilizados para construir distintos cuadros incluidos en esta sección también se presentan en los cuadros del anexo.

2.1 METODOLOGIA

El estudio realizó un análisis de costos unitarios para facilitar la estimación de los niveles actuales y futuros de recuperación de costos para cada instalación así como para servicios selectos dentro de cada instalación. Utilizando los datos contables, de producción y precios disponibles, el análisis de costos empleado aquí estima los costos contables o financieros. Mide los costos totales y promedio[13] para determinados servicios tomando como base desembolsos financieros reales o gastos relacionados con la producción de esos servicios. Debido a la falta general de información sobre gastos para infraestructura y equipo en cada instalación, el estudio se concentra en los costos periódicos u operativos solamente. Los datos de costos también excluyen las estimaciones de los costos administrativos centrales del MSP relacionados con las instalaciones hospitalarias. Todos los datos de costos corresponden a 1991.

El análisis de costos incorpora una técnica de "localización de costos". De acuerdo con uno de los principales objetivos de este estudio, la localización de costos se considera una metodología apropiada para el establecimiento de tarifas (o pagos) o para determinar la idoneidad de los programas de pagos actuales (Newman, Suver y Zelman, 1984; Berman, Weeks y Kukla, 1986). En realidad, para un determinado nivel de producción de servicios, proporciona suficiente exactitud para permitir a los gerentes de una instalación estimar los cargos que es necesario aplicar para recuperar total o parcialmente el costo de producción. La metodología no tiene por fin medir los *costos económicos* de los insumos de recursos.[14]

---

[13] Llamados a menudo costos unitarios, un costo promedio representa el costo or unidad de producción (costo total/cantidad).

[14] Los costos económicos consisten en el valor total de todos los insumos de recursos utilizados para producir un determinado producto (incluido el uso de personal voluntario, suministros y equipo donado, etc.). Los costos económicos guardan relación con los costos de oportunidad, el costo de la oportunidad perdida de los recursos que podrían haberse utilizado en otro lugar. Los costos económicos son apropiados para el estudio de la eficiencia.

Tomando como base los libros contables, nóminas de pago, registros de distribución interna de medicamentos y suministros, y libros de compras que contienen los precios pagados por los suministros y servicios, la metodología distribuye (o redistribuye) todos los gastos operativos a centros de costos. Estos centros, que en general corresponden a los departamentos administrativos y médicos establecidos en cada instalación, consisten en dos clases: indirectos (no productores de ingresos) y directos (productores de ingresos). Los costos totales se miden al nivel de cada centro de costo contabilizando el gasto en diferentes categorías de insumos para dicho centro. Estos incluyen lo siguiente: (1) sueldos (y beneficios) del personal que en realidad trabaja en dicho centro; (2) medicamentos y suministros médicos y no médicos despachados a cada centro y (3) servicios contratados.[15]

CUADRO 2-1
COMPARACION DE LOS GASTOS Y COSTOS PERIODICOS
(en millones de sucres y porcentaje)

INSTALACION	GASTOS TOTALES[1]	COSTOS TOTALES[2]	DIF. PORCENT.
BACA ORTIZ	2,999.4	2,697.2	-9.0
EUGENIO ESPEJO	3,327.6	3,531.2	+6.1
ISIDRO AYORA	1,602.9	1,445.2	-9.8
EL SUBURBIO	2,451.5	2,252.0	-8.1
LUIS VERNAZA[3]	5,708.8	5,118.4	-10.3
ENRIQUE SOTOMAYOR[3]	3,742.6	3,350.1	-10.5

[1]De los estados financieros de la instalación. Consúltense los gastos "comprometidos".
[2]De los análisis de costos.
[3]Incluye los gastos para pacientes privados y no privados.
Fuente: Cuadro 2 del Anexo.

El paso final de la técnica de localización de costos entraña la asignación de costos de centros de costos no productores de ingresos (por ejemplo, administración, mantenimiento de la planta, etc.) a centros de costos productores de ingresos (por ejemplo, laboratorio, sala operativa, etc.) a fin de estimar el costo total de los servicios proporcionados a los pacientes. Esto requiere datos no financieros para prorratear los costos indirectos para cada centro de costos directos. Por ejemplo, el número de libras de ropa lavada se utiliza para asignar los costos de los servicios de lavandería al teatro de operaciones, la sala de

[15]El Anexo 1 describe las metodologías de recopilación de datos utilizadas en este estudio.

emergencia y las salas de pacientes hospitalizados. Este estudio utiliza el método de asignación doble para asignar los costos indirectos a centros de costos directos. Este método se considera superior al método descendente ya que toma en cuenta la distribución de los servicios y, por tanto, los costos entre centros de costos indirectos antes de su asignación a los centros de costos directos (Berman, Weeks y Kukla, 1986). El Cuadro 1 del Anexo presenta un desglose de los costos directos e indirectos para cada instalación.

¿Cuáles son los costos derivados del estudio en comparación con los gastos presupuestarios de la instalación? El *Cuadro 2-1* compara los costos totales estimados del análisis de costos con los gastos totales "ejecutados" tomados de los estados financieros de la instalación. Tal como se indica en la última columna del Cuadro 2-1, la variación entre las dos cifras cae dentro de la gama aceptable (aproximadamente 10 por ciento o menos).

Con la excepción del Hospital Eugenio Espejo, las estimaciones de costos son menos que los gastos "ejecutados" o "comprometidos". Esto se debe a varios factores conexos. Primero, a menudo se considera que las vacantes de personal son gastos "comprometidos" por la instalación hasta que se hagan ajustes y sean aprobados por el MSP y el MF. Estos gastos no se registran como costos en nuestra metodología. Segundo, es difícil determinar a partir de los libros financieros el gasto que ocurrió en realidad en un período dado. Dentro de un contexto generalizado de subfinanciación y retrasos crónicos en las asignaciones del MF, los gerentes de hospital sacan los fondos recibidos en un año para pagar las facturas comprometidas durante el año precedente. Por ejemplo, a mediados de 1992 algunas instalaciones estaban recibiendo una asignación dedicada a 1991. Otra razón para la discrepancia puede estar relacionada con la estimación para los costos de medicamentos y suministros médicos. Fue una tarea imposible obtener los precios pagados para todos los artículos. Además, el volumen de medicamentos y suministros despachados a los centros de costos se fundamentó en muestras de cuatro a seis meses de los registros del almacén. La muestra puede subestimar el volumen verdadero de los suministros utilizados. En algunos casos, el volumen y el destino final de algunos suministros médicos y no médicos no se registraron en los libros del almacén para todo el período de la muestra.[16]

[16]En el caso de Eugenio Espejo, la sobreestimación aparente probablemente guarda relación con las dificultades en obtener información sobre el volumen y precios pagados por los medicamentos y suministros, y a la contabilización de S/190 millones en gastos "extrapresupuestarios" registrados en los libros del hospital (véase el *Cuadro 2 del Anexo*).

2.2 SITUACION FINANCIERA DE LAS INSTALACIONES DEL MSP

Antes de examinar los costos de las instalaciones, es importante determinar su situación financiera. Aquí nos concentraremos en las cinco instalaciones del MSP de la muestra.[17] Tal como se sugirió anteriormente, el apoyo presupuestario cada vez menor ha resultado en subfinanciación de las instalaciones del MSP. Muchas adeudan una cantidad considerable a los proveedores.

CUADRO 2-2
SITUACION FINANCIERA DE LAS INSTALACIONES DEL MSP, 1991
(en 000.000 Sucres de 1991 y porcentajes)

CONCEPTO	BACA ORTIZ	EUGENIO ESPEJO	ISIDRO AYORA	EL SUBURBIO	INHMT
Presup. Final "Modificado"	4,369	3,768	1,607	2,688	3,385
Porcentaje asignado en 1991	57%	76%	87%	64%	92%
Ingreso Total,[1] 1991	2,508	3,197	1,554	1,775	3,410
Gastos "Comprometidos",[2] 1991	3,145	3,371	1,619	2,504	3,293
Déficit/Superávit[2] 1991	(637)	(174)	(65)	(729)	117
% del ingreso	-25%	-5%	-4%	-41%	3%

[1]Incluye los ingresos procedentes de todas las fuentes: asignaciones presupuestarias, ingresos procedentes de los pagos de los usuarios y donaciones.
[2]Al 31 de diciembre de 1991.
Fuente: Facility Financial Ledgers.

El *Cuadro 2-2* presenta la situación financiera en 1991 para las instalaciones del MSP incluidas en el estudio. Ese año recibieron de 57 a 87 por ciento de su presupuesto final "modificado". En consecuencia, cada una tuvo déficit importantes. Invariablemente, los costos se redujeron mediante reducciones en los desembolsos por concepto de mantenimiento, medicamentos, suministros e inversiones. Por ejemplo, debido a agotamiento crónico de existencias en el Hospital Eugenio Espejo, la mayoría de los pacientes hospitalizados compran los medica-

[17]Sobre el papel, el ingreso procedente de las asignaciones presupuestarias y los gastos de los usuarios supera los desembolsos para los hospitales de la JBG en la muestra. La mayoría de las tareas relacionadas con financiamiento, contabilidad y compra en las instalaciones de la JBG están centralmente administradas.

mentos, suministros y pruebas de diagnóstico (e incluso tratamientos) de proveedores privados situados cerca del hospital. Los gerentes declaran que es cada vez más difícil para ellos adquirir medicamentos y suministros médicos debido a su gran deuda con los proveedores locales. Algunos proveedores se negaban a efectuar nuevas entregas mientras que otros cargaban sobretasas excesivas para protegerse contra la inflación. En la mayoría de los casos, las existencias agotadas se reservan para casos de emergencia.[18]

En pocas palabras, el *Cuadro 2-2* indica que ninguna instalación del MSP recibió su asignación completa en 1991. Baca Ortiz y El Suburbio fueron los hospitales más duramente afectados ya que recibieron menos de dos terceras partes de sus presupuestos respectivos y cerraron el año con déficit importantes. Otras instalaciones recibieron entre 76 y 92 por ciento de sus presupuestos.

A pesar de un apoyo presupuestario decreciente, empero, el MSP está ampliando su nómina de personal. De acuerdo con funcionarios de alto nivel del MSP, se están contratando médicos y enfermeras para programas especiales. Pero una vez que termina el programa, los acuerdos colectivos exigen que este personal contratado se incorpore a la nómina regular. Entre 1987 y 1991, el número de médicos aumentó en 25 por ciento, pero el número de camas de pacientes agudos e instalaciones ambulatorias aumentó en 3 y 18 por ciento, respectivamente. En 1991, los sueldos y beneficios representaron 83 por ciento de los gastos presupuestarios del presupuesto provincial del MSP (por ejemplo, todas las instalaciones y directorías regionales) y 60 por ciento del gasto en programas especiales y del ministerio central. Los gastos por concepto de sueldos y beneficios oscilaron entre 67 y 78 por ciento de los gastos totales para las instalaciones del MSP en la muestra (véase el Cuadro 2 del Anexo).

Los hospitales hacen lo que pueden con los medios a su disposición. Las estrategias de supervivencia consisten en dejar sin ocupar las vacantes (personal no profesional) y reducir los desembolsos por equipo, mantenimiento y suministros. Significativamente, para el final del año todos los hospitales habían contraído una deuda considerable con los proveedores, que oscilaba entre S/147,1 millones para el Hospital Eugenio Espejo y S/579,3 millones para El Suburbio. Este último hospital registró un déficit acumulado en 1989-1991 de S/729,4 millones (en sucres de 1991).

A mediados de 1992, el MF desembolsó fondos extrapresupuestarios a los hospitales en parte para eliminar el déficit de 1991 y para cancelar otras deudas pendientes. Los criterios empleados por el MF para especificar la cantidad siguen siendo sorprendentes. El Hospital Isidro Ayora recibió casi el mismo desembolso que el hospital El Suburbio (aproximadamente S/263 millones), pero el déficit de 1991 de este último hospital es más de 11 veces el del anterior. A medida que se aproximaba el año 1993, El Suburbio siguió asediado por una deuda acumulada de S/466 millones.

---

[18]Algunos hospitales del MSP no incluidos en la muestra (por ejemplo, Latacunga y el Hospital del Sur) presentan a cada paciente hospitalizado posible una lista de artículos que han de comprarse de los proveedores privados antes de su admisión.

2.3 COSTOS Y RECUPERACION DE COSTOS[19]

Las instalaciones del MSP abarcan solo una pequeña parte de sus costos con los pagos de los usuarios mientras que los hospitales de la JBG demuestran niveles notablemente más altos de recuperación de costos. Los *Cuadros 2-3, 2-4, y 2-5* comparan los costos y la recuperación porcentual para cada hospital en la muestra. Los gastos se han organizado por categoría de servicios (pacientes hospitalizados, servicios diagnósticos y servicios ambulatorios) y por servicios selectos dentro de cada categoría. Los cuadros permiten al lector establecer la correspondencia entre los costos y la recuperación conceptual para los productos principales dentro de la instalación y a través de las instalaciones y determinar el efecto de los ingresos procedentes de un determinado servicio o categoría de servicios sobre la recuperación total de costos.[20]

El *Cuadro 2-3* presenta un resumen de los resultados para los hospitales generales y pediátricos. Los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios representan menos del 3 por ciento de los costos para las instalaciones del MSP pero casi 10 por ciento para el Hospital Luis Vernaza de la JBG.[21] Significativamente, todos los hospitales recuperan solo una pequeña parte de los costos por la atención hospitalizada y cirugía. Sin embargo, estos servicios absorben aproximadamente dos terceras partes de los costos totales para cada instalación. El Suburbio es el único hospital del MSP que carga por servicios ambulatorios, recuperando una cifra baja de 1,4 por ciento de los costos. Luis Vernaza recupera aproximadamente una cuarta parte de los costos ambulatorios mediante la venta de medicinas a pacientes ambulatorios.

En términos tanto absolutos como de porcentaje de los costos, todas las instalaciones generan ingresos notablemente mayores por los servicios diagnósticos que por la atención hospitalizada y ambulatoria. Más de la mitad de los ingresos de las instalaciones del MSP se deriva de servicios de diagnósticos mientras que estos servicios son la fuente de 42 por ciento de los ingresos en Luis Vernaza. Al examinar servicios diagnósticos concretos, se observa entre las instalaciones una considerable variación en los niveles de recuperación de costos. Luis Vernaza percibe un ingreso sobre los pagos aplicados para cardiogramas y encefalogramas, mientras que El Suburbio hace lo mismo para radiología. Baca Ortiz recupera 16 por ciento de los costos de las pruebas relacionadas con cardiología y Luis Vernaza recupera 15 y 26 por ciento de las pruebas de laboratorio y radiología, respectivamente. Pero la recuperación es insignificante para la mayoría de los demás servicios diagnósticos entre las instalaciones.

---

[19] Se recuerda al lector que todos los datos de costos presentados en este informe se refieren solamente a los costos operativos o periódicos.

[20] Los datos sobre ingresos se presentan en los *Cuadros 3A-H del Anexo.*

[21] Los Cuadros 2-3 y 2-4 excluyen los costos e ingresos de las salas privadas en las dos instalaciones de la JBG, Luis Vernaza y Enrique Sotomayor. Los costos e ingresos de las salas privadas se incluyen en el Cuadro 8.

CUADRO 2-3
HOSPITALES GENERALES Y PEDIATRICOS: COSTOS TOTALES Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS, 1991
(S/000.000 y porcentaje)

SERVICIO	EUGENIO ESPEJO		BACA ORTIZ		EL SUBURBIO		LUIS VERNAZA[3]	
	Costo Total	% Recup.	Costo Total	% Recup.	Costos Totales	% Recup.	Costos Totales	% Recup.
HOSPITALIZADO[1]	2,518.2	0.3	1,782.7	0.6	1,398.1	1.2	3,299.4	2.5
Días-Cama[2]	1,456.5	0.6	1,081.1	0.0	925.3	1.1	2,253.4	3.6
Cirugía	707.4	NA	355.5	3.3	410.1	1.5	764.9	0.4
DIAGNOST.[1]	346.2	4.1	359.2	7.1	346.2	7.4	858.0	27.1
Laboratorio	143.4	5.0	210.8	5.2	193.7	3.9	425.8	14.7
Patología	30.2	3.3	18.5	2.7	[5]	--	45.2	4.9
Radiología	118.8	3.5	113.6	9.6	89.8	104.9	349.4	26.1
Sonografía	16.9	4.6	NP	--	NA	--	NA	--
Cardiología[4]	34.0	2.7	16.4	16.3	NA	--	11.3	182.3
AMBULAT.[1]	666.8	0.0	555.8	0.0	507.7	1.4	552.3	24.1
Ambulatorios	258.0	0.1	124.3	0.0	215.5	2.8	239.8	40.6
Emergencia	270.5	0.0	291.1	0.0	188.7	0.0	270.7	13.1
Terapia Física	95.9	0.0	119.6	0.0	76.5	1.1	35.2	0.0
TOTAL HOSPITAL	3531.2	0.7	2,697.2	1.4	2,2512.0	2.3	4,709.7	9.7

[1]Los subtotales incluyen los costos e ingresos relacionados con los servicios no presentados eN el cuadro.
[2]Los datos excluyen los gastos en la sala operativa, atención intensiva y unidad de tratamiento de quemaduras.
[3]Se refiere a los servicios proporcionados a pacientes "generales" o no privados.
[4]Cardiogramas y encefalogramas.
[5]Incluidos los costos de laboratorio.
Fuente: Cuadros 3A-D del Anexo.

El *Cuadro 2-4* demuestra el pronunciado contraste en el nivel de recuperación de costos entre los dos hospitales de maternidad. Aunque el Hospital Isidro Ayora registra el nivel más alto de recuperación total entre las instalaciones del MSP incluidas en la muestra (5 por ciento), no llega a la marca del 20 por ciento de cobros realizados por el Hospital Enrique Sotomayor de la JBG. Esta última instalación recuperó 13, 26, y 72 por ciento de los costos de

pacientes hospitalizados, ambulatorios y diagnósticos, respectivamente, presentando los niveles más altos de recuperación para cada categoría de servicios entre los hospitales incluidos en la muestra. Recupera 42 por ciento de los gastos de la sala de partos en comparación con 2 peor ciento en Isidro Ayora. Enrique Sotomayor percibe utilidades de los pagos cargados a los pacientes en el Banco de Sangre y en el departamento de sonografía.

El Ecuador presenta resultados deficientes cuando se le compara con otros países en términos de recuperación de costos mediante pagos de los usuarios en las instalaciones de salud del gobierno. En Bolivia, casi la mitad de todo el ingreso de las instalaciones de salud del gobierno en la Provincia de Santa Cruz se obtiene de los pagos de los usuarios (Richardson et al., 1992). Los hospitales de nivel terciario situados en las Provincias de Huila y Caldas en Colombia recuperan de 15 a 27 por ciento de los costos mediante pagos de los usuarios, mientras que la mayor parte de los centros de salud perciben una cuarta parte del ingreso total de los cargos a los pacientes (La Forgia y Homedes, 1992). Los hospitales en países más pobres tales como China y Zaire sufragan más de dos terceras partes de sus costos mediante cargos de los usuarios (Bitrán et al., 1986; Ainsworth, 1984).

El *Cuadro 2-5* presenta los costos e ingresos para los servicios hospitalizados de los pacientes privados en los dos hospitales de la JBG. Luis Vernaza recupera los costos completos de estos servicios mientras que Enrique Sotomayor obtiene utilidades que a su vez pueden subvencionar servicios para pacientes no privados.[22] Combinando los costos e ingresos para los pacientes tanto públicos como privados, el hospital deriva 32 por ciento del ingreso de los pagos. Es interesante el hecho de que Luis Vernaza solo recupera una cuarta parte de los costos quirúrgicos pero obtiene un 100 por ciento de utilidades por los servicios hoteleros de hospital (mediante pagos por días-camas). Enrique Sotomayor sufraga 91 por ciento de los costos de la sala de operaciones y partos pero obtiene una utilidad con otros servicios de pacientes hospitalizados y servicios hoteleros de hospital proporcionados a los pacientes privados.

En resumen, los ingresos representan una fuente insignificante de fondos para las instalaciones del MSP y contribuyen poco a paliar la aguda crisis financiera que sufren en la actualidad. El ingreso derivado de los cargos para los pacientes generales es comparativamente más alto en los hospitales de la JBG, en particular en el caso del Hospital de Maternidad Enrique Sotomayor. El ingreso procedente de los pacientes privados también representa una fuente importante y adicional de fondos para esta última instalación.

---

[22]Todos los ingresos por concepto de pagos de los usuarios y salas privadas que devuelven a la oficina central de la JBG. Es difícil determinar la forma en que se utilizan estos ingresos.

CUADRO 2-4
HOSPITALES DE MATERNIDAD: COSTOS TOTALES Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS, 1991
(S/000.000 y Porcentaje)

SERVICIO	ISIDRO AYORA		ENRIQUE SOTOMAYOR[3]	
	Costo Total	% Recup.	Costo Total	% Recup.
AMBULATORIO[1]	1,169.0	3.9	2,555.4	12.8
Día-Cama/GINOB[2]	369.1	0.0	958.5	0.0
Día-Cama/Neonatal[2]	312.9	6.1	488.3	2.7
Cirugía	243.2	8.6	285.9	7.3
Sala de Partos	243.9[4]	2.1	683.8[5]	42.7
DIAGNOSTICO[1]	113.7	23.8	314.2	72.0
Laboratorio	73.0	10.4	137.1	33.3
Banco de Sangre	1.4	NA	73.5	180.7
Patología	13.6	8.8	32.2	29.6
Radiología	14.3	7.1	44.0	9.6
Sonografía	11.3	151.2	26.5	117.6
AMBULATORIO[1]	162.4	0.2	131.8	25.7
Ambulatorio	96.0	0.0	95.8	35.4
Emergencia	51.7	0.0	[6]	[6]
TOTAL HOSPITAL	1,445.0	5.0	3,001.4	20.2

[1]Los subtotales incluyen los costos e ingresos relacionados con los servicios no Presentados en el cuadro.
[2]Los datos excluyen los gastos e ingresos relacionados con la sala operativa, la sala de partos, la atención intensa y las unidades de tratamiento de quemaduras.
[3]Se refiere a servicios proporcionados a pacientes "generales" o no privados.
[4]Cesáreas realizadas en la sala operativa de cirugía general.
[5]Nacimientos normales, abortos y sección cesárea realizados en el departamento.
[6]Incluido en servicios ambulatorios.

Fuente: Cuadros 3E-F del Anexo.

CUADRO 2-5
SALAS PRIVADAS EN DOS HOSPITALES DE LA JBG: COSTOS TOTALES RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS, 1991
(S/000.000 y Porcentaje)

SERVICIO[1]	LUIS VERNAZA		ENRIQUE SOTOMAYOR	
	Costo Total	% Recup.	Costo Total	% Recup.
HOSPITALIZADO[2]	408.7	100.6	331.1	103.0
Día-Cama[3]	169.9	205.1	132.6	120.7
Sala de Cirugía y Parto.	238.9	26.3	198.5	91.1
DIAGNOSTICO	[4]	[4]	17.4	65.1
TOTAL	408.7	100.6	348.5	128.0

[1]Incluye servicios de emergencia que requieren hospitalización. Los hospitales no proporcionan servicios ambulatorios privados.
[2]Los subtotales incluyen costos e ingresos relacionados con los servicios no presentados en el cuadro.
[3]Los datos excluyen los gastos y los ingresos relacionados con la sala operativa, la sala de partos, la atención intensiva y la unidad de tratamiento de quemaduras.
[4]Incluido en los totales de pacientes hospitalizados.

Fuente: Cuadros 3G-H del Anexo.

3.0 EXPLICACION DE LOS BAJOS INGRESOS

Los funcionarios del MSP Central declaran que los bajos ingresos guardan relación con la incertidumbre en torno a la legalidad de cargar pagos en las instalaciones del gobierno. Esto es cierto solo en parte. Todas las instalaciones cargan pagos por una gama de servicios y, por tanto, incumplen la ley. Pero unos cuantos directores de instalación parecen temer las repercusiones jurídicas o políticas. En 1991 y 1992, todos han dictaminado o aumentado cargos sin informar a las autoridades centrales. A fines de 1992, la Dirección Provincial de Guayaquil del MSP publicó un programa oficial de pagos para los servicios hospitalarios.

Algunas autoridades del gobierno indican que los ingresos bajos resultan de la incapacidad de la mayoría de los pacientes del MSP para pagar los servicios. Pero la JBG mantiene un programa de recuperación de costos relativamente dinámico aun cuando los estudios de la demanda familiar indican que los residentes urbanos que son los usuarios de los servicios de la JBG son imposibles de distinguir de sus homólogos en el MSP en términos de algunas características (por ejemplo, nivel educativo) [Fundación Eugenio Espejo, 1986; Instituto Nacional de Empleo, 1992]. Además, tal como se indicará en la Sección 4.0, los pacientes hospitalizados para tratamiento en el Hospital Eugenio Espejo ya están gastando sumas relativamente cuantiosas para comprar medicamentos, suministros médicos y para pruebas diagnósticas en el sector privado. ¿Cuáles son, pues, las razones para el desempeño deficiente? Esta sección presenta tres factores que resultan en bajos ingresos. Precios bajos, pruebas de medios deficientes y prácticas relajadas de facturación y cobro.

3.1 PRECIOS

Puesto que el gobierno no proporciona pautas sobre los programas de pagos, cada instalación del MSP establece sus propios pagos. La JBG ha cargado pagos desde su fundación con poca interferencia del gobierno. Así pues, no sorprende que los precios varíen entre las instalaciones de la muestra. Sin embargo, los pagos son generalmente insignificantes cuando se les compara con los costos y con los precios del sector privado.

En las instalaciones del MSP, la mayoría de los precios los determinan los directores de la instalación y los trabajadores sociales mediante estimaciones de la capacidad de pago de las personas, que entrañan un proceso ad hoc. Sin embargo, en el caso de los servicios diagnósticos algunos precios se establecen para abarcar una proporción significativa de los costos. En las instalaciones de la JBG, la mayoría de los pagos son establecidos por los gerentes de la instalación pero los funcionarios de la oficina central proporcionan las pautas para los precios, en especial para las pruebas diagnósticas, las medicinas y los suministros médicos. De acuerdo con los funcionarios de la JBG, los pagos (para los pacientes generales) tienen por fin recuperar el costo de los medicamentos y suministros. En la práctica, los precios se ajustan anualmente de acuerdo con estimaciones generales de la inflación. En el caso de algunos servicios

diagnósticos, no obstante, las instalaciones tratan de recuperar los costos totales y, si es posible, obtener utilidades.[23]

Ningún hospital del MSP carga un viático a los pacientes hospitalizados y El Suburbio es el único hospital que impone un pago para las visitas ambulatorias. La JBG no aplica cargos a los pacientes generales por día-cama o por visitas ambulatorias. Las instalaciones del MSP cargan por medicinas a los pacientes ambulatorios de forma irregular mientras que las ventas de medicamentos a los pacientes ambulatorios son una fuente importante de ingresos para las instalaciones de la JBG. Todos los hospitales cobran pagos por cirugía y los hospitales de maternidad cargan por partos normales. Con la excepción de Baca Ortiz, todos los hospitales aplican un cargo de preadmisión a los pacientes hospitalizados para servicios no quirúrgicos. Los pagos por concepto de preadmisión y cirugía cubren todos los gastos de pacientes hospitalizados entre ellos los servicios médicos, medicamentos, suministros y servicios hoteleros de hospital, pero excluyen las pruebas diagnósticas y los tratamientos especiales que se cargan por separado. No obstante, en la práctica, los pagos por las pruebas diagnósticas se aplican principalmente a los pacientes ambulatorios en los hospitales del MSP.

Los precios para muchos servicios de los hospitales del MSP son más bajos que artículos ordinarios de consumo. Por ejemplo, el precio de una admisión no quirúrgica en Eugenio Espejo (S/1.500) es inferior al precio de una botella de cerveza de un litro. Un parto normal en Isidro Ayora (S/3.000) cuesta a la paciente menos que un viaje de ida y vuelta en taxi entre el hospital y los barrios cercanos. Un bocadillo y un refresco (S/1.500) en una cafetería cuesta más de algunos exámenes de radiología que requieren un medio de contraste.

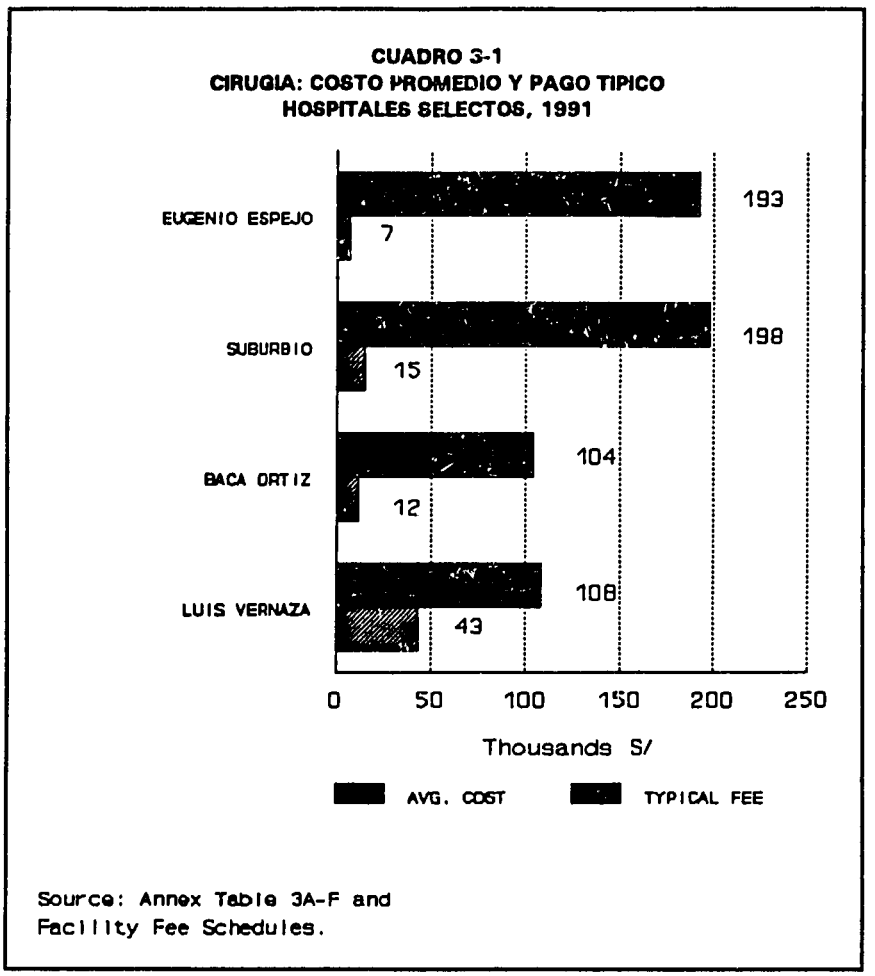
Los pagos también tienen poca correspondencia con los costos. El Cuadro *3-1* compara los costos promedio de la sala de operaciones con los gastos quirúrgicos típicos para cuatro hospitales de la muestra. Los precios representan entre 6 y 8 por ciento para las instalaciones del MSP y 40 por ciento de los costos para el Hospital Luis Vernaza de la JBG. Incluso en condiciones óptimas, en las que los hospitales del MSP cobran todos los pagos, no podría esperarse que las instalaciones lleguen a más de un 5 por ciento de recuperación de costos por concepto de cirugía. El fuerte contraste entre los costos promedio y los pagos se mantiene en la mayoría de los servicios. Por ejemplo, la sala de partos del Hospital de Maternidad Isidro Ayora del MSP cuesta S/20.500 por parto normal, pero la instalación carga S/3.000 ó 15 por ciento del costo. Tal como se demostrará en una sección posterior, en varios hospitales a pocos pacientes se les factura el pago completo y pocos pagan sus facturas.

Tomando como base los programas actuales de pagos relacionados con cirugía, anestesia, diagnóstico, servicios hoteleros de hospital, medicamentos, honorarios de los médicos, etc., para los cuatro procedimientos quirúrgicos seleccionados, el *Cuadro 3-2* compara la factura total estimada para los pacientes públicos y privados entre tres marcos institucionales: el MSP, la JBG y las instalaciones

---

[23] La segunda columna de los *Cuadros 6-2—6-6* presenta los programas de pagos actuales para determinados servicios.

privadas.[24] En la mayoría de los casos, los pagos aplicados por la JBG (para los pacientes no privados) son dos o tres veces más elevados que los cargos aplicados en las instalaciones del MSP. A su vez, los pacientes privados en los hospitales de la JBG han de pagar tres a cuatro veces más que sus homólogos no privados.



El *Cuadro 3-2* también compara los pagos para determinadas pruebas diagnósticas en el MSP, la JBG y las instalaciones privadas. Para varias pruebas, los precios cargados a los pacientes privados en la JBG son más elevados que el precio más bajo de las clínicas privadas. En la JBG, los pagos para los pacientes privados son generalmente el doble que los cargados en las instalaciones no privadas. Como era de esperar, los cargos de la JBG son aproximadamente cuatro veces más altos que los del MSP para pruebas selectas.

---

[24]Los pagos para las clínicas privadas que se presentan en el Cuadro 10 se basan en tarifas negociadas entre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y 10 hospitales privados situados en las zonas urbanas principales de Ecuador. El IESS paga a estas clínicas sobre una base de caso por caso. Es responsabilidad de la clínica pagar los honorarios de los médicos. Con toda probabilidad, estas tarifas descontadas son más bajas que los cargos habituales de pagos por servicios.

CUADRO 3-2
CARGO TIPICO POR PROCEDIMIENTO Y SERVICIOS SELECTOS DE ACUERDO CON LOS PAGOS ACTUALES, 1991

SERVICIO	PACIENTES PUBLICOS		PACIENTES PRIVADOS		
				CLINICAS PRIVADAS	
	MSP	JBG	JBG[1]	MAS BAJO[2]	MAS ALTO[2]
HOSPITALIZADOS					
PARTO NORMAL[3]	8,000	36,000	173,000	220,000	285,000
CESAREA[4]	19,000	48,000	282,000	410,000	690,000
HISTERECTOMIA[5]	31,000	45,000	214,000	400,000	810,000
HERNIA[6]	20,000[7]	40,000	223,000[8]	290,000	483,000
AMBULATORIOS[9]					
VISITA MEDICA	0[10]	0	[11]	3,000	7,000
LABORATORIO[12]					
URIANALISIS	425	1,700	2,500	1,000	4,300
COLESTEROL	443	1,700	2,750	2,000	11,000
V.D.R.L	425	3,000	6,000	1,500	11,000
RADIOLOGIA[12]					
CRANEO (2 POS)	2,067	9,075	18,848	15,000	30,000
COLUMNA VERTEBRAL	1,900	10,890	14,136	30,000	43,000
TORAX	3,320	12,210	18,720	22,000	35,000

[1]A menos que se indique lo contrario, los pagos para los servicios hospitalizados incluyen los honorarios del médico.
[2]Los pagos para nacimientos normales y cirugía se basan en pagos negociados por casos entre el IESS y las clínicas privadas. Los pagos abarcan todos los servicios prestados a los pacientes mientras que se hallaban hospitalizados. Los precios probablemente sean más bajos que las tasas regulares de pagos por servicios cargadas a pacientes privados no asegurados.
[3]Precios de la JBG basados en 2 días-cama, 4 exámenes de laboratorio, 1 sonograma, 1 frotis PAP y el pago para una unidad de sangre. Los precios del MSP incluyen pagos para 4 exámenes de laboratorio.
[4]Precios de la JBG basados en 3 días-cama, 4 exámenes de laboratorio, 1 sonograma, 1 frotis PAP, un "tratamiento" especial ginecológico.
[5]Precios de la JBG basados en 4 días-camas, 4 exámenes de laboratorio y contribución al banco de sangre. Los precios del MSP incluyen el precio de 4 exámenes de laboratorio.
[6]Precios de la JBG basados en 5.5 días-cama, 4 exámenes de laboratorio y contribución al banco de sangre. Los precios del MSP incluyen pagos para 4 exámenes de laboratorio.
[7]Hospital El Suburbio
[8]Excluye honorarios del médico.
[9]Los precios de las clínicas privadas se basan en una muestra de 5 instalaciones en barrios de ingresos bajos y medios en Quito.
[10]El Hospital El Suburbio carga S/500
[11]No proporciona servicios ambulatorios privados.
[12]Precio promedio para MSP y la JBG. Precios de clínicas privadas basados en una muestra de tres instalaciones en barrios de ingresos bajos y medios en contrapartes no privadas de Quito. Pero los precios para los servicios privados en la JBG son notablemente más que los precios observados en las clínicas privadas. Tal como se indicó arriba, estos servicios son gratuitos en los hospitales del MSP y para los pacientes no privados en las instalaciones de la JBG.

CUADRO 3-3
RELACION ENTRE LOS COSTOS PROMEDIO, LAS FACTURAS Y LOS PAGOS: SERVICIOS QUIRURGICOS/DE MATERNIDAD, 1991

INDICADOR	EUGENIO ESPEJO	BACA ORTIZ	LUIS VERNAZA	ISIDRO AYORA[1]	ENRIQUE SOTOMAYOR
COSTO PROMEDIO	192,535	104,195	108,118	20,695	57,933
FACTURA PROMEDIO[2]	8,750	8,792	33,723	5,082	34,652
PAGO PROMEDIO	2,225	3,394	9,501	440	4,251
FACTURA COMO % DEL COSTO	5%	8%	31%	25%	60%
PAGO COMO % DEL COSTO	1%	3%	9%	2%	7%

[1]Las cifras se refieren a partos normales.
[2]La factura puede incluir pagos por servicios diagnósticos y de otra índole.
Fuente: Muestra de facturación y pagos.

3.2 PRUEBA DE MEDIOS

Todas las instalaciones han instituido alguna forma de prueba de medios para concentrarse en los pobres y determinar su elegibilidad para pagos descontados o atención gratuita. Las pruebas de medios, tal como se practican en la mayoría de las instalaciones, son ineficaces en términos de diferenciar a los pobres de los no pobres. Pero no discriminan contra los pobres debido a que relativamente pocos pacientes pagan el precio completo. En las instalaciones del MSP, el proceso es generalmente caótico. No existen normas o pautas formales para determinar la elegibilidad de exoneraciones y descuentos. Cada instalación ha establecido un sistema ad hoc. A menudo los pagos reducidos se proporcionan sobre la base del capricho del trabajador social o la capacidad de un paciente para negociar precios más bajos. De igual pertinencia, los procedimientos de facturación y cobros son tan relajados que muchos pacientes no pagan nada, independientemente de la prueba de medios. En resumen, la mayoría de los pacientes logran eludir los procesos de selección, facturación y cobro.

Las instalaciones de la JBG tienen un sistema de prueba de medios más formalizado y la mayoría de los pacientes pagan algo. Por lo general, estas instalaciones realizan un buen trabajo de proteger a los pobres debido a que los descuentos se proporcionan a petición. Pero el proceso es deficiente en términos de identificar quién puede pagar.

La mayoría de los pacientes reciben una reducción en el pago al solicitarla. Las tasas de fuga pueden ser muy altas (es decir, el número de personas no pobres que reciben descuento dividido por el número total de pacientes).

La primera subsección a continuación evalúa la situación actual con respecto a quienes pagan y no pagan. El análisis pasa luego a describir el proceso de prueba de medios en las instalaciones del MSP y la JBG.

3.2.1 La Situación Actual

Hemos visto ya que los pagos bajos contribuyen a ingresos bajos. Otra razón para los ingresos insignificantes guarda relación con una amplia gama entre las facturaciones y los pagos. El *Cuadro 3-3* muestra la relación entre el costo promedio, la cantidad promedio facturada y el pago promedio para cirugía. En la mayoría de los casos, las facturaciones son solo una pequeña parte de los costos y los pagos representan solo una pequeña parte de las facturaciones. A los pacientes en el Hospital Enrique Sotomayor se les factura al 60 por ciento del costo pero el pago representa solo el 7 por ciento del costo. Aunque no se muestran en el *Cuadro 3-3*, solo en un servicio (electrocardiografía en Luis Vernaza) se aproximan los cobros a las facturaciones: como promedio se paga 80 por ciento de la cantidad facturada.

¿Por qué existe una tal divergencia entre los pagos y las facturas? ¿Quién paga y quién no paga? ¿Cuánto ingreso potencial se pierde debido a personas que pagan menos del precio completo? ¿Qué determina si se efectúa un pago de cualquier clase?

Tomando como base muestras de los registros de trabajo social y libros de pagos, clasificamos a los pacientes conforme a cuatro grupos: personas que pagan el precio completo, personas que pagan un precio reducido, personas exoneradas y personas que no pagan (debido a fuga). Los resultados se presentan en el *Cuadro 3-4* para determinados servicios en las instalaciones del MSP y la JBG. El cuadro ilustra que los hospitales del MSP parecen otorgar menos exenciones y descuentos pero son ineficaces en obtener pagos de la mayoría de los pacientes hospitalizados por maternidad y cirugía. En contraste, las instalaciones de la JBG realizan un mejor trabajo en obtener pagos de sus pacientes hospitalizados pero relativamente pocos pacientes pagan el precio completo. Evidentemente, el proceso de prueba de medios resulta en otorgar precios reducidos a un número elevado de pacientes.

El pago promedio bajo resulta de pérdida de ingresos debido a prueba de medios y fuga. El *Cuadro 3-5* presenta estimaciones de la pérdida de ingresos para cirugía y diagnósticos en las instalaciones que se presentan en el *Cuadro 3-4*. Como era de esperar, al eliminar la falta de pago debido a fuga, los hospitales Isidro Ayora y Baca Ortiz pueden más que duplicar los ingresos derivados de estos servicios. La prueba de medios parece representar solo una pequeña porción de la pérdida de ingresos total en las instalaciones del MSP. En contraste, la JBG debería concentrar sus esfuerzos en perfeccionar el proceso de prueba de medios reduciendo el alto número de pagos descontados. Estas medidas pueden aumentar notablemente los ingresos. Sin embargo, tal como se observa en el cuadro, Enrique Sotomayor también adolece de pérdidas significativas debido a las personas que no pagan.

CUADRO 3-4
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR CATEGORIA DE PAGO, 1991: SERVICIOS Y HOSPITALES SELECTOS
(las hileras suman 100%)

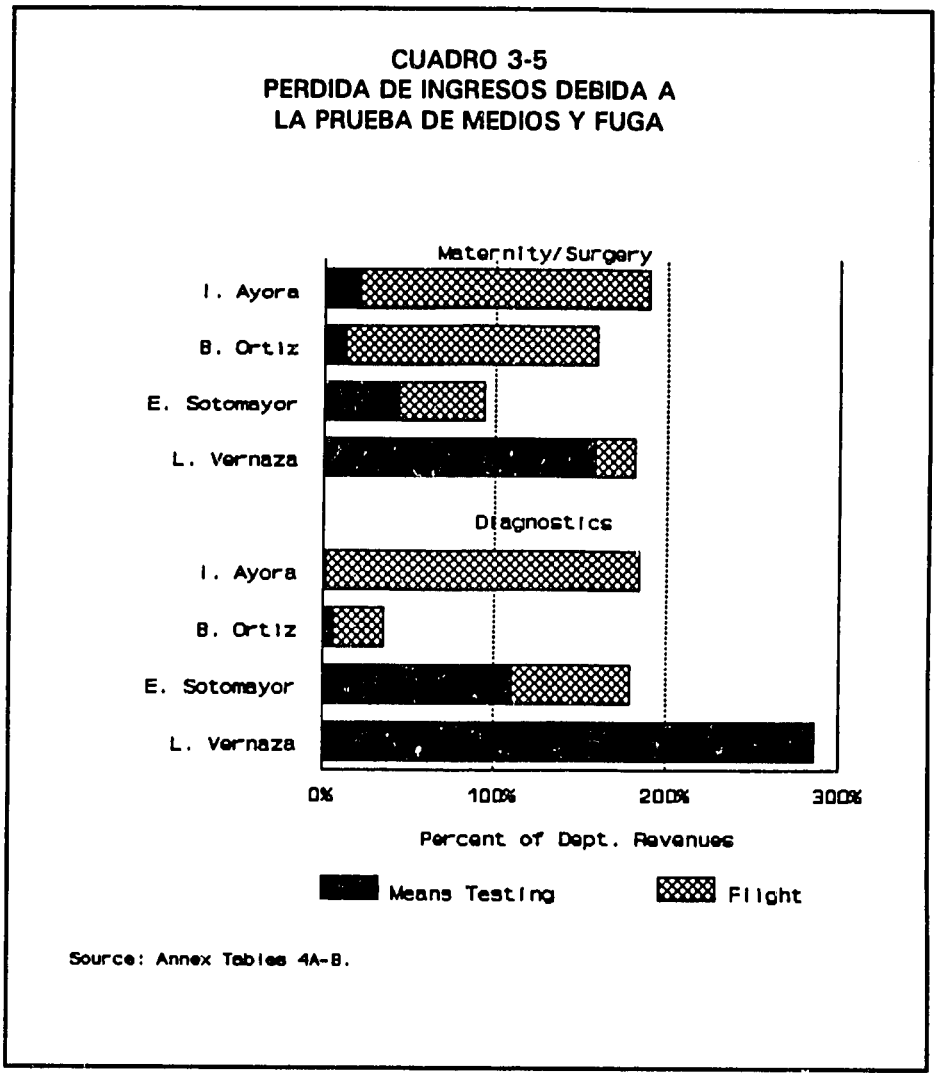
SERVICIO/ HOSPITAL	DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	PAGAN		NO PAGAN	
	PRECIO COM-PLETO	PRECIO REDUCIDO	EXONE-RADOS	FUGA
CIRUGIA/MATERNIDAD				
Isidro Ayora[1]	34	1	2	62
Baca Ortiz[2]	37	4	2	56
Luis Vernaza[2]	1	88	3	8
Enrique Sotomayor[3]	18	57	0	25
DIAGNOSTICOS				
Isidro Ayora[4]	27	0	1	72
Baca Ortiz[5]	69	3	3	25
Eugenio Espejo[5]	49	<1	3	48
Luis Vernaza[6]	0	87	13	0
Enrique Sotomayor[4]	0	76	0	24

[1]Partos normales, cesáreas y abortos.
[2]Cirugía.
[3]Partos normales y todas las cirugías.
[4]Sonogramss.
[5]Cardiogramas y encefalogramas.
[6]Radiología (1990 y 1991), laboratorio (1990).

Fuente: Cuadros 4A-B del Anexo: muestra de facturaciones, pagos y libros de trabajadores sociales.

Finalmente, es instructivo evaluar los pagos de precios reducidos entre las instalaciones de la muestra. El *Cuadro 3-6* compara las facturaciones y los pagos (como porcentaje de los ingresos) para los pacientes a los que se les otorgó pagos reducidos mediante la prueba de medios. En general, estos pacientes recibieron fuertes descuentos. Los pacientes con pagos reducidos abonan aproximadamente una tercera parte de la factura en Isidro Ayora, Baca Ortiz y Luis Vernaza y una cuarta parte de los hospitales Eugenio Espejo y El Suburbio. El Hospital Enrique Sotomayor de la JBG limita las reducciones de pagos a un máximo de la mitad de la factura original. La mayoría de los pacientes pagan aproximadamente 60 por ciento de la

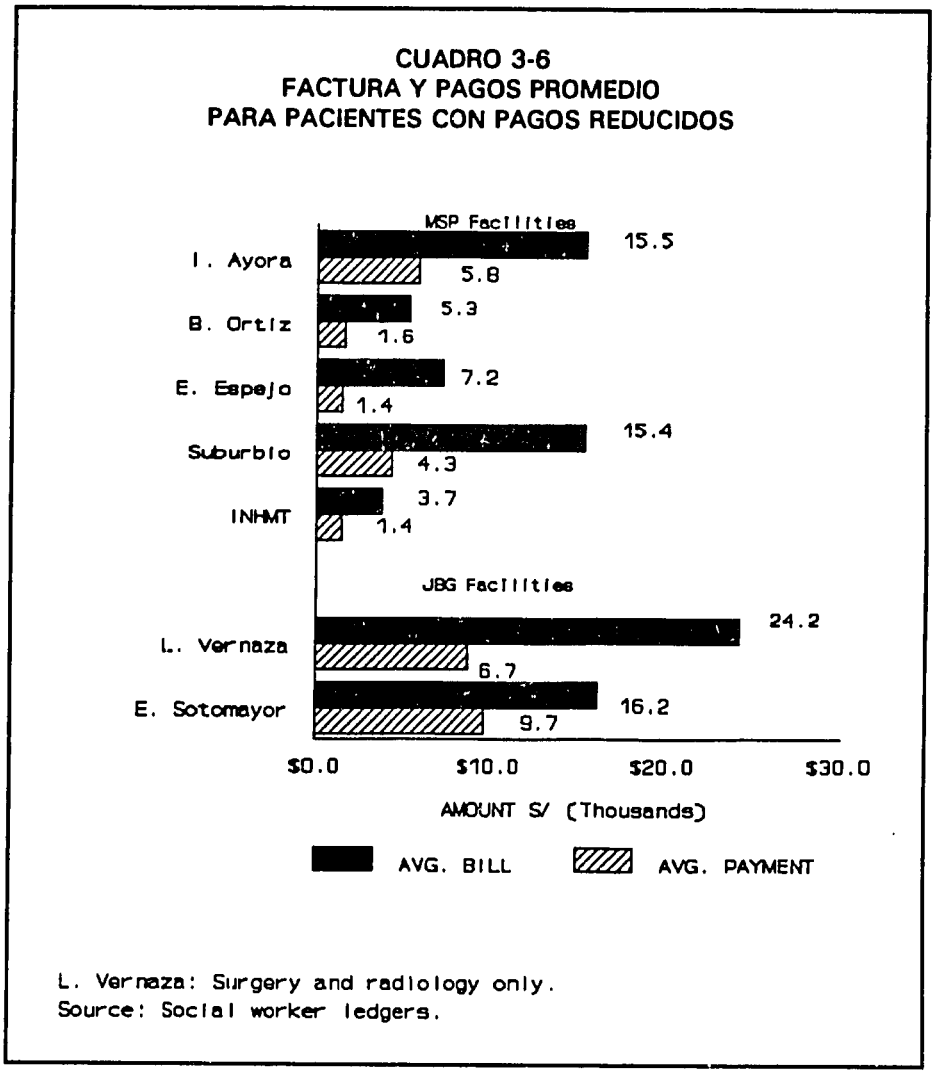
cantidad facturada. El resto de esta sección trata de explicar las razones para los bajos pagos resultantes de la prueba de medios.



3.2.2 Prueba de Medios en las Instalaciones del MSP

La prueba de medios en todas las instalaciones consiste en una evaluación por el trabajador social. Es responsabilidad de los trabajadores sociales determinar la elegibilidad de los pacientes que buscan descuentos o exoneración. Los trabajadores sociales evalúan la capacidad de pago de los pacientes mediante una prueba de medios muy simple y a menudo informal. Esta consiste principalmente en una entrevista en la que los pacientes responden a una serie de preguntas relacionadas con el ingreso o el lugar de residencia, el empleo, el número de artículos en el hogar, etc. En algunos casos, los trabajadores sociales siguen un cuestionario estándar y registran las respuestas en un formulario corto. En la mayoría de los casos, no se mantienen registros. La evaluación es subjetiva a lo más ya que no existe una fórmula para determinar la elegibilidad, las categorías de reducción de pagos o la relación entre

ambas cosas. Rara vez visitan las viviendas los trabajadores sociales (o se les proporcionan recursos para hacerlo) o exigen documentación para verificar la información proporcionada durante la entrevista.



Las categorías relacionadas con el porcentaje de reducción en los pagos son arbitrarias pero siguen un patrón similar. A los pacientes se les exonera el pago o se les proporcionan descuentos del 25 al 50 por ciento. Sin embargo, el INHMT requiere la autorización de los directores de la instalación para cualquier reducción en el precio. Esto significa a menudo largas esperas y, por tanto, disuade a los pacientes de solicitar un descuento.

3.2.3 Prueba de Medios en las Instalaciones de la JBG

Cada instalación establece sus propias normas para determinar la elegibilidad para una reducción o excepción en el pago. Tanto Luis Vernaza como Enrique Sotomayor tienen establecidas categorías formales de descuento. En la primera de estas instalaciones, los pacientes pueden recibir descuento del 25, 50, y 75 por ciento y a veces se omite el pago. Se llenan formularios estándar al realizar la evaluación. Las preguntas guardan relación con la vivienda, el ingreso, el empleo, el número de miembros en la familia, etc. En teoría, los trabajadores sociales tienen que visitar los hogares de todos los pacientes que pueden cualificarse para una exención. A estos pacientes se les emite una tarjeta de identificación con fotografía que es válida para dos años. Pero los archivos están en tal estado de desorganización que nosotros no pudimos encontrar registros de los pacientes que han cumplido el proceso de tres partes: evaluación, visita al hogar y emisión de la tarjeta de identificación con fotografía. Se realiza una visita domiciliaria cada día. Como se observa en el *Cuadro 3-6*, el pago promedio es un tercio de la factura promedio. Estos pagos muy descontados se otorgan a petición. La única disuasión para recibir un pago reducido es la cola fuera del Departamento de Trabajos Sociales.

El Hospital Enrique Sotomayor requiere que todos los pacientes paguen como mínimo 50 por ciento del precio estándar. Rara vez se otorga una exención. La evaluación del trabajador social consiste en dos partes. La información se obtiene primero de los registros médicos de pacientes hospitalizados y, si es necesario, se celebra una entrevista. Debido a la gran demanda, no se llenan formularios. Los pacientes se clasifican de acuerdo con una de cinco categorías de ingresos. Cada una corresponde a una categoría dentro de una escala de precios variable. Se otorgan descuentos de 10, 20, 30, 40 y 50 por ciento. La mayoría de los pacientes reciben un descuento al solicitarlo.

3.3 FACTURACION Y COBRO

3.3.1 Instalaciones del MSP

Es relativamente fácil evitar el pago de los servicios en los hospitales del MSP. Esto ocurre en particular para los servicios hospitalizados para los que, tal como se indicó arriba, los ingresos como porcentaje de las facturas (y los costos) son insignificantes. Al contrario de los hospitales de la JBG, las instalaciones del MSP no requieren un depósito al ser admitido el paciente (en casos que no son de emergencia). Los pacientes a los que se les da de alta después de horas de trabajo o en los fines de semana rara vez efectúan un pago. Los amigos y familiares de los trabajadores del hospital (y del personal del MSP en general) no reciben de ordinario una factura. Una proporción no determinada de personas que no pagan nunca reciben una factura.

Aparentemente, nadie es responsable de asegurar que se presentan facturas a los pacientes o que se efectúan pagos. Un porcentaje más elevado de pacientes efectúan pagos por servicios de diagnóstico en parte debido a que se niega el servicio a los pacientes ambulatorios a menos que se presenten un recibo. Tal como se sugiere arriba, el cobro de los pacientes ambulatorios y los pacientes de emergencia ha resultado ser más difícil. Finalmente, los trabajadores sociales y

otro personal de salud parece dar poca importancia al programa de pagos de los usuarios. Presuponen a menudo que todos los pacientes no pueden pagar los precios nominales y consideran que el gobierno debería proporcionar los servicios gratuitamente.

3.3.2 Instalaciones de la JBG

La facturación y cobros están más organizados en las instalaciones de la JBG y relativamente menos pacientes evitan el pago. Esto ocurre en particular en Luis Vernaza. Existen procedimientos para cargar a los pacientes ambulatorios por los medicamentos y pruebas diagnósticas. Por ejemplo, los pacientes ambulatorios han de tener sus recetas o indicaciones valoradas en una ventanilla especial y luego pasar a caja para efectuar el pago. Los productos y servicios no se proporcionan sin un recibo de caja. Los pacientes hospitalizados han de hacer un depósito al ser admitidos y se asigna un trabajador social a cada sala para informar a los pacientes y a las familias de los pagos adeudados al hospital. La mayoría de quienes no pagan son amigos y miembros de las familias de los empleados del hospital y la JBG. Puesto que la JBG es el mayor empleador de Guayaquil, esto puede representar un problema.

Tal como se muestra en el *Cuadro 3-4*, una cuarta parte, aproximadamente, de los pacientes de servicios maternos y quirúrgicos en Enrique Sotomayor no paga. De acuerdo con los funcionarios del hospital, esto se debe a que los pacientes son miembros de las familias del personal del hospital y de la JBG y debido a altas después de horas de trabajo y en fines de semanas. En fecha reciente el hospital construyó una valla que bloquea la salida de las salas. Se asignan guardas las 24 horas del día y ningún paciente puede salir sin presentar un recibo. El hospital requiere un depósito para todas las admisiones de pacientes que van a ser hospitalizados.

4.0 CAPACIDAD DE PAGO: EVIDENCIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

En secciones precedentes que se demostró que los ingresos procedentes de los pagos en las instalaciones del MSP no sufragan los costos de forma adecuada y que los precios guardan poca relación con los costos y con las tarifas del sector privado. Además, la mayoría de los pacientes no pagan siquiera los precios nominales actuales. El análisis indica varias razones para la actuación deficiente actual: una política ambigua sobre pagos de los usuarios, mecanismos deficientes de selección, sistemas administrativos mal manejados y falta de incentivos para aumentar las tarifas y asegurar el cobro. Una hipótesis alternativa es atribuir las debilidades múltiples del sistema a la incapacidad de pago de los pacientes. Esta explicación sugiere que el personal es incapaz o no está dispuesto a exigir pago de los pacientes debido a la pobreza (percibida) de los pacientes.

¿Pueden los pacientes que exigen atención en las instalaciones del MSP efectuar pagos más elevados? Tal como demuestran los pagos más altos obtenidos por la JBG, la respuesta evidente es afirmativa. Sin embargo, algunos funcionarios del MSP sugieren que los pacientes que buscan atención en sus instalaciones pueden estar menos capacitados para pagar que sus homólogos que piden servicios en la JBG. Este argumento es difícil de mantener, en especial en la zona metropolitana de Guayaquil, donde la JBG es el principal proveedor institucional, donde operan tres extensos hospitales para enfermedades agudas con un total de 1.435 camas. En contraste, el MSP administra un hospital de nivel secundario y un hospital de niños, que en conjunto contienen 600 camas. Tal como se indicó arriba, los pagos son mucho más altos en las instalaciones de la JBG, pocos pacientes reciben exenciones y la aplicación del pago es más estricta que en el MSP. Por ejemplo, los pagos más altos en el Hospital de Maternidad Enrique Sotomayor de la JBG aparentemente no disuaden a las mujeres de dar a luz en dicho hospital. En 1991, el hospital registró 23.291 nacimientos en comparación con 1.504 en la sala de maternidad de El Suburbio, la única otra instalación pública que proporciona servicios de maternidad en Guayaquil. El pago fijo para un parto normal (excluyendo los cargos de pruebas y el banco de sangre) fue de S/19.500 en el primero y de S/5.000 en el segundo. Se desconoce si las mujeres más pobres se autoseleccionan para los servicios de precios más bajos en El Suburbio.

Para este estudio, la capacidad de pago de los usuarios del MSP se evaluó mediante una encuesta corta de pacientes hospitalizados en Eugenio Espejo.[25] Debido a reducciones presupuestarias, desde 1991 el hospital ha sufrido escasez crónica de medicamentos y suministros médicos. El personal de la instalación declaró que un número no determinado de pacientes hospitalizados compraban los bienes y servicios en farmacias privadas, laboratorios y unidades de diagnóstico cerca del hospital. Además, el hospital estableció arreglos informales con instalaciones privadas cercanas para proporcionar tratamiento y servicios diagnósticos específicos a los

[25] Las encuestas por hogares demuestran que los ecuatorianos son fuertes consumidores de servicios médicos privados, los cuales pagan sobre una base de pago por servicio. Los resultados muestran que entre 45 y 75 por ciento de quienes respondieron a la encuesta pidieron atención en clínicas privadas durante su último episodio de enfermedad. La demanda para los proveedores del MSP osciló entre 17 y 40 por ciento (Fundación Eugenio Espejo, 1988; Vanormelingen y Goblet, 1990; Instituto Nacional de Empleo, 1992). Los estudios no miden la cantidad pagada.

pacientes hospitalizados en Eugenio Espejo. Estos servicios están siendo cada vez más costosos en el hospital en parte debido a suministros inadecuados y a mantenimiento deficiente del equipo. Los pacientes pagan un precio directo descontado (aproximadamente el 10 por ciento) por los servicios proporcionados en las instalaciones privadas que tienen un arreglo con el hospital. Nosotros adelantamos la hipótesis de que si los pacientes internados en Eugenio Espejo ya pagan a los proveedores por bienes y servicios relacionados con su tratamiento, esto debería proporcionar prueba de la capacidad de pago.

Una encuesta al azar de 76 pacientes hospitalizados que representan 24 por ciento de la camas ocupadas (321) se realizó en septiembre de 1992. Se entrevistó a los pacientes y a miembros de sus familias en todas las salas excepto la de atención intensiva. Las entrevistas se celebraron durante las horas de visita de la tarde a través de un período de dos semanas. Se recopilaron datos sobre pagos directos hechos a los proveedores privados y al hospital. También se pidió a los pacientes que estimasen los pagos para servicios prescritos pero no realizados aun.

CUADRO 4-1
PAGOS DE LOS SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EUGENIO ESPEJO, 1992

SERVICIO OBTENIDO	NO. DE PACIENTES	PAGO TOTAL PROMEDIO	PAGO PROMEDIO POR DIA-CAMA
TOTAL	76	391.828[1]	19.906
MEDICAM.	69	201.569	9.297
SUMINIST. MEDICO	24	78.258	1.255
LABORATORIO	37	110.035	2.721
RADIOLOGIA	28	90.850	1.700
OTROS DIAGNOSTICOS	24	82.100	1.317
TRATAMIENTO	10	489.000	3.269

Note: ALOS de muestra: 20 días. Edad promedio: 35.

[1]Eliminando a un paciente que cayó fuera de estos valores se reduce la cifra a S/336.119.

Fuente: Encuestas de Camas.

Se trató de obtener información sobre el ingreso familiar. Pero consideramos los resultados como no confiables debido en parte a que las estimaciones se obtuvieron solo de 20 encuestados (26 por ciento). La mitad de la muestra declaró empleo autónomo en actividades del sector informal. Aproximadamente una cuarta parte

eran personas a cargo o jubiladas. Puesto que los encuestados se seleccionaron al azar, podemos suponer que el bienestar familiar de la muestra era representativo de la población hospitalizada en la fecha de la encuesta.

El *Cuadro 4-1* muestra los resultados para los pagos por bienes y servicios adquiridos de proveedores privados. La encuesta halló que *todos los países de la muestra* habían pagado por servicios privados desde su admisión al hospital, empleando un total de S/29,8 millones. Como promedio, cada paciente empleó S/391.828 o S/19.906 por día-cama.[26] Por inferencia del número total de pacientes hospitalizados (321) en la fecha de la encuesta estimamos que los proveedores privados recibieron S/125,8 millones de los pacientes hospitalizados en Eugenio Espejo. Esta cifra, que corresponde a gastos de 32 pacientes solamente, representa cinco veces el total de ingresos por concepto de pagos de los usuarios obtenido por el hospital en 1991.

El *Cuadro 4-2* muestra la distribución de los gastos directos para la muestra a través de las siete categorías de pagos. Aproximadamente un tercio de los pacientes pagó menos de S/100.000 a proveedores privados pero 40 por ciento empleó entre S/100.000 y S/1.000,000. Ocho pacientes (11 por ciento) tuvieron desembolsos superiores a S/1.000.000.

Veinte pacientes declararon recibir bienes y servicios de proveedores privados a los que se pagó con donaciones concertadas por los trabajadores sociales (a través de fundaciones privadas). El valor estimado de estos servicios fue de S/3,6 millones. Seis pacientes declararon poseer recetas e indicaciones de bienes y servicios aún por adquirir por un valor estimado de S/2,7 millones.

A los pagos por medicamentos correspondió 46 por ciento del gasto total; a los servicios diagnósticos y tratamiento correspondió 29 y 17 por ciento, respectivamente. Todos los tratamientos y diagnósticos fueron realizados en clínicas privadas. Miembros de la familia proporcionaron transporte en la mayoría de los casos. En el momento de la encuesta, los pacientes de la muestra registraron un promedio de 20 días-cama en el hospital. La alta permanencia promedio guardó relación con retrasos en la obtención de pruebas diagnósticas, medicamentos y suministros médicos en el hospital o en su adquisición de proveedores privados.

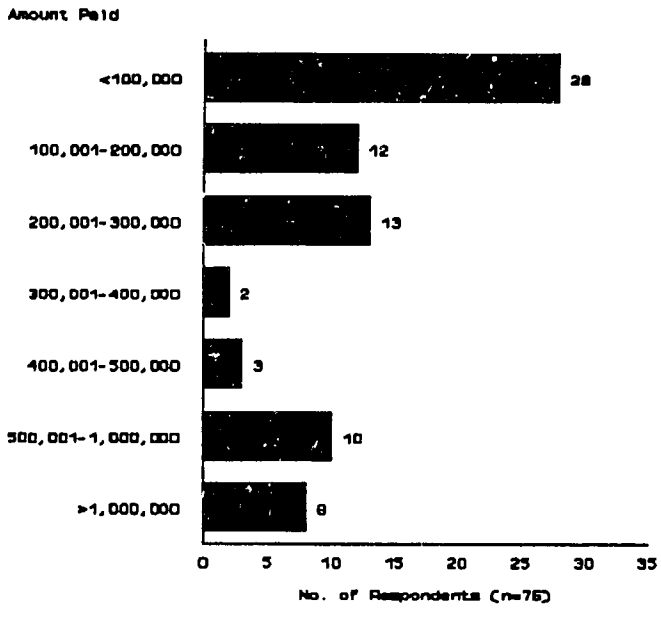
La encuesta también indagó acerca de los pagos hechos al hospital. Solo 16 pacientes (21 por ciento) declararon efectuar un pago al hospital. La cantidad promedio pagada fue S/74.087. (Eliminando dos valores que caen fuera de estas cifras, esta cantidad se reduce a S/31.375, que representa menos de una décima parte de la cantidad promedio abonada a los proveedores privados.) Aproximadamente 80 por ciento de estos pagos se destinó a suministros médicos de alto costo adquiridos por el hospital para pacientes individuales. Estas compras fueron concertadas por los trabajadores sociales. Los pagos no se incluyen en el programa formal de pagos y se cobraron por separado.

En resumen, la encuesta indica que los pacientes hospitalizados en Eugenio Espejo pueden pagar los servicios, tal como demuestra el valor de desembolsos

[26] Al eliminar a un paciente que cayó fuera de estos valores—paciente que había pagado S/4,570,000—el total de desembolso promedio desciende S/336.119 y el pago por día-cama desciende a S/17.137.

efectuados a proveedores privados. Los pagos hechos a proveedores privados son mucho más altos que los precios exigidos por el hospital y los pagos realmente efectuados. Tal como se muestra en el *Cuadro 3-3*, el pago promedio para cirugía en 1991 fue de S/2.225. Aun teniendo en cuenta la inflación entre 1991 y 1992 (aproximadamente el 70 por ciento), los gastos por servicios privados en 1992 fueron exponencialmente más altos que los correspondientes a servicios basados en el hospital. Si todos los pacientes hospitalizados hubieran contribuido al hospital la mitad del pago por día-cama promedio declarado (S/9.953) efectuado a los proveedores privados, la instalación habría recuperado 35 por ciento del costo actual de los servicios hospitalizados (en comparación con 0,3 por ciento). Naturalmente, si el hospital cobrase pagos más elevados, los pacientes esperarían un mayor número de servicios que obtienen actualmente de fuentes del sector privado. Así pues, cabe esperar que un aumento en los ingresos del hospital procedentes de los pagos de los usuarios tendría que ir acompañado de mayores desembolsos y mayores servicios.

CUADRO 4-2
DISTRIBUCION ENCUESTADOS
POR CANTIDADES PAGADAS
(Enc. Camas Eug. Espejo, 1992)



5.0 COSTOS ADMINISTRATIVOS DE LA PRUEBA DE MEDIOS, FACTURACION Y COBRO

Todas las instalaciones contraen costos relacionados con la prueba de medios, facturación y cobro de los pagos. El costo de la prueba de medios se centra en los departamentos de trabajo social. Tomando como base las observaciones y entrevistas, estimamos que los trabajadores sociales emplean de 70 a 100 por ciento de su tiempo realizando pruebas de medios o actividades administrativas conexas. En la mayoría de las instalaciones, las pruebas de medios se realizan en la oficina de trabajo social de los pacientes ambulatorios y en la sala de los pacientes hospitalizados. A los trabajadores sociales se les asigna a menudo servicio en dos o más salas en los Hospitales Luis Vernaza, Enrique Sotomayor y Eugenio Espejo.

La responsabilidad para la facturación y cobro la comparten los trabajadores sociales y el personal administrativo en los hospitales del MSP. Los trabajadores sociales recopilan a menudo la factura final para los pacientes hospitalizados tomando como base un análisis de los cuadros médicos. Los auxiliares del departamento pueden facturar a los pacientes ambulatorios por algunos servicios diagnósticos. No obstante, en la mayoría de los casos los pacientes traen su receta (o indicación) al cajero quien prepara la factura y cobra el pago. (En teoría, el servicio no se proporciona hasta que el paciente muestra el recibo pagado.) En cada instalación, todas las facturas se pagan en una o más de las ventanillas de caja. Cualquier paciente que solicite una exención o pago reducido ha de ser evaluado por un trabajador social. Los trabajadores sociales han de aprobar y certificar cualquier factura en la que el pago sea menos que la cantidad original.

El proceso es similar para los pacientes hospitalizados en los hospitales de la JBG. Sin embargo, los pacientes ambulatorios son facturados por los auxiliares que ocupan "estaciones de precios" especiales ubicadas en las áreas de pacientes ambulatorios y de emergencia. En dichas áreas, se determinan los precios de las recetas e indicaciones elaboradas por el personal de los servicios diagnósticos, farmacia y otros departamentos. Las facturas se pagan en las ventanillas de caja.

El *Cuadro 5-1* presenta los costos administrativos del sistema de pagos de los usuarios en cada instalación, clasificado por prueba de medios, facturación y cobro y por costos de los beneficiarios. Los costos totales administrativos para los hospitales del MSP oscilan entre S/22,7 millones (Isidro Ayora) y S/54,9 millones (Eugenio Espejo). En comparación, los costos totales para los Hospitales Luis Vernaza y Enrique Sotomayor de la JBG son notablemente más altos: S/106,4 y S/72,7 millones, respectivamente. Sin embargo, los costos (promedio) por beneficiario en los hospitales de la JBG oscilan entre una cuarta parte y una tercera parte de los costos por beneficiario en las instalaciones del MSP. Por ejemplo, el costo por beneficiario (por persona que recibe una exención o precio reducido) en las cinco instalaciones del MSP fue como promedio casi S/14.000 en 1991 en comparación con S/2.100 en la JBG. Y lo que es más perturbador, los costos en relación con los ingresos son elevados en el MSP cuando se comparan con la JBG y los ministerios de salud en otros lugares (La Forgia y Griffin, 1992; Grosh, 1992; Griffin, 1988; Bekele y Lewis, 1986). Esto ocurre en particular en el Hospital Eugenio Espejo donde los costos administrativos son más del doble de los ingresos totales.

CUADRO 5-1
COSTOS ADMINISTRATIVOS DEL SISTEMA DE PAGOS DE LOS USUARIOS, 1991
(Costos totales, costos por beneficiario y como porcentaje de los ingresos)

INSTALACION	COSTO ADMINISTRAT.[1] (en millones of sucres)		COSTO POR BENE-FICIARIO[2]	COSTO TOTAL COMO PORCENTAJE DE INGRESOS TOTALES
	PRUEBA DE MEDIOS	FACTURA-CION/COBRO		
BACA ORTIZ[3]	S/22.9	S/5.2	S/13,954	75%
EUGENIO ESPEJO[4]	48.5	6.4	14,419	217
ISIDRO AYORA[5]	14.7	7.9	18,271	31
EL SUBURBIO[3]	23.5	10.5	11,846	64
INHMT[6]	0.9[8]	4.3[8]	11,492	9
ENRIQUE SOTOMAYOR[3,7]	45.8	27.0	2,886	12
LUIS VERNAZA[3,7]	88.0	18.3	2,537[9]	23

[1]Costos directos e indirectos.
[2]Beneficiarios: número de pacientes que reciben una exención o pago reducido.
[3]90% del tiempo del trabajador social cargado a actividades de prueba de medios.
[4]70% del tiempo del trabajador social cargado a actividades de prueba de medios.
[5]80% del tiempo del trabajador social cargado a actividades de prueba de medios.
[6]100% del tiempo del trabajador social cargado a actividades de prueba de medios.
[7]Se refiere a pacientes privados solamente.
[8]Excluye gastos de suministros y costos indirectos que no pudieron obtenerse.
[9]El denominador incluye pacientes ambulatorios y pacientes que recibieron servicios de laboratorio y radiología

Fuente: Cuadro 5 del Anexo

¿Por qué son los costos administrativos (medidos sobre una base por beneficiario y como porcentaje de los ingresos) tan elevados en las instalaciones del MSP? Los costos aparentemente excesivos guardan relación con el bajo número de pacientes que se someten a pruebas de medios y con los ingresos totales bajos obtenidos con el sistema de pagos. Una comparación de los hospitales de la JBG y el MSP es elocuente.

En 1991, una cifra estimada de 25.206 personas se sometieron a pruebas de medios en el Hospital de Maternidad Enrique Sotomayor de la JBG en comparación con 1.241 personas en el Hospital de Maternidad Isidro Ayora del MSP. Ese mismo año, cada uno de los doce trabajadores sociales del primero aplicó una prueba de medios a un promedio de 2.101 pacientes (aproximadamente 12 por día), mientras que los tres trabajadores sociales del segundo aplicaron una prueba de medios a un promedio de 414 pacientes (aproximadamente 2 por día). Aunque los costos totales de Enrique Sotomayor son tres veces más altos que los de Isidro Ayora, los ingresos son más de

ocho veces más altos. Ya hemos visto que los precios más altos en Enrique Sotomayor combinados con pruebas de medios más estrictas (no se otorgan exenciones) y un control mejorado sobre las personas que no pagan resultan en ingresos notablemente más elevados.

La diferencia es aún más espectacular para los dos hospitales generales más grandes. Cada uno de los 17 trabajadores sociales del Hospital Luis Vernaza de la JBG evalúa a un promedio de 2.500 pacientes anualmente, mientras que el promedio para los 13 trabajadores sociales en el Hospital Eugenio Espejo es solo de 290.[27] Tal como se indica en el *Cuadro 5-1*, los ingresos totales por concepto de pagos de los usuarios en Eugenio Espejo sufragan menos de la mitad de los costos de administrar el sistema de pagos de los usuarios. En contraste, los ingresos representan cuatro veces los costos en Luis Vernaza.

Los trabajadores sociales en el Hospital El Suburbio son los más productivos entre las instalaciones del MSP, sometiendo a prueba de medios a un promedio de 717 pacientes cada año. La política estricta de prueba de medios del INHMT, que requiere autorización por el director de la instalación, contribuye a bajos costos administrativos. En vez de esperar la aprobación del director, los pacientes más adinerados pueden autoseleccionarse pagando el precio completo. Solo un trabajador social se necesita para aplicar la prueba de medios en la instalación atareada de Guayaquil.[28] Sin embargo, debido al bajo volumen de pacientes que buscan un pago reducido, el *Cuadro 5-1* demuestra que los costos promedio son más elevados que en la JBG, aunque más bajos que en las otras instalaciones del MSP.

¿Justifican los costos de un sistema de pagos de los usuarios los beneficios de dicho sistema? ¿Requerirá el fortalecimiento de dicho sistema costos más altos? Tal como se demostró en los hospitales de la JBG, las posibilidades de aumento de los ingresos mediante pruebas de medios más vigorosas y una disminución en las personas que no pagan son grandes. Los precios más altos también contribuyen a ingresos más elevados. En el Hospital Eugenio Espejo, donde los costos son mucho más altos que los ingresos, podemos argumentar a favor de la eliminación del sistema de pagos de los usuarios totalmente. Pero desaconsejaríamos adoptar dicha decisión. Puede alegarse que esta instalación tiene personal suficiente (trabajadores sociales y auxiliares) para lanzar prácticas eficaces de pruebas de medios, facturación y cobro. Además, de acuerdo con las leyes laborales y acuerdos colectivos actuales, los gerentes tendrían dificultad en despedir a este personal aun cuando se abandonaran los pagos de los usuarios. En cierto sentido, los costos administrativos representan costos perdidos. Los costos marginales de fortalecer el sistema quizás sean bajos.

---

[27]Estimamos que los trabajadores sociales en Luis Vernaza emplean aproximadamente 90 por ciento de su tiempo realizando actividades de pruebas de medios, en comparación con 70 por ciento en Eugenio Espejo. Sin embargo, la mayoría del resto del tiempo entraña búsqueda de donaciones para pagar los servicios proporcionados a los pacientes hospitalizados por parte de los proveedores privados.

[28]En 1991, el laboratorio de Guayaquil realizó 226.000 exámenes de laboratorio en comparación con 180.772 en el Hospital Eugenio Espejo y 406.057 en Luis Vernaza. No se dispuso de información sobre el número de pacientes.

Sin embargo, el mejoramiento de las prácticas de pruebas de medios, facturación y cobro en otros hospitales puede entrañar costos más elevados. Pueden requerirse trabajadores sociales y auxiliares adicionales. La ejecución del pago puede significar más auxiliares para atender las ventanillas de caja después de horas normales y en fines de semana. La colocación de guardias de seguridad en las salidas para comprobar los recibos también puede contribuir mucho a reducir el número de personas que no pagan. Las instalaciones de la JBG probablemente puedan reducir el número de trabajadores sociales si el proceso de certificación (y recertificación) de la elegibilidad fuese más funcional. Con un mantenimiento de registros actualizados se eliminaría la necesidad de entrevistar a todos los pacientes que solicitan una reducción en el pago. Todas las instalaciones en la muestra necesitan establecer una metodología de prueba de medios más rigurosa en la que los pacientes se clasifican de acuerdo con criterios más objetivos y especificados. Dicha prueba de medios puede requerir más tiempo de los trabajadores sociales y por tanto aumentar los costos (y probablemente los ingresos). Además, todas las instalaciones necesitan reducir el número de personas que no pagan debido a vínculos familiares y de amistad con la instalación y el personal institucional.

Una vez que se han instituido procedimientos eficaces y personal suficiente con miras a corregir las debilidades actuales, es probable que el costo de cobrar los pagos permanezca estable mientras que aumentan los ingresos. Los costos unitarios pueden ser inicialmente altos, pero descenderán a medida que se aplica la prueba de medios y se cobran los pagos de un volumen más alto de pacientes.

6.0 ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE PAGOS DE LOS USUARIOS EN LOS HOSPITALES DEL MSP

El apoyo presupuestario del gobierno es insuficiente para sostener a los hospitales del MSP. El mantenimiento, medicamentos, suministros médicos y equipo han soportado la mayor parte de las reducciones en los gastos del MSP. Además, en las condiciones actuales los ingresos derivados de los pagos de los usuarios son insignificantes y no compensan las deficiencias presupuestarias y el subfinanciamiento general de los hospitales públicos. El nuevo gobierno, que subió al poder en 1992, reconoce la situación financiera del MSP y la necesidad de aprovechar fuentes alternativas de financiamiento. Un reciente documento preparado por un grupo de técnicos del MSP esboza una estrategia y plan preliminar para establecer vigorosos programas de pagos de los usuarios en las instalaciones del MSP (Vallejo, Ruales y Vargas, 1993). De acuerdo con el plan, los sistemas de pagos de los usuarios se concentrarán en los hospitales pero deberán recuperar entre 20 y 30 por ciento de los costos y proporcionarán exenciones o descuentos a un máximo de 25 por ciento de los usuarios limitándose a grupos de bajos ingresos, niños menores de cinco años de edad y personas que sufren ciertas enfermedades crónicas e infecciosas. El MSP trata de establecer un proyecto piloto en el que los sistemas de pagos de los usuarios se someten a prueba en instalaciones situadas en cinco o seis ciudades. De acuerdo con los funcionarios del MSP, si el gobierno aprueba la estrategia, los cuatro hospitales del MSP incluidos en la muestra actual participarán en el proyecto piloto.[29]

Tomando en cuenta las amplias pautas esbozadas en el documento del MSP arriba citado, esta sección trata de presentar las opciones de política y ejecución para lanzar un robusto sistema de pagos de los usuarios que produzca ingresos mayores en los hospitales del MSP. La primera subsección describe las posibles estructuras de pagos y opciones de precios basadas en simulaciones simples de ingresos aplicados a los cuatro hospitales del MSP y los dos hospitales de la JBG que se estudian aquí. También se presenta una breve estrategia que oriente el establecimiento de precios a través de distintos niveles de instalaciones (primarias, secundarias y terciarias). El análisis pasa entonces a estudiar las opciones para proteger a los pobres. La tercera subsección trata de temas de política relacionados con la retención de pagos, ingresos compartidos, calidad y descentralización. Se describen los cambios en el ambiente jurídico y reglamentario. La subsección final se concentra en temas de ejecución relacionados con el mejoramiento de las prácticas administrativas y los controles.

6.1 ESTABLECIMIENTO DE PRECIOS: ¿POR QUE SERVICIOS CARGAR?

Los pagos pueden estructurarse de distintas formas. Cada una de ellas puede surtir un efecto importante en los ingresos, los costos administrativos y la justicia social. La mejor recomendación es mantener las cosas lo más simples que sea posible para facilitar la eficiencia administrativa, en especial en los procedimientos de facturación y cobro. Los gerentes han de decidir primero qué servicios deberán cargarse y luego establecer un precio para dichos servicios. Tomando como

[29]Entrevista con funcionarios del MSP, Quito, 6 de mayo de 1993.

base los programas de pagos ya existentes, recomendamos aplicar pagos separados para cubrir los siguientes servicios de hospital:

- día-cama (hotel)
- cirugía (sala de operaciones)
- maternidad
- medicinas
- diagnósticos
- visitas ambulatorias (incluidas las visitas de emergencia)

En efecto, una o más instalaciones de la muestra ya tenían establecidos pagos para estos servicios. Por ejemplo, todas cargan pagos separados por diagnósticos, partos normales y cirugía. Las instalaciones de la JBG cargan por medicinas a pacientes ambulatorios mientras que el Hospital El Suburbio del MSP carga por visitas ambulatorias (y medicinas). Los pacientes hospitalizados privados en las instalaciones de la JBG pagan precios por día-cama para sufragar los gastos de los servicios hoteleros del hospital. En realidad, a los pacientes privados se les carga por separado todos los bienes y servicios consumidos durante su permanencia hospitalizada. Sin embargo, con la excepción de los pacientes privados en las instalaciones de la JBG, todos los hospitales utilizan alguna forma de pago global para los pacientes hospitalizados. En el MSP, los cargos de cirugía dan derecho al paciente de ordinario a recibir medicinas, suministros y servicios diagnósticos. En la JBG, los diagnósticos se cargan por separado en el caso de todos los pacientes hospitalizados. En Baca Ortiz y El Suburbio se cargan pagos de admisión a los pacientes que no requieren cirugía y estos pagos habilitan a dichos pacientes a recibir servicios hoteleros de hospital, medicinas y diagnósticos. Los pagos previos a la admisión en el Hospital Luis Vernaza de la JBG excluyen servicios diagnósticos.

El establecimiento de pagos por servicios hoteleros de hospital por día-cama y para medicinas a pacientes ambulatorios serán nuevo territorio para los gerentes del MSP. El cargar estos servicios probablemente aumente la carga administrativa pero será necesario hacerlo si el MSP trata de alcanzar su meta de 20 a 30 por ciento de recuperación de los pagos. Las tarifas día-cama pueden proporcionar un incentivo para que los pacientes presionen al personal del hospital a reducir las permanencias hospitalizadas (que son actualmente muy altas conforme a cualquier norma que se les mida). Por el contrario, los pagos por días-cama pueden ofrecer un incentivo para que los hospitales extiendan la permanencia hospitalizada. El cargar por las medicinas está justificado dado a los altos niveles de gastos en medicamentos.

En la actualidad todas las instalaciones utilizan programas de pagos detallados para todas las pruebas diagnósticas de los pacientes ambulatorios. Para reducir los requisitos administrativos en el marco de servicios de hospitalización, los gerentes quizás deseen considerar un pago único por todas las pruebas diagnósticas simples (o un paquete de dichas pruebas) y otro pago por exámenes más completos. Un pago único por medicamento o pagos de medicamentos por día-cama también facilitará la facturación de los pacientes hospitalizados por concepto de medicinas. Sin embargo, se pueden seguir aplicando precios detallados por medicamentos y servicios diagnósticos en marcos ambulatorios debido a que la mayoría de las instalaciones ya poseen una experiencia considerable en relación con la administración de pagos diferenciados. Además, los pagos detallados pueden reducir el uso frívolo de los servicios. Otra opción en el marco ambulatorio consiste en

limitar el número de artículos disponibles para la venta a solo medicamentos y suministros de elevado volumen.[30]

6.2 ESTABLECIMIENTO DE PRECIOS: ¿CUANTO CARGAR?

Los pagos pueden establecerse de acuerdo con los costos, de acuerdo con los precios del sector privado o de acuerdo con los precios pagados por los consumidores por otros bienes y servicios (Griffin, 1988).[31] Dados los cargos nominales actuales en las instalaciones del MSP, el método utilizado para recaudar fondos es poco importante. Ciertamente, el aumento de los pagos de los usuarios en cualquier cantidad surtirá un efecto importante en los ingresos. Puesto que el gobierno está interesado en recuperar un porcentaje especificado de los costos totales, aproximadamente un 25 por ciento, el análisis que presentamos aquí se concentra en los costos entre las instalaciones y dentro de las instalaciones. Sin embargo, cabe subrayar que la información sobre costos no es un requisito para el establecimiento de pagos por los usuarios.

La información sobre costos junto con estimaciones de las necesidades de recursos permiten a los gerentes flexibilidad para decidir la categoría y proporción de costos que tratan de recuperar. Por ejemplo, los gerentes pueden especificar metas relacionadas con la recuperación de costos, de medicinas, suministros médicos, insumos de capital, etc. En algunos casos, la recuperación de todos los costos no relacionados con el personal será un objetivo de obtención de ingresos.[32] La información sobre costos también permite la subvención cruzada entre los servicios de hospital. Por ejemplo, si la meta general de la instalación es lograr una recuperación de los costos del 25 por ciento, el establecimiento de los pagos de los usuarios en 100 por ciento de los costos para los servicios diagnósticos y ambulatorios puede permitir la aplicación de pagos más bajos en el marco de servicios hospitalizados.

Esta sección presenta ejemplos de las opciones de precios para cada hospital de la muestra. Los *Cuadros 6-2 a 6-7* presentan los resultados de dos simulaciones de precios que contienen precios, ingresos estimados y porcentaje de recuperación de costos para determinados servicios hospitalizados, ambulatorios y diagnósticos. Las simulaciones que se presentan en los cuadros siguen un formato análogo. Cada una de ellas consiste en tres columnas. La primera presenta los servicios para los que se aplican pagos y los datos estadísticos correspondientes a 1991 sobre utilización.

---

[30] Para los pacientes ambulatorios, los gerentes quizás deseen experimentar con pagos globales que incluyan pruebas diagnósticas y medicinas. Este tipo de política de precios puede funcionar óptimamente en marcos ambulatorios autocontenidos.

[31] Los niveles de precios pueden resultar en un comportamiento más eficiente en cuanto a utilización. Por ejemplo, los pagos más elevados por servicios de emergencia pueden reducir el uso de los servicios que no son de emergencia para este servicio. Las políticas de precios también pueden incorporar exenciones y precios reducidos para los pobres o ciertas categorías de usuarios y de enfermedades.

[32] La forma en que se emplean los ingresos procedentes de los pagos puede ser una cuestión normativa en relación con las metas de mejora de la calidad del MSP. Las preocupaciones sobre calidad se tratan a continuación en la Sección 6.5.

La segunda y tercera columnas presentan los precios, ingresos y el porcentaje de recuperación de costos para las respectivas simulaciones. La primera simulación, llamada Estructura Tarifaria Actual, se fundamenta en los precios de 1991 en cada institución. La segunda simulación, titulada estructura tarifaria modificada, aumenta los precios y añade los pagos a servicios hasta ahora gratuitos. La mira perseguida aquí consiste en lograr una recuperación del 25 por ciento de los costos en los servicios del MSP y al menos una recuperación del 40 por ciento de los costos en las instalaciones de la JBG.

Las simulaciones deberían considerarse como puntos de referencia. Se han estructurado de forma que permitan a los órganos normativos y los planificadores someter a prueba distintas opciones de precios y estimar los ingresos correspondientes. Las simulaciones presentan solo dos series de escenarios de precios. Son posibles otros escenarios. Antes de pasar a debatir los resultados de las simulaciones, hay que hacer unas cuantas advertencias.

La simulación de cualquier estructura de precios requiere hipótesis en relación con el efecto de precios nuevos y más elevados sobre la utilización, la relación entre el apoyo presupuestario y el nivel de necesidades de recursos, la gama de servicios por los que se cargará y el tipo de pago que se cobrará. El *Cuadro 6-1* resume las hipótesis utilizadas para efectuar las simulaciones.

CUADRO 6-1
CARACTERISTICAS E HIPOTESIS DE LAS SIMULACIONES

SIMULACION	FINALIDAD	HIPOTESIS
ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL	Recuperación parcial de los costos: cobro de los precios actuales	• Utilizar la estructura de precios actual. • Proporcionar atención gratuita a 10% de los pacientes. • Duplicar los gastos en medicamentos y suministros médicos (instalaciones del MSP solamente).
ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA	Recuperación parcial de los costos: pagos más elevados encaminados a lograr una recuperación de los costos del 25 por ciento.	• Aumentar los precios actuales. • Añadir precios para las medicinas, servicios hoteleros de hospital por día-cama y servicios ambulatorios. • Perder una utilización del 10 por ciento. • Proporcionar atención gratuita a 20% de los pacientes. • Duplicar los gastos en medicamentos y suministros médicos (instalaciones del MSP solamente).

En primer lugar, dado que los precios del MSP no han variado por más de 10 años y que no hubo encuestas por hogares que examinasen las relaciones entre el precio y el comportamiento de búsqueda de salud de las personas, se utilizaron aproximaciones generales para compensar esta falta de información sobre la demanda. En el caso de la primera simulación, los precios son tan bajos que suponemos que no existe pérdida de utilización. Si el MSP ejecutase el cobro de los precios actuales, principalmente eliminando el impago mediante fuga, es probable que cualquier cambio en la utilización sea mínimo. Sin embargo, en el

caso de la JBG, suponemos una pérdida de 10 por ciento en la utilización en parte debido a que los precios son notablemente más altos que en el MSP. La aplicación del pago en las instalaciones de la JBG necesitaría la eliminación de la práctica generalizada de otorgar descuentos pronunciados mediante el proceso de la prueba de medios. En las instalaciones tanto del MSP como de la JBG, suponemos que las exenciones se otorgarían a 10 por ciento de los pacientes.

Segundo, la simulación de la estructura tarifaria modificada entraña al menos triplicar los precios actuales junto con aplicar pagos a servicios adicionales (por ejemplo, medicinas, días-cama y visitas ambulatorias) en las instalaciones del MSP. El aumento en los precios es menos pronunciado en la JBG pero también se agregan cargos por medicinas, días-cama a los pacientes hospitalizados y por servicios ambulatorios. Con esa estructura de precios, suponemos una reducción del 10 por ciento en la utilización y el otorgamiento de exenciones a 20 por ciento de los pacientes para todas las instalaciones.

Admitimos que estas hipótesis relativas a la influencia del precio sobre la demanda son arbitrarias. El cargo por servicios anteriormente gratuitos probablemente reducirá el uso, en especial en el caso de medicinas, y en menor grado para las visitas ambulatorias. En contraste, los precios más elevados pueden no surtir efectos en ciertos servicios tales como atención de emergencia, cirugía no electiva y pruebas diagnósticas complejas en las que los precios en el sector privado son notablemente más elevados y la demanda más elástica. Sin embargo, a largo plazo los precios más altos en los hospitales públicos pueden estimular la actividad del sector privado, reduciendo la demanda para servicios públicos. Se alienta a los órganos normativos a que calibren la utilización y los precios de acuerdo con series alternativas de hipótesis.

Tercero, se adoptó una hipótesis acerca de la relación entre los desembolsos presupuestarios corrientes y las necesidades de recursos en las instalaciones del MSP solamente. Dada la falta crónica de suministros médicos y medicamentos que se observa en los hospitales del MSP, ambas simulaciones presuponen requisitos financieros adicionales para proporcionar suministros adecuados de estos artículos. Los cálculos relacionados con el porcentaje de recuperación de costos incorporan un incremento de 100 por ciento (frente a los niveles de 1991) en el gasto por concepto de suministros médicos y medicamentos. Sin embargo, no se hizo ningún ajuste para escasez de personal, en parte debido a que todos los hospitales del MSP reorientan los fondos presupuestarios, que fueron destinados originalmente a personal, para contrarrestar la falta de suministros.

Finalmente, para fines de estructurar simulaciones simples en tanto se mantiene esa actitud en las estimaciones de ingresos, se utiliza una combinación de tipos de pagos: pagos simples (por ejemplo, visitas ambulatorias, medicamentos a pacientes hospitalizados, días-cama y algunas pruebas diagnósticas), precios medios (para pruebas de laboratorio y radiología) y cargos típicos (cirugía y maternidad). Para pruebas de laboratorio y radiología, los pagos representan el precio medio de las pruebas agrupadas en dos amplias categorías: simples y complejas. Utilizando las listas de precios detalladas de cada instalación, estas categorías reflejan principalmente las diferencias de precios entre las pruebas realizadas. Por ejemplo, en todos los hospitales un examen de radiología que requiere medios de contraste tiene generalmente de tres a cinco veces el precio

de una extremidad simple. En la primera simulación, cargos típicos se aplican a los servicios de cirugía y maternidad. Nuevamente, los órganos normativos pueden experimentar con tipos de pagos y sus combinaciones.

6.3 SIMULACIONES: LOS RESULTADOS

Los *Cuadros 6-2–6-7* presentan los resultados de las simulaciones para las instalaciones del MSP. Los *Cuadros 6-8* comparan gráficamente los ingresos corrientes con los ingresos estimados con estas dos simulaciones.

Los resultados de la primera simulación indican que, si se cobran los precios existentes, los hospitales generales y pediátricos del MSP recuperarían entre 3,5 y 5,5 por ciento de los costos, lo que representa un incremento de aproximadamente cinco veces sobre los niveles de 1991. El Hospital de Maternidad Isidro Ayora recuperaría más del 15 por ciento de los costos, triplicando los ingresos de 1991. Tal como se sugiere en las secciones precedentes, la estructura de pagos actual es más débil en los servicios ambulatorios y hospitalizados. Para los primeros, generalmente no se cargan pagos. Para los segundos, los pagos son tan bajos que son insignificantes en términos de costos. Los ingresos procedentes de los cargos corrientes para servicios diagnósticos representarían la mayor porción de los ingresos totales. La simulación indica que al obligar a pagar los precios actuales, tres hospitales del MSP recuperarían una cuarta parte de los costos de los servicios diagnósticos. Nuevamente, la excepción la constituye Isidro Ayora, donde es posible una recuperación del costo casi completa (90 por ciento) para los servicios diagnósticos con las actuales estructuras de precios. Esto se debe a los elevados ingresos derivados de los servicios de laboratorio y sonografía.

La segunda simulación aspira a alcanzar una recuperación de los costos del 25 por ciento. La simulación muestra que triplicando y, en algunos casos, cuadruplicando los pagos actuales, en tanto se agrega un pago general para servicios ambulatorios, días-cama y medicinas, se elevan los ingresos de cinco a siete veces sobre los niveles derivados de la primera simulación para los hospitales generales y pediátricos. La duplicación de los pagos actuales para algunos servicios diagnósticos y la adición de cargos por día-cama, servicios ambulatorios y medicinas, aumentarían los ingresos en otros 100 por ciento para el Hospital Isidro Ayora. Para los servicios en relación con los cuales se cargan ya pagos, la estructura tarifaria modificada representa los precios en alza en las instalaciones del MSP a niveles actualmente cargados por la JBG.

Tal como se indica en los *Cuadros 6-5 y 6-7*, la aplicación de los precios existentes en las instalaciones de la JBG duplicaría los ingresos de 1991. Los Hospitales Luis Vernaza y Enrique Sotomayor habrían recuperado 27 y 44 por ciento de los costos, respectivamente, en comparación con el 10 y 20 por ciento registrados. Es interesante que la aplicación de la estructura de pagos resultaría en ingresos de casi 300 por ciento sobre los costos para los servicios diagnósticos en Enrique Sotomayor. Los ingresos para los servicios a hospitalizados en Luis Vernaza aumentarían cuatro veces, alcanzando una recuperación de costos del 10 por ciento en comparación con 2,5 por ciento en 1991, en tanto que los servicios ambulatorios aumentarían en un 25 por ciento frente a los niveles de 1991.

La simulación de la estructura tarifaria modificada para los hospitales de la JBG añade cargos para días-cama, servicios ambulatorios y medicinas a pacientes hospitalizados pero los precios para la mayoría de los otros servicios se aumentan en menos del 50 por ciento para Luis Vernaza y *permanecen sin modificar* para Enrique Sotomayor. Los resultados de esta simulación indican que la primera instalación eleva los ingresos en un 62 por ciento frente a la primera simulación, alcanzando una recuperación de los costos del 44 por ciento. Para Enrique Sotomayor, los ingresos aumentan en 28 por ciento, logrando una recuperación de los costos del 56 por ciento.

La comparación de los precios de la Estructura Tarifaria Modificada con los precios del sector privado (véase *Cuadro 3-2*) muestra que los primeros siguen estando muy por debajo de los segundos en lo que respecta a la mayoría de los servicios. Por ejemplo, el costo estimado de una cirugía de hernia (suponiendo 4 días-cama, 4 exámenes de laboratorio y 4 medicamentos por día) oscilará entre S/60.000 y S/80.000) con la estructura tarifaria modificada en los hospitales del MSP. Compárese esto con una cifra no inferior al S/220.000 en un hospital privado. El cargar pagos de S/1.000 por visitas ambulatorias seguirá siendo una parte insignificante del cargo típico del sector privado, que osciló entre S/3.000 y S/7.000 en 1992.

CUADRO 6-2 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 1991

SERVICIO	UTILIZACION	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuit. en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, gastos dobles en medicamentos/ suministros médicos)		
		GASTOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			27,709,650	0.8%		785,052,000	23.9%
Días-paciente	96,467	0	0		2,000	138,912,480	
Altas no quirúrgicas	5,391	1,500[5]	7,277,850			--	
Cirugía				1.9%			6.3%
Mayor	2,920	7,000	18,396,000		30,000	63,072,000	
Menor	754	3,000	2,035,800		6,000	3,257,280	
Medicament.[1]	805,292	0	0		1,000	579,810,240	
DIAGNOST.			98,824,716	24.6%		199,213,480	49.6%
Laboratorio				47.0%			93.8%
Sencillo	180,772	385[6]	62,637,498		1,000	130,155,840	
Complejo[2]	15,969	980[6]	14,084,658		2,000	22,995,360	
Patología	1,982	1,100[9]	1,962,180	5.9%	3,000	4,281,120	12.8%
Radiología			0	10.5%			20.9%
Sencilla	14,439[7]	1,200[6]	15,593,580		3,000	31,187,160	
Compleja[3]	NA	7,900[6]	0				
Sonografía	1,116	2,000	2,008,800	11.6%	5,000	4,017,600	23.1%
Electro-cardiografía	2,990[4]	400/2000[8]	1,594,800	4.4%	2000/4000	4,690,000	13.0%
Otro	524	2,000	943,200		5,000	1,886,400	

CUADRO 6-2 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 1991

SERVICIO	UTILIZACION	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuit. en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, gastos dobles en medicamentos/ suministros médicos)		
		GASTOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
AMBULAT.			31,156,200	4.0%		154,092,960	19.7%
Visita de médico	49,850	0	0		1,000	35,892,000	
Visita de emergencia	17,738	0	0		1,500	19,157,040	
Terapia física	102,032	0	0		500	36,731,520	
Recetas	34,618	1,000[10]	31,156,200		2,500	62,312,400	
INGRESOS ESTIMADOS TOTALES			157,690,566	3.5%		1,138,358,440	25.5%

[1] Cargadas por separado. Cuatro medicamentos por prescripción de pacientes hospitalizados. Con base en muestra de recetas durante un periodo de siete días.
[2] VDRL, función hepática y bacteriología.
[3] Uso de medio de contrate.
[4] Cardiogramas (2630) y electrocefogramas (360).
[5] Para admisiones no quirúrgicas únicamente.
[6] Precio medio.
[7] Dos placas por prueba.
[8] Cardiograma: S/400; encefalograma: S/2000.
[9] Promedio de PAP (S/700) y biopsias (S/1500).
[10] Precio "típico" estimado cargado.

CUADRO 6-3 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL BACA ORTIZ, 1991

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuit. en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, gastos dobles en medicamentos/ suministros médicos)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			36,849,600	1.9%		294,917,760	15.2%
Días-paciente	38,282	0	0		3,000	82,689,120	
Altas	2,823	0	0			–	
Cirugía	3,412			7.5%			22.6%
Mayor	3,412	12,000	36,849,600		45,000	110,548,800	
Menor	0	8,000	0		0	0	
Medicam.	47,074	0	0		3,000	101,679,840	
DIAGNOST.			106,827,030	24.3%		371,026,320	84.3%
Laboratorio				31.4%			112.2%
Sencillo	366,253	200[4]	65,925,540		1,000	263,702,160	
Complejo[1]	20,296	1,100[4]	20,093,040		3,000	43,839,360	
Patología	745	1,000[6]	670,500	3.3%	4,000	2,145,600	10.7%
Radiología				7.5%			30.0%
Sencilla	10,587[5]	1,000[4]	9,527,850		5,000	38,111,400	
Compleja[2]	1,950	4,000[4]	7,020,000		10,000	14,040,000	
Electrocardiografía	1,973[3]	1500/2000[7]	3,258,000	17.3%	3000/4000	6,531,000	34.6%
Otro	738	500	332,100		5,000	2,656,800	

CUADRO 6-3 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL BACA ORTIZ, 1991

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuit. en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, gastos dobles en medicamentos/ suministros médicos)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			0	0.0%		84,705,480	13.4%
Visita de médico	55,641	0	0		1,000	40,061,520	
Visita de emergencia	13,636	0	0		3,000	29,453,760	
Terapia física	20,280	0	0		1,000	14,601,600	
Recetas	327	0	0		2,500	588,600	
INGRESOS TOTALES ESTIMADOS			143,676,630	4.8%		750,649,560	24.9%

[1] Incluye VDRL, función hepática y bacteriología.
[2] Uso de medio de contraste.
[3] Cardiogramas (652) y electrocefogramas (1321).
[4] Precio medio.
[5] Dos placas por prueba.
[6] Tarifa uniforme.
[7] Cardiograma: S/1500; encefalograma: S/2000.

CUADRO 6-4 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL EL SUBURBIO, 1991

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuitos en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, gastos dobles en medicamentos/ suministros médicos)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT
HOSPITAL.			54,409,500	3.5%		188,514,000	12.2%
Días-paciente	38,679	0	0		3,000	83,546,640	
Altas no quirúrgicas	3,530	10,000	31,770,000		0	–	
Cirugía				5.1%			10.5%
Mayor	1,475	15,000	19,912,500		40,000	42,480,000	
Menor	606	5,000[6]	2,727,000		10,000	4,363,200	
Medicam.	40,364	0	0		2,000	58,124,160	
DIAGNOST.			71,201,403	18.0%		279,781,386	70.8%
Laboratorio				21.3%[11]			107.6%
Sencillo	153,065	300[7]	41,327,550		2,000	220,413,600	
Complejo[2]	4,499	1,000[7]	4,049,100		4,000	12,957,120	
Patología	701	2,000[9]	1,261,800		4,000	2,018,880	
Radiología			0			0	
Sencilla	7,190[4]	2,000[8]	12,941,703	12.1%	5,000	25,883,406	24.2%
Compleja[3]	NA	7,000[8]	0			0	
Sonografía	2,693	4,000	9,694,800		8,000	15,511,680	
Electrocardiografía	1,346[5]	1500/3000[1]	1,926,450		3000/6000	2,996,700	
Otro			0		4,000	0	

CUADRO 6-4 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL EL SUBURBIO, 1991

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuitos en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, gastos dobles en medicamentos/ suministros médicos)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			9,970,740	1.8%		153,234,720	28.1%
Visita de médico	24,764	400	8,915,040		1,000	17,830,080	
Visita de emergencia	66,954	0	0		2,000	96,413,760	
Terapia física	2,346	500	1,055,700		1,000	1,689,120	
Recetas	25,904	0	0		2,000	37,301,760	
INGRESOS TOTALES ESTIMADOS			135,581,643	5.5%		621,530,106	25.0%

[1] Cuatro medicamentos por receta de paciente hospitalizado. Con base en muestra de recetas durante siete días.
[2] Incluye VDRL, función hepática y bacteriología.
[3] Uso de medio de contraste.
[4] Estimación basada en rayos-x de pacientes del Hospital Luis Vernaza. Dos placas por prueba.
[5] Cardiogramas (1265) y electrocefogramas (81).
[6] Precio cargado por admisión en OBGIN. Comúnmente entraña cirugía sencilla.
[7] Precio medio.
[8] Precio medio para los hospitales del MSP incluidos en la muestra.
[9] Promedio de PAP (S/3000) y biopsias (S/2000).
[10] Cardiograma: S/1500; encefalograma: S/3000.
[11] Incluye costos e ingresos de patología.

CUADRO 6-5 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL LUIS VERNAZA, 1991
(Pacientes Públicos)

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gratuit., 10% pérdidas)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdida)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			335,737,200	10.2%		740,253,960	22.4%
Días-paciente	222,829		0		1,000	160,436,880	
Altas no quirúrgicas	u,761[5]	21,500	135,160,950			--	
Cirugía				26.2%			26.6%
Mayor	7,075	35,000[7]	200,576,250		40,000	203,760,000	
Menor	NA	6,000	0		6,000	0	
Medicam.[1]	522,302	0	0		1,000	376,057,080	
DIAGNOST.			737,023,986	85.9%		1,050,906,877	122.5%
Laboratorio				95.8%			157.9%
Sencillo	381,694	1,000[9]	309,172,140		2,000	549,639,360	
Complejo[2]	24,363[3]	5,000[9]	98,671,851		7,000	122,791,637	
Patología	4,271	4,000[1]	13,838,040	30.6%	5,000	15,375,600	34.0%
Radiología			0	52.4%		0	70.1%
Sencilla	15,203[8]	9,750[9]	120,061,744		15,000	164,187,000	
Compleja[4]	2,497	31,200[9]	63,104,184		45,000	80,902,800	
Sonografía	5,109	9,750	40,348,328		9,750	35,865,180	
Electrocar-diografía	10,367[6]	5000/ 21500[11]	42,863,200	380.6%	5000/ 21500	37,505,300	333.1%
Otro	3,875	15,600	48,964,500		16,000	44,640,000	

CUADRO 6-5 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
HOSPITAL LUIS VERNAZA, 1991
(Pacientes Públicos)

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gratuit., 10% pérdidas)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdida)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			198,362,034	35.9%		276,870,240	50.1%
Visita de médico	59,197	0	0		500	21,310,920	
Visita de emergencia	24,205	0	0		1,500	26,141,400	
Terapia física	50,087	200	8,114,094		500	18,031,320	
Recetas	117,437	2,000[12]	190,247,940		2,500	211,386,600	
INGRESOS TOTALES ESTIMADOS			1,271,123,220	27.0%		2,068,031,077	43.9%

[1] 3,5 medicamentos por receta de pacientes hospitalizados. Con base en muestra de recetas durante siete días.
[2] Incluye VDRL, función hepática y bacteriología.
[3] Estimación basada en desglose del Hospital Eugenio Espejo.
[4] Uso de medio de contraste.
[5] Estimación basada en distribución de altas de 1990.
[6] Cardiogramas (10258) y electrocefogramas (109).
[7] Cargo típico. Basado en muestra mensual de salas de cirugía.
[8] Dos placas por prueba.
[9] Precio medio.
[10] Promedio de PAP (S/700) y biopsias (S/1500).
[11] Cardiograma: S/5000; encefalograma: S/21000.
[12] Precio "típico" estimado cargado.

CUADRO 6-6 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
MATERNIDAD ISIDRO AYORA, 1991

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuit. en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, doble gasto en medicamentos/suministros médicos		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER PORCENT
HOSPITAL.			128,002,500	9.6%		324,763,632	24.3
Días-paciente: OBGIN	79,892	0	0		1,000	57,522,240	14.8
Días paciente: neonatal	13,291	0	0		1,000	9,569,520	2.7
Partos	10,551	3,000	28,487,700	12.0%[6]	5,000	37,983,600	15.9
Abortos	2,464	3,000	6,652,800		5,000	8,870,400	
Cirugía				30.3%			25.7
Cesáreas	3,108	10,000	27,972,000		12,000	26,853,120	
Mayor	174	25,000	3,915,000		25,000	3,132,000	
Menor	6,775	10,000	60,975,000		10,000	48,780,000	
Medicamentos	183,407[1]	0	0		1,000	132,052,752	

CUADRO 6-6 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
MATERNIDAD ISIDRO AYORA, 1991

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gastos dobles gratuit. en medicamentos/suministros médicos)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% gratuit., 10% pérdidas, doble gasto en medicamentos/suministros médicos		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
DIAGNOST.			131,455,800	100.1%		149,667,120	114.0%
Laboratorio				106.3%			129.4%
Sencillo	119,740	700[4]	75,436,200		1,000	86,212,800	
Complejo[2]	10,902	1,500[4]	14,717,700		3,000	23,548,320	
Patología	2,433	1,000	2,189,700	13.3%	3,000	5,255,280	31.8%
Radiología			0	22.3%		0	35.7%
Sencilla	1,386[5]	3,000[4]	3,742,200		6,000	5,987,520	
Compleja[3]	NA	10,000[4]	0		10,000	0	
Sonografía	13,100	3,000	35,370,000	299.3%	3,000	28,296,000	239.5%
Electrocardiografía	255	0	0		2,000	367,200	
AMBULAT.			0	0.0%		38,876,400	23.4%
Visita de médico	28,916	0	0		500	10,409,760	
Visita de emergencia	26,358	0	0		1,500	28,466,640	
Recetas	NA	0	0		2,000	0	
INGRESOS TOTALES ESTIMADOS			259,458,300	15.9%		513,307,152	31.4%

[1] 2,6 medicamentos por receta de pacientes hospitalizados. Con base en muestra de recetas durante siete días.
[2] Incluye VDRL, función hepática y bacteriología.
[3] Uso de medio de contraste.
[4] Precio medio.
[5] Dos placas por prueba.
[6] Incluye ingresos y costos relacionados con partos y abortos.

CUADRO 6-7 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, 1991
(Pacientes Públicos)

SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gratuit., 10% pérdida)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% grat., 10% pérdida)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL.			402,398,361	15.7%		848,121,192	33.2%
Días-paciente: OBGIN	82,581	0	0		1,000	59,458,320	
Días-paciente: neonatal	11,797	0	0		1,000	8,493,840	
Centro de obstetricia				47.4%[8]			42.1%
Partos	16,376	12,300	163,154,088		12,300	145,025,856	
Abortos	2,508	12,300	24,987,204		12,300	22,210,848	
Cesáreas	6,915	24,300	136,107,945		24,300	120,984,840	
Cirugía				27.3%			24.3%
Mayor	3,046	22,000	54,279,720		22,000	48,248,640	
Menor	1,889	15,600	23,869,404		15,600	21,217,248	
Medicam.	586,780	0	0		1,000	422,481,600	
DIAGNOST.			867,882,665	276.2%		771,451,258	245.5%
Laboratorio				432.7%			384.6%
Sencillo	336,838	1,920[4]	523,850,458		1,920	465,644,851	
Complejo[1]	11,139	7,680[4]	69,293,491		7,680	61,594,214	
Bco de sangre	23,051[3]	7,200	134,430,516	182.9%	7,200	119,493,792	162.6%
Patología	13,593	1,200[6]	13,212,396	41.1%	1,200	11,744,352	36.5%
Radiología				125.8%			111.9%
Sencilla	5,651[5]	8,400[4]	38,449,404		8,400	34,177,248	
Compleja[2]	656	27,000[4]	14,346,720		27,000	12,752,640	
Sonografía	9,555	9,600	74,299,680	280.4%	9,600	66,044,160	249.2%

CUADRO 6-7 (2 páginas)
PRECIOS E INGRESOS CON DOS SIMULACIONES DE RECUPERACION DE COSTOS
MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, 1991
(Pacientes Públicos)

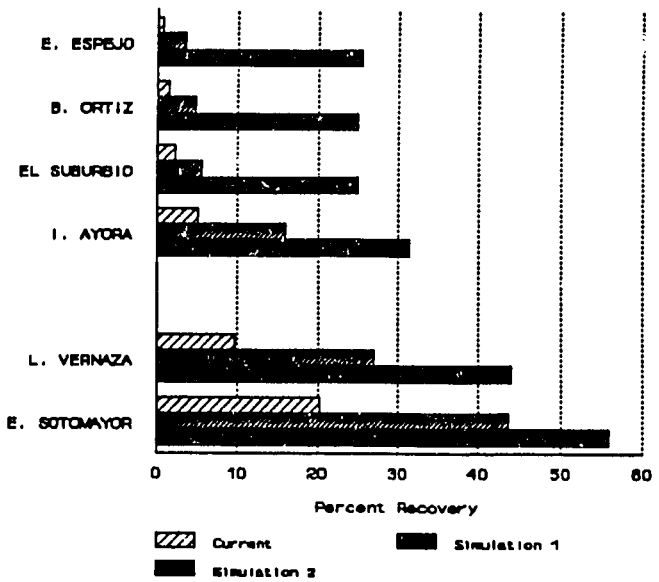
SERVICIO	UTILIZAC.	ESTRUCTURA TARIFARIA ACTUAL (precios corrientes, 10% gratuit., 10% pérdida)			ESTRUCTURA TARIFARIA MODIFICADA (precios más elevados, 20% grat., 10% pérdida)		
		PRECIOS CORR.	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.	NUEVOS PRECIOS	INGRESOS ESTIMADOS	RECUPER. PORCENT.
AMBULAT.			36,963,945	28.0%		55,637,280	42.2%
Ambulat./visita de emergencia	63,279	0	0		500	22,780,440	
Recetas	20,282	2,250[7]	36,963,945		2,250	32,856,840	
INGRESOS TOTALES ESTIMADOS			1,307,244,971	43.6%		1,675,209,730	55.8%

[1] Incluye VDRL, función hepática y bacteriología.
[2] Uso de medio de contraste.
[3] Supone que el 75% de todos los pacientes de OBGIN no donan sangre.
[4] Precio medio.
[5] Dos películas por prueba.
[6] Cargo por frotis PAP.
[7] Cargo típico estimado.
[8] Incluye ingresos y costos relacionados con partos, cesáreas y abortos.

6.4 CONCENTRACION EN LOS POBRES

La recaudación de ingresos a través de los pagos de los usuarios requerirá métodos eficaces para proteger a los pobres. En la actualidad, la prueba de medios en todas las instalaciones son informales a lo más. Puesto que las pautas para determinar la elegibilidad son inexistentes o se ignoran, la fuga es llevada. Con frecuencia, se otorgan descuentos importantes con solo solicitarlos. Parte del problema está en la falta de incentivos para implantar una prueba de medios eficaz. Las políticas del MSP hacia los pagos de los usuarios son contradictorias, el contexto legal y reglamentario es ambiguo y los ingresos se depositan en el fondo consolidado al que a las instalaciones solo se les permite acceso una vez al año. Además, los trabajadores sociales en algunas instalaciones se resienten a la tarea de "preparar facturas".

CUADRO 6-8
COMPARACION DEL PORCENTAJE DE RECUP. DE COSTOS CON DIFERENTES ESCENARIOS DE PRECIOS, 1991



Source: Tables 8,7,19-24.

El Ministerio de Salud Pública puede explorar varias opciones para mejorar las pruebas de medios. Cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas:

Fortalecer las Pruebas de Medios Basadas en la Instalación. Esta sería la opción menos costosa puesto que ya existe el personal (y no es probable que sean transferidos a nuevos cargos u otras instalaciones). Pero la selección en el punto de servicios no es muy eficaz para evitar la fuga (por ejemplo, discriminando a los pobres de los no pobres). Ciertamente, la identificación de los

pobres en el punto de servicios es una tarea difícil, incluso con trabajadores sumamente motivados. Las instalaciones necesitan establecer una estricta estructura de precios junto con criterios claros de elegibilidad. La aplicación de un cuestionario normalizado a todas las personas que solicitan un descuento quizás sea inevitable.[33] Deberían mantenerse registros y emitirse tarjetas de identidad a los pacientes elegibles (o a las familias elegibles) por un período de tiempo especificado. Sin embargo, es mejor evitar determinar la elegibilidad mediante la declaración del ingreso por los propios pacientes. Indicadores indirectos tales como lugar de residencia, participación certificada y programas de beneficencia, empleo, características demográficas de la familia (incluida la razón de dependencia), propiedad poseída, educación y características de la vivienda pueden proporcionar otros medios en sustitución del ingreso.

Sacar la Prueba de Medios de la Instalación. Otro enfoque consiste en hacer que las autoridades locales u otros organismos del gobierno determinen qué familias son indigentes. Aunque Ecuador no mantiene un programa nacional de asistencia social, el Ministerio de Asistencia Social (MSP) sí administra cierto número de programas de los que se entregan a los pobres alimentos y otros productos. Los participantes se identifican mediante el lugar de residencia (por ejemplo, poblados rurales y barrios urbanos). El MSP tiene oficinas en todas las capitales de provincia y en las ciudades en las que están situados los hospitales del MSP. Esto puede facilitar la obtención de certificación para los pacientes que buscan atención hospitalaria. Una desventaja de este enfoque puede ser la relacionada con la falta de incentivos por parte de la agencia encargada de administrar la prueba de medios (o la certificación) para excluir a los no pobres. Si no existen ya mecanismos de pruebas de medios, será costoso establecer dicho programa.

Recurrir a la Autoselección. Este enfoque tiene la ventaja de bajos costos administrativos e induce a los no pobres a autoseleccionarse rechazando los servicios "gratuitos" o con descuento. Su principal ventaja guarda relación con el requisito de información sobre las diferencias de comportamiento entre los pobres y los no pobres. Dicho enfoque también puede desalentar la participación de los pobres debido a costos en función del tiempo o a haber percibido una calidad más baja de la atención. Desde un punto de vista operativo, este enfoque puede entrañar aplicar pagos más bajos por los servicios ambulatorios después de horas normales o en los fines de semana. Ciertos servicios preventivos pueden proporcionarse gratuitamente para promover la utilización. En contraste, pueden cargarse pagos más elevados por servicios "rápidos" o por servicios "de calidad superior." Desde un punto de vista de todo el sistema, el cargar pagos más elevados en los hospitales y pagos más bajos en los marcos ambulatorios de las zonas rurales y periurbanas puede beneficiar a los pobres que residen más cerca de estas zonas.

---

[33]Esto puede no ser práctico en marcos de pacientes ambulatorios o de emergencia. Puesto que los pagos para estos servicios son ya relativamente bajos (incluso con la estructura tarifaria modificada), las instalaciones pueden requerir que todos los pacientes paguen por los servicios.

6.5 RETENCION DE PAGOS, AUTONOMIA Y CALIDAD

Estas cuestiones están íntimamente relacionadas. Si las instalaciones no pueden retener los ingresos procedentes de los pagos o decidir cómo se emplearán los ingresos, tendrán poco incentivo para cobrarlos. En las condiciones actuales de apoyo presupuestario cada vez menor por parte del MSP, no es probable que la calidad mejore sin recurrir a fuentes alternativas de ingresos.

De acuerdo con los códigos financieros, los ingresos procedentes de los pagos han de depositarse en el Fondo Consolidado del Tesoro. Las instalaciones tienen acceso a estos fondos una vez al año después de un proceso arduo y prolongado que requiere un papeleo considerable. En estas condiciones, los gerentes tienen poco incentivo para facturar a los pacientes, cobrar pagos o implantar pruebas de medios rigurosas. La recuperación de costos eficaz requerirá un cambio en la ley actual o la creación de otros mecanismos para manejar el cobro de los pagos. De acuerdo con este último aspecto, el MSP puede establecer juntas de la comunidad, fundaciones o *patronatos* para cobrar y distribuir los pagos y soslayar así la ley. Existen precedentes jurídicos y operativos. Por ejemplo, el INHMT se rige por una ley especial que le permite establecer una cuenta separada de tesorería para los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios. Los gerentes tienen acceso rápido y completo a los fondos disponibles. Acuerdos especiales entre el MSP y los grupos de la comunidad permiten a estos últimos cobrar pagos y administrar los ingresos para todos los servicios basados en la instalación.[34]

Tampoco es probable que la recuperación de costos aumente a menos que los gerentes de las instalaciones reciban autonomía sobre cómo emplear los ingresos procedentes de los pagos. Esto puede ser parte y elemento de un plan de reducción de las subvenciones en el que el MSP entrega partidas de línea específicas a la instalación, o mejor aún, proporciona una subvención única en efectivo. Pueden administrar ésta última la instalación y juntas de la comunidad o fundaciones afiliadas. Esto entrañaría control de la instalación sobre las prácticas de contratación y las compras de medicamentos y materiales. Un control completo sobre todos los gastos inculcaría una mentalidad práctica proporcionando incentivos para recaudar fondos y aumentar la eficiencia. La instalación sería responsable de recuperar todos los costos por encima de la subvención, asignando los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios según crea oportuno: para compras de medicamentos, reparación de equipo, etc.

El MSP puede establecer normas que guíen a las instalaciones en la administración de la subvención y los ingresos (por ejemplo, los ingresos procedentes de los pagos no pueden utilizarse para contratar a personal adicional sin permiso del MSP). El MSP también puede exigir que todas las instalaciones presenten un plan de mejoramiento de la calidad. Sin embargo, se recomienda que cualquier auditoría sea realizada sobre una base ex-post. En la actualidad, los controles ex-ante resultan en enormes desembolsos de subvenciones y de ingresos procedentes de los pagos.

---

[34] Estos arreglos existen al menos en tres hospitales a nivel primario: Zambahua, Borbón y Baeza.

6.6 INGRESOS COMPARTIDOS Y REDUCCION DE LAS SUBVENCIONES

El cobro de ingresos importantes procedentes de los pagos de los usuarios por parte de las instalaciones probablemente generará presión política para reducir la subvención. La cuestión importante consiste en estructurar o establecer la reducción por etapas más que hacer que ocurra sobre una base ad hoc. Por ejemplo, tiene poco sentido disminuir la subvención en la misma cantidad de los ingresos procedentes de los pagos durante los primeros años de un programa de recuperación de costos. Las instalaciones tendrán poco incentivo para cobrar pagos y, si lo hacen, les quedará poco para introducir mejoras en la calidad. Es evidente que la solución consiste en estructurar el plan de ingresos compartidos o reducción de las subvenciones de forma que las instalaciones tengan un fuerte incentivo para cobrar los pagos. El plan puede adoptar varias formas:

- Entregar las partidas de línea específica a la instalación (por ejemplo, el gobierno puede decidir que garantizará solo la nómina actual);

- Aplicar un impuesto proporcional sobre los ingresos (por ejemplo, 50 por ciento para la instalación, 25 por ciento para el MSP y 25 por ciento para el Ministerio de Finanzas); el MSP puede decidir utilizar su porción para reforzar las asignaciones a fin de proporcionar servicios a los grupos de bajos ingresos;

- Permitir a la instalación mantener una proporción creciente de los ingresos (este método puede implantarse en combinación con el primero citado arriba).

6.7 ADMINISTRACION Y COSTOS DEL COBRO DE LOS PAGOS

La mayoría de los hospitales del estudio realizan una mala labor en la administración de los pagos de los usuarios. Las prácticas de facturación, cobro y contabilidad son deficientes o inexistentes. No se disponía de registros sobre cómo se emplearon los fondos. Sin embargo, la mayoría de las instalaciones tienen suficiente personal para administrar un programa integral de pagos de los usuarios. El personal requerirá alguna capacitación y se necesitará establecer sistemas de supervisión. En la mayoría de los casos, los costos de fortalecer los sistemas de gestión serán mínimos.

Los costos de las pruebas de medios son altos (como porcentaje de los ingresos) en algunas instalaciones debido a que los ingresos son bajos y se somete a prueba a pocas personas. El establecimiento de un mecanismo de selección basado en la instalación, de alto rendimiento, entrañará costos de capacitación y supervisión, pero probablemente no requiera la contratación de personal adicional.

Finalmente, deberá prestarse una atención especial a las fechas en que efectuar el cobro. La JBG ha tenido algún éxito en exigir depósitos para admisiones (electivas) al hospital. Se niegan servicios diagnósticos (para los pacientes ambulatorios) a menos que se presente un recibo de pago. El cobro de los pacientes de emergencia y pacientes hospitalizados que son admitidos a través de la sala de emergencia es más problemático. Se necesitarán procedimientos para facilitar el pago por parte de los pacientes de emergencia y sus familiares.

7.0 PASOS SIGUIENTES

El MSP está deseoso de formular una política de recuperación parcial de los costos que aspira a recuperar 25 por ciento de los costos en los hospitales. Tiene proyectado establecer proyectos de demostración en cinco a diez hospitales de nivel secundario y terciario en 1994. Tal como lo demuestran las simulaciones, una recuperación del 25 por ciento de los costos es una meta que puede alcanzarse. La estructura de precios requerida para alcanzar esta meta pueden pagarla la mayoría de los usuarios del MSP. Con una protección adecuada de los pobres, los precios serán neutros en términos de efectos sobre la justicia social. En realidad, un fuerte programa de recuperación de costos que aspire a mejorar la calidad mediante la reparación del equipo roto y asegurando existencias adecuadas de medicamentos y suministros puede reducir los gastos directos (para bienes y servicios privados) por los clientes de bajos ingresos del MSP. Sin embargo, puesto que hay poco conocimiento sobre cómo los trabajadores de salud y los clientes del MSP reaccionarán a precios más elevados, pruebas de medios más estrictas y pagos obligatorios, se recomiendan decididamente proyectos de demostración. Los autores también convienen con los planes del MSP de lanzar estos experimentos en los hospitales puesto que estas instalaciones tienen las mayores posibilidades de generación de ingresos. Proyectos piloto también proporcionarán información valiosa para reforma posterior de la política. Las siguientes son actividades recomendadas que el MSP puede considerar para la preparación y ejecución de la recuperación de costos. Estas medidas no se colocan en orden cronológico.

1. *Formular una política de recuperación de costos*

La política debería abordar los elementos siguientes: establecimiento de precios, protección de los pobres, facturación y cobro, retención de ingresos, ingresos compartidos, administración de los ingresos procedentes de los pagos de los usuarios y mejora de la calidad. Al propio tiempo, el MSP debería eliminar cualquier ambigüedad relativa a la legalidad de los pagos de los usuarios tratando de anular el Decreto 915 y el Acuerdo Ministerial 4698, que prohíben los pagos de los usuarios. (No sería necesario dictaminar una nueva ley ya que el Código de Salud de 1971 permite claramente cargar en las instalaciones gubernamentales.)

Tendrá que concertarse con el Ministerio de Finanzas un plan de retención de pagos a fin de proporcionar un incentivo para que el personal de las instalaciones cobre los pagos. Esto puede requerir cambios en los códigos financieros y administrativos relacionados con el Fondo Consolidado. Si resulta imposible cambiar estos códigos, el MSP debería explorar el establecimiento de un arreglo similar al del INHMT. A esta última instalación se le permite un acceso completo y rápido a los ingresos procedentes de los pagos mediante una cuenta especial de tesorería. Sin embargo, los códigos financieros que estipulan los depósitos de los ingresos en el Fondo Consolidado e instrumentos legales que prohíben los pagos de los usuarios pueden soslayarse totalmente permitiendo a grupos de la comunidad de carácter semiprivado (por ejemplo, las fundaciones y los *patronatos*) administrar los programas de recuperación de costos basados en las instalaciones.

2. *Formular lineamientos para facilitar el establecimiento de precios por parte de los gerentes de las instalaciones*

La realización de los proyectos piloto puede seguir adelante aun antes de que se establezcan las políticas. El establecimiento de la estructura de precios es un primer paso. Para las instalaciones de la muestra, la estructura tarifaria modificada, ajustada para tomar en cuenta la inflación, proporciona un buen punto de referencia. No obstante, para otras instalaciones, no es necesario realizar un estudio de costos a fondo. En algunos casos, los precios actuales pueden triplicarse o cuadruplicarse. En otros, una encuesta de los pacientes a la salida en relación con el deseo de pagar (por servicios mejorados) puede proporcionar pautas para el establecimiento de las tarifas. Pero los precios basados en los costos se recomiendan a largo y mediano plazos. El análisis de costos proporcionará información para facilitar la subvención cruzada entre los servicios hospitalarios. La mayoría de los hospitales pueden estimar los costos directos de los departamentos de servicios mediante declaraciones financieras, nóminas y registros de almacenes. La asignación de costos indirectos será más problemática. Pero pueden formularse metodologías simples para distribuir estos costos a los centros de costos directos (por ejemplo, utilizando el número de personal como estadística redistributiva; véase el Anexo 2).

3. *Proteger a los pobres*

El MSP deberá experimentar con diferentes opciones para proteger a los pobres. Las pruebas de medios basadas en las instalaciones por parte de los trabajadores sociales, el actual *modus operandi*, deberán fortalecerse en los hospitales que ya poseen un grupo de trabajadores sociales. Sin embargo, en los hospitales en los que se implantará la recuperación de costos por primera vez, las pruebas de medios pueden eliminarse de la instalación y transferirse a las autoridades locales o a otros organismos del gobierno. En otros casos, puede protegerse a los pobres proporcionando alternativas de precios más bajos tales como ofrecer servicios durante horas de poca actividad o en marcos ambulatorios cercanos.

4. *Formular una estrategia de descentralización y planes de mejora de la calidad para las instalaciones participantes*

La administración de los recursos al nivel de instalación entraña toma de decisiones descentralizada. Como mínimo, los gerentes de las instalaciones han de tener control sobre la forma en que se emplean los ingresos. Pero el MSP debería esforzarse por transferir más responsabilidades a los gerentes de las instalaciones. En última instancia, los gerentes de las instalaciones deberán recibir autoridad para contratar y despedir al personal. El MSP puede proporcionar lineamientos sobre gastos encaminados a mejorar la calidad. Cada instalación deberá tener que presentar un plan de mejora de la calidad que esboce las áreas a las que se dirigirán los fondos. Es importante que las mejoras en la calidad ocurran antes o al mismo tiempo que la implantación del plan de recuperación de costos.

5. *Establecer procedimientos eficaces de gestión de los pagos*

Se requerirá capacitación en todas las instalaciones para establecer (o mejorar) los procedimientos de facturación y cobro así como la gestión de los ingresos procedentes de los pagos. Al propio tiempo, las instalaciones deberán lanzar una campaña de publicidad y educación del consumidor que informe a los pacientes acerca de los niveles nuevos de pagos, la razón fundamental para el incremento, cómo se emplearán los ingresos (por ejemplo, planes de mejora de la calidad), procedimientos de facturación y pago y el proceso utilizado para solicitar exoneración o reducción de los pagos.

ANEXO 1

CUADRO 1 DEL ANEXO
COSTOS DIRECTOS, INDIRECTOS Y TOTALES, 1991
(Instalaciones incluidas en la muestra, S/000,000)

INSTALACION	DIRECTOS	INDIRECTOS	TOTALES
BACA ORTIZ	1,543.4	1,153.8	2,697.2
EUGENIO ESPEJO	2,584.8	946.5	3,531.3
EL SUBURBIO	1,386.4	865.5	2,251.9
ISIDRO AYORA	902.2	542.8	1,445.0
INHMT	1,375.9	187.0	1,562.9
LUIS VERNAZA	3,197.1	1,921.3	5,118.4
ENRIQUE SOTOMAYOR	1,969.2	1,380.9	3,350.1

CUADRO 2 DEL ANEXO
GASTOS Y COSTOS, 1991
(S/000,000)

UNIDAD		SUELDOS	BENEFICIOS	SERVICIOS	MEDIC. Y SUMINIST.	OTRO	TOTAL PERIODICO	CAPITAL	TOTAL GENERAL
BACA ORTIZ	GASTOS	886.6	1,236.5	155.4	720.9	0.0	2,999.4	145.1	3,144.5
	COSTOS	755.7	1,050.4	154.6	736.5	0.0	2,697.2		
EUGENIO ESPEJO	GASTOS	835.5	1,388.4	81.4	831.8	190.5	3,327.6	42.9	3,370.5
	COSTOS	860.5	1,429.4	79.8	1,162.6	0.0	3,532.3		
MAT. I. AYORA	GASTOS	409.8	691.9	47.3	453.9	0.0	1,602.9	16.1	1,619.0
	COSTOS	398.0	672.6	47.2	327.4	0.0	1,445.2		
EL SUBURBIO	GASTOS	695.9	1,213.7	120.0	401.6	20.3	2,451.5	52.5	2,504.0
	COSTOS	626.6	1,090.4	120.0	415.0	0.0	2,252.0		
LUIS VERNAZA	GASTOS	1,022.3	933.8	579.6	3,170.8	2.3	5,708.8	750.1	6,458.9
	COSTOS	889.1	826.8	579.5	2,823.0	0.0	5,118.4		
MAT. E. SOTOMAYOR	GASTOS	707.5	657.8	374.3	2,001.3	1.7	3,742.6	511.2	4,253.8
	COSTOS	667.1	620.4	375.6	1,687.1	0.0	3,350.2		
INSTITUTO (PROG II)[1]		338.9	690.8	31.3	315.0	187.0	1,562.9	44.9	1,607.8

NOTA: Gastos de los libros financieros de la instalación; costos de metodología de costos.
[1]Laboratorio de Guayaquil; la metodología de costos no se aplica a esta instalación. "Otro" se refiere a costos administrativos indirectos.

CUADRO 3A DEL ANEXO
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO: COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		2,518,165,482		8,467,900	0.3%
DIAS-CAMA[1]	96,467	1,456,520,500	15,099	8,467,900	0.6%
CIRUGIA	3,674	707,372,994	192,535	NA	0.0%
DIAGNOST. TOTAL		346,207,500		14,190,000	4.1%
LABORATORIO (EXAMEN)	196,741	143,405,000	729	7,226,100	5.0%
PATOLOGIA (EXAMEN)	1,982	30,244,200	15,259	993,700	3.3%
RADIOLOGIA (EXAMEN)	28,877	118,780,600	4,113	4,186,900	3.5%
SONOGRAMA (EXAMEN)	1,116	16,868,200	15,115	780,400	4.6%
CARDIOLOGIA (EXAMEN)[2]	2,990	34,034,500	11,383	930,900	2.7%
AMBULAT. TOTAL		666,842,700		251,256	0.0%
AMBULAT. (VISITA)	49,850	257,969,100	5,175	251,256	0.1%
DE EMERGEN-CIA (VISITA)	17,738	270,508,600	15,250	0	0.0%
TERAPIA FISICA (VISITA)	102,032	95,915,400	940	0	0.0%
HOSPITAL TOTAL		3,531,215,682		25,533,119	0.7%

Nota: Los subtotales y el total incluyen costos e ingresos relacionados con servicios omitidos en este cuadro
[1] Los datos excluyen la sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos y quemaduras.
[2] Cardiograma y encefalograma
[3] Excluye ingreso de S/10,9 millones proveniente de actividades de recaudación de fondos.
[4] Ingreso proveniente de la venta de medicamentos.

CUADRO 3B DEL ANEXO
HOSPITAL BACA ORTIZ: COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		1,782,664,900		11,581,700	0.6%
DIAS-CAMA[1]	38,282	1,081,051,428	28,239.2	0.0	0.0%
CIRUGIA	3,412	355,514,300	104,195.3	11,581,700	3.3%
DIAGNOST. TOTAL		359,213,700		25,661,050	7.1%
LABORAT. (EXAMEN)	386,549	210,790,400	545.3	11,064,000	5.2%
PATOLOGIA (EXAMEN)	745	18,469,700	24,791.5	504,700	2.7%
RADIOLOGIA (EXAMEN)	23,123	113,554,700	4,910.9	10.925,500	9.6%
SONOGRAMA (EXAMEN)	0	0.0	--	--	--
CARDIOLOG. (EXAMEN)[2]	1,973	16,398,951	8,311.7	2,668,700	16.3%
AMBULAT. TOTAL		555,293,600		0	0.0%
AMBULAT. (VISITA)	55,641	124,272,000	2,233.5	0	0.0%
DE EMERGENC. (VISITA)	13,636	291,084,900	21,346.8	0	0.0%
TERAPIA FISICA (VISITA)	20,280	119,614,300	5,898.1	0	0.0%
HOSPITAL TOTAL		2,697,172,200		37,242,750	1.4%

Nota: Los subtotales y el total incluyen costos e ingresos relacionados con servicios omitidos en este cuadro.
[1]Los datos excluyen sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos y quemaduras.
[2]Cardiograma y encefalograma.

CUADRO 3C DEL ANEXO
HOSPITAL EL SUBURBIO: COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		1,398,047,600		16,453,100	1.2%
DIAS-CAMA[1]	38,679	925,343,166	23,923.7	10,495,900	1.1%
CIRUGIA	2,071	410,101,350	198,020.9	5,957,200	1.5%
DIAGNOST. TOTAL		346,230,000		25,598,200	7.4%
LABORATORIO (EXAMEN)	158,265	193,714,600	1,224.0	7,591,400	3.9%
PATOLOGIA (EXAMEN)	[2]	[2]	--	[2]	--
RADIOLOGIA (EXAMEN)	NA	89,773,900	--	94,193,300	104.9%
SONOGRAMA (EXAMEN)	2,693	NA	--	5,984,300	--
CARDIOLOGIA (EXAMEN)[3]	1,346	NA	--	2,603,200	--
AMBULAT. TOTAL		507,667,300		6,962,978	1.4%
AMBULAT. (VISITA)	24,764	215,521,000	8,703.0	6,044,033	2.8%
DE EMERGENCIA (VISITA)	66,954	188,666,800	2,817.9	0	0.0%
TERAPIA FISICA (VISITA)	2,346	76,474,500	32,597.8	811,400	1.1%
HOSPITAL TOTAL		2,251,944,900		52,869,207	2.3%

Nota: Los subtotales y el total incluyen costos e ingresos relacionados con servicios omitidos en este cuadro.
[1]Los datos excluyen sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos.
[2]Incluido en laboratorio.
[3]Cardiograma y encefalograma.

CUADRO 3D DEL ANEXO
LUIS VERNAZA HOSPITAL: COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)[1]

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		3,299,379,551		83,595,900	2.5%
DIAS-CAMA[2]	222,829	2,253,346,203	10,112.4	80,255,550	3.6%
CIRUGIA	7,075	764,932,050	108,117.6	NA	0.0%
DIAGNOST. TOTAL		858,001,926		232,784,236	27.1%
LABORAT. (EXAMEN)	406,057	425,779,099	1,049	62,552,700	14.7%
PATOLOGIA (EXAMEN)	4,271	45,229,245	10,590	2,230,800	4.9%
RADIOLOGIA (EXAMEN)	40,858	349,436,796	8,552	91,357,200	26.1%
SONOGRAMA (EXAMEN)	5,109	NA	--	12,011,300	--
CARDIOLOGIA (EXAMEN)[3]	10,367	11,260,895	1,086	20,530,200	182.3%
AMBULATORIO TOTAL		552,329,700		132,857,903	24.1%
AMBULAT. (VISITA)	56,197	239,783,500	4,266.8	97,266,708[4]	40.6%
EMERGENCIA (VISITA)	24,205	270,739,400	11,185.3	35,571,840[5]	13.1%
TERAP. FISICA (VISITA)	50,087	35,164,100	702.1	0.0	0.0%
HOSPITAL TOTAL		4,709,711,177		455,893,494	9.7%

Note: Los subtotales y el total incluyen costos e ingresos relacionados con servicios omitidos en este cuadro.
[1] Los datos se refieren a servicios proporcionados a pacientes "generales" o no privados únicamente.
[2] Los datos excluyen sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos
[3] Cardiograma y encefalograma.
[4] Venta de medicamentos.
[5] Venta de suministros ortopédicos.

CUADRO 3E DEL ANEXO
MATERNIDAD ISIDRO AYORA: COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		1,169,027,378		45,177,409	3.9%
DIAS-CAMA: GINOB[1]	79,892	369,137,255	4,620.5	0.0	0.0%
DIAS-CAMA: UNIDAD NEONATAL[1]	13,291	312,878,806	23,540.7	19,132,145.0	6.1%
CIRUGIA	6949	243,157,148	34,991.7	20,865,116	8.6%
SALA DE PARTOS[2]	11,783	243,854,169	20,695.4	5,180,148.0	2.1%
DIAGNOST. TOTAL		113,653,791		27,003,200	23.8%
LABORAT. (EXAMEN)	130,642	73,029,200	559.0	7,577,600.0	10.4%
BANCO DE SANGRE (UNIDADES)	NA	1,388,900	--	NA	0.0%
PATOLOGIA (EXAMEN)	2,433	13,621,000	5,598.4	1,194,700.0	8.8%
RADIOLOGIA (EXAMEN)	2,772	14,333,700	5,170.9	1,023,900.0	7.1%
SONOGRAMA (EXAMEN)	13,100	11,281,100	861.2	17,058,800.0	151.2%
CARDIOLOGIA (EXAMEN)	255	NA	--	NA	--
AMBULAT. TOTAL		162,359,000		291,352	0.2%
AMBULAT. (VISITA)	28,916	95,960,500	3,318.6	0.0	0.0%
DE EMERGENCIA (VISITA)	26,358	51,683,700	1,960.8	0.0	0.0%
HOSPITAL TOTAL		1,445,040,169		72,471,961	5.0%

Note: Los subtotales y el total incluyen costos e ingresos relacionados con servicios omitidos en este cuadro.
[1] Excluye sala de operaciones, sala de partos y diagnósticos.
[2] La utilización incluye el número de partos (0,5 X número de abortos).
[3] Excluye S/23 millones en ingresos provenientes de actividades de recaudación de fondos.

CUADRO 3F DEL ANEXO
MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR:
COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)[1]

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMED.	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		2,555,434,247		326,110,700	12.8%
DIAS-CAMA: GINOB[2]	82,581	958,488,542	11,606.6	0	0.0%
DIAS-CAMA: UNIDAD NEONATAL[3]	11,797	488,336,004	41,394.9	13,083,500	2.7%
CIRUGIA	4,935	285,896,913	57,932.5	20,978,000	7.3%
SALA DE PARTOS	[3]	683,828,499		292,049,200	42.7%
DIAGNOST. TOTAL		314,187,842		225,763,050	
LABORAT. (EXAMEN)	347,977	137,083,702	393.9	45,583,900	33.3%
BANCO DE SANGRE (UNIDADES)	204,440	73,492,380	359.5	132,810,400	180.7%
PATOLOGIA (EXAMEN)	13,593	32,163,502	2,366.2	9,532,000	29.6%
RADIOLOGIA (EXAMEN)	11,958	41,957,174	3,508.7	4,043,400	9.6%
SONOGRAMA (EXAMEN)	9,555	26,499,984	2,773.4	31,160,300	117.6%
CARDIOLOGIA (EXAMEN)	--	2,991,100	--	375,700	12.6%
AMBULAT. TOTAL		131,804,300		33,923,187	25.7%
AMBULAT./ DE EMERGENCIA (VISITA)	63,279	95,825,500	1,514.3	33,923,187	35.4%
TOTAL		3,001,426,389		605,772,957	20.2%

Note: Los subtotales y el total incluyen costos e ingresos relacionados con servicios omitidos en este cuadro.
[1] Los datos se refieren a servicios proporcionados a pacientes "generales" o no privados únicamente.
[2] Excluye datos de sala de operaciones, salas de parto, unidad de cuidados intensivos y sala de cólera.
[3] Partos normales (16.376), cesáreas (6.915) y abortos realizados.
[4] Ingresos provenientes de venta de medicamentos y suministros médicos.

CUADRO 3G DEL ANEXO
HOSPITAL LUIS VERNAZA: COSTOS DE SALAS PRIVADAS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMED.	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		408,719,704.2		411,205,400.0	100.6%
DIAS-CAMA[1]	9,654	169,863,895	17,595.2	348,455,400	205.1%
CIRUGIA	1,255	238,855,809	190,323.4	62,750,000	26.3%
DIAGNOSTICOS (HOSPITAL.)		8,173,565	-	[4]	--
LABORAT. (EXAMEN)	4,369	4,581,201	1,049	[4]	--
PATOLOG. (EXAMEN)	34	360,055	10,590	[4]	--
RADIOLOG. (EXAMEN)	366	3,130,204	8,552	[4]	--
SONOGR. (EXAMEN)	64	NA	0	[4]	--
CARDIOL. (EXAMEN)[4]	94	102,105	1,086	[4]	--

[1]Los datos excluyen sala de operaciones y unidad de cuidados intensivos. Los ingresos totales incluyen los costos y ganancias de las pruebas de diagnóstico.
[2] 1990.
[3] Ingresos estimados de tarifas fijas.
[4] No se disponía de un desglose de ganancias. Ingresos incluidos en el total.
[5] Cardiograma y encefalograma.

CUADRO 3H DEL ANEXO
HOSPITAL ENRIQUE SOTOMAYOR: SALAS PRIVADAS
COSTOS, INGRESOS Y RECUPERACION PORCENTUAL DE COSTOS, 1991
(Sucres y porcentaje)

SERVICIO	UTILIZAC.	COSTO TOTAL	COSTO PROMED.	INGRESOS TOTALES	RECUPER. PORCENT.
HOSPITAL. TOTAL		331,093,298		340,996,465	103.0%
DIAS-CAMA: GINOB[1]	5239	100,493,699	19,181.8	132,464,155	131.8%
DIAS-CAMA: PEDIATRIA[1]	749	32,071,900	42,819.6	27,593,105	86.0%
CIRUGIA/SALA DE PARTOS	[2]	198,527,699	--	180,939,205	91.1%
DIAGNOST. TOTALES		17,435,458		11,348,600	65.1%
LABORATORIO (EXAMEN)	18,315	7,215,098	393.9	4,540,700	62.9%
BANCO DE SANGRE (UNIDADES)	22,715	8,165,620	359.5	NA	--
PATOLOGIA (EXAMEN)	278	657,798	2,366.2	503,800	76.6%
RADIOLOGIA (EXAMEN)	244	856,126	3,508.7	2,276,400	265.9%
SONOGRAMA (EXAMEN)	195	540,816	2,773.4	863,300	159.6%
OTRO[3]				93,604,051	
TOTAL		348,528,756		445,949,112	128.0%

[1] Excluye sala de operaciones y salas de parto.
[2] Partos normales, cesáreas y abortos.
[3] Ingresos provenientes de ventas de medicamentos, material médico, exámenes especiales, ambulancia.

CUADRO 4A DEL ANEXO (2 páginas)
VOLUMEN DE PACIENTES Y GANANCIAS PERDIDAS POR CATEGORIA DE PAGO, 1991
(Servicios de cirugía/maternidad)[1]

INSTALACION/ SERVICIO	TOTAL	NUMERO DE PACIENTES[2]				FACTURA PROMED. (E)	INGRESOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBA DE MEDIOS (F)	CANTIDAD Y % DE INGRESOS PERDIDA ESTIMADA DEBIDA A:		
		ESCAPE (A)	EXON. (B)	DESCUENT. (C)	PAGO TOTAL (D)			PRUEBA DE MEDIOS ([B+C]E)-F	FUGA (AxE)	INGRESOS
ISIDRO AYORA										
PARTOS NORMALES	10,551	6,663	92	49	3,747	5,082	90,500	626,062	33,861,366	19,132,754
CESAREAS	3,108	1,886	88	148	986	16,088	756,500	3,040,268	30,341,968	16,619,268
ABORTOS	2,464	1,601	60	8	795	5,280	11,500	347,540	8,453,280	3,716,801
CIRUGIA MAYOR	279	0	81	133	65	31,464	1,674,700	5,058,596	0	3,719,860
TOTAL	16,402	10,150	321	338	5,593	--	2,533,200	9,072,466	72,656,614	43,188,683
PORCENTAJE	100%	62%	2%	2%	34%	--	--	21%	168%	100%
ENRIQUE SOTOMAYOR										
PARTOS NORMALES	16,376	5,092	0	7,518	3,766	17,112	80,134,500	48,513,516	87,134,304	144,578,292
CESAREAS	6,915	1,550	0	4,092	1,273	28,612	75,949,800	41,130,504	44,348,600	112,372,876
ABORTOS	2,505	0	0	2,430	75	16,289	26,193,300	13,388,970	0	29,213,800
ESTERILIZACIONES	1,872	173	0	1,656	43	14,460	5,254,200	18,691,560	2,501,580	5,875,980
CIRUGIA MAYOR	1,177	463	0	714	0	34,652	12,656,400	12,085,128	16,043,876	10,633,600
TOTAL	28,845	7,278	0	16,410	5,157	--	--	133,809,678	150,028,360	302,674,548
PORCENTAJE	100%	25%	0%	57%	18%	--	--	44%	50%	100%

CUADRO 4A DEL ANEXO (2 páginas)
VOLUMEN DE PACIENTES Y GANANCIAS PERDIDAS POR CATEGORIA DE PAGO, 1991
(Servicios de cirugía/maternidad)[1]

INSTALACION/ SERVICIO	TOTAL	NUMERO DE PACIENTES[2]				FACTURA PROMED. (E)	INGRESOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBA DE MEDIOS (F)	CANTIDAD Y % DE INGRESOS PERDIDA ESTIMADA DEBIDA A:		
		ESCAPE (A)	EXON. (B)	DESCUENT. (C)	PAGO TOTAL (D)			PRUEBA DE MEDIOS ([B+C]E)-F	FUGA (AxE)	INGRESOS
BACA ORTIZ										
CIRUGIA	3,412	1,924	78	144	1,266	8,792	452,000	1,498,824	16,915,808	11,581,700
PORCENTAJE	100%	56%	2%	4%	37%	--	--	13%	146%	100%
LUIS VERNAZA										
CIRUGIA[3]	2,160	180	66	1,908	6	33,500	25,476,007	40,652,993	6,030,000	25,677,007
PORCENTAJE	100%	8%	3%	88%	0%	--	--	158%	23%	100%

[1] Con base en muestra de libros de facturación y pago, y registros de trabajadores sociales de pacientes de cirugía/maternidad. Isidro Ayora: 2 meses; Enrique Sotomayor: 6 meses; Baca Ortiz: 2 meses; Luis Vernaza: 2 meses.
[2] Distribución deducida de la muestra.
[3] Muestra basada en 5 (de 15) salas de cirugía. Deducida de estas salas únicamente.

CUADRO 4B DEL ANEXO (pequeño)
VOLUMEN DE PACIENTES Y GANANCIAS PERDIDAS POR CATEGORIA DE PAGO, 1991
(Diagnósticos seleccionados)[1]

INSTALACION/ SERVICIO	TOTAL	ESCAPE (A)	NUMERO DE PACIENTES[2]			FACTURA PROMED. (E)	INGRESOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBA DE MEDIOS (F)	CANTIDAD Y % DE INGRESOS PERDIDA ESTIMADA DEBIDA A:		
			EXON. (B)	DESCUENT. (C)	PAGO TOTAL (D)			PRUEBA DE MEDIOS ([B+C]E)-F	FUGA (AxE)	INGRESOS
BACA ORTIZ										
ENCEFALOGRAMA	1,321	125	42	66	1,088	2,000[3]	72000	144,000	250,000	2,248,000
CARDIOGRAMA	652	360	12	0	280	1,500[3]	0	18,000	540,000	420,000
TOTAL	1,973	485	54	66	1,368	--	--	162,000	790,000	2,668,000
PORCENTAJE	100%	25%	3%	3%	69%	--	--	6%	30%	100%
LUIS VERNAZA[3]										
RADIOLOGIA (1990)	18,240	0	2,868	15,372	0	10,279	5,051,699	182,437,261	0	60,620,388
LABORATORIO (1990)	8,713	0	744	7,968	1	4,024	1,253,857	33,803,231	0	15,069,084
TOTAL	26,953	0	3,612	23,340	1	--	--	216,240,492	0	75,689,472
PORCENTAJE	100%	0%	13%	87%	0%	--	--	286%	0%	100%
EUGENIO ESPEJO										
ENCEFALOGRAMA	360	99	36	12	213	2,000[3]	12,000	84,000	198,000	437300
CARDIOGRAMA	2,630	1,336	60	0	1,234	4,00[3]	0	24,000	534,400	493600
TOTAL	2,990	1,435	96	12	1,447	--	--	108,000	732,400	930,900

CUADRO 4B DEL ANEXO (pequeño)

VOLUMEN DE PACIENTES Y GANANCIAS PERDIDAS POR CATEGORIA DE PAGO, 1991

(Diagnósticos seleccionados)[1]

INSTALACION/ SERVICIO	TOTAL	ESCAPE (A)	NUMERO DE PACIENTES[2]			FACTURA PROMED. (E)	INGRESOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBA DE MEDIOS (F)	CANTIDAD Y % DE INGRESOS PERDIDA ESTIMADA DEBIDA A:		
			EXON. (B)	DESCUENT. (C)	PAGO TOTAL (D)			PRUEBA DE MEDIOS ((B+C)E)-F	FUGA (AxE)	INGRESOS
PORCENTAJE	100%	48%	3%	0%	48%	--	--	12%	79%	100%
ISIDRO AYORA										
SONOGRAMA	13,100	9,433	112	22	3,533	3,299	38,500	403,566	31,119,467	17,058,800
PORCENTAJE	100%	72%	1%	0%	27%	--	--	2%	182%	100%
ENRIQUE SOTOMAYOR										
SONOGRAMA	9,555	2,295	0	7,260	0	9,226	32,369,640	34,611,120	21,173,670	31,160,250
PORCENTAJE	100%	24%	0%	76%	0%	--	--	111%	68%	100%

[1] Con base en muestra de libros de facturación y pago, y registros de trabajadores sociales de pacientes de cirugía/maternidad. Isidro Ayora: 2 meses; Enrique Sotomayor: 6 meses; Baca Ortiz: 2 meses; Luis Vernaza: 1 mes.

[2] Tarifa típica.

[3] Deducido de 1990.

CUADRO 5 DEL ANEXO (2 páginas)
COSTO ESTIMADO DE PRUEBAS DE MEDIOS, FACTURACION Y COBRO DE TARIFAS DE USUARIOS:
POR CATEGORIA Y COMO PORCENTAJE DE INGRESOS, 1991
(Sucres)

CATEGORIA INSTALACION/ COSTO	PERSONAL	SUMINIST.	INDIRECTOS	TOTAL	INGRESOS	COSTOS COMO % DE INGRESOS
EUGENIO ESPEJO						
Pruebas de medios[1]	32,990,894	7,659,590	7,811,025	48,461,509		
Facturación y cobro	5,163,060	1,225,660	—	6,388,720		
Total	38,153,954	8,885,250	7,81^Q,025	54,850,229	25,333,000	217%
SUBURBIO						
Pruebas de medios[2]	13,423,434	6,202,200	3,842,730	23,468,364		
Facturación y Cobro	9,740,700	740,839	—	10,481,539		
Total	23,164,134	6,943,039	3,842,730	33,949,903	52,869,100	64%
BACA ORTIZ						
Pruebas de medios[2]	16,235,748	225,357	6,406,668	22,867,773		
Facturación y cobro	3,126,120	2,027,712		5,153,832		
Total	19,361,868	2,253,069	6,406,668	28,021,605	37,242,700	75%
INHMT						
Pruebas de medios[3]	912,000	NA	NA	912,000		
Facturación y cobro	4,248,000	NA	NA	4,248,000		
Total	5,160,000	0	0	5,160,000	57,539,318	9%
ISIDRO AYORA						
Pruebas de medios[4]	8,986,752	55,591	5,694,840	14,737,183		
Facturación y cobro	7,129,845	807,427	—	7,937,272		
Total	16,116,597	863,018	5,694,840	22,674,455	72,471,846	31%

CUADRO 5 DEL ANEXO (2 páginas)
COSTO ESTIMADO DE PRUEBAS DE MEDIOS, FACTURACION Y COBRO DE TARIFAS DE USUARIOS:
POR CATEGORIA Y COMO PORCENTAJE DE INGRESOS, 1991
(Sucres)

CATEGORIA INSTALACION/ COSTO	PERSONAL	SUMINIST.	INDIRECTOS	TOTAL	INGRESOS	COSTOS COMO % DE INGRESOS
LUIS VERNAZA (no privado)						
Pruebas de medios[2]	66,576,402	2,774,886	18,682,988	88,034,276		
Facturación y cobro	11,690,000	–	6,646,950	18,336,950		
Total	78,266,402	2,774,886	25,329,938	106,371,226	455,893,494	23%
(privado)						
Facturación y cobro	5,070,895	489,686	5,273,048	10,833,629	411,205,400	3%
ENRIQUE SOTOMAYOR (no-privado)						
Pruebas de medios[2]	25,467,460	3,541,898	16,742,482	45,751,840		
Facturación y cobro	18,703,923	–	8,275,950	26,979,873		
Total	44,171,383	3,541,898	25,018,432	72,731,713	605,772,562	12%
(privado)						
Facturación y cobro	5,430,171	1,028,293	2,402,695	8,861,159	445,949,112	2%

NOTA: Con base en registros, entrevistas y observaciones.
[1] 70 por ciento del tiempo de los trabajadores sociales cargado a las pruebas de medios.
[2] 90 por ciento del tiempo de los trabajadores sociales cargado a las pruebas de medios.
[3] 100 por ciento del tiempo de los trabajadores sociales cargado a las pruebas de medios.
[4] 80 por ciento del tiempo de los trabajadores sociales cargado a las pruebas de medios.

ANEXO 2

ANEXO 2
METODOLOGIA DE ANALISIS DE COSTOS

Este estudio utilizó una metodología de determinación de costos para estimar los costos tanto directos como indirectos. Este método entraña dos actividades principales: (1) analizar los gastos totales de cada departamento hospitalario; y (2) adjudicar gastos de departamentos no relacionados con el tratamiento (por ejemplo, centros de costos indirectos) a departamentos que proporcionan tratamiento a los pacientes (por ejemplo, centros de costos directos). Los centros indirectos se conocen también como centros que no producen ingresos (en marcos privados) ya que no se factura a los pacientes por estos servicios. De igual forma, un centro de costos directos proporciona servicios que pueden producir ingresos (por ejemplo, cargo por días-cama). A continuación se presentan resúmenes breves de las etapas del análisis de costos:

1. *Identificación de los departamentos*

Con base en organigramas y libros mayores de suministros intrahospitalarios que llevan las farmacias y los almacenes centrales, el equipo de HFS clasificó todos los departamentos de la instalación como centros de costos ya sea directos o indirectos. Los primeros consistían en salas ambulatorias (quirúrgicas, no quirúrgicas, de cuidados intensivos y de maternidad), sala de operaciones, salas de parto, departamentos diagnósticos, ambulatorios y de emergencia. Los últimos comprendían servicios de apoyo, tales como lavandería, administración general, remiendo de ropa de cama, administración de enfermería, etc.

2. *Determinación de gastos por centro de costos*

Puesto que todas las instalaciones carecían de un sistema contable que acumulase con exactitud datos financieros por departamento o centro de costos, los investigadores formularon métodos de recopilación de datos a fin de evaluar los costos departamentales por categoría principal de gastos. El equipo no dependió de desembolsos presupuestados. Más bien, el análisis de costos se deriva de gastos reales en personal operativo (por ejemplo, excluidas las vacantes), servicios contratados y en medicamentos y suministros. A continuación figuran descripciones de métodos de recopilación de datos.

Personal: El número y sueldos de los empleados de la instalación se obtuvieron de la plantilla de pagos de la instalación correspondiente al mes de julio de 1991. Con base en la información proporcionada por los departamentos de personal así como en entrevistas realizadas con funcionarios de cada departamento, el equipo determinó dónde trabajaba realmente cada empleado y el número de horas asignadas. En cierto número de casos, se había asignado a los empleados a dos o más departamentos. Este era el caso de los médicos, en particular.

Los gastos salariales por departamento se derivaron del salario real de cada miembro del personal más bien que de los sueldos promedio. Facilitó esta tarea la falta generalizada de variación salarial entre las categorías de personal. Por ejemplo, un médico con 10 años de experiencia ganaba el mismo

sueldo que un egresado reciente. Sin embargo, los jefes de servicio ganan sueldos más elevados. El MSP hizo un reajuste de los sueldos con respecto a la inflación en septiembre de 1991. Para mayor precisión, se generó un sueldo promedio ponderado de cada empleado.

Servicios: Estos gastos fueron insignificantes en términos del gasto total. Entre los gastos principales figuraron los servicios públicos y los contratos de servicio. Todos los servicios públicos se asignaron a Operaciones de la Planta, mientras que los contratos de servicio se adjudicaron al Departamento de Mantenimiento. Los libros contables constituyeron la fuente de esta información.

Suministros: Ninguna instalación mantenía registros de gastos de medicamentos, suministros médicos y suministros no médicos por departamento. Sin embargo, los almacenes centrales y las farmacias registraban el nombre y número de artículos despachados a cada departamento (y sala de hospital) diariamente, incluidas la presentación y concentración de cada medicamento. El total de gastos por departamento se estimó tomando como base muestras semestrales de estos registros (un mes sí y un mes no). Los precios pagados por cada artículo se obtuvieron de los departamentos de adquisiciones de la instalación. En el caso de la JBG, el Departamento Central de Contabilidad suministró información sobre precios unitarios. Se trató de obtener precios a mitad de año.

3. *Adjudicación de costos indirectos a centros de costos directos*

Muchos gastos no los realizan directamente los centros de costos sino que, más bien, se los comparte. Por ejemplo, la lavandería proporciona servicios a cierto número de departamentos (por ejemplo, sala de operaciones, salas ambulatorias, departamento de mantenimiento, cocina, etc.). El costo de proporcionar estos servicios a otros centros de costos ha de estimarse. Esto se consigue prorrateando los costos a través de datos no financieros. Entre los datos no financieros pueden figurar: número de comidas servidas, número de empleados por centro de costos, libras de ropa lavada, número de pacientes servidos, etc. A continuación se presentan estadísticas utilizadas para adjudicar los costos indirectos:

Administración general:	No. de empleados por departamento
Lavandería/Remiendo de ropa:	No. de kilos lavados por departamento
Cocina:	No. de empleados y No. de días-cama: todos los hospitales proporcionan comidas a los empleados
Mantenimiento:	No. de empleados por departamento
Operaciones de la Planta:	No. de empleados por departamento
Farmacia:	Distribución de medicamentos por departamento
Limpieza:	No. de empleados por departamento

Transporte:	Igual adjudicación a la administración general y a emergencia
Almacenes centrales:	Distribución de materiales por departamento
Administración de enfermería:	Personal de enfermería por departamento
Servicio residente:	Personal residente por departamento
Trabajador social:	Distribución de ingresos por concepto de honorarios

Cabe advertir que para tres departamentos (por ejemplo, operaciones de la planta, limpieza y mantenimiento) se utilizaron estadísticas de adjudicación no estándar. En el caso de estos departamentos, el valor estadístico de adjudicación apropiado son los pies cuadrados; sin embargo, no se disponía de esta información. El personal constituye un sustituto razonable para este tipo de servicios, si se supone que la variación de los gastos en las actividades realizadas por estos departamentos corresponde al número de empleados.

Este estudio utilizó un método de distribución doble para asignar los costos indirectos a los centros de costos directos. Este método entraña dos distribuciones. Primero, los costos de los centros de costos indirectos se distribuyen entre ellos y a los centros de costos directos. Por ejemplo, la administración central proporciona servicios a la lavandería (centro indirecto) y al laboratorio (centro de costos directos). La segunda distribución consiste en redistribuir todos los costos de los centros indirectos a los centros directos utilizando el mismo valor estadístico de adjudicación (por ejemplo, libras de ropa). En esencia, este método es el reflejo de intercambios interdepartamentales entre centros de servicios directos antes de que los costos se distribuyan finalmente a los departamentos de servicios directos.

REFERENCIAS

Ainsworth, Martha. 1984. *User Charges for Social Sector Finance: Policy and Practice in Developing Countries*. Documento de Debate CPD No. 1984-86. Washington, DC: Banco Mundial.

Bekele, A. y M. Lewis. 1986. "Financing Health Care in the Sudan: Some Recent Experiments in the Central Region." *International Journal of Health Planning and Management* 1(2):111-127.

Berman, Howard, J., Lewis, E. Weeks y Steven F. Kukla. 1986. *The Financial Management of Hospitals*. Ann Arbor: Health Administration Press.

Bitrán, Ricardo A. et al. 1986. "Zaire Health Zones Financing Study." Arlington, VA, Resources for Child Health (REACH).

Fundación Eugenio Espejo. 1986. "Oferta y Demanda de Salud." Quito, documento inédito.

Griffin, Charles C. 1988. *User Charges in Health Care in Principle and Practice*. Washington, DC: Banco Mundial.

Grosh, Margaret E. 1992. *From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America*. Departamento Técnico de América Latina y el Caribe, Programa de Estudios Regionales, Informe No. 21. Washington, DC: Banco Mundial.

Instituto Nacional de Empleo. 1992. *Encuesta Permanente de Hogares: Modelo de Salud Nacional 1990*. Quito: Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos.

JBG (Junta de Beneficiencia de Guayaquil). 1988. *Cien años de fe, amparo y esperanza*. Guayaquil: JBG.

_____. 1992. "Informe de Labores, 1992." Departamento Financiero, JBG.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 1993. *Anuario de recursos y actividades de salud-1991*. Quito: Vicepresidencia de la República.

_____. 1992. *Anuario de estadísticas hospitalarias-1991*. Quito: Vicepresidencia de la República.

La Forgia, Gerard M. y Nuria Homedes. 1992. "Decentralizing Health Services in Colombia: A Review of Progress and Problems." Informe elaborado para el Banco Mundial, Washington, DC.

La Forgia, Gerard M. y Charles C. Griffin. 1992. "Cost Recovery in Public Hospitals in Belize." HFS, Informe Técnico No. 5. Proyecto de Financiamiento y Sostenibilidad Sanitarios, Abt Associates, Bethesda, MD

REFERENCIAS, continuación

MSP (Ministerio de Salud Pública). 1993. "Políticas y lineamientos básicos para los programas de salud para el periodo, 1993-1996." Documento inédito, Quito.

Newmann, Bruce R., James D. Suver y William N. Zelman. 1984. *Financial Management: Concepts and Applications for Health Care Providers.* National Health Publishing Co.

Otero Estrada, Antonio y María Rodríguez Bejar. 1985. "Hernia Inguinal: Revisión de 532 casos registrados en el Hospital Luis Vernaza." Documento inédito, Guayaquil, Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Luis Vernaza.

PREALC. 1992. *Ecuador: Los costos sociales del ajuste, 1980-1990.* Santiago: Organización Internacional del Trabajo.

Richardson, Paul. et al. 1992. "Quality, Costs and Cost Recovery: A Comparative Study of the Unidad Sanitaria of the Ministry of Health and PROSALUD in Santa Cruz, Bolivia." Proyecto de Sostenibilidad Sanitaria y Nutricional en América Latina y el Caribe, University Research Corporation, Washington, DC.

Vallejo, Francisco, José Ruales y Edgar Vargas. 1993. "Documento de trabajo para discusión: Participación de usuarios en el financiamiento de los servicios de las áreas de salud del MSP." Documento inédito, MSP.

Vanormelingen, Keenraad y Véronique Goblet. 1990. "Actitudes frente a la enfermedad: Utilización de los servicios de salud en el Cañar." Quito, documento inédito.

Wray et al., 1992. "El régimen legal de los servicios de salud en Ecuador." Health Financing and Sustainability Project, Abt Associates, Bethesda, MD.