



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Examen General de Conocimientos
Trabajo Escrito de Modalidades

Estudio Financiero - Administrativo

**Propuesta Metodológica de un Centro de Costos para la operación
de la Atención Médica Privada en un Instituto Nacional de Salud**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración de los Servicios de
Salud**

Presenta: Víctor Gabriel Hernández Morales

Tutor: Rocío Llarena de Thierry

México D.F. a 12 de Septiembre del 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**Examen General de Conocimientos
Trabajo Escrito de Modalidades**

Estudio Financiero - Administrativo

**Propuesta Metodológica de un Centro de Costos para la operación
de la Atención Médica Privada en un Instituto Nacional de Salud**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración de los Servicios de
Salud**

Presenta: Víctor Gabriel Hernández Morales

Tutor : Rocío Llarena de Thierry

México, D.F. a 12 de Septiembre del 2006



RESUMEN

Resulta muy importante comentar que la Medicina Institucional sufre dos acontecimientos que lesionan su subsistencia, una dependencia inobjetable a un presupuesto federal cada vez más reducido y la captación de recursos económicos mediante cuotas de recuperación por servicio médico prestado, afectado gravemente por subsidios altos y reducida capacidad de pago de pacientes no derechohabientes que limitan esta captación de recursos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias requiere de resolver este problema buscando la generación de mayor ingreso para ayudar al subsidio y la exención de cuotas y renovar su tecnología médica.

.En este trabajo se propone la metodología de un centro de costos para operar la atención medica privada sin afectar a la asistencial y que sirva de modelo para otras instituciones de salud con el mismo problema.

El estudio se llevó a cabo en el INER, con pacientes incluidos en el centro de costos, recabando información documental, escrita, financiera y estadística de una serie de variables que al describirlas permitirán el análisis para la toma de decisiones y valoración del cumplimiento y resolución de la problemática involucrada, por lo que tiene un carácter propositivo y finalmente prospectivo porque este enfoque permitirá en un futuro aplicar programas de mejora en la calidad de atención de todos los pacientes.

Palabras clave: metodología, centro de costos, atención médica, cuota de recuperación, subsidio, exención, presupuesto federal.

PAG

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	
1.1 Origen	
1.2 Estructura	
1.3 Funcionamiento	
1.4 Impacto	
1.5 Diagnóstico Situacional	
1.6 Planteamiento del Problema	
2. MARCO NORMATIVO	15
3. MARCO CONCEPTUAL	17
4. MARCO DE REFERENCIA	20
5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
5.1 Supuesto	
5.2 Objetivo General	
5.3 Objetivos Específicos	
5.4 Marco Metodológico	
6. PROPUESTA DE LA METODOLOGIA	26
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
7.1 Conclusiones	
7.2 Recomendaciones	
8. BIBLIOGRAFIA	49

Introducción

Las enfermedades respiratorias son en la actualidad, las responsables de importantes problemas de salud nacional y mundial. De acuerdo a las proyecciones basadas en los cambios epidemiológicos, las enfermedades derivadas de la industrialización, los cambios en el estilo de vida, en el medio ambiente, la contaminación ambiental, el tabaquismo, el aumento de la expectativa de vida y la aparición de enfermedades emergentes, conformarán un grave problema de salud.

Esta realidad es la razón de la existencia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), un centro capaz de dar respuesta a los viejos y nuevos problemas de salud respiratoria. Es uno de los diez Institutos Nacionales de salud de México, cumple 70 años de experiencia.

Su objetivo principal, es proporcionar atención médica de excelencia a los pacientes que ameriten tratamiento especializado en Neumología, Cirugía de Tórax y Otorrinolaringología, mediante la aplicación de tecnología de punta y con factor humano altamente capacitado, así como ser el centro normativo y asesor en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de este tipo de enfermedades.

El INER cumple este objetivo, gracias al presupuesto federal anual y a las cuotas de recuperación que pagan los pacientes. Las cuotas de recuperación, que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal (artículo 36 de la ley general de salud) y para la determinación de las cuotas se toma en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario, debiendo eximir el costo cuando se carezca de recursos o se trate de usuarios procedentes de las zonas de menor desarrollo económico y social nacional.

Es verdad que las cuotas de recuperación no son suficientes para recuperar la parte presupuestal dedicada a la atención médica, ya que por ejemplo; en el INER, el porcentaje de exención de cuotas es muy alto y los estudios socioeconómicos que muestran la capacidad de pago de los pacientes determinan que aproximadamente 45% de los ingresos hospitalarios ganan menos de dos salarios mínimos al mes y

sólo el porcentaje restante puede tener capacidad de pago para recuperar la inversión y ganancia para el Instituto.

La creación de un modelo de atención médica privada, dentro de la Institución surge como una posibilidad de brindar una mejor cobertura sobre este porcentaje de población que paga un seguro de gastos médicos y de clientes individuales que se interesen por un servicio privado sin necesidad de abandonar la Institución para acudir a una unidad privada, con la posibilidad de costos menores a los que se desembolsan en los servicios médicos privados.

La idea de que se pueda explotar la medicina privada dentro de los Institutos de Salud, nace del argumento derivado de que la infraestructura compuesta por factor humano, equipo médico y los servicios auxiliares y de diagnóstico cumplen con la calidad y funcionalidad parecida a los que se emplean en el ámbito de la medicina privada.

Existe el detalle de distinción en el sentido de que en el Distrito Federal, no existe una metodología de un centro de costos diseñado y administrado para estos fines, ya que la mayoría de los pacientes privados con problemas respiratorios que ameritan manejo de tercer nivel de atención se ingresan en otra áreas del hospital privado diseñadas para Medicina Interna, Terapia Intensiva o en su defecto sala general. Lo cual es una desventaja que se ofrece en cuanto a esta especialidad por parte de la Institución Privada y una fortaleza que brinda esta propuesta.

En respuesta al problema económico nacional, el INER está obligado a buscar una mayor generación de ingresos propios que sirvan de complemento al presupuesto federal autorizado y apoyen el logro de las metas programadas en las tres vertientes principales : investigación clínica, enseñanza médica y atención médica.

Será importante lograr en un futuro cercano que la medicina Institucional en su tercer nivel de atención, beneficie a toda la población abierta y sea equiparable a las estructuras, tecnologías y calidad de atención con las que se desarrolla habitualmente la Medicina Privada.

Permitirá al médico la captación de estímulo económico mediante su actividad médica privada dentro de su centro de trabajo en un turno diferente al laboral y a su vez beneficiará a la Institución con mayor captación de pacientes que pueda recomendar a través de su consulta privada, para que puedan ser habilitados al centro de costos, como clientes potenciales.

El problema de la inversión en salud tiene un carácter internacional y va enfocado a los países subdesarrollados donde el pastel presupuestal tiene otras prioridades. En el Distrito Federal el gobierno estatal no invierte en salud o en su defecto el federal no lo hace de manera suficiente.

Peor aún, existe todavía población vulnerable y con carencias totales de cobertura médica básica y avanzada. El seguro popular nace de la detección de este problema, emergiendo de una necesidad imperante que se sustenta dentro de un sistema nacional de salud totalmente rebasado desde hace muchos años.

Otros países subdesarrollados se han visto en la necesidad de cerrar hospitales, ante esta falta de inversión y carencia de recursos propios que generan cambios desfavorables en la morbilidad y mortalidad general.

No existe un fondo internacional de rescate en materia de salud o refinanciamiento externo y el costo de los procesos de atención médica se incrementa día con día sin ser ajeno a devaluaciones, guerras y desastres.

La propuesta permitirá dar a conocer una metodología para formar un centro de costos, con la finalidad de llevar registros contables por separado con un control de ingresos y egresos, independientemente de que afecten en su totalidad a la Institución.

Se podrán conocer los beneficios de la captación de recursos generados y su distribución hacia cada una de las metas programadas, así como, la manutención y rentabilidad del mismo.

Se fortalecerá el subsidio ejercido para cada nivel de las cuotas de recuperación que maneja el Instituto y también para aquellas que se quedan como carta-promesa de pago.

En el capítulo uno, se hace referencia a los antecedentes históricos y generacionales del INER, pasando por su estructura organizacional y capacidad instalada, con especial señalamiento a su operación y funcionamiento por áreas específicas. El impacto numérico de sus actividades y la problemática de recuperación de cuotas, motivo por el cual me permito plantear el problema.

Capítulo dos señala la importancia que significa conocer el marco normativo y la gama de leyes y reglamentos que hacen referencia a la posibilidad de ejercer la medicina privada dentro de las Instituciones de Asistencia Médica y Social.

El capítulo tres menciona el dominio y entendimiento de los conceptos relacionados al centro de costos para prestación de servicios. Manejar todas las variables de costos y su repercusión en la toma de decisiones.

En el capítulo cuatro ponemos a consideración estudios nacionales e internacionales con propuestas que manejan el costeo prepago para instituciones de atención médica, así como otros métodos de costos basados en actividad médica o en su defecto clasificado como tipo de paciente y enfermedad.

La participación de instituciones de asistencia médica colectiva en países sudamericanos que funcionan bajo el mecanismo de seguro pre-pago incluido en la atención médica destinada. En el ámbito nacional otras Instituciones manejan ya un programa de atención privada cobijado por estudios importantes de Economía en Salud e incluso con instalaciones médicas muy parecidas a las privadas pero con sistemas de costos integrales.

La propuesta de metodología de un centro de costos para la operación de la atención médica en un Instituto Nacional de Salud subraya la importancia de armonizar un estudio de organización administrativa con tintes financieros alusivos a los costos en materia de salud.

1. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

1.1 Origen

Después del descubrimiento del bacilo de la Tuberculosis (micobacterium) por Roberto Koch en 1882, esta enfermedad comienza a propagarse por todo el mundo y en especial a grupos vulnerables (pobres y desnutridos). En México no es la excepción, en el año de 1891 el Dr. Eduardo Liceaga propuso controlar un servicio denominado, Observación y Tratamiento de la Tuberculosis en el hospital de maternidad e infancia de la ciudad de México (Cárdenas, 1986)

En 1905 el Hospital General de México, inaugura un pabellón destinado a enfermos tuberculosos. Posterior a la Revolución Mexicana, las cifras de la enfermedad son alarmantes, 300 000 casos y 30 000 fallecimientos (Ramos, 1976). Esta es la razón por la que en 1926 se inaugurará en Tlalpan el Hospital para enfermos tuberculosos de Ferrocarriles Nacionales (Cosió, 1930).

De gran trascendencia resultó por que el diario oficial de la federación declarará permanente la Campaña Nacional contra la Tuberculosis (Diario Oficial, 1934) y que se concretarán medidas específicas cuya finalidad seria la creación del sanatorio para enfermos tuberculosos de Huipulco, inaugurado el 31 de Diciembre de 1935 con ayuda de la Beneficencia Pública y siendo nombrado el primer director, el Dr. Donato G Alarcón (Revista Época, 1936).

Al paso del tiempo este sanatorio, rechazado por la sociedad, se encarga del estudio de la Tisiología (estudio de los enfermos que tosen con sangre) y posteriormente en los años sesenta y setenta de las enfermedades pulmonares y de la Neumología como especialidad, cambiando el nombre de sanatorio a Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares (INEP).

Finalmente en los ochenta, con la adopción de la Otorrinolaringología se completa el estudio de todo el aparato respiratorio y es como adopta su nombre actual (Cárdenas, 1986).



1.2 Estructura.

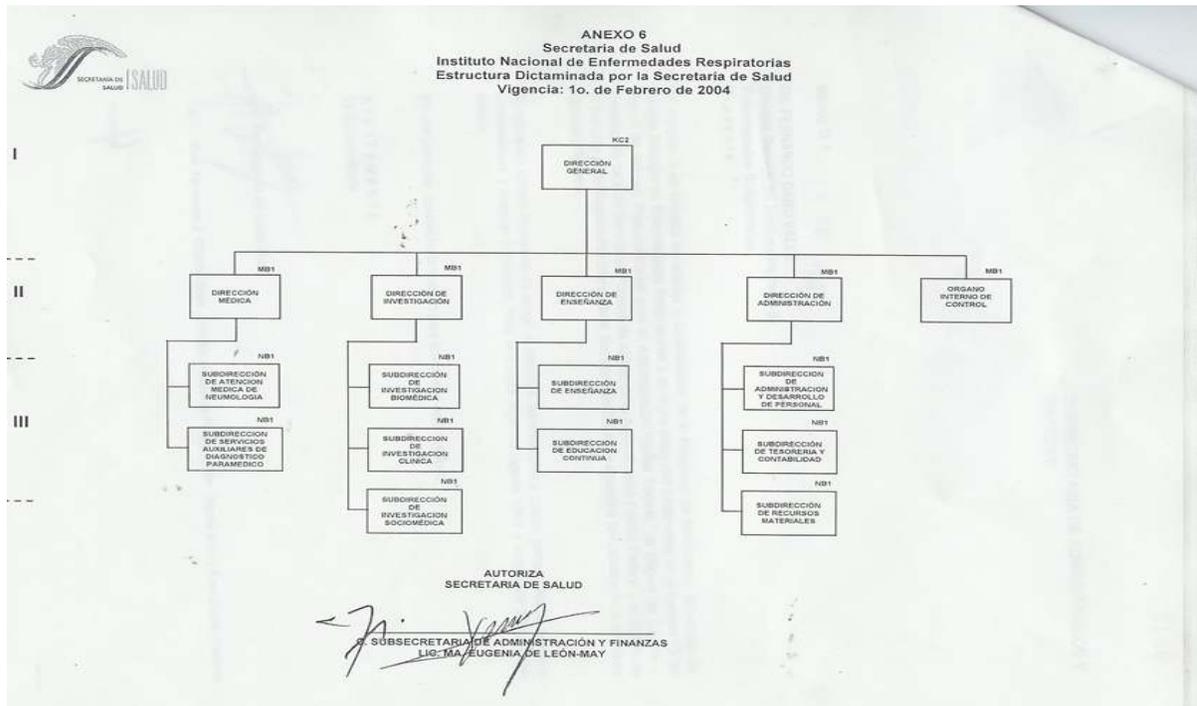
El INER se encuentra establecido sobre una superficie de 79850 metros cuadrados con una construcción de 36500 metros cuadrados de tipo horizontal y con áreas de arquitectura italiana copiadas de hospitales del siglo XIX. Su edificio principal es arquitectónico y alberga la dirección general y oficinas administrativas.

Cuenta con 6 pabellones distribuidos en tres edificios de dos pisos donde se encuentran los pacientes hospitalizados y otro edificio vertical donde se localizan los servicios de Pediatría, Otorrinolaringología, terapia intensiva y el Departamento de Cirugía Torácica.

Algunas islas distribuidas a lo ancho de la superficie son : Enseñanza y aulas, unidad de urgencias respiratorias, consulta externa y archivo, investigación, laboratorios, imagenología, máquinas, mantenimiento, comedor, oficina sindical y servicios generales.

Su capacidad instalada se distribuye de la siguiente manera: 202 camas censables y 67 no censables (incluye urgencias, terapia intensiva, intermedia y recuperación quirúrgica), 5 quirófanos, una sala de hemodinamia y una de ecocardiograma, ceye interna y externa, 38 consultorios para cobertura de especialidades como neumología, otorrinolaringología, cirugía, cardiología, medicina interna y preventiva, alergia, psiquiatría, rehabilitación y estomatología. (INER , informática médica 2005).

Su organización se basa en una estructura piramidal con un pico donde esta la Dirección General configurada y apoyada en cuatro direcciones divididas de la manera siguiente : Médica , Enseñanza ,Investigación y Administrativa. Existe una supervisión operativa de todas las actividades institucionales que se encuentra a cargo del Órgano Interno de Control dependencia que se encuentra asignada a la Secretaria de la Función Pública.



1.3 Funcionamiento.

El INER cuenta con una nómina de aproximadamente 1800 empleados con un personal operativo para el área médica de 188 médicos especialistas, 470 enfermeras generales y especialistas y 80 técnicos en salud (INER, plantilla, 2005).

Las funciones del personal médico y paramédico se dividen de la manera siguiente; Asistenciales, ofreciendo atención médica y quirúrgica hospitalaria , así como ambulatoria en control del paciente que asiste al consultorio.

Docentes, en la enseñanza y formación de médicos especialistas y de pregrado de diferentes instituciones universitarias. Actualmente en la formación de técnicos de inhaloterapia y enfermería especialista en neumología clínica e intensiva.

Investigación, sello que le da el carácter de Instituto y que obliga al médico a participar en protocolos de investigación básica, clínica y científica, o bien en publicaciones nacionales e internacionales de diferentes niveles de calidad.

Operativamente para prestar servicios, el Instituto se divide en 5 turnos que se describen a continuación; matutino, vespertino, nocturno, especial fin de semana y festivo diurno y nocturno. Estos incluyen áreas administrativas, financieras, intendencia, técnicas y auxiliares.

La cobertura de atención y prestación de servicios incluye los 365 días del año y las 24 horas del día en especial atención para áreas como cirugía, terapia intensiva e intermedia y urgencias. Los fines de semana la consulta programada es sustituida por la consulta de urgencia en especialidades como neumología adultos y pediatría, otorrinolaringología y cirugía torácica.

Otros aspectos del funcionamiento del INER no menos importantes se refieren a la aplicación de vacunas y medicina preventiva, reportes epidemiológicos , estudios socioeconómicos y valoración de casos por parte de Trabajo social, rehabilitación respiratoria e integral, pruebas de función respiratoria, laboratorio general y pruebas especiales, banco de sangre, estudios histopatológicos, SIDA y pulmón, Trasplante Pulmonar.

La atención médica hospitalaria ha tenido cambios en concepción y actualmente los servicios clínicos (pabellones) cambian su denominación por clínicas cada vez más especializadas en el ámbito de las enfermedades respiratorias; Intersticiales, tuberculosis y enfermedades de la Pleura, Neumología Oncológica, Enfermedades de la Vía Área y Pulmonares del Trabajo, Infecciones Respiratorias, Trauma de Tórax y Traquea, Clínica de Sueño, del Dolor y Clínica para dejar de fumar.

1.4 Impacto

El INER estará por cumplir próximamente 70 años de vida a lo largo de la cual se ha dedicado al estudio, tratamiento e investigación de las enfermedades respiratorias que se encuentran dentro de las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad adulta e infantil.

Es necesario realizar estudios integrales y medidas de detección temprana de tumores malignos relacionados a pulmón, ya que este es la primera causa de ingreso y de mortalidad al Instituto, con un rango entre los 40 - 70 años de edad y de cada dos casos uno se encuentra ligado al tabaquismo (INER ,bioestadística, 2004).

Por otro lado, los pacientes asmáticos y con neumonía incrementan sus porcentajes de ingresos en más de un 10% año con año, lo que se refleja en incrementos de costos hospitalarios y desempeños laborales más bajos por encontrarse en edad laboral productiva (INER ,Morbilidad, 2004).

Para el año 2004, el INER realizó un total de 4445 ingresos hospitalarios con un porcentaje de ocupación anual de 77.3%. Se realizaron 44094 consultas divididas en preconsulta, primera vez y subsecuente, también 18276 interconsultas por otros servicios de apoyo para un gran total de 61416 acciones (INER ,informática médica 2004).

La subdirección de Cirugía realizó 2669 cirugías entre mayores y menores, un total de 1255 estudios endoscópicos y 705 consultas a pacientes quirúrgicos. Participa además en un programa especial donde se practican cirugías de Trasplante

Pulmonar, Tromboendarectomia Pulmonar y Cardiopatías Congénitas en apoyo al Instituto Nacional de Cardiología por tiempos quirúrgicos agotados.

El INER se prepara con una nueva área de urgencias especialmente diseñada para poder atender pacientes con trauma de tórax que requiera atención referida de otra unidad y también para poder atender desastres duplicando su capacidad normal de 14 camas adultos y 5 pediátricas en caso de terremotos, ahogamientos, intoxicaciones y enfermedades emergentes respiratorias para lo cual cuenta con cuartos aislados y acciones de seguridad biológica e infecciosa.

1.5 Diagnóstico Situacional

El INER con el propósito de incrementar su cobertura y capacidad de atención, promoverá la prestación de servicios de atención médica privada de tercer nivel en las especialidades de Neumología, Cirugía de Tórax y Otorrinolaringología, fuera del horario matutino, a pacientes privados que requieran de estos servicios. Esto se realizará sin detrimento de su función social y asistencial fundamental que es la atención a población abierta de escasos recursos económicos.

El presupuesto asignado para el primer semestre del ejercicio 2005 ascendió a \$ 228,420,500 pesos de los cuales \$ 208,173,800 pesos corresponden a recursos federales y \$ 20,256,700 pesos a recursos propios, lo que representa un 9% en comparación de recuperación que incluyen cuotas y otros ingresos (INER ,archivo contabilidad y tesorería, 2005).

En el INER, el catálogo de cuotas de recuperación cuenta con 7 niveles para la clasificación socioeconómica de la población usuaria, incluyendo el de exentos. Los porcentajes de pago aplicados a cada nivel socioeconómico dentro del tabulador se sujetan a las siguientes distribuciones (tabla 1).

En la tabla 2, se muestra el porcentaje población institucional asignada por nivel. La tabla 3 refleja el subsidio aplicado al nivel socioeconómico y la tabla 4 revela el porcentaje de recuperación de cuota que se logra según el nivel.

Tabla 1

Nivel de Clasificación Socioeconómico y el Porcentaje de Pago

Nivel	Subsidio
IX	EXENTO
1	2%
2	5%
3	15%
4	38%
5	68%
6	100%

Fuente: Departamento de Costos, INER, 2005

Tabla 2

Población Institucional por Nivel Socioeconómico

Nivel	Población
IX	6%
1	24%
2	25%
3	22%
4	6%
5	1%
6	16%

Fuente: Departamento de Trabajo Social, INER; 2005

Tabla 3

Cuota de Recuperación, Subsidio Aplicado

Nivel	Subsidio
IX	100%
1	95%
2	92%
3	84%
4	61%
5	32%
6	0%

Fuente: Departamento de Costos, INER, 2005

Tabla 4

Porcentaje de Recuperación de Cuotas

Nivel	Subsidio
IX	0%
1	5%
2	8%
3	16%
4	39%
5	68%
6	100%

Fuente: Departamento de Costos, INER, 2005

Esta problemática explica porque habitualmente se tienen que hacer reclasificaciones definitivas solicitadas por los pacientes o familiares para bajar el nivel y tan solo en el 2004 se efectuaron 239 en las que 107 correspondió asignarles nivel 1X o exento en ese motivo de hospitalización y en los subsiguientes.

Los pacientes o familiares recurren con frecuencia al realizarse la alta correspondiente a una oportunidad llamada carta compromiso de pago, siendo el número de estas durante 2004 el de 459 con un destino final de incumplimiento (INER trabajo social, 2004).

1.6 Planteamiento del Problema

Para resolver los problemas de salud respiratoria del ámbito nacional, el INER requiere de mayor presupuesto federal y del cumplimiento de las cuotas de recuperación que pagan los pacientes no derechohabientes por la prestación de servicios de atención médica.

El presupuesto federal no se ha incrementado en los últimos 3 años y generalmente se queda corto ante el evidente incremento de los costos de servicios de atención médica especializada, transformada en una medicina muy cara y poco popular.

Por otro lado las condiciones socioeconómicas de los pacientes cuyo ingreso es menor a dos salarios mínimos en un porcentaje cercano al 50% que acude a solicitar el servicio y de acuerdo a su clasificación exige una exención de pago y en otros casos mantener un nivel de subsidio muy alto.

Algunos pacientes solicitan reclasificación a niveles de cobro cada vez mas bajos, sobre todo si se incrementa la estancia hospitalaria, por complicaciones médicas que requieran servicios adicionales como terapia intensiva o estudios especiales como tomografía computada y cateterismo cardiaco.

El presupuesto federal se destina en gran parte para mantener el subsidio o la exención de cuotas de recuperación y de todos los servicios adyacentes, pero también exime a los pacientes de contar con más y mejor tecnología médica y de la posibilidad de mejoras constantes en la calidad de los servicios de atención médica.

Apenas es el diez por ciento de recursos autogenerados que el INER logra obtener en comparación con la cantidad de presupuesto federal asignado, motivo por el cual la asistencia médica representa una carga progresiva, mortal ante la posibilidad de cierre de hospitales por falta de inversión en materia de salud.

Ante esta problemática y como un área de oportunidad importante, la propuesta de establecer una metodología de un centro de costos organizado para la atención médica privada con un nivel de clasificación seis permitiría incrementar el porcentaje de recursos autogenerados y su buena distribución, tanto en el fortalecimiento de las cuotas como en el cumplimiento de metas e indicadores que anualmente maneja esta Institución.

2. Marco Normativo

Con base en los fundamentos de las siguientes disposiciones públicas aplicables ; Ley General de Salud, capítulo II atención médica, artículo 32 y 33. Capítulo III prestadores de servicios de salud, artículo 34 fracción III servicios sociales y privados, artículo 36, las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustaran a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el ejecutivo federal y los gobiernos de las entidades federativas, artículo 38 y 43, los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaria de Comercio y fomento industrial, oyendo la opinión de la Secretaria de Salud.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud, capítulo único, artículo 2 fracción VIII, recursos autogenerados a los ingresos que tengan los Institutos nacionales de Salud por la recuperación de cuotas por los servicios que presten y las actividades que realicen, artículo 3, la ley federal de entidades paraestatales y sus disposiciones reglamentarias; se aplicaran para los Institutos Nacionales de Salud en lo que no se contraponga con esta ley, particularmente, en lo que se refiere al fortalecimiento de su autonomía técnica, operativa y administrativa. Capítulo II artículo 11, los ingresos de los Institutos Nacionales de Salud derivados de servicios , bienes o productos que presten o produzcan serán destinados para atender las necesidades previamente determinadas por sus órganos de gobierno, que las fijaran conforme a lo dispuesto por el Presupuesto de Egresos de la Federación. Artículo 19 los directores generales de los Institutos Nacionales de Salud podrán tener la facultad de celebrar y otorgar toda clase de actos, convenios, contratos y documentos inherentes al objeto del Instituto.

Ley Federal de Entidades Paraestatales, artículo 58 fracción III, los órganos de gobierno de las entidades paraestatales tendrán las siguientes atribuciones indelegables: fijar y ajustar los precios de bienes y servicios que produzca o preste la

entidad paraestatal con excepción de los de aquellos que se determinen por acuerdo del ejecutivo federal.

Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 7 fracción I definición de atención médica, II servicio de atención médica, III establecimiento de atención médica, artículo 40, la determinación de las cuotas de recuperación de servicios públicos de salud a la población en general, deberá ajustarse a los criterios y procedimientos previstos al efecto por la ley.

3. Marco Conceptual.

En General un centro de costos es una parte interna de una empresa que tiene ingresos y gastos. Se utiliza en empresas con sucursales o con varios departamentos para los cuales se lleva un control de ingresos y egresos por separado, aunque estos, afecten en su totalidad a la misma empresa, el manejar centros de costos permitirá obtener estados de resultados globales o comparativos por centros definidos, los ingresos o gastos se concentran por los centros de costos definidos (Eco-horu Supersistemas , 2004).

Un centro de costos está representado por el conjunto de actividades y funciones relativamente homogéneas de las que se hace responsable a un funcionario o supervisor determinado (Ortega , 1996).

Independientemente de la clasificación que se haga de acuerdo con las funciones de la autoridad para manejar la empresa, existe otra clasificación especial para acumular los costos, de ahí que dividamos unos en centros de costos de servicios, y estos a su vez en centros de costos de servicio general y en centros de servicio específico a la producción (Huícochea , 1994).

Los departamentos productivos son todos aquellos que transforman o mutilan, adicionan o adhieren la materia prima, y los centros indirectos o de servicios son aquellos que coadyuvan a la elaboración de la producción; así pues podemos establecer un centro de servicios general en el que acumulamos varios departamentos (Huícochea , 1994).

El centro de costos permite la distribución del presupuesto por área sin afectar el de otra y puede generar reportes en donde se verán involucradas todas sus actividades productivas o de servicios.

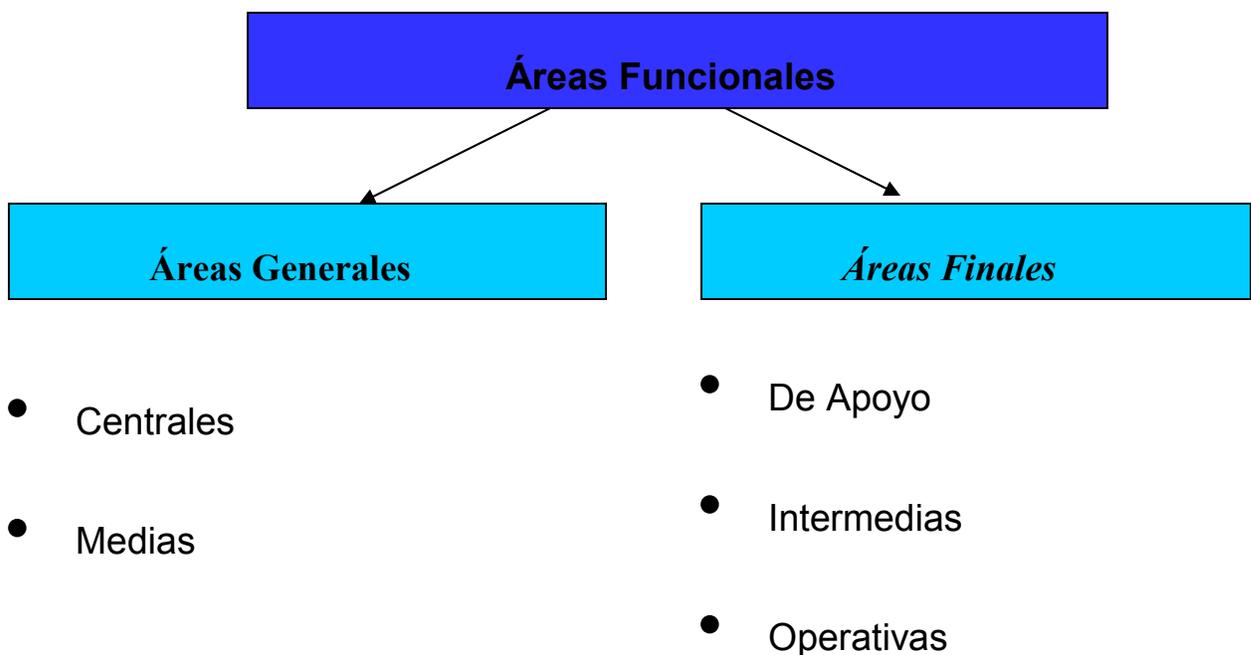
Inicialmente es necesario clasificar la Unidad Prestadora de Servicios de Salud en áreas funcionales para la integración de los centros de costos:

Área funcional se refiere al espacio físico plenamente identificable en el que un grupo de personas realizan sus actividades en forma permanente (Dirección, Subdirección, División, Departamento, etc.)

A su vez el área funcional se subdivide en : área general, es aquella de la cual dependen más áreas y Área Final donde ya no depende ninguna otra área.

Las áreas finales pueden ser clasificadas en : de Apoyo, cuando siguen realizando funciones administrativas para la Institución o Empresa y no un servicio al paciente.

Intermedias son áreas que realizan procedimientos o prestan directamente servicios al usuario (áreas auxiliares de diagnóstico). Operativas es aquella que aglutina un servicio total que se presta a un paciente (terapia intensiva, quirófano, consulta externa, internamiento, etc).



Costo es el valor monetario de los recursos que se utilizan para producir un bien o servicio. Costos directos, corresponden a las áreas finales operativas e Intermedias. Costos indirectos son los correspondientes a las áreas generales finales de apoyo.

Cuota de recuperación es toda aquella remuneración económica que un usuario paga a un prestador de servicios de salud con motivo de brindarle la prevención o restablecimiento de su salud.

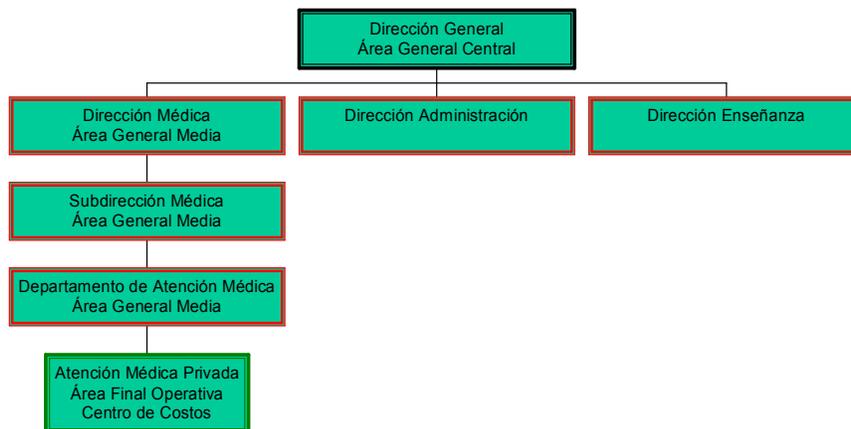
Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas de recuperación se fundaran en principios de solidaridad social y guardaran relación con los ingresos de los usuarios (LGS , Art. 36, 2005).

Se entiende por atención médica , al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger y promover y restaurar su salud (LGS , Art. 32).

El servicio de atención médica, es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de enfermedades que afectan a los individuos, así como la rehabilitación de los mismos (RPSAM , Art. 7 , 2005).

Establecimiento para la atención médica, es todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos (RPSAM ,Art.7,2005)

Áreas Funcionales



4. Marco de Referencia

La atención médica social se divide en dos categorías : privada y pública con sus respectivas diferencias en los ámbitos de cobertura de pacientes, políticas de operación económica y objetivos finales de desarrollo, regidos siempre por la misma normatividad y reglamentación.

Prácticamente no existen instituciones mixtas y el sector salud garantiza la cobertura en base a aspectos de derechohabientes obrero-patronales, trabajadores del estado, militares o navales y empresas paraestatales.

Los Institutos Nacionales de Salud son entidades que se distinguen dentro de este sector por realizar actividades de investigación, docencia y atención médica bajo el marco normativo de la Ley general de los Institutos Nacionales de Salud (agenda de salud, 2005). Es precisamente en este último rubro donde dichos organismos han tratado de hacer innovaciones con la finalidad de captar recursos económicos adicionales al presupuesto federal otorgado.

El Instituto Nacional de Cardiología desarrollo una guía metodológica para la operación del programa de atención médica cardiológico para pacientes pensionistas donde se describen los procedimientos y las actividades a realizar en la unidad hospitalaria con una propuesta de funcionamiento a base de sistemas de las áreas involucradas (Programa de Pensionista en Cardiología, 2005).

El contenido general de cada capítulo es el siguiente: Políticas de operación del programa donde se especifican, condiciones, restricciones, tiempo y forma. Recursos humanos, selección, participación, pago y control de personal a laborar. Recursos Financieros donde se integran los procesos de cobro a pacientes privados. Manual de descripción de los procedimientos del programa. Sistema de información que identifica la fuente y la forma en que se genera la información de la prestación de los servicios médicos (Programa de Pensionistas en Cardiología, 2005).

El Instituto Nacional de la Nutrición ofrece atención médico privada aprovechando una área especialmente diseñada para tal actividad, pero carece de un programa de operación , los registros de información y pagos se llevan a cabo dentro de su misma

actividad financiera, sin ser ajenos al resto de su actividad hospitalaria. La información y la organización del plan esta a cargo de una oficina destinada para tal función dependiente de la administración financiera, aunque si cuenta con reportes en especifico de todas las actividades de atención médica. La área y estructura física para desempeñar esta actividad médica esta separada y es más lujosa comparada con la que presentan los pacientes de asistencia médica (Dirección Médica INNCSMZ , 2004).

(Muñoz, 2004) opina que los costos hospitalarios representan para los administradores de las instituciones de salud una herramienta gerencial para tomar decisiones importantes, pero con el gran inconveniente de que se carece de una estructura de costos adecuada o la información no se va actualizando, por lo que es muy importante que el sistema escogido tenga un valor técnico comprobado y aplicable.

(Garbey , 2005) señala que el método de costos basado en actividades puede tener ventajas y limitaciones, pero adquiere relevancia cuando los productos y procesos son los elementos vinculados a la rentabilidad de la organización. Afirma que en un centro de costos es necesario evitar que existan actividades que no generen valor.

(Montico y Velarde , 2005) formulan una propuesta de costos para las instituciones de asistencia médica colectiva en Uruguay cuyo fundamento es manejar costos por paciente y enfermedad, funcionando como una empresa de servicios y en un ambiente de salud. Estos productos son intangibles, artesanales, heterogéneos y difíciles de medir. Ante esta situación su argumento es que el gasto del paciente depende exclusivamente del tratamiento de su enfermedad y esto es lo que tiene que mostrar el sistema de costos.

En este mismo trabajo, las instituciones de asistencia médica colectiva se definen como un seguro pre-pago de salud en que una institución se compromete a organizar el acceso a un conjunto amplio de servicios de salud brindadas por un cuerpo médico propio o contratado dentro de sus mismas instalaciones y gerenciadas por las mismas autoridades.

La atención médica privada se viene realizando ya en instituciones de salud pública, como menciona (Carrada , 2001) el benchmarking en instituciones de salud se puede aplicar a la practica clínica hospitalaria y en los procesos de salud pública, llevando con ello un proceso de cambio e innovación creativa de los procesos.. Por esto los centros de costos hospitalarios son una alternativa de mejora de estas practicas.

Los centros de costos se recomiendan tanto para organizaciones productoras como prestadoras de servicios y principalmente de gran tamaño o que estén constituidas por diferentes departamentos y múltiples actividades afines dentro de la empresa.

5 .Diseño de la Investigación

5.1 Supuesto

Es posible desarrollar una metodología para el centro de costos en el INER, que sirva para organizar, captar y operar las cuotas obtenidas por la atención medica privada y que permita incrementar los recursos económicos autogenerados.

5.2 Objetivo General

Diseñar la metodología de el centro de costos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para fortalecer el sistema de subsidios de las cuotas de recuperación convencionales y su administración.

5.3 Objetivos específicos : metodología del centro de costos.

Definir el centro de costos

Proponer la organización del centro de costos

Diseñar el funcionamiento del centro de costos

Destinar los recursos obtenidos del centro de costos

Desarrollar un sistema Computarizado para el control de atención médica privada del centro de costos

5.4 Marco Metodológico

a) **tipo de estudio** :documental: la metodología propuesta para operar el centro de costos será escrita por medio de documentación administrativa, contable y estadística. Propositivo: se basa en una propuesta (metodología) que a través de un centro de costos de atención médica se resuelva el planteamiento del problema. Analítico: la intención radica en que esta propuesta ayude a la toma de decisiones. Prospectivo: área de nueva creación que permitirá el desarrollo y mejoras en la calidad de atención médica además de la obtención de información para la ejecución de las variables

b) **variables** : cuantitativas : días / estancia cama, utilidad, costos, porcentaje de ocupación hospitalaria, tasa cruda de mortalidad, ingresos, egresos. Cualitativas: diagnóstico de enfermedades respiratorias, tratamiento de las enfermedades respiratorias, quejas.

c) **método** : descripción de las variables: en el cuadro inferior se agrupan todas las variables que serán susceptibles de medición, especificando para cada una de ellas la nomenclatura en la que estarán definidas.

d) **área de estudio**: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, haciendo especial referencia al área asignada dentro de hospitalización para la operación de la atención médica privada.

e) **población a estudiar**: pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que reúnan los criterios establecidos en la metodología para ser atendidos en el rubro, atención médica privada y pasen a formar parte del centro de costos.

f) **recopilación de la información** : análisis de la documentación contable y financiera que genere el centro de costos, así como toda aquella información de bioestadística que se produzca con los ingresos de los pacientes a este programa y que pueda ser aplicable para el desarrollo de las variables a definir.

Variable	Tipo	Medición
día estancia / cama	cuantitativa continua	numérica
porcentaje de ocupación	cuantitativa continua	numérica
utilidad	cuantitativa continua	pesos
costos	cuantitativa continua	pesos
diagnósticos respiratorios	cualitativa continua	grupos
tratamientos respiratorios	cualitativa continua	grupos
quejas	cualitativa continua	tipos
Tasa cruda de mortalidad	cuantitativa continua	numérica
ingresos	cuantitativa continua	numérica
egresos	cuantitativa continua	numérica

6. Propuesta de Metodología

Definir el Centro de Costos.

Con base en la división que se utiliza para clasificar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud, en Áreas Funcionales para la integración de centros de costos, el de Atención Médica Privada quedaría dentro de las Áreas Finales Operativas.

La unidad de medida para hacer destacar la productividad específica de dicho centro de costos, se nombraría como consulta y atención médica que comprende hospitalización, procedimientos quirúrgicos, estudios y tratamiento.

El recurso nuclear de producción utilizado para medir esta productividad incluye la hora-médico de las especialidades de Neumología, Otorrinolaringología y Cirugía de Tórax.

La función específica para categorizar el centro de costos se definiría como atención, consulta y cirugía especializada.



Proponer la organización del centro de costos.

Con la finalidad de contar con una guía metodológica para la operación del centro de costos de atención médica privada, se formulará un Manual de Operación, donde se describirán las actividades que tendrán que realizarse para su arranque y funcionamiento, así como las necesarias para la generación de los informes y reportes que permitan cubrir con los requerimientos en materia de control y evaluación.

El manual se desarrollará a partir de sus propios procesos y de los acuerdos emanados en reuniones de trabajo con las áreas involucradas, existiendo de ser necesario la adecuación para corregir las inconsistencias, las anomalías y los vacíos detectados en el análisis para su correcta operación.

Una vez formulada la propuesta, se solicitará la validación de ésta por los titulares de las áreas involucradas y de las autoridades competentes. Su consenso y aprobación son indispensables para que se instrumenten los cambios que se propongan.

Con el fin de apoyar la operación del centro de costos y alcanzar los objetivos deseados, será necesario desarrollar e implementar un sistema computarizado derivado de las características y necesidades propias del mismo

El Manual de Operación del centro de costos de atención médica privada se estructurará en tres sistemas a partir de los componentes básicos que lo integran: Políticas de Operación, Sistema de Administración y Sistema de Información.

Cada Sistema propuesto se desarrollará y estructurará en cuatro partes principales: diagramas de los componentes que lo integran. Logística para su desarrolló, en la que se detalle en orden cronológico secuencial, las actividades o funciones que tienen que realizarse. En cada una de ellas se indicarán las instancias o departamentos responsables de su ejecución, al igual que los insumos necesarios y los productos finales esperados. Documentación de los

Sistemas a partir de los procesos propuestos. Integración de los formatos utilizados y de las políticas que regulen estas actividades.

El contenido general de cada Sistema a desarrollar en el Manual de Operación del centro de costos es el siguiente:

1. Políticas de Operación. Detallan y Particularizan las bases de operación del manual. Se especifican las condiciones , restricciones, tiempos y formas de participación de las áreas involucradas, responsabilidades y derechos del personal participante.
2. Sistema de Administración. Recopilará los procedimientos a seguir para la integración, la estructura orgánica necesaria para la operación y evaluación del manual, la definición de funciones del personal propuesto y el procedimiento administrativo que debe implementarse para su seguimiento, evaluación y control.
3. Sistema de Información. Identifica la fuente y la forma en que se genera la información, a partir del proceso de la prestación de los servicios médicos, así como la forma en que se procesa esta para administrar los recursos del manual, dotando a todas las instancias involucradas, de los elementos que se requieren para su evaluación y control.

Diseñar el funcionamiento del Centro de Costos.

Las políticas de operación del centro de costos agrupan al conjunto de lineamientos administrativos y operativos que normarán la atención médica especializada de los pacientes privados; así como las actividades realizadas con tal fin.

Se entenderá por “Programa de centro de costos para Atención Médica de Pacientes Privados”, el conjunto de acciones que llevará a cabo la institución para la prestación de servicios médico hospitalarios de tercer nivel de atención a pacientes privados.

La atención médica otorgada por este Programa será autofinanciable, sin que exista ningún tipo de subsidio en beneficio de estos pacientes.

Implicará la utilización de fondos públicos para la creación de nuevas instalaciones, debido a que el Instituto carece de instalaciones adecuadas que pueden competir con instituciones médicas privadas. La contratación de personal adicional al ya existente, que se dedique en forma exclusiva a los pacientes privados no requerirá de fondos públicos, ya que se hará con fondos del Programa.

Los fondos públicos utilizados para la creación de nuevas instalaciones, se recuperarán con los ingresos derivados del Programa.

Los recursos captados por la atención de pacientes del Programa, al ser recursos autogenerados ingresarán al Patrimonio del Instituto como recursos propios a una cuenta bancaria exclusiva para la recuperación de estos recursos a nombre del Instituto.

El “Programa de centro de costos para Atención Médica Privada” se someterá a la aprobación del Consejo Técnico de Planeación y Administración de la Junta de Gobierno del Instituto.

Atención Médica

Los servicios que participarán en el “Programa de centro de costos para Atención Médica Privada”, son todos los involucrados en hospitalización y en corta estancia:

Hospitalización en Neumología, Cirugía de Tórax, Cirugía de Otorrinolaringología y Aplicación Masiva de Yodo.

Procedimientos de Corta Estancia: Hemodinamia, Broncoscopía y Endoscopia, Aplicación de Quimioterapia, Clínica de Trastornos del Dormir.

Con el propósito de no afectar la atención de los pacientes institucionales en los servicios mencionados, la atención que requieran los pacientes privados en estas áreas, serán proporcionadas preferentemente en el horario vespertino.

]Se considera turno vespertino a partir de las 14:00 horas para enfermeras y técnicos y de las 15:00 horas para el cuerpo médico.

Las visitas médicas de prescripción, de seguimiento o de interconsultas a enfermos internados que pertenezcan al Programa, deberán ser practicadas en el turno matutino, cuando por necesidades tanto del diagnóstico o del tratamiento, así lo demanden o cuando el personal asignado no se encuentre laborando en el turno vespertino.

Para los demás servicios del Instituto, los pacientes privados se programarán de acuerdo a la disponibilidad de tiempos en las agendas correspondientes, sin importar el turno de atención.

Las autoridades del Instituto vigilarán que los pacientes privados hospitalizados en el Instituto no excedan del 20% de ocupación.

Excepciones para la Atención Médica a Pacientes Privados en el turno matutino. Los casos de urgencias podrán ser atendidos en cualquier momento del día. Los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento quirúrgico deberán tener el aval de los Jefes de los Departamentos involucrados. La decisión terapéutica que explica la urgencia, se expresará en el expediente clínico con la firma de los médicos a cargo. En caso de duda, deberá ser consultadas las autoridades superiores.

Por razones médicas bien sustentadas y que hayan sido avaladas por los Jefes de Procedimientos diagnósticos o terapéuticos entre un paciente privado y un paciente institucional, por ningún concepto se cancelará el procedimiento de un paciente institucional en beneficio de un paciente privado.

Cuando se practiquen cirugías de larga duración de (8 a 12 horas). Éstas podrán iniciarse dentro del horario normal de trabajo para que el personal involucrado no corra riesgos innecesarios para abandonar el hospital en altas horas de la noche.

Cuando se practiquen estudios especiales de larga duración de (8 a 24 horas), el horario de ejecución estará sujeto a las necesidades del propio estudio.

Pacientes Participantes:

Los pacientes que podrán participar, serán aquellos que se encuentren dentro de las siguientes características:

- I. Los pacientes institucionales que de acuerdo a sus estudio socioeconómico les corresponda el nivel 6 y deseen hospitalizarse en habitaciones privadas y que demuestren tener la solvencia económica para cubrir los servicios proporcionados.
- II. Los pacientes derivados de contratos vigentes formalizados por el Instituto con instituciones públicas y privadas para atención médica en hospitalización y que cuenten con la autorización previa de su institución de referencia.
- III. Los pacientes que cuenten con un seguro de gastos médicos mayores con Aseguradoras en las que el Instituto tenga formalizados contratos y que cuenten con la cobertura suficiente en sus pólizas para cubrir los gastos erogados durante su atención.
- IV. Los pacientes externos que no se encuentren en ningún caso de los anteriores, que deseen ingresar al programa y que comprueben tener la solvencia económica suficiente para cubrir los gastos erogados durante su atención.

Cuando un paciente se encuentre hospitalizado bajo la cobertura un seguro de gastos médicos mayores y se de el caso de que se exceda la cobertura que le otorga su seguro, en razón de los costos acumulados por el servicio proporcionado, podrá ser reclasificado previa realización del estudio socioeconómico y autorización del Director General , sin que exista bonificación o descuento por el cobro de los servicios proporcionados con la categoría interior.

Al presentarse la situación anterior, el paciente será reubicado en el área física que le corresponda de acuerdo a la nueva clasificación socioeconómica.

Cuando un paciente “institucional” solicite ser reclasificado a la categoría “privado”, será necesario contar con la autorización del Director Médico aplicándose, en todos los servicios proporcionados durante la estancia posterior a su reclasificación la cuota de recuperación correspondiente a la nueva clasificación socioeconómica que se le designe.

Ingreso del Paciente:

El Ingreso al Instituto, de los pacientes considerados privados, podrá darse a través de los siguientes mecanismos:

- I. Por ingreso directo al Servicio de Urgencias. Cuando su estado de salud así lo requiera, queda bajo el cuidado del servicio al que ingresa. Una vez autorizado el ingreso del paciente a la sección hospitalaria del Instituto, se asignará por rotación al neumólogo o al cirujano que estará a cargo del estudio y tratamiento.
- II. Por la referencia que haga un médico neumólogo que labore en el Instituto y que cuente con autorización para hospitalizar pacientes privados. De ser necesario, él designará al cirujano.
- III. Por referencia de una compañía de seguros, empresa o institución con quien se tenga celebrado un contrato para atención hospitalaria. En este caso, el paciente será asignado por rotación al neumólogo o al cirujano que estará a cargo de estudio y tratamiento.
- IV. Por ingreso a través de la consulta externa. El paciente será atendido por el neumólogo en turno de la consulta externa. En caso de requerir cirugía, el cirujano se asignará por rotación.

Todos los pacientes privados que se hospitalicen, serán asignados exclusivamente al servicio para pacientes privados a menos que por su estado de salud ameriten atención especializada en otra área de la Institución por ejemplo, terapia intensiva o quirófano directo.

Determinación de los costos de los servicios a proporcionar:

Las cuotas de recuperación que se aplicarán a los pacientes que deseen ingresar al “Programa de Centro de Costos para Pacientes Privados”, serán determinadas en cada caso por el Área de Costos del Instituto por arriba del nivel 6 de nuevo catálogo vigente. Las cuotas de recuperación serán autorizadas por el Director General.

Estas cuotas deberán considerar las siguientes características:

Costo real de cada servicios

Porcentaje adicional por atención médica

Porcentaje de captación adicional sobre el costo real del servicio.

Se entenderá por cargo de atención médica, el que se aplicará al paciente por concepto de servicios profesionales. Éstos serán proporcionados en forma personalizada por el personal médico y paramédico altamente especializado, o bien, de manera exclusiva por el personal de enfermería.

En todos los casos, el tabulador de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica, se aplicará por procedimiento. Estos es independiente del tiempo que el personal a cargo invierte en su realización.

Se considerará como procedimiento, al turno completo, que para el cuidado exclusivo del paciente, cubran tanto el médico de terapia intensiva como el personal de enfermería.

Las cuotas, serán actualizadas anualmente. Iniciarán cada 1º. de Enero y terminarán el 31 de Diciembre de cada ejercicio.

El cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica para los pacientes privados, deberá apegarse al tabulador y a los procedimientos señalados para tal efecto.

El cobro de servicios profesionales a través del concepto de Atención Médica, será aplicado en forma exclusiva a los pacientes clasificados como privados y al amparo de este Programa.

Para realizar un cargo a la cuenta del paciente por concepto de atención médica (servicios profesionales), será necesario:

1. Que el trabajo lo realice personal médico del Instituto.
2. Que esté contemplado en el tabulador del programa
3. No se realizarán pagos por compensación al personal participante cuando los procedimientos, diagnósticos o terapéuticos o cualquier tipo de tratamiento quirúrgico, etc, se hayan practicado en turno matutino.
4. Solamente podrá realizarse un cargo por atención médica, proporcionada en horas normales de trabajo, si la eventualidad se ajusta a lo señalado en las presentes políticas.

Personal Participante:

I. Los médicos especialistas y consultantes adscritos a la Dirección de Atención Médica.

II. Personal médico de confianza con nivel de mandos medios y superiores.

III. Enfermeras, técnicos, personal paramédico y administrativo del Instituto que se inscriban en la rotación de suplencias que para tal efecto se establezca.

Para que el personal del Instituto puedan participar en las suplencias derivadas de este Programa deberán cumplir con las obligaciones derivadas de su nombramiento en el turno que tiene asignado. En caso contrario, el Director Médico podrá revocar su participación.

Habrá una estricta participación rotatoria de todo el personal médico, de enfermería y paramédico de cada área del hospital, tomando en cuenta la subespecialidad propia del caso.

Para que un médico del Instituto pueda internar a sus pacientes será requisito indispensable su participación en el Programa.

Queda estrictamente prohibido cobrar honorario, así como cualquier otra clase de emolumentos fuera del control administrativo del programa, ya sea a nombre de la Institución o cuando se deriven del uso de las instalaciones y del equipo de la Entidad.

Asignación del personal médico que atenderá a los pacientes del programa:

El rol de personal médico que participará en la atención de pacientes privados será controlado por la Coordinación del programa y autorizado por el Director Médico del Instituto.

Todo paciente debe tener un médico tratante a cargo de su atención.

El paciente que ingresa al instituto podrá solicitar, para su atención, al médico de su preferencia, siempre y cuando el médico solicitado este autorizado por la Dirección Médica y esté registrado en la Coordinación del Programa para hospitalizar pacientes privados. En este caso, el paciente tendrá un lapso de 24 horas, para notificar el nombre del médico seleccionado. Si en este periodo el paciente no solicita algún médico tratante por rol.

Cuando el paciente ingresa al Instituto sin referencia de algún médico autorizado por la Dirección Médica, éste tendrá la opción de elegir alguno que si lo esté, para fungir como su médico tratante. Siempre y cuando el médico solicitado esté de acuerdo de hacerse cargo del caso.

Para realizar el cambio del médico tratante de un paciente, será necesario obtener la autorización de la Coordinación del Programa y de los Médicos involucrados, contar con la autorización por escrito en original y en copia del paciente o sus familiares que avalen dicha solicitud de cambio. El original permanecerá en el expediente clínico y una copia en la Coordinación del Programa.

Cuando el paciente ingresa al Instituto sin referencia de algún médico autorizado por la Dirección Médica para atender a pacientes privados y no solicita algún médico en particular para su atención, el Instituto le asignará uno a través del rol establecido para tal fin

Dentro del Rol de “Neumólogos clínicos” se encuentran todos los médicos especialistas en Neumología que con base en los criterios establecidos por la

Dirección Médica, están capacitados y autorizados para atender a pacientes en edad pediátrica con problemas neumológicos.

En el rol de “Otorrinolaringología se encuentran todos los médicos especialistas en “Otorrinolaringología” que en base a los criterios establecidos por la Dirección Médica, están capacitados y autorizados para atender a pacientes con problemas de “Otorrinolaringología” cuyo diagnóstico o tratamiento requiera de especialización en “Otorrinolaringología”.

La asignación de los médicos especialistas, cuya intervención se define una vez que el enfermo se encuentra hospitalizado, se lleva a cabo mediante un rol elaborado para tales fines.

El médico tratante de un paciente que no haya sido asignado a través de un rol tiene el derecho de elegir al cirujano y a cualquier otro especialista cuya intervención juzgue pertinente para la óptima atención de su paciente.

Todo paciente que ingrese a hospitalización a través de la asignación de un médico tratante a través del rol y que necesite tratamiento quirúrgico, el Servicio de Cirugía le asignará el cirujano a cargo por medio del rol. En el caso extraordinario de existir problemas referentes a la asignación de cirujano, el médico tratante deberá acudir a la Dirección Médica y a la coordinación del Programa.

Para el caso de pacientes que son ingresados al Instituto por referencia de un cirujano, este puede designar al médico neumólogo clínico a cargo.

Cuando el paciente ingrese a través del servicio de urgencias y se encuentre en Observación y no tenga o pida expresamente a un médico clínico a cargo y sepa que los familiares lo trasladarán a otra Institución, no se le designará médico tratante a través del rol. Si al transcurrir más de 24 horas, el paciente no ha sido trasladado, se le asignará un médico por rol. En este caso, el cargo por concepto de atención médica de neumólogo clínico se efectuará a partir del primer día que el médico fue asignado.

Para el caso en que al paciente se le halla asignado inicialmente un médico tratante a través del rol y posterior a la asignación el paciente o sus familiares tengan otra elección y cuenten con la autorización del médico solicitado, el Instituto respetará esta decisión. El paciente o su familia y el coordinador del Programa tendrán el deber de notificar la decisión del cambio, al médico asignado inicialmente.

El médico a cargo de la atención de un paciente privado tiene la facultad de solicitar las interconsultas que considere necesarias, de acuerdo a la patología de enfermo.

Se entiende por interconsulta, al procedimiento de diagnóstico, seguimiento y revisión de un paciente otorgada por un médico especialista perteneciente a un servicio médico diferente a la que encabeza el médico tratante.

Determinación del tabulador para el pago de la compensación al personal participante:

Las remuneraciones del personal participante serán cubiertas con los recursos que se obtengan a través de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica del “Centro de Costos”, de acuerdo a las tarifas establecidas en el propio tabulador. En el tabulador deberá señalarse tanto el importe de la cuota como su distribución.

La retribución por concepto de compensación al personal participante se aplicará por procedimiento concluido o por turno cubierto o jornada laborada.

La retribución por procedimiento concluido, se entiende cuando: la actividad profesional del personal médico o paramédico sea proporcionada a un sólo paciente, para un procedimiento específico, independiente del tiempo que requiera y sin que exista la obligación de cubrir un horario preestablecido.

La retribución por concepto de compensación al personal participante se aplicará por turno cubierto o jornada laborada, cuando el personal de enfermería o el médico en terapia intensiva estén asignados a un paciente en forma exclusiva.

La retribución por concepto de compensación la personal participante se calculará por hora laborada, cuando la participación del personal paramédico y administrativo esté dirigida a la atención de varios pacientes y exista un horario específico por cubrir.

La compensación adicional que se pagará al personal que participe en el programa, se determinará en la proporción y en los términos autorizados por el Director General.

Aplicación del cargo por Atención Médica:

El cobro de servicios profesionales a través del concepto de Atención Médica será repercutido en forma exclusiva a los pacientes clasificados como privados y al amparo de este Programa.

Para realizar un cargo a la cuenta del paciente por concepto de atención médica (servicios profesionales), será necesario: que dicha atención médica lo realice el personal clínico del Instituto que esté contemplado en el tabulador del programa autorizado y que exista una requisición para su cobro avalada por el Jefe del Servicio que lo requisita y por la coordinación del Programa.

Restricciones para el pago de la compensación por Atención Médica

No se realizarán pagos por compensación al personal participante cuando los procedimientos diagnóstico o terapéuticos o cualquier tipo de tratamiento quirúrgico, etc., se hayan practicado en el turno matutino.

El ingreso mensual del personal participante en el sistema por concepto de compensaciones no podrá exceder el monto equivalente a 12 veces su ingreso neto mensual, el cual será determinado descontando al salario base mensual el importe de las deducciones fiscales, (impuesto sobre la renta y aportaciones al Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado).

Pago al personal participante:

En función de su relación laboral, el personal participante en el Programa será clasificado en dos grupos:

1.- Participantes del programa: Se integra por el personal del Instituto que realiza alguna tarea específica para el programa, de acuerdo a las funciones que le corresponden según su nombramiento y a las capacidades desarrolladas, fuera de su jornada normal de trabajo o de manera complementaria.

Los participantes del programa serán remunerados a través de dos mecanismos: Por concepto de suplencia sobre el número de horas trabajadas, cubierto quincenalmente a través de la nómina y con cargo al capítulo 1000 “Servicios Personales”

Mediante el pago de una compensación, cubierto en forma mensual, con cargo a los ingresos obtenidos por el cobro de cuotas de recuperación por concepto de atención médica, a través de un cheque independiente al de la nómina.

Sólo se pagarán suplencias al personal de enfermería y paramédico que participen en el programa, ya que sus funciones son transferibles. Por tal motivo, el personal médico queda excluido por que en la atención de los pacientes, las funciones y responsabilidades médicas no se pueden transferir.

El cálculo del pago de suplencias, se hará multiplicando el salario base hora / día por el número de horas trabajadas en el sistema, en forma independiente a la jornada laboral de trabajo. Deberá tener el registro adecuado de la permanencia extra en el Instituto y cumplir con los siguientes requisitos

- Deberá cumplir con sus obligaciones en el servicio asignado.
- Deberá haber asistido a su turno normal en el día del evento.
- No deberá estar de permiso ni de día económico.
- En caso de estar en el período vacacional o del día de descanso en el Instituto, deberá saber que hará “guardias y es obligatorio checar la tarjeta en el tiempo extra, tanto entrada como salida.

Para que la Subdirección de Administración y desarrollo de Personal pueda realizar el pago por suplencias del personal participante, la coordinación del Sistema deberá solicitarlo a través de formato debidamente requisitado y

autorizado por el Coordinador del Sistema. Este se hará con 15 días de anticipación a la fecha de corte, para que pueda integrarse a la nómina.

El personal que participe en el Programa y que ocupe alguna plaza de mando medio o superior dentro de la estructura del instituto, su pago será por compensación y se calculará conforme a sus funciones desarrolladas y en base al tabulador vigentes

El cálculo de pago por concepto de compensación, se realizará aplicando el importe correspondiente al procedimiento o la jornada laboral cubierta, establecido en el Tabulador de Cuotas de Recuperación por Atención Médica para el Pago de Compensación al Personal del Instituto que Participe en el Programa , en el cual se especifica la cantidad que debe cubrir el paciente y su distribución es decir, el importe a favor del Instituto y el importe a pagar al trabajador que la realiza.

El personal que participa en el Programa deberá quedar registrado en los formatos correspondientes del Programa para fines de tramitar el pago de su compensación.

Independientemente del instrumento utilizado para la remuneración de los participantes, será responsabilidad del Instituto el realizar la retención y el entero del Impuesto sobre la Renta, calculándose siempre sobre la base de ingresos acumulados para favorecer a los trabajadores.

2. Trabajadores del programa: se integrara por personal contratado o asignado al programa de atención médica privada y que tenga exclusividad para laborar en el centro de costos.

Destino de los recursos captados:

El cobro de cuotas de recuperación a los pacientes privados se integrará por los siguientes rubros:

- a) Hospitalización (paquetes)
- b) Exámenes de laboratorio y gabinete

- c) Medicamentos y material de curación
- d) Insumos especiales
- e) Atención Médica

Para la administración de los fondos que recaude el Instituto por concepto de atención médica a pacientes privados, se llevará un registro de los ingresos en el centro de costos. Se separarán los costos por servicios proporcionados de la utilidad generada por éstos y de los ingresos por el concepto de atención médica. Estos recursos se distribuirán de la siguiente manera:

- a) 15% para cubrir el pago de la compensación adicional del personal que participe en el Programa, en la proporción y términos que establezcan las autoridades del Instituto.

- b) El restante se aplicará de la siguiente forma:

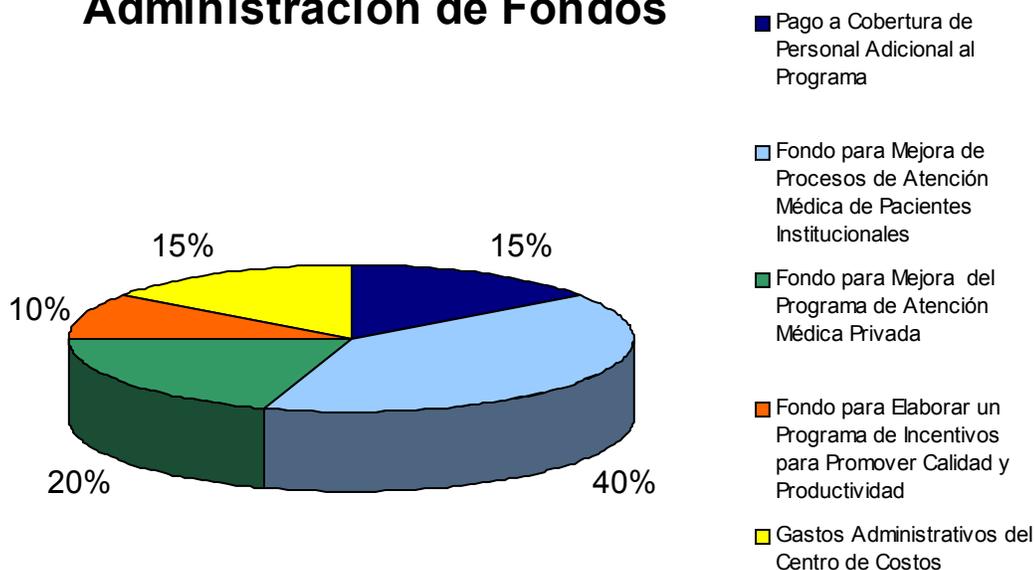
El 40% para la creación de un fondo destinado a la mejoría de los procesos de atención que se otorgan a los pacientes del Instituto, no clasificados en la categoría de privados. Esto incluye los recursos necesarios para apoyar la adquisición de insumos especiales, medicamentos de alto costo y equipo médico, entre otros.

20% para la creación de un fondo destinado a la mejoría de los procesos de atención médica que se otorgan a los pacientes del Instituto, clasificados en la categoría de privados. Esto incluye los recursos necesarios para apoyar la adquisición de insumos especiales, medicamentos de alto costo y equipo médico, entre otros.

Un 10% para programa de incentivos que fomente la productividad y promueva la calidad del “Centro de Costos de Pacientes Privados”.

15% para apoyar los gastos administrativos y de informática, derivados del “Centro de Costos para Pacientes Privados”.

Administración de Fondos



Desarrollar un Sistema Computarizado para el control del Centro de Costos

Las bases del sistema Computarizado incluirán las características y necesidades propias del centro de costos de atención médica privada. Los registros del total de los servicios que les serán proporcionados a estos pacientes y los cargos por el concepto de atención médica que son exclusivos y descritos en el manual. Para ello se requiere que esta cantidad de información sea estructurada de tal forma que su interpretación sea accesible para el monitoreo, evaluación, control y toma de decisiones necesarias para su ejecución.

Los puntos importantes que se requieren para tener un instrumento de consolidación mensual de información precisa son:

- a) el tipo de pacientes privados atendidos
- b) señalar los diferentes tipos de atención médica requerida con su carácter de urgencia o electiva
- c) el flujo de estas a través de los servicios de hospitalización del Instituto
- d) datos administrativos, clínicos y personales del paciente que puedan ser accesados fácilmente mediante diferentes menús y pantallas
- e) el comportamiento de los servicios otorgados a los pacientes privados y de las áreas comunes de hospitalización, para tener un panorama general, tanto de pacientes como de la utilización de servicios otorgados
- f) datos clínicos que forman las variables a estudiar en este trabajo .

Es importante contar con un mecanismo de apoyo informático que pueda proporcionar información veraz y oportuna de su funcionamiento mostrando un panorama general del uso de los servicios clínicos, de hospitalización y atención médica que ofrece el Instituto a los pacientes privados, para tener una información consolidada que sirva de control para los costos e ingresos que se generan por la operación del centro de costos.

Por otra parte , el seguimiento de la información contenida en el sistema de control de hospitalización servirá para poder obtener parámetros acerca de:

- a) vías de ingreso de los pacientes privados
- b) días estancia por servicio
- c) por diagnóstico o por tratamiento
- d) tipificación de la población atendida en forma privada con sus mecanismo de referencia y contrarreferencia
- e) construir indicadores de productividad y de eficacia
- f) realizar estudios epidemiológicos con la información obtenida y derivada

Con la operación del sistema computarizado se busca tener una información oportuna, supervisada y confiable de información base para el control de costos e ingresos del Programa, como son:

- a) Los datos generales de los pacientes privados.
- b) Sus mecanismos de referencia, diagnóstico y objetivo de su internamiento
- c) Flujo por los diferentes servicios de hospitalización del Instituto, para que a partir de éste se realicen los cargos por los conceptos de estancia hospitalaria.
- d) Atención médica correspondiente al médico tratante.

De la misma manera, este control será un mecanismo de apoyo a la Coordinación del Programa y a la Dirección General del Instituto, para cruzar, validar y corregir la información en los rubros antes mencionados.

El sistema computarizado de control del programa se estructurará en seis apartados a partir de los componentes básicos que lo integra:

- a) Sistema de control de pacientes privados hospitalizados.
- b) Sistema de control de Áreas de hospitalización y servicios en que se aplicará el cargo por Atención Médica.
- c) Sistema de Control para las Cuentas por Cobrar de los pacientes privados.
- d) Sistema de Control en Tesorería de los pagos realizados por pacientes privados.
- e) Sistema de Control en Contabilidad
- f) Sistema de Control de la información generada por los pacientes privados.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se ha caracterizado a lo largo de su Historia por brindar asistencia médica a la población más vulnerable y carente de atención, desde los enfermos tuberculosos, las infecciones respiratorias en niños y las enfermedades respiratorias emergentes de actualidad, causantes de un alto impacto de mortalidad.

La estructura hospitalaria inicial y su papel como unidad centralizada dependiente de la Secretaría de Salud, le permitieron desarrollarse notablemente a través de un Sistema de Salud rico en programas de prevención y tratamiento oportuno de enfermedades respiratorias de la época, mediante un presupuesto federal rendidor.

Sus logros asistenciales, su papel como forjador de médicos especialistas y sus premios de investigación básica y clínica le permitieron obtener su nombramiento como Instituto y por ende su descentralización.

Por ahora el presupuesto federal del que goza más el alto subsidio empleado para compensar las cuotas de recuperación de los pacientes más necesitados le impiden continuar con el desarrollo establecido durante los 70 años de existencia.

Conociendo esta problemática y ante la necesidad de obtener mayores recursos autogenerados, esta metodología propuesta de brindar la atención médica privada en pacientes con enfermedades respiratorias administrada con un centro de costos autofinanciable permitirá lograr cumplimiento de metas financieras.

Este modelo de estudio financiero-administrativo puede ser adoptado por cualquier Institución que preste servicios de atención médica institucional e incluso privado.

La propuesta considera el marco normativo y se cobija bajo el amparo de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

En otros países se han adoptado modelos diferentes de atención, basados principalmente en la contratación de seguros de cobertura de atención

médica o en su defecto, bajo la propuesta de costeo por procedimiento aplicado.

La propuesta asegura el beneficio tanto de la población atendida en el ámbito privado, como la institucional, ya que el centro de costos destinará dinero para mejorar la calidad de atención médica y continuar con el programa de subsidio.

Por otro lado el personal médico, paramédico y administrativo se beneficiará de ingresos extras laborando dentro de su misma área y servirá de estímulo laboral al grado tal, que la calidad de atención y servicio sea la misma para toda la población mexicana.

Existe una gran flexibilidad por la cual los pacientes pueden decidir su ingreso y su salida del programa de atención médica privada, sin que para ello se afecte la cobertura de atención o se eleven sus costos.

La forma en que esta metodología organiza el centro de costos de atención médica privada y su operación con sistemas informático-administrativos diferentes a la organización del instituto le permiten disfrutar de su soberanía y de su capacidad autofinanciable.



7.2 Recomendaciones

Es muy importante cumplir con la normatividad y reglamentación correspondiente que avale el procedimiento de atención médica privada dentro de una dependencia con carácter asistencial. Este trabajo contempla para su desarrollo la Ley General de Salud vigente, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud en su carácter de autonomía para los procedimientos de establecimientos de atención médica y la Ley de Entidades Paraestatales que regula la asignación de cuotas de recuperación por servicio médico prestado.

Dicho procedimiento deberá tener el consentimiento aprobado de la máxima autoridad institucional llamado Director General, incluyendo la aprobación unánime de la junta de gobierno y la supervisión de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.

Es necesario de inicio contar con un área física independiente con instalaciones funcionales y cómodas adecuadas que permitan competir con hospitales privados. Se deberá realizar el diseño médico – arquitectónico apropiado para la atención de pacientes con problemas respiratorios que incluya oxigenoterapia, inhaloterapia y asistencia mecánica ventilatoria.

El Instituto requiere conseguir financiamiento externo de fundaciones o beneficencia para la construcción de un área nueva o en su defecto para remodelación de un área designada correspondiente a hospitalización.

Necesario fomentar una cultura médica de atención sin distinción tanto para un paciente privado como institucional. Una opción viable es la capacitación continua de personal a desempeñarse en las diferentes áreas. Algunos temas vinculados que se pueden incluir son: ética, desarrollo personal, atención al público, calidad de los procesos, etc.

El programa de atención médica privada puede ser llevado a cabo dentro de un modulo de convenios ex profeso para este y otros servicios que puedan interrelacionarse con el centro de costos, ejemplo traslados en ambulancia, renta de equipo médico y atención médica domiciliaria a los pacientes del programa.

Es necesario realizar nombramientos a los puestos específicos: coordinador médico del programa, coordinador administrativo del modulo de convenios y coordinador financiero responsable del centro de costos de atención médica privada. El coordinador general encargado de interactuar con las tres áreas específicas para la rendición de cuentas, información y productividad será el Director Médico del Instituto.

A pesar de que en el trabajo se describe los porcentajes en que serán asignados los recursos económicos obtenidos, es conveniente trabajar los lineamientos para el manejo de los recursos autogenerados por el centro de costos con la finalidad de que sean públicos y transparentes.

Elaborar el Manual de Operación del centro de costos de atención médica privada donde se describa los componentes principales del programa de atención médica: recurso humano, pacientes privados, procedimientos y costos de los mismos.

Invertir o desarrollar el sistema de computación para la administración hospitalaria del centro de costos con los mecanismos necesarios para cumplir los procesos de información, validación y reporte, necesarios para construcción de indicadores y análisis de las variables que puedan llevar a una adecuada toma de decisiones por parte de la gerencia médica.



9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Agenda de Salud. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. ISEF, 2005.
2. Agenda de Salud. Ley General de Salud, ISEF, artículo 36, 2005.
3. Agenda de Salud. Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, ISEF, 2005.
4. Archivo de Bioestadística INER , reporte de morbilidad 2004.
5. Archivo de Contabilidad y Tesorería , Costos , 2005.
6. Cárdenas Enrique. Del Sanatorio de Huipulco al INER 50 años. 1986, volumen 1, México, Secretaria de Salud.
7. Cosió Ismael. Algunas consideraciones acerca del sanatorio antituberculoso de Huipulco, diciembre 1930, p 20.
8. Departamento de Costos INER, reportes mensuales , 2005.
9. Departamento de Trabajo Social INER, Bitácora 2005.
10. Diario oficial. México D.F. miércoles 31 de Octubre 1934. pp1291-1296.
11. Dirección de Recursos Humanos INER, Plantilla de personal, 2005.
12. ECO-HORU Servicios Administrativos S.A.. Guía de uso rápida de Centros de Costos en Supercontabilidad 2004. <<http://www.computrabajo.com.mx/bt-empd-ecastro.htm>[Consulta: 1 sept. 2005].
13. Entrega e Inauguración del Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco, Revista Asistencia, II Época Número 3, Enero de 1936.
14. Garbey, Norge. Antecedentes, Ventajas y Limitaciones del costeo por actividades. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/fin1/costeactivnorge.htm> [Consulta: 26 sept. 2005]
15. Huicochea Emilio. Contabilidad de Costos. Editorial Trillas, México, 1994. 1ª edición, pp. 53-55.
16. Informática Médica INER, Archivo de Bioestadística, 2005.
17. Informática Médica INER, Archivo de Bioestadística , 2004.
18. Ley federal de entidades Paraestatales, México, 2004.

19. Montico E y Velarde M . Una propuesta de costos para las Instituciones de Asistencia Médica colectiva: costos por paciente y patología.2001. <<http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/fin/propcostosmed.htm>> [Consulta: 20 sept. 2005]
20. Muñoz , Héctor J. Costos Hospitalarios en Colombia. 2004. <<http://www.gestopolis.com/canales/financiera/articulos/46/costohospi.htm>> [Consulta: 26. sept. 2005]
21. Ortega Pérez de León. Contabilidad de Costos, Editorial Limusa, 6ª edición, México, 1996, pp. 156-58.
22. Programa de Pacientes Pensionistas. Instituto Nacional de Cardiología. 2005.
23. Ramos Juan. Historia de la Tuberculosis en México. Revista de Neumología y Cirugía de Tórax, 1976, volumen 37, p1.