

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO  
SISTEMA DE COSTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LA ALTA DIRECCIÓN  
DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Línea de investigación: Gestión empresarial e inclusión social

Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Costos y Presupuestos

Autor:

Espinoza Morimoto, Manuel

Asesor:

Arias Pittman, José Augusto

(ORCID: 0000-0001-8933-5541)

Jurado:

Pacheco Trucios, Teófilo Fortunato

Gutiérrez Paucar, Félix Javier

Ambrosio Reyes, Jorge Luis

Lima - Perú

2022

A mis padres, por el esfuerzo que hicieron para mi  
formación profesional

A mi esposa e hijos por su apoyo

## AGRADECIMIENTO

A los Directores del Hospital Víctor Larco Herrera;

Directora Ejecutiva:

Dra. Elizabeth Rivera Chávez

Directora Ejecutiva de Administración:

Dra. Giovanny Margarita Rivera Ramírez

Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico:

Mg. Juan Ricardo Coronado Román

A mi Asesor de Tesis:

Dr. José A. Arias Pittman, por su invaluable apoyo en el desarrollo  
de la tesis

A Carol Guiliana Villanueva Alva por su apoyo invaluable en la  
recopilación de la información

## ÍNDICE

RESUMEN .....	XII
ABSTRACT.....	XIII
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Descripción del problema .....	8
1.3. Formulación del problema .....	22
<i>1.3.1. Problema general</i> .....	22
<i>1.3.2. Problemas específicos</i> .....	22
1.4. Antecedentes .....	22
1.5. Justificación de la investigación .....	24
1.6. Limitaciones de la investigación:.....	26
1.7. Objetivos .....	26
<i>1.7.1. Objetivo general</i> .....	26
<i>1.7.2. Objetivos específicos</i> .....	27
1.8. Hipótesis .....	27
<i>1.8.1. Hipótesis principal</i> .....	27
<i>1.8.2. Hipótesis específicas</i> .....	27
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>28</b>
2.1. Marco conceptual .....	28
<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>46</b>
3.1. Tipo de investigación .....	47
3.2. Población y muestra.....	49
3.3. Operacionalidad de las variables .....	50
3.4. Instrumentos.....	55

3.5.	Procedimientos.....	55
3.6.	Análisis de datos .....	56
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>122</b>
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	134
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>136</b>
VII.	RECOMENDACIONES .....	138
VIII.	REFERENCIAS.....	139
IX.	ANEXOS .....	142

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sistema de costeo absorbente y costeo estándar * Calidad de las decisiones de la Alta Dirección.....	125
Tabla 2 Prueba Chi Cuadrado Hipótesis general .....	126
Tabla 3 Costos reales de la organización y de los servicios médicos y Decisiones de gestión de los ingresos .....	128
Tabla 4 Prueba Chi Cuadrado hipótesis específica 1 .....	128
Tabla 5 Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios y Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos .....	130
Tabla 6 Prueba Chi Cuadrado hipótesis específica 2.....	130
Tabla 7 Costos estándares de los procedimientos médicos y Decisiones de formulación y control de los presupuestos.....	132
Tabla 8 Prueba Chi Cuadrado hipótesis específica 3.....	132

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Presupuesto por fuente de financiamiento del año 2018 .....	3
Figura 2 Ejecución de los recursos ordinarios año 2018 .....	4
Figura 3 Ejecución de Recursos Directamente Recaudados del año 2018 .....	4
Figura 4 Ejecución de Donaciones y Transferencias del año 2018 .....	5
Figura 5 Ejecución del gasto Acumulado por Toda Fuente del año 2018 .....	5
Figura 6 Ejecución del gasto en los Programas Presupuestales del año 2018 .....	6
Figura 7 Ejecución del gasto de los Programas Presupuestales por Resultados del año 2018.	7
Figura 8 Esquema de investigación .....	46
Figura 9 Diseño de la investigación.....	48
Figura 10 Selección de la muestra .....	49
Figura 11 Variables dependientes.....	51
Figura 12 Operacionalidad de las variables independientes .....	52
Figura 13 Operacionalidad de la variable dependiente.....	53
Figura 14 Organigrama del Hospital Víctor Larco Herrera.....	54
Figura 15 Esquema del costeo a realizar.....	57
Figura 16 Costos de mantenimiento .....	58
Figura 17 Costos del Servicio de Mantenimiento.....	59
Figura 18 Distribución de los costos de Mantenimiento .....	60
Figura 19 Costos de administración.....	61
Figura 20 Distribución de los costos de administración .....	62
Figura 21 Costos del Departamento de Servicios Generales .....	63
Figura 22 Distribución de los costos del Departamento de Servicios Generales .....	64
Figura 23 Costos del Departamento de Transportes .....	65
Figura 24 Distribución de los costos del departamento de Transporte.....	66

Figura 25 Costos del Servicio de Lavandería .....	67
Figura 26 Distribución de los costos del servicio de lavandería.....	67
Figura 27 Costos del Servicio de Costura.....	68
Figura 28 Distribución de los costos del servicio de costura.....	69
Figura 29 Costos del Departamento de Nutrición.....	69
Figura 30 Distribución de los costos del departamento de nutrición.....	70
Figura 31 Costos de nutrición a los diferentes centros .....	70
Figura 32 Costos del Departamento de Enfermería.....	71
Figura 33 Distribución de los costos del departamento de enfermería.....	72
Figura 34 Costos del Departamento de Farmacia .....	73
Figura 35 Distribución de los costos del departamento de farmacia .....	74
Figura 36 Costos de la Jefatura del Departamento de Apoyo Médico Complementario.....	75
Figura 37 Producción de los servicios de apoyo médico complementario.....	75
Figura 38 Factor equivalente para la distribución de los costos de la Jefatura del departamento de Apoyo Médico Complementario.....	76
Figura 39 Costos del Servicio de Medicina Interna.....	76
Figura 40 Distribución de los costos del servicio de medicina interna.....	77
Figura 41 Costos del Servicio de Odontología .....	77
Figura 42 Costos del servicio de laboratorio clínico .....	78
Figura 43 Costos del servicio de radiología.....	79
Figura 44 Costos de departamento de adicciones .....	80
Figura 45 Costos de la jefatura del departamento de hospitalización.....	81
Figura 46 Distribución de los costos del departamento de hospitalización .....	81
Figura 47 Costos del pabellón 01.....	82
Figura 48 Costos del pabellón 02.....	83

Figura 49 Costos del pabellón 04.....	84
Figura 50 Costos del pabellón 05.....	85
Figura 51 Costos de pabellón 08.....	86
Figura 52 Costos de pabellón 09.....	87
Figura 53 Costos de pabellón 12-13 .....	88
Figura 54 Costos de pabellón 20.....	89
Figura 55 Costos de pabellón de psiquiatría forense .....	90
Figura 56 Costos de pabellón de UCE.....	91
Figura 57 Costos de departamento de emergencia .....	92
Figura 58 Atenciones del departamento de emergencia .....	92
Figura 59 Costos de departamento de niños y adolescentes .....	93
Figura 60 Atenciones realizadas por el departamento de niños y adolescentes .....	94
Figura 61 Costos promedio mensual de los procedimientos médicos del departamento de niños y adolescentes .....	95
Figura 62 Número de atenciones promedio por médico/mes .....	96
Figura 63 Costos del departamento de psicología .....	96
Figura 64 Promedio mensual de atenciones del departamento de psicología.....	97
Figura 65 Distribución de los costos del departamento de psicología.....	98
Figura 66 Distribución de los costos del departamento de psicología a los pabellones de pacientes.....	98
Figura 67 Determinación de los costos promedios de los procedimientos médicos del departamento de psicología.....	99
Figura 68 Atención promedio mensual de atención por psicólogo.....	99
Figura 69 Costos del departamento de consulta externa.....	100
Figura 70 Atenciones realizadas por el departamento de consultas externas .....	100

Figura 71 Costos unitarios de los procedimientos médicos.....	101
Figura 72 Atenciones médicas por médico del departamento de consulta externa .....	101
Figura 73 Costos del departamento de rehabilitación.....	102
Figura 74 Atenciones realizadas por el departamento de rehabilitación .....	102
Figura 75 Costos unitarios de los procedimientos médicos del departamento de rehabilitación .....	103
Figura 76 Respuestas a la pregunta 01 .....	105
Figura 77 Gráfico de la respuesta 01 .....	105
Figura 78 Respuestas a la pregunta 02.....	106
Figura 79 Gráfico de la respuesta 02 .....	106
Figura 80 Respuestas a la pregunta 03.....	107
Figura 81 Gráfico de la respuesta 03 .....	108
Figura 82 Respuestas a la pregunta 04.....	108
Figura 83 Gráfico de la respuesta 04 .....	109
Figura 84 Respuestas a la pregunta 05.....	110
Figura 85 Gráfico de la respuesta 05 .....	110
Figura 86 Respuestas a la pregunta 06.....	111
Figura 87 Gráfico de la respuesta 06 .....	111
Figura 88 Respuestas a la pregunta 07.....	112
Figura 89 Gráfico de la respuesta 07 .....	112
Figura 90 Respuestas a la pregunta 08.....	113
Figura 91 Gráfico de la respuesta 08 .....	113
Figura 92 Respuestas a la pregunta 09.....	114
Figura 93 Gráfico de la respuesta 09 .....	114
Figura 94 Respuestas a la pregunta 10.....	115

Figura 95 Gráfico de la respuesta 10 .....	115
Figura 96 Respuestas a la pregunta 11 .....	116
Figura 97 Gráfico de la respuesta 11 .....	116
Figura 98 Respuestas a la pregunta 12.....	117
Figura 99 Gráfico de la respuesta 12 .....	117
Figura 100 Respuestas a la pregunta 13.....	118
Figura 101 Gráfico de la respuesta 13 .....	118
Figura 102 Respuestas a la pregunta 14.....	119
Figura 103 Gráfico de la respuesta 14 .....	119
Figura 104 Base de datos resultados de las encuestas .....	121
Figura 105 Tabla de doble entrada de la Hipótesis General .....	127
Figura 106 Tabla de doble entrada de la Hipótesis Especifica 1 .....	129
Figura 107 Tabla de doble entrada de la Hipótesis Especifica 2 .....	131
Figura 108 Tabla de doble entrada de la Hipótesis Especifica 3 .....	133
Figura 109 Relación pacientes/personal médico/asistencial.....	136

## RESUMEN

Objetivo: la finalidad establecer un sistema de costos que facilite a la Alta Dirección la toma de decisiones, tomando en cuenta las disposiciones legales vigentes, como es la Resolución Ministerial N° 704-2006-MINSA, y la Resolución Ministerial N° 195-2009-MINSA, derogado por la Resolución Ministerial N°1032-2019/MINSA, que establecen a los sistemas de costeo absorbente y al sistema de costeo estándar, como los adecuados para costear la estructura de costos y los procedimientos médicos y asistenciales. Con el sistema de costeo absorbente, se acumuló y asignó los costos, primero de los servicios básicos, luego de los servicios intermedios y por último de los servicios finales. Con el sistema de costeo estándar se determinaron los costos de los procedimientos médicos. Estos dos sistemas de costeo permiten costear a nivel macro (sistema de costeo absorbente) para los departamentos o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) y a nivel micro (sistema de costeo estándar) para procedimientos médicos. El resultado permite a la Alta Dirección tomar los correctivos, en cuanto al uso de recursos y como debería de distribuirse adecuadamente para tener resultados eficientes y eficaces, así como, cumplir con las exigencias del MINSA sobre la determinación de los costos de los procedimientos médicos y del tarifario institucional. Al final de la investigación, la contrastación de las hipótesis nos confirma la existencia de la relación entre las decisiones que se toman y el sistema de costos adoptado.

**Palabras clave:** Costeo absorbente, costeo estándar, costeo directo, costeo indirecto, centros de costos, acumulación de costos, asignación de costos.

## ABSTRACT

Objective: the purpose of establishing a cost system that facilitates decision-making for Senior Management, taking into account the legal provisions in force, such as Ministerial Resolution No. 704-2006-MINSA, and Ministerial Resolution No. 195-2009-MINSA, repealed by Ministerial Resolution No. 1032-2019/MINSA, which establish absorbent costing systems and the standard costing system, as well as those suitable to pay for the cost structure and medical and care procedures. With the absorbent costing system, costs were accumulated and allocated, first of basic services, then of intermediate services and finally of final services. With the standard costing system, the costs of medical procedures were determined. These two costing systems allow costing at the macro level (absorbent costing system) for departments or Health Service Providers (UPSS) and at the micro level (standard costing system) for medical procedures. The result allows Senior Management to take corrective measures, in terms of the use of resources and how it should be properly distributed to have efficient and effective results, as well as comply with the requirements of MINSA on the determination of the costs of medical procedures and institutional fees. At the end of the research, the testing of the hypotheses confirms the existence of the relationship between the decisions made and the cost system adopted.

**Keywords:** Absorbent costing, standard costing, direct costing, indirect costing, cost centers, cost accumulation, cost allocation.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación se desarrolló en el Hospital Víctor Larco Herrera, sito en la Ciudad de Lima, Distrito de Magdalena del Mar, Provincia de Lima.

El Hospital Víctor Larco Herrera, Inicialmente era el Asilo Colonia de la Magdalena, el cual se inauguró el primero de enero de 1918 y desde 1930, Hospital “Víctor Larco Herrera”. El Asilo Colonia de la Magdalena, recibió a los pacientes –enfermos mentales- del antiguo Hospicio de la Misericordia que albergaba, desde 1859.

El primer Director del Hospital fue el Dr. Hermilio Valdizán, luego el siguiente Director fue el Dr. Baltasar Caravedo Prado. Desde el año 1930 hasta el año 1966 el Hospital estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública de Lima, desde el año 1966 paso a depender del Ministerio de Salud en el que se encuentra hasta hoy.

El Hospital “Víctor Larco Herrera” fue el Primer Centro Psiquiátrico en Latinoamérica en aplicar los más modernos tratamientos de la época. Fue el único Centro Asistencial de la especialidad para atención de pacientes en todo el país hasta 1961, en que se inauguró el Hospital “Hermilio Valdizán”. Desde su fundación el Hospital “Víctor Larco Herrera” ha cumplido una importante labor docente, iniciada con el Dr. Hermilio Valdizán y continuada luego, por el Dr. Honorio Delgado.

La Misión del Hospital Víctor Larco Herrera es: “Brindar servicios especializados de la mejor calidad, de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en Psiquiatría y Salud Mental a la población en general”

La Visión del Hospital Víctor Larco Herrera es:

“El Hospital Víctor Larco Herrera será una Institución competente en Psiquiatría y Salud Mental, con una organización administrativa – asistencial integrada, ordenada, dinámica, funcional y efectiva; que se sustente en el trabajo en equipo interdisciplinario

con enfoque comunitario y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en Salud Mental, de acuerdo a los estándares de calidad”

### **1.1. Planteamiento del problema**

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA), desde hace dos décadas hace esfuerzos por modernizar los hospitales, mejorar la calidad de sus servicios y conocer los costos incurridos de cada uno de los servicios brindados, así también, busca implementar un sistema de costos que permita determinar el valor de los recursos utilizados en las prestaciones de los servicios hospitalarios, determinar los ingresos y gastos y equilibrar los presupuestos y planes operacionales.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2009), a través de la Dirección de Servicios de Salud elaboró el documento de trabajo “Modelo de Gestión Hospitalaria”, con el cual se estableció las bases conceptuales y operativas para regular la gestión hospitalaria del Estado, ya que es responsable por el desarrollo del sistema nacional de salud y asegurando su desempeño, y de esta forma poder responder a las necesidades y expectativas de salud de la población.

El año 2002, con el fin de modernizar la gestión del estado se emite la Ley N.º 27658 y posteriormente el año 2013 el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM con el cual se aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, con estos instrumentos legales se busca que los servicios de las dependencias públicas sean eficientes a través de una gestión por procesos y presupuestos por resultados, con la finalidad de mejorar los procesos de gestión y permita tomar mejores decisiones en la Institución, asimismo establecer políticas públicas, fomentando líneas de investigación, y mejorar la sustentación de los proyectos de inversión en salud.

Actualmente, el Ministerio de Salud hace esfuerzos para mejorar la atención de salud que brindan sus ejecutoras, medidas que se plasman en observaciones a la ejecución

presupuestal, el monitoreo a la cartera de servicios, la implementación del observatorio de los tarifarios institucionales y otras medidas.

Los hospitales para el desarrollo de sus actividades deben de contar con recursos financieros, y para conocer la distribución de los recursos asignados, captados o donados; revisamos como fue la programación presupuestal inicial, final y la ejecución. En el año 2018, en el Hospital Víctor Larco Herrera el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) y el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) fue el siguiente:

### Figura 1

*Presupuesto por fuente de financiamiento del año 2018*

#### PRESUPUESTO PIA - PIM AÑO 2018

SECTOR : 11 SALUD  
 PLIEGO : 011 M. DE SALUD  
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)  
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 1 RECURSOS ORDINARIOS

AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018			
FUENTE FINANCIAMIENTO	GENÉRICA	PIA	PIM
1. RECURSOS ORDINARIOS	1. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	34,800,111.00	36,683,727.00
	2. PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	4,884,556.00	5,159,100.00
	3. BIENES Y SERVICIOS	13,231,311.00	13,447,304.00
	5. OTROS GASTOS	0.00	574,576.00
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	142,462.00
			<b>52,915,978.00</b>
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	3. BIENES Y SERVICIOS	3,686,850.00	3,151,413.00
	5. OTROS GASTOS	10,000.00	10,000.00
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	74,000.00	124,000.00
		<b>3,770,850.00</b>	<b>3,285,413.00</b>
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	3. BIENES Y SERVICIOS	0.00	8,207,236.00
	6. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.00	805,000.00
		<b>0.00</b>	<b>9,012,236.00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>56,686,828.00</b>	<b>68,304,818.00</b>

FUENTE: SIAF 11/01/2019

**Fuente:** INFORME N° 002-2019-OEPE-HVLH/MINSA

La ejecución del PIM en recursos ordinarios, en el año 2018 fue el siguiente:

**Figura 2***Ejecución de los recursos ordinarios año 2018*

EJECUCIÓN DE GASTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

( SOLES)

SECTOR : 11 SALUD  
 PLIEGO : 011 M. DE SALUD  
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)  
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 1 RECURSOS ORDINARIOS

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO MINSA(PIM)	TOTAL DEVENGADO	SALDO DEVENGADO	% DEVENGADO
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>52,915,978.00</b>	<b>55,864,707.00</b>	<b>55,707,281.49</b>	<b>157,425.51</b>	<b>99.72</b>
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	34,800,111.00	36,683,727.00	36,647,403.21	36,323.79	99.90
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,884,556.00	5,159,100.00	5,154,344.31	4,755.69	99.91
2.3 Bienes y Servicios	13,231,311.00	13,447,304.00	13,333,601.04	113,702.96	99.15
2.5 Otros Gastos	-	574,576.00	571,932.93	2,643.07	99.54
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>-</b>	<b>142,462.00</b>	<b>138,799.89</b>	<b>3,662.11</b>	<b>97.43</b>
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	-	142,462.00	138,799.89	3,662.11	97.43
<b>TOTAL:</b>	<b>52,915,978.00</b>	<b>56,007,169.00</b>	<b>55,846,081.38</b>	<b>161,087.62</b>	<b>99.71</b>

FUENTE:SIAF 11/01/2019

**Fuente:** INFORME N° 002-2019-OEPE-HVLH/MINSA**Figura 3***Ejecución de Recursos Directamente Recaudados del año 2018*

La ejecución del PIM en Recursos Directamente Recaudados en el 2018 fue:

EJECUCIÓN DE GASTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

(SOLES)

SECTOR : 11 SALUD  
 PLIEGO : 011 M. DE SALUD  
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)  
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 2 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO MINSA(PIM)	TOTAL DEVENGADO	SALDO DEVENGADO	% DEVENGADO
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>3,696,850.00</b>	<b>3,161,413.00</b>	<b>2,292,185.48</b>	<b>869,227.52</b>	<b>72.51</b>
2.3 Bienes y Servicios	3,686,850.00	3,151,413.00	2,286,903.64	864,509.36	72.57
2.5 Otros Gastos	10,000.00	10,000.00	5,281.84	4,718.16	52.82
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>74,000.00</b>	<b>124,000.00</b>	<b>59,104.16</b>	<b>64,895.84</b>	<b>47.66</b>
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	74,000.00	124,000.00	59,104.16	64,895.84	47.66
<b>TOTAL:</b>	<b>3,770,850.00</b>	<b>3,285,413.00</b>	<b>2,351,289.64</b>	<b>934,123.36</b>	<b>71.57</b>

FUENTE:SIAF 11/01/2019

**Fuente:** INFORME N° 002-2019-OEPE-HVLH/MINSA

**Figura 4***Ejecución de Donaciones y Transferencias del año 2018*

La ejecución de las Donaciones y Transferencias en el 2018 fue:

**EJECUCIÓN DE GASTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018  
(SOLES)**

SECTOR : 11 SALUD  
 PLIEGO : 011 M. DE SALUD  
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)  
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : 4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO MINS(A)P(M)	TOTAL DEVENGADO	SALDO DEVENGADO	% DEVENGADO
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	-	<b>8,207,236.00</b>	<b>4,787,804.79</b>	<b>3,419,431.21</b>	<b>58.34</b>
2.3 Bienes y Servicios	-	8,207,236.00	4,787,804.79	3,419,431.21	58.34
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	-	805,000.00	781,454.63	23,545.37	97.08
2.6 Adquisición de Activos No Fnanc	-	805,000.00	781,454.63	23,545.37	97.08
<b>TOTAL:</b>	-	<b>9,012,236.00</b>	<b>5,569,259.42</b>	<b>3,442,976.58</b>	<b>61.80</b>

FUENTE: SIAF 11/01/2019

**Fuente:** INFORME N° 002-2019-OEPE-HVLH/MINSA

**Figura 5***Ejecución del gasto Acumulado por Toda Fuente del año 2018*

El gasto acumulado por toda fuente fue de:

**EJECUCIÓN DE GASTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018  
( SOLES)**

SECTOR : 11 SALUD  
 PLIEGO : 011 M. DE SALUD  
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)  
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : ACUMULADO POR TODA FUENTE

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	TOTAL DEVENGADO	SALDO DEVENGADO	% DEVENGADO
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>56,612,828.00</b>	<b>67,233,356.00</b>	<b>62,787,271.76</b>	<b>4,446,084.24</b>	<b>93.39</b>
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	34,800,111.00	36,683,727.00	36,647,403.21	36,323.79	99.90
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociale	4,884,556.00	5,159,100.00	5,154,344.31	4,755.69	99.91
2.3 Bienes y Servicios	16,918,161.00	24,805,953.00	20,408,309.47	4,397,643.53	82.27
2.5 Otros Gastos	10,000.00	584,576.00	577,214.77	7,361.23	98.74
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>74,000.00</b>	<b>1,071,462.00</b>	<b>979,358.68</b>	<b>92,103.32</b>	<b>91.40</b>
2.6 Adquisición de Activos No Fnanc	74,000.00	1,071,462.00	979,358.68	92,103.32	91.40
<b>TOTAL:</b>	<b>56,686,828.00</b>	<b>68,304,818.00</b>	<b>63,766,630.44</b>	<b>4,538,187.56</b>	<b>93.36</b>

FUENTE: SIAF 11/01/2019

**Fuente:** INFORME N° 002-2019-OEPE-HVLH/MINSA

Como se puede observar, inicialmente el PIA es de S/56, 686,828 soles y la inversión en equipos es de S/74,000 soles representando un 0.13%. Al finalizar el año 2018 el PIM fue de S/68, 304,818 y la inversión en equipos fue de S/1, 071,462 representando el 1.57%, esto significa un crecimiento de 12.08 veces sobre la inversión inicial considerada.

Sin embargo, el Hospital Víctor Larco Herrera viene presentando algunos síntomas de deficiencias de gestión que comprometen su desarrollo, entre los que podemos mencionar:

- En el aspecto financiero deja de percibir ingresos al no tener una estructura de costos que le permita establecer un tarifario para el público en general y para negociar los servicios médicos con el SIS, agravado por el convenio de inversión firmado entre ambas entidades por el uso de los recursos monetarios generado a través del SIS, lo que se refleja en su capacidad de reinversión. Respecto a la tecnología, equipamiento e infraestructura la institución realiza la renovación, potenciación o mejora de sus equipos en forma lenta. Respecto a la ejecución de los gastos, el dinero asignado en diferentes partidas no es ejecutada adecuadamente.

La ejecución del gasto en los diferentes programas se muestra en la siguiente tabla en relación con el Presupuesto Institucional Modificado (PIM):

## Figura 6

### *Ejecución del gasto en los Programas Presupuestales del año 2018*

#### EJECUCIÓN DE GASTO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018 ( SOLES )

SECTOR : 11 SALUD  
 PLIEGO : 011 M. DE SALUD  
 UNIDAD EJECUTORA : 032 HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)  
 FUENTE DE FINANCIAMIENTO : ACUMULADO POR TODA FUENTE

CATEGORIA DE GASTO/ GRUPO GENERICO DE GASTO	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA (PIA)	PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM)	TOTAL DEVENGADO	SALDO DEVENGADO	% DEVENGADO
<b>5. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>56,612,828.00</b>	<b>67,233,356.00</b>	<b>62,787,271.76</b>	<b>4,446,084.24</b>	<b>93.39</b>
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	34,800,111.00	36,683,727.00	36,647,403.21	36,323.79	99.90
2.2 Pensiones y Prestaciones Sociales	4,884,556.00	5,159,100.00	5,154,344.31	4,755.69	99.91
2.3 Bienes y Servicios	16,918,161.00	24,805,953.00	20,408,309.47	4,397,643.53	82.27
2.5 Otros Gastos	10,000.00	584,576.00	577,214.77	7,361.23	98.74
<b>6. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>74,000.00</b>	<b>1,071,462.00</b>	<b>979,358.68</b>	<b>92,103.32</b>	<b>91.40</b>
2.6 Adquisición de Activos No Financ	74,000.00	1,071,462.00	979,358.68	92,103.32	91.40
<b>TOTAL:</b>	<b>56,686,828.00</b>	<b>68,304,818.00</b>	<b>63,766,630.44</b>	<b>4,538,187.56</b>	<b>93.36</b>

FUENTE: SIAF 11/01/2019

Fuente: INFORME N° 002-2019-OEPE-HVLH/MINSA

El hospital Víctor Larco Herrera tiene cuatro programas presupuestales por resultados, y el gasto realizado en ellos son los siguientes:

### Figura 7

#### Ejecución del gasto de los Programas Presupuestales por Resultados del año 2018

MARCO PRESUPUESTAL Vs. EJECUCIÓN DE GASTO AL 31/12/2018					
PROGRAMAS PRESUPUESTALES POR GENÉRICA DE GASTO					
PLIEGO	011: MINISTERIO DE SALUD				
UNIDAD EJECUTORA	032: HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA (000148)				
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	ACUMULADO POR TODA FUENTE				
PROGRAMA PRESUPUESTAL	GENÉRICA DE GASTO	PIM	EJECUCIÓN	AVANCE	SALDO
0016. TBC-VIH/SIDA	23. BIENES Y SERVICIOS	42,002.00	0.00	0.00%	42,002.00
0068. REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	23. BIENES Y SERVICIOS	268,098.00	268,069.22	99.99%	28.78
	26. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	53,053.00	50,101.47	94.44%	2,951.53
0104. REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	21. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	67,799.00	67,798.06	100.00%	0.94
	23. BIENES Y SERVICIOS	179,058.00	171,077.50	95.54%	7,980.50
0129. PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	23. BIENES Y SERVICIOS	145,792.00	145,674.51	99.92%	117.49
	26. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	6,600.00	6,180.00	93.64%	420.00
0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	21. PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	269,628.00	269,625.82	100.00%	2.18
	23. BIENES Y SERVICIOS	6,372,123.00	6,139,401.07	96.35%	232,721.93
<b>Total general</b>		<b>7,404,153.00</b>	<b>7,117,927.65</b>	<b>96.13%</b>	<b>286,225.35</b>

FUENTE: SIAF 11/01/2019

**Fuente:** OEPE – HVLH

Estas deficiencias o problemas se fueron generando por una serie de hechos, que diferentes gestiones no pudieron resolver y que a continuación menciono:

La causa principal está en el desconocimiento de los costos reales de las diferentes UPS o centros de costos, así, como de los procedimientos médicos brindados a los usuarios o pacientes.

En cuanto a la valorización del SIS, es necesario conocer cuál es el costo real y cuánto de esto se recibe como reintegros del Estado por los servicios brindados a los pacientes, de igual manera, en la atención de los pacientes de consulta externa se estimaría cuánto es el subsidio del hospital sobre la tasa por atención médica pagada por el paciente.

En la actualidad para los servicios no autorizados por el SIS, se valoran en base a costos estimados por lo que no son confiables para la generación de ingresos reales y pueda estimarse

la disponibilidad de recursos en los programas de inversión con recursos directamente recaudados.

Si las causas mencionadas no se superan, la Institución no mejorará su competitividad, su eficiencia y eficacia y superar los estándares establecidos por el Estado para los Hospitales de nivel III-1.

La calidad de los servicios, por ahora de nivel aceptable, puede verse comprometida si no se generan los recursos que permitan continuar sosteniéndola o mejorarla.

Esta proyección, puede ser evitada con un control basado en una gestión eficiente de los costos, al disponerse de un adecuado sistema de costos que permita a la Alta Dirección tomar las decisiones oportunas y en el momento oportuno. En base a lo señalado se puede formular el problema de investigación:

## **1.2. Descripción del problema**

### ***1.2.1. Sobre la salud en general***

En América Latina y el Caribe, desde fines del siglo pasado se han adoptado un conjunto de medidas administrativas a fin de modernizar los servicios hospitalarios que ofrece el estado a través de los hospitales públicos y de los servicios médicos que ofrecen los empresarios privados. En esta parte de las Américas, el acceso a la salud se ha ido desmejorando por una serie de factores relativos al carácter interno de los centros de salud, principalmente debido al descuido del estado por brindar mejores servicios, esto se manifiesta como una insatisfacción de los trabajadores de los centros de salud, como de los pacientes y ciudadanos.

Para conocer esta realidad Arriagada, Aranda y Miranda (2005), realizaron para la División de Desarrollo Social de CEPAL una encuesta sobre los programas de salud en marcha; buscando conocer como las autoridades nacionales perciben los problemas de salud de su

población, y cuáles son los problemas que dificultan la realización de los programas de salud en cada nación.

En el estudio de Arriagada et al. (2005), se señala:

La salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, y a la vez, un requisito para el desarrollo con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad a todos los usuarios (p.7).

La encuesta fue aplicada a los Ministros de Salud y altos funcionarios a fin de conocer la apreciación, de la salud en sus países desde el punto de vista de ellos. Los resultados se evaluaron y mostraron situaciones bien heterogéneas en la capacidad de atender a sus poblaciones los problemas de salud que los aquejan.

En su informe sobre la salud en el mundo 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) señaló:

En 2005, todos los Estados Miembros de la OMS asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Ese compromiso fue una expresión colectiva de la convicción de que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Obrar en pro de la cobertura sanitaria universal es un medio poderoso de mejorar las condiciones de salud y bienestar y de promover el desarrollo humano (p. XI).

La OMS, en el informe mencionado, señala que para medir el avance hacia la cobertura universal en las diferentes poblaciones de los servicios de salud se requiere el uso de indicadores que permitan determinar el grado de avance entre la atención actual y la atención universal. Para determinar esto es necesario considerar los servicios esenciales, y sus

indicadores representativos en calidad, cantidad y financiamiento de los servicios, lo que permitirá monitorear el avance hacia la cobertura universal.

La cobertura sanitaria universal, es definida por la OMS (2013) como: “los servicios de salud que se necesitan, el número de personas que lo necesitan y los costos para quien quiera deba pagar” (p. 7). Los servicios de salud deben de ser suficientes para toda la población, en cantidad como en calidad, y comprende la atención paliativa, tratamiento y rehabilitación, promoción y prevención. Los Estados miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS), por los años 80, tomaron acuerdos sobre la Atención Primaria de Salud (APS) buscando su transformación y consolidación. La OMS (2013) señala: “un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”. (p. 7)

Así también, la necesidad de consolidar la APS y reformarla es indicada en el informe mundial de la salud 2008. Estas reformas se debían dar en 4 aspectos:

- 1) reformas para mejorar la equidad sanitaria,
- 2) reformas para que el sistema de salud este centrado en la persona;
- 3) reformas de liderazgo.
- 4) reforma de las políticas públicas.

El año 2005, los estados miembros de la OPS acordaron renovar la Atención Primaria de la Salud renovando los modelos adoptados. En el 2007, se señaló la necesidad de fortalecer los sistemas de referencias y contra referencias, con la finalidad de que los servicios sean entregados en forma oportuna, basados en la atención primaria con cobertura universal y financiamiento público articulados como un conjunto de redes de salud.

La segmentación se refiere a la coexistencia de subsistemas con distintos financiamientos y cubre a la población en base a su posibilidad de pago; y la fragmentación por la coexistencia de establecimientos que no están integrados a la red asistencial.

Uno de los aspectos que resalta la OPS, es que las condiciones cambiantes como los demográficos, de morbi-mortalidad de la población y los cambios tecnológicos, obligan a los gerentes o directores de salud a utilizar nuevas metodologías y herramientas que les permitan adaptarse a los cambios y reformas en el entorno donde brindan sus servicios y les permitan tomar buenas decisiones. Al igual que el estado, las prestadoras de salud, enfrentan problemas en su capacidad gerencial, afectando la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios.

Barragán (2007) señala: “El estado de salud de una comunidad impulsa su desarrollo y depende de él. La pobreza, la enfermedad y la baja productividad conforman un círculo vicioso”. (p. 112). En diferentes informes del Banco Mundial se muestra que cuando se mejoran los niveles de salud en los países, se mejora el crecimiento económico de ese país. En la 5ª Asamblea Mundial de Salud, Gunnar Mirdal (1952, como se citó en Barragán, 2007, p. 113) decía: “El éxito de un programa de salud será completamente diferente si está integrado en un proceso social de desarrollo económico o si es aplicado a un estado de estancamiento económico”.

Esto conlleva a afirmar que, en el crecimiento y desarrollo de un país el rol que desempeña el estado es decisivo, ya que este está conformado por un conjunto de instituciones que ejercen sus actividades con los medios que el gobierno le asigna y que son obtenidos de la gente que vive en esa nación, y que por tanto debe reflejarse en el bienestar de esa misma gente en base a prioridades que se consideren: seguridad, salud, educación, pensión, etc.

Burgeois (2007), refiere que la producción de bienes y servicios de un país basado en términos monetarios como el PBI, o el PBI per cápita es técnicamente insuficiente, para explicar la distribución de los recursos a la población:

Mientras expresemos el resultado del desarrollo en función del valor monetario de bienes y servicios estaremos adoptando un punto de vista económico. Tomamos en consideración los recursos ofrecidos, pero no su influencia sobre la vida de las personas. Si queremos obtener una imagen completa sobre el desarrollo no es suficiente tener en cuenta la cantidad de recursos producidos por el crecimiento económico. Hay que examinar también el efecto de estos recursos sobre la vida de las personas (p. 150).

Se trata de explicar que los gobiernos buscan el desarrollo, pero este se ve afectado por los problemas de salud de los individuos que es el reflejo de la falta de asociación entre los programas sociales y de desarrollo económico. Así tenemos que en la última década el Perú creció a un ritmo promedio de 5% anual con una distribución de riquezas no equitativas.

Según Rodríguez (2012) en el Ensayo 1 de su estudio tres ensayos sobre acceso a servicios de salud en Colombia, señala que los individuos que gozan de buena salud mejoran sus capacidades y libertades para lograr lo que desee y con ello mejorar su productividad, y es por estos aspectos que en Colombia la demanda por atención médica es impredecible: las personas enfermas requieren cantidades importante de atención médica y las personas que tienen buena salud necesitan poca atención médica. Esto ha generado la necesidad de que el gobierno intervenga para financiar los servicios de salud y que las personas tengan derecho a la salud y recibir el tratamiento médico necesario sobre la base de su necesidad por atención. Las personas de menores ingresos no podrían pagar sus atenciones médicas cuando estas son costosas, por lo que, la posibilidad de tener tratamiento médico es visto como un derecho, al que todas las personas deben de acceder.

Muchos de los problemas de salud, dependen del comportamiento de las personas y del ambiente donde viven. Cuando está asociado directamente al comportamiento de los individuos, ellos no ponderan su bienestar y salud como por ejemplo en los casos de consumo que conllevan a enfermedades de obesidad mórbida, desnutrición, alcoholismo, fumadores de

tabaco y otros (estos actos tienen beneficios para los individuos que lo realizan por la satisfacción que sienten), perjudicando no solo la salud de ellos sino también el de su entorno, por lo que los problemas de salud dependen del comportamiento individual y ambiental. En este contexto, abordar el problema de salud no solo es un tratamiento individual sino también colectivo, y los costos ocasionados por estos actos deberían de ser castigados a fin de evitar este consumo, por lo que, el gobierno debería tomar alguna otra medida, pero sin duda es, un problema no claro para solucionarlo.

En cualquier país, el principal responsable de la salud es el gobierno, por lo que, se ha implementado un seguro de salud, que permita a la población de escasos recursos tenga acceso a ella, con la cobertura necesaria.

Rodríguez (2012), en su segundo ensayo menciona que:

La Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de Salud, ha completado recientemente una investigación sobre las causas sociales de la desigualdad de salud. El reporte concluye que ésta no puede ser explicada únicamente por niveles de pobreza, variaciones en el ingreso, o diferencias de capacidad de los servicios de salud locales, sino que adicionalmente podría ser explicada por la distribución desigual de condiciones sociales, políticas y económicas. La comisión enfatiza que las principales causas intermedias de la morbilidad y mortalidad en los países de ingresos medios y altos – desnutrición, obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, hipertensión y comportamiento sexual riesgoso- están vinculados a la posición socioeconómica del individuo. Es decir, las causas principales de inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja o envejece la población. (p. 67).

Lo que explica, que un cambio en los niveles de ingresos no tiene la misma repercusión en salud en todos los grupos sociales, ya que la relación ingreso-salud puede estar influenciada por factores externos independientemente de la oferta de servicios existentes.

Rodríguez (2012), en su tercer ensayo señala:

Los mercados de la atención de salud están caracterizados por múltiples imperfecciones, en gran parte derivadas de la incertidumbre y las asimetrías de información entre compradores y vendedores que son inherentes a la naturaleza de la salud y la atención médica. Como consecuencia, las cuestiones de bienestar social deben decidirse en el contexto de segundo-mejor, lo cual ha llevado a favorecer la intervención del estado mediante fuerte regulación (p. 109).

En Perú el mercado de atención de salud es conformado por tres subsistemas independientes: público, seguridad social y privado. El primero atiende a pacientes generalmente de escasos recursos y tiene dos subsistemas: uno por pacientes que pagan una tasa por consulta y/o tratamiento médico y otro afiliado al sistema de seguro integral y es gratuito; la segunda por la seguridad social y se brinda a todas aquellas personas que trabajan de forma dependientes o independientes que aportan a la seguridad social y la tercera para aquellas personas que tienen seguro privado o se atienden en clínicas privadas.

Las empresas prestadoras de salud, han optado por tomar diferentes estrategias orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud y reducir sus costos a fin de que exista satisfacción en el usuario de sus servicios, para eso tienen que implementar sistemas de costos eficaces y confiables que les permitan mejorar la productividad y el financiamiento de sus servicios de salud.

Por otra parte, según García (2007), los servicios de salud deben de ser satisfactorios para los pacientes y ciudadanos lo que conlleva a determinadas condiciones como: motivación de los profesionales, el confort y la intimidad de los pacientes, la continuidad del

tratamiento de los pacientes hasta su alta médica, la disponibilidad de tecnología de punta, la eliminación de la burocracia y la espera por atención de salud y la eficiencia en la toma de decisiones.

Por lo señalado, en los hospitales debe de implementarse como principios: a) la satisfacción de los pacientes; b) se debe gestionar por procesos adaptados a la satisfacción del paciente; c) orientación hacia los resultados; d) liderazgo; e) desarrollo y compromiso de los trabajadores; y f) la mejora continua.

### ***1.2.2. Sobre la salud mental***

El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2012), menciona que los trastornos mentales, sociales y de comportamiento, son componentes importantes por el impacto que tienen en las actividades de las personas y la repercusión que tienen en aspectos socioeconómicos, especialmente laborales, y que este problema repercute principalmente en la población económicamente activa. Asimismo, el uso de sustancias psicoactivas, los trastornos mentales y el alcoholismo contribuyen de forma importante a la discapacidad, mortalidad prematura y morbilidad.

La Organización Panamericana de Salud (OPS, 2014), señala: **“No hay salud sin salud mental**, este mensaje expresa claramente la necesidad de un abordaje integral de la salud y enfatiza los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad” (p. 1). Ya que las personas al encontrarse bien mentalmente, puede desarrollar sus capacidades, trabajando de manera productiva y aportando al desarrollo de su comunidad.

En los últimos años, la OMS para las Américas invoca a los países miembros, a implementar en sus países diferentes programas (OPS, 2014) como son:

- a. Programa de acción para superar las brechas en salud mental, OMS, 2008.
- b. Estrategia y Plan de acción sobre salud mental, OPS, 2011; Estrategia y Plan de acción sobre epilepsia, OPS, 2009.

- c. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, OMS, 2011; Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, OPS, 2010.
- d. Estrategia sobre uso de sustancias y salud pública, OPS, 2011; Plan de acción sobre uso de sustancias psicoactivas y salud pública, OPS, 2010.
- e. Declaración política sobre las enfermedades no transmisibles, ONU, 2011; Marco mundial de vigilancia integral, OMS, 2013; Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, OPS, 2013.
- f. Plan estratégico 2014-2019, OPS.
- g. Plan de acción integral sobre salud mental, OMS, 2013-2020.
- h. Reunión regional de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil. OPS, 2014.

En salud mental se tratan trastornos psiquiátricos específicos: problemas psicosociales que afectan la vida cotidiana, ocasionan sufrimiento, baja calidad de vida y bienestar, afectando la productividad del individuo, razón por la que Saavedra (2009) resalta que la salud mental debe ser prioridad en la agenda de los países que buscan su desarrollo.

El estudio de la epidemiología social de las poblaciones muestra como la educación, el ingreso económico, el empleo y las condiciones en que realizan sus trabajos, las clases sociales y sus estilos de vida, las redes sociales en las que interactúan, así como la exclusión social (por etnia, raza, género y/o sexualidad, generacional, por discapacidad, por clase social) entre otros, afectan la salud de las personas y las poblaciones. Por ejemplo, la pobreza y la salud mental generan un círculo vicioso: la salud mental de las personas es afectada por la pobreza, y esta afecta la economía de las familias.

En el Informe General del Estudio Epidemiológico de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012), señala:

Al incluir en las investigaciones epidemiológicas los aspectos vinculados a la salud mental positiva, se está propiciando el desarrollo de la promoción de la salud, la cual lleva a la definición de metas saludables, en términos de condiciones de vida, oportunidad de disfrutar de más años con calidad de vida, la percepción y conciencia de los problemas, al igual que la posibilidad de la participación colectiva en la solución de los mismos. Asimismo, se impulsa la promoción de la salud mental como un derecho fundamental de todas las personas. (p. 26)

Uno de los problemas sociales con fuerte repercusión son las adicciones, afectan a gran parte de la población. Los costos humanos y económicos ocasionados por las drogas son altos. En el Perú, la primera causa de morbilidad en los varones, es el alcoholismo. Las adicciones al consumo de sustancias psicoactivas, producen una gratificación inmediata y obliga al sujeto a repetirlas, abandonando sus obligaciones y afectando su salud física, mental y su entorno.

Así también el incremento de adultos mayores en América Latina y el Caribe plantea la necesidad de estructurar sus demandas de salud, nutrición, educación y vida social, entre otros. La confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales conlleva la necesidad de evaluar integralmente al adulto mayor con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Con frecuencia, las patologías crónicas y degenerativas conllevan a la discapacidad física o mental. En relación a salud mental, destaca el predominio de depresión, alteraciones cognoscitivas, discapacidad y maltrato. El estudio de (INSM, 2012) destaca la preocupación por los hallazgos encontrados en los indicadores sobre Lima y El Callao al tener una tendencia generacional que se está incrementando (p. 30).

La calidad de vida individual y grupal, es importantes tomar en cuenta que para identificar las necesidades de las personas y consecuentemente sus niveles de satisfacción, entender las causalidades y los efectos observados, nos permite determinar el impacto de las

condiciones sociales y ambientales, evaluar la eficiencia y eficacia de intervenciones y servicios y mejorar las decisiones políticas.

Según el INSM (2012), en el mundo la discapacidad psiquiátrica afecta a más de dos quintos de la población, sobre todo a poblaciones jóvenes, y la recuperación de la capacidad social y del trabajo es más baja. El acceso a los servicios de salud mental afecta principalmente a personas de menores recursos económicos, de bajo nivel educativo, de cultura y lingüística diferenciada. El INSM (2012) señala “en el Perú la interrelación sociocultural y el nivel educativo son especialmente importantes en problemas de salud, por los mitos y prejuicios”. (p. 34)

La salud mental es afectada por diversos factores como violencia familiar, la separación de los padres, el abandono de los niños, el exceso de control en el comportamiento o el descuido de atención a los mismos, el maltrato a los que son sometidos estos niños, provocarían disturbios emocionales en la adultez, como lo señala Moll (2009), los individuos que imponen dentro de la familia, un estilo de crianza rígido y excluyente afectan a los hijos de esas familias.

Álvarez et al. (2010) señala:

El proceso de aprendizaje de la violencia se ve acrecentado en menores de 12 años, en hogares nutridos de experiencias violentas y en un marco social caracterizado por la desigualdad y la frustración; además, cuando los valores culturales dominantes estimulan las formas agresivas de resolver los conflictos. Si bien la familia es un contexto cultural estructurado, tiene también la capacidad de modificarlo y encauzarlo; teniendo en cuenta que las conductas de las personas, al interior, están determinadas no sólo por las características peculiares de cada individuo, sino también por la influencia que sobre ellos ejercen otras personas. La conformación de la organización familiar no depende únicamente de la pareja, sino que estará ligada también a los condicionamientos

ambientales, socioeconómicos, culturales y a la influencia de la propia familia de origen de ambos cónyuges. (p.11)

Las creencias, costumbres, la medicina folklórica, la violencia política o social, la pérdida de trabajo, la discriminación y otros factores hacen que el tratamiento de la salud mental no sea accesible a muchas personas en el momento adecuado.

Así también la diversidad cultural de nuestro país, influye en las relaciones sociales, políticas y económicas y explica porque la mayoría de pobres se encuentran en zonas rurales y son de procedencia indígena.

Asimismo, el estigma en esquizofrenia, afecta a pacientes, familiares, profesionales de la salud y hospitales psiquiátricos. Este estigma se sustenta en creencias y mitos y las consecuencias son: aislamiento social, desesperanza, desprecio y rechazo, pocas oportunidades de empleo, tratamientos inadecuados, y temor a los pacientes con esquizofrenia.

### ***1.2.3. Sobre los costos de la atención en salud:***

Como señala Duque et al. (2009), en muchos de los hospitales la importancia de los costos y su gestión no son comprendidos por todos los Miembros de esa organización, ya que los costos no solo es responsabilidad de la administración o gerencia sino principalmente de aquellos que tienen que ver con los que prescriben su uso (médicos, y enfermeras). La importancia que tiene un adecuado sistema de costos para un hospital o clínica es. Duque (2009):

La verdadera utilidad de un modelo de costos radica en las decisiones que a partir de la información se puedan tomar, decisiones que pueden ser tomadas al interior de la entidad, tales como: el análisis de actividades, la racionalización de recursos, el análisis de capacidad, el cálculo de puntos de equilibrio, combinación de productos, cálculo de contribuciones marginales y márgenes de rentabilidad, comparaciones internas y externas, simplificación de procesos, programas de beneficios, planeación adecuada de

la cadena de suministros, decisiones de tercerización, análisis de eficiencia y productividad, entre otras; o decisiones tomadas por las entidades de regulación y control tales como: análisis de demanda y oferta, costos medios de prestación de los servicios, eficiencia en la utilización de recursos transferidos cálculo de indicadores sectoriales, clasificaciones de hospitales y clínicas de acuerdo con el comportamiento de sus costos, etc. (p. 522)

En el estudio de costos hospitalarios realizado para el Comité para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquía en Colombia, por Duque (2008) señala que:

El 80% de hospitales encuestados toman decisiones con base en la información de costos, por lo que se podría concluir, que aquellas entidades que ya tienen consolidada una metodología de costeo, la cual procesa información de costos de manera periódica y genera informes para las diferentes dependencias, y utilizan dicha información para la toma de decisiones. (p. 383)

Esto indica que en toda Latinoamérica existe una preocupación creciente para determinar los costos reales de los servicios de salud. Según indica Álvarez et al., (2000), la realización de un servicio médico conlleva a que la persona o institución realice el pago por la atención médica y esto conlleva a que la institución conozca los costos incurridos en la negociación de los precios entre el que compra y el que vende el servicio médico. (p. 55)

En México la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, realizaron el Módulo de estimación de costos hospitalarios (2004), en el cual se señala que en los servicios hospitalarios públicos existen cuotas de recuperación, en las que se indica el costo de recuperación de la atención, a pesar de que la forma en que se obtienen no garantiza la determinación de un costo que por lo menos permita recuperar los costos de operación de los servicios, “consecuencia de la forma de presupuestar los hospitales

públicos, estos no generan información necesaria para calcular los costos hospitalarios, ni tarifas; no se cuenta con estado de resultados y estado de posición financiera”.

En cuanto a la gestión de los servicios públicos, Delgado (2013) dice:

Que se busca que esta sea, eficiente y eficaz, es decir una administración que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, adoptando mecanismos de competencia y promuevan el desarrollo de servicios de mayor calidad. La calidad del servicio es algo que no se puede descuidar, por el trato directo que se tiene con los clientes quienes exigen que la atención que se les brinda sea satisfactoria y en muchos casos las calificaciones que dan tienden a ser bajas. (p. 10).

Broggi, (2010) No hay ninguna fuente en el documento actual. complementa señalando que a todo lo anterior también debe implicar al capital humano, el cual marca un diferencial a la hora de pensar en una organización estable y exitosa en el largo plazo (p. 10) y esto como señala Dueñas (1996), se refleja en el proceso del negocio como un “conjunto de tareas relacionadas y realizadas por un equipo de personas polivalentes, para producir un resultado preciso y cuantificable, que tiene un cliente o mercado específico” (p. 370)

En Perú se está tratando de mejorar la atención de salud y su calidad; concretamente en el Hospital Víctor Larco Herrera la calidad de los servicios, y el cumplimiento de los indicadores de gestión del año 2018 generó que todo el personal asistencial se hicieran acreedor al bono de cumplimiento con un premio de 100% de un sueldo, al haber llegado al 97% de cumplimiento en los indicadores de gestión. Estos logros pueden sostenerse en los siguientes años si no se comprometen los recursos que permitan continuar sosteniéndola o mejorándola.

Esta tendencia de gestión eficiente puede sostenerse, al disponerse de sistemas adecuados que permita a la Alta Dirección tomar las decisiones oportunas y en el momento oportuno y uno de estos sistemas es el de costos.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

¿La elaboración de una estructura de costos, con un adecuado sistema de costos de los procedimientos médicos, mejorará la toma de decisiones de la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

¿El desconocimiento de los costos incurridos en la organización y de los costos unitarios reales de los servicios médicos, no permite tomar buenas decisiones sobre los ingresos?

¿El desconocimiento de los costos incurridos en la organización y de los costos unitarios reales de los procedimientos médicos, influye en las decisiones de mejora continua de los servicios hospitalarios?

¿El desconocimiento de los costos estándar de los procedimientos médicos, influye en las decisiones de la gestión del presupuesto de los servicios hospitalarios?

### **1.4. Antecedentes**

El Ministerio de Salud con el estudio de Alvarado et al. (1997) en el Seminario “Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud” ha buscado difundir la metodología de análisis de costos y crear conciencia de que las decisiones pueden tomarse con el sustento de cifras e indicadores, ya que:

El conocimiento, el análisis y el control de los costos de producción de los servicios de salud, es información valiosa y necesaria para incursionar en forma competitiva en el mercado de la prestación de servicios de salud, pues los costos constituyen una variable adecuada para medir la eficiencia de la gestión hospitalaria e indispensable para su éxito (p. 14).

Considerando los estudios realizados y lo señalado por las Resoluciones Ministeriales N° 704-2006/MINSA y N° 1032-2019/MINSA, la aplicación del sistema de costeo adecuado

es el absorbente, y el costeo estándar para determinar el valor de cada procedimiento médico y fijar los parámetros de control, seguimiento y monitoreo. El sistema de costos debe de involucrar a toda la organización.

Estas deficiencias o problemas se fueron generando por una serie de hechos, que diferentes gestiones no pudieron resolver y que a continuación menciono:

La causa principal está en el desconocimiento de los costos reales de las diferentes UPS o centros de costos, así, como de los procedimientos médicos brindados a los usuarios o pacientes.

En cuanto a la valorización del SIS, es necesario conocer cuál es el costo real y cuánto de esto se recibe como reintegros del Estado por los servicios brindados a los pacientes, de igual manera, en la atención de los pacientes de consulta externa se estimaría cuánto es el subsidio del hospital sobre la tasa por atención médica pagada por el paciente.

En la actualidad los costos de la cartera de servicios han sido determinados en base a costos estimados por lo que no son confiables para la generación de ingresos reales y pueda estimarse la disponibilidad de recursos en los programas de inversión con recursos directamente recaudados.

Si las causas mencionadas no se superan, la Institución no mejorará su competitividad, su eficiencia y eficacia y superar los estándares establecidos por el Estado para los Hospitales de nivel III-1.

La calidad de los servicios, por ahora de nivel aceptable, puede verse comprometida si no se generan los recursos que permitan continuar sosteniéndola o mejorarla.

Esta proyección, puede ser evitada con un control basado en una gestión eficiente de los costos, al disponerse de un adecuado sistema de costos que permita a la Alta Dirección tomar las decisiones oportunas y en el momento oportuno.

## **1.5. Justificación de la investigación**

### ***1.5.1. Justificación teórica***

En el Perú, en los últimos 15 años, se han emitido leyes que buscan mejorar el acceso de la población al Sistema Nacional de Salud, en el cual el Estado se obliga a reembolsar el costo de los servicios médicos a los Hospitales que atendieron a los pacientes asegurados al Sistema Integral de Salud. Esto obliga a las Instituciones de salud a conocer sus costos reales por servicios de salud, y poderlos comparar con las tarifas que paga el Estado como reembolso y de esta forma conocer el beneficio o subsidio que la institución de salud brinda u obtiene. En los hospitales los costos permiten la integración entre la parte administrativa y asistencial, y la inexistencia de un adecuado sistema que permita gestionarlos ha generado un deterioro en los servicios públicos de salud, agravado por el fuerte crecimiento poblacional ya que estas Instituciones son generalmente antiguas y en momento en que se construyeron e implementaron estaban acorde con su densidad poblacional. Es por esto que, para las instituciones de salud, los costos de los servicios representan una de las herramientas más importante de los directores o gerentes en la toma de decisiones.

En la actualidad el establecimiento del Sistema Integral de Salud, obliga a las instituciones hospitalarias del estado a valorizar sus servicios médicos a fin de solicitar la devolución de los gastos médicos aplicados a los pacientes que usan estos servicios.

Si el objetivo primordial de la administración, es la realización de las aspiraciones humanas en el contexto social; en el caso de la administración médica, es la necesidad de que las personas vivan en estado de salud permanente, combatiendo las enfermedades y sus secuelas, y salvando vidas humanas, entonces es preciso fijar prioridades en base a criterios racionales y objetivos que prioricen la importancia y la urgencia de los problemas, la eficiencia y factibilidad de los medios para resolverlos, y para esto es imprescindible contar con un sistema de costos que provea la información requerida para tomar las decisiones más adecuadas.

Con el sistema de costos determinado se observa:

- El efecto que tiene en las actividades, áreas o procesos de los servicios médicos.
- Como, la determinación de los costos unitarios de los servicios médicos influye en la captación de los ingresos por recursos propios del hospital.
- La optimización en el uso de los recursos en las diferentes áreas o departamentos del hospital.
- La mejora en el control presupuestal del hospital.

### ***1.5.2. Justificación práctica***

La aplicación de un sistema adecuado de costeo, mejoró la toma de decisiones por la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera, en lo siguiente:

- Determinar los costos unitarios y precios de los servicios médicos.
- Controlar los costos incurridos en los servicios médicos, haciendo más eficiente el uso de los recursos.
- Mejorar el control presupuestal del Hospital, permitiendo la mejora continua.

### ***1.5.3. Justificación metodológica***

El desarrollo de este proyecto de investigación se justifica, ya que permitirá crear un modelo y metodología de costos con alta confiabilidad que permita a la Alta Dirección tomar las decisiones adecuadas.

Con el desarrollo de la investigación se propondrá un sistema de costeo que al implementarse permitirá observar las mejoras en la toma de decisiones.

La investigación es descriptiva y correlacional.

### ***1.5.4. Importancia***

La presente investigación permitió implementar un adecuado método de costeo, que permite a la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera, tomar las decisiones más adecuadas teniendo como base el sistema propuesto.

### **1.6. Limitaciones de la investigación:**

Las limitaciones que se tuvo para el desarrollo de la investigación fueron las siguientes:

1. Las órdenes de trabajo de mantenimiento (OTM), no están debidamente ordenadas, no registran los materiales a utilizar, ni el tiempo promedio para la realización del trabajo.

2. Los Jefes de Oficinas o Departamentos, en su mayoría no tienen un buen conocimiento de las prácticas administrativas que deben realizar.

3. El hospital Víctor Larco Herrera, está considerado como Patrimonio Cultural y por consiguiente la realización de los trabajos de mantenimiento o reparación no se pueden realizar sin el permiso del Ministerio de Cultura.

4. El Hospital Víctor Larco Herrera, al no ser una Unidad Formuladora tiene la limitación de no poder formular sus propios proyectos de inversión.

5. Muchas de las adquisiciones de bienes que se realizan a través del Plan Multianual de Equipamiento IOARR.

6. Las adquisiciones que se hacen en el sector público deben de hacerse a través de CENARES, Perú compras, que generan muchas veces que el abastecimiento o compra de bienes no se realicen

### **1.7. Objetivos**

#### ***1.7.1. Objetivo general***

La elaboración de una estructura de costos y de un adecuado Sistema de Costos de los servicios, mejoró las decisiones de la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera.

### **1.7.2. *Objetivos específicos***

1. Demostramos que el desconocimiento de los costos incurridos por la organización y de los costos unitarios reales de los servicios hospitalarios, no permitían generar mejores ingresos.

2. Demostramos que el desconocimiento de los costos incurridos por la organización y de los costos unitarios reales de los procesos médicos, influían en las decisiones de mejora continua de los servicios hospitalarios.

3. Demostramos la necesidad de contar con una estructura de costos para la organización y de costos unitarios estándares de procedimientos médicos, para mejorar las decisiones de formulación y control de los presupuestos de los servicios hospitalarios.

## **1.8. Hipótesis**

### **1.8.1. *Hipótesis principal***

La elaboración de la estructura de costos y de un adecuado sistema de costos unitarios reales, para los servicios médicos permite mejorar la toma de decisiones de la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera.

### **1.8.2. *Hipótesis específicas***

1. El conocimiento de los costos incurridos por la organización, así como de los costos unitarios reales de los servicios hospitalarios, influye en las decisiones de gestión mejorando los ingresos.

2. El conocimiento de los costos incurridos por la organización y de los costos unitarios reales de los procesos médicos, facilita las decisiones de gestión de la mejora continua de estos servicios hospitalarios.

3. El establecimiento de una estructura de costos para la organización y de costos unitarios estándares de procedimientos médicos, facilita las decisiones de gestión y control de los presupuestos.

## II. MARCO TEÓRICO

La administración de costos en una Empresa o Institución produce información para los usuarios internos, a fin de determinar el costo de los servicios, de los clientes y proveedores y realizar los programas de mejora continua y la toma de decisiones.

Como Institución Pública Estatal de servicios, el Hospital Víctor Larco Herrera procesó su información contable y financiera en conformidad a lo solicitado por el ministerio de Economía, pero también debe de determinar su estructura de costos reales a fin de valorizar sus servicios. Esto permitió a la Alta Dirección tomar mejores decisiones estratégicas y a la vez ejercer un mejor control de las actividades que se realicen.

### 2.1. Marco conceptual

#### **Actividad**

Son las acciones que conforman un proceso, estos procesos se desarrollan a través de actividades, estas están conformadas por tareas interrelacionadas y ligadas a un departamento.

#### **Centro de costos**

Es un área o centro de responsabilidad de una empresa, en donde un jefe o administrador es responsable por los costos que en él se incurran.

#### **Costeo absorbente**

En este método de costeo, el costo del producto incluye a todos los costos en los que se incurre independientemente de su comportamiento como fijo o variable.

#### **Costeo variable**

Este método de costeo se basa en el análisis del comportamiento de los costos variables, como los únicos costos de los productos.

#### **Costeo por órdenes**

Método de costeo aplicable a empresas que producen por pedidos, lotes, o servicios específicos, en donde cada producto obedece a especificaciones diferentes.

**Costeo estándar**

Método de costeo predeterminado, y señala lo que un producto o servicio debería de costar al fabricarlo en condiciones óptimas de producción.

**Costo**

Es el valor de los recursos utilizados en la producción, y se consumen con la finalidad de lograr un objetivo y obtener beneficios en el mismo periodo en el que se aplican o uno futuro.

**Costo directo**

Son aquellos costos que se pueden identificar directamente con el producto.

**Costo indirecto**

Son aquellos costos en los que se incurre durante la producción y que no se pueden identificar directamente con los productos, por lo que deben de cargarse sobre ellos utilizando un inductor.

**Costo variable**

Son aquellos costos que cambian de acuerdo al aumento o disminución en los niveles de producción.

**Costo fijo**

Son aquellos costos que permanecen constantes cualquiera sea el nivel de producción.

**Objeto de costo**

Es el elemento sujeto a ser costeado.

**Recurso**

Es el conjunto de bienes, personas y servicios que tiene la empresa y que usa en la fabricación de sus productos o servicios.

**Sistema**

Es un conjunto de elementos interrelacionados con la finalidad de lograr los objetivos deseados.

## **2.2. Fundamentaciones teóricas**

Para el desarrollo del marco teórico expuse la fundamentación sobre el tema de los siguientes autores:

### **2.2.1. Robbins Stephen y Coulter Marianne**

Según Robbins y Coulter (2014), los gerentes (en este caso Director) tienen la responsabilidad de tomar decisiones que comprometen el rumbo de la organización: en la planeación, organización, dirección y control de las actividades que desarrolla una empresa o institución. (pp. 1 – 18).

Esto significa que la Institución estableció su Misión, Visión y junto con los valores institucionales y establecieron sus Planes Estratégicos, como un conjunto de planes que la institución pretende alcanzar en el largo plazo (generalmente 5 años), en estos planes se han fijado las metas y objetivos que se pretende alcanzar. Las razones por la cual lo realiza son: a) tener un buen desempeño; b) disminuir el grado de incertidumbre debido a los constantes cambios del entorno, los que son analizados antes de elaborarse los planes, y permite conocer sus fortalezas y debilidades y c) permite la integración de toda la organización ya que todos deben de trabajar en conjunto para sacar adelante los planes. El establecimiento de estos planes, objetivos y metas deben de estar acordes con las políticas públicas establecidas en el Plan de Modernización del Estado, teniendo como fin del servicio la satisfacción del ciudadano (paciente), con la calidad requerida.

En cualquier empresa o institución las funciones administrativas de la gerencia (en este caso Director) se resumen en cuatro puntos: planear, organizar, dirigir y controlar. En la planeación se definen los objetivos, metas y estrategias para lograrlos así también el desarrollo de planes estratégicos, como de los planes operacionales con la finalidad de integrar el futuro

que pretende alcanzar con las actividades del corto plazo. En la función de organización, el gerente debe determinar las tareas que deben realizar las diferentes gerencias de menor nivel o departamentos productivos. En la función de dirección, el gerente debe comunicar y motivar al personal a fin de alcanzar los objetivos y metas planteadas, así como eliminar los conflictos laborales. En la función de control, lo que se busca es verificar si lo que se estableció como objetivos y metas se está logrando y de no ser así, se toman las medidas necesarias para corregirla.

En la planeación y control, la preparación de los presupuestos es fundamental. En Robbins et al. (2014) “Los planes identifican los objetivos y las acciones necesarias para lograrlos. Los presupuestos son las expresiones cuantitativas de esos planes, expresados ya sea en términos físicos o financieros, o de ambas formas...en la planeación, un presupuesto es un método para traducir las metas y estrategias de una organización en términos operativos. Los presupuestos también se pueden utilizar en el control” (p.9).

El control es el proceso de establecimiento de estándares, y se basa en una comparación entre el estándar establecido y el desempeño real para tomar las acciones correctivas a fin de que los planes establecidos puedan cumplirse.

A comienzos de este siglo (2005), surge el concepto de administrar de forma sustentable, lo que significa que el gerente debe administrar la Institución de forma eficiente y eficaz, respondiendo a desafíos en los que no se involucraban anteriormente como medioambientales, tecnológicos y sociales. Esto significa, que se debe buscar la satisfacción del cliente, utilizando recursos que no depreden, contaminen, deterioren nuestra naturaleza o medio ambiente, respetando el hábitat donde se desarrollan las ciudades o grupos humanos.

### **2.2.2. Horngren Charles, Datar Srikrant y Foster George**

Según Horngren et al. (2007), la administración tiene la necesidad de fijar metas y objetivos a largo plazo expresados como misión y visión, plasmados como planes estratégicos.

El establecimiento de estos planes por parte de una empresa conlleva primeramente a conocer sus fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas, y junto a sus valores se establecen los planes estratégicos, en el cual se especifica cómo la organización competirá y que rumbo tomará la institución o empresa, es decir se fijan las estrategias que nos permitirá ir de donde estamos hacia dónde queremos estar (visión).

Así también Horngren et al. (2007) señalan: “la clave del éxito de una compañía radica en crear valor para los clientes y al mismo tiempo distinguirse de sus competidores. La estrategia consiste justamente en identificar como una compañía puede lograr esto”. (p. 3)

La estrategia solo puede ser buena si su puesta en marcha también es buena, por ejemplo, si se busca disminuir el costo de los productos o servicios, los trabajadores deberán de ser capacitados para tener mayor competencia y que al desarrollar su trabajo, mejoren la calidad o eliminen las actividades innecesarias. La estrategia en una organización describe cómo competirá y cómo será el comportamiento de sus empleados en la búsqueda de lograr los objetivos y metas, los gerentes implementan las estrategias traduciéndolas en acciones, así también preparar los planes de contingencias en caso de que algo salga mal.

El desarrollo de las acciones con el fin de lograr esas metas a través de planes de ejecución anual, impulsando una dirección para la organización, previniendo los problemas y creando políticas futuras, se realiza elaborando los presupuestos, los que son estándares con los cuales se pueden controlar el uso de los recursos de la Institución y permite controlar y motivar a los empleados. Los presupuestos serán buenos y permitirán el logro de los objetivos, si los costos con los cuales se trabajaron son reales y buenos.

Un plan de acción que la gerencia proponga para un periodo específico, se expresa cuantitativamente mediante los presupuestos con los cuales se busca coordinar todo aquello involucrado en la implementación de dicho plan. Por lo general el presupuesto incluye todos los aspectos de la empresa: financiero, producción, administración, ventas, investigación y

desarrollo de productos y otros. Los planes estratégicos se expresan mediante planes de largo plazo y los planes operativos se expresan en un periodo que puede ser un año o menos, y es muy importante en el análisis estratégico de la empresa, por la información que brinda en la retroalimentación por los efectos de las estrategias y planes.

Los presupuestos se elaboran en base a los costos que incurre la empresa. En primer lugar, el costo debe identificarse con el objeto de costo que se pretende medir y estos pueden estar ligados de manera directa o indirecta. Los costos se acumulan y se asignan a los objetos del costo en forma directa cuando se trata de costo directo y los costos indirectos se asignan sobre alguna base de prorrateo. Si los costos indirectos representan una porción importante de los costos de producción de una empresa, una mala asignación puede conducir a los gerentes a cometer errores respecto a la rentabilidad de los productos.

Los sistemas de costos, registran los costos de los recursos utilizados en la producción de bienes o servicios y permite ver el comportamiento que tienen. Al observar los costos totales, algunos varían según aumente o disminuya el volumen de producción, a este tipo de costo se llama costos variables y otros costos totales permanecen fijos a la variación del volumen de producción, a estos costos se les llama costos fijos. Cuando la producción disminuye la capacidad ociosa aumenta y algunos de los costos fijos se vuelven muy significativos para estrategias de reducción de costos. Los costos fijos generan pagos por recursos que no pueden cambiarse con rapidez, por ejemplo, los gastos por infraestructura de producción.

En los costos variables existe una relación de causa efecto que afectan a los costos, por ejemplo, la variación del volumen de producción tiene como efecto un cambio proporcional en los costos variables totales. Los costos fijos no tienen esa relación causa efecto.

Los costos fijos y variables son útiles para determinar la cantidad de equilibrio, es decir la cantidad que se debe de producir como mínimo para no tener pérdidas, o el punto en el cual

los ingresos por ventas son iguales a los costos totales, también nos permite determinar el costo unitario, es decir el costo de una unidad de producto o servicio fabricado.

Así también nos indica que existen dos sistemas de costeo básicos para la asignación de los costos a los productos o servicios. En el sistema de costeo por órdenes de trabajo o pedidos, Horngren et al. (2007) señala: “el objeto del costo es una unidad o múltiples unidades de un producto o servicio distinto llamado trabajo. Cada trabajo utiliza una cantidad diferente de recursos” (p. 99). También señala, que en el sistema de costeo por proceso “el objeto del costo son unidades idénticas o similares de un producto o servicio”. (p. 99).

En el sistema de costos por pedidos cada pedido tiene especificaciones y diseño diferente a otros pedidos, por ejemplo, la construcción de un edificio, una campaña de publicidad, un tratamiento médico, etc. En el sistema de costos por procesos, las actividades están ordenadas por departamentos en una secuencia repetitiva en cada departamento y el costo de un departamento se transfiere junto a los productos al siguiente departamento, sucesivamente hasta llegar al final, por ejemplo, la fabricación de azúcar, de envases de hojalata, etc.

También tenemos los costos del periodo, Horngren et al. (2007) los que “se tratan como gastos del periodo contable en el que se efectuaron, porque se espera que beneficien los ingresos en ese periodo y no en periodos futuros”. (p. 38). Estos costos son los relacionados con las ventas y administración de la empresa, por ejemplo, los costos de marketing, distribución y servicio al cliente, sueldos del personal de ventas y otros relacionados con el proceso de las ventas, son costos de ventas y se cargan en el periodo en el cual se realizan. Los costos de administración son aquellos que se ocasionan por la gestión de la empresa como por ejemplo los sueldos del gerente, mantenimiento de la empresa, etc. y tienen el mismo tratamiento que los costos de ventas.

Citando a Horngren, et al. (2007), otro de los sistemas de costeo de productos y servicios, es el costeo basado en actividades ABC del cual dice que:

Una de las mejores herramientas para perfeccionar un sistema de costo es un costo basado en actividades. El costeo basado en actividades (ABC) perfecciona un sistema de costeo al identificar las actividades individuales como los objetos fundamentales del costo. Una actividad es un acontecimiento, tarea o unidad de trabajo que tiene un motivo específico; por ejemplo, el diseño de productos, la preparación de máquinas, la operación de máquinas, y la distribución de productos. Los sistemas de ABC calculan los costos de las actividades individuales y asignan costos a objetos del costo, tales como productos y servicios, con base en las actividades necesarias para producir cada producto o servicio. (pp. 144-145).

Un sistema de costos ABC proporciona a los gerentes información de costos que permite tomar decisiones de fijación de precios de los servicios, así también saber cómo y dónde reducir el costo.

### **2.2.3. Hansen, Don y Mowen, Maryanne**

Según Hansen y Mowen (2007), en el largo plazo las decisiones que afectan la competitividad de la empresa deben considerar su crecimiento a largo plazo y su supervivencia. Esto significa que la empresa debe elegir de entre las estrategias alternativas una que le permita tener la certeza de un crecimiento a largo plazo como de su supervivencia y que la clave para esto es la ventaja competitiva. La ventaja competitiva significa crear para el cliente un mejor valor con base en un bajo costo o en comparación con sus competidores mantener su costo siendo el beneficio el valor agregado o en crear un valor equivalente con un costo más bajo. La planeación y el control de costos están vinculados con la planeación de los ingresos y las utilidades.

La planeación y el control de lo realizado, se efectúa a través de la información de costos que se ha generado y debe ayudar a los administradores a decidir: qué, porqué, como debería

hacerse y qué también se está haciendo, ya que esto permitiría hacer los análisis de rentabilidad y que decisiones deben tomarse en relación al precio, mezcla de productos y otros aspectos.

El costo de los productos o servicios nos lo proporciona la contabilidad de costos, así también brinda información sobre los clientes, los proyectos, los servicios, los procesos y otros detalles que pueden ser de interés para los gerentes, así mismo esta información es muy importante para la planeación, el control y la toma de decisiones. Así mismo la contabilidad de costos debe dar seguimiento a toda la información relacionada con la producción del servicio o producto, desde su concepción hasta su entrega al cliente.

Es imprescindible conocer el costo de los productos con la finalidad de establecer los precios de venta, determinar los ingresos, el financiamiento de las actividades, el desarrollo de nuevos productos o la implementación de nuevos servicios, y el sistema de costos adoptado para la acumulación y asignación debe involucrar a toda la organización.

El sistema de costos se estructura para acumular y asignar los costos a los objetos de costos, los que pueden ser productos, servicios, departamentos, los clientes, actividades y otros, respecto del cual se miden y asignan. Por ejemplo, si deseamos determinar lo que cuesta una cirugía de apendicitis, el objeto de costo es la apendicitis, si queremos determinar el costo del alquiler del local donde trabajamos, el objeto del costo es el local alquilado, si queremos determinar el costo de una campaña de vacunación, el objeto de costo es la campaña de vacunación.

La asignación de los costos a los objetos de costos debe de ser lo más exacto posible, y esto tiene que ver con la lógica y razonabilidad de los métodos de asignación de costos utilizados. El objetivo es medir y asignar lo más exacto posible los costos de los recursos utilizados por los objetos de costos. Muchas veces existen distorsiones por las asignaciones promedios lo que puede ocasionar decisiones erróneas y evaluaciones deficientes.

Los costos al ser rastreados en relación a su objeto de costo, pueden ser identificados de forma sencilla cuando están relacionados en forma directa y en este caso decimos que se trata de un costo directo y cuando no es fácil relacionarlo decimos que es un costo indirecto, y en estos casos se deberán asignar utilizando relaciones causales. El rastreo Hansen y Mowen (2007) “es la capacidad de asignar costos en forma directa a un objeto de costo de una manera económicamente factible por medio de una relación causal” (p. 36).

En la asignación de los costos debe de tenerse en cuenta que muchas veces un costo puede ser directo y a su vez indirecto en relación a los objetos de costos, por ejemplo, el sueldo del jefe del departamento de energía eléctrica es un costo directo cuando el objeto de costo es el departamento de energía e indirecto a una sala de cirugía o a un departamento médico. El rastreo de los costos puede hacerse por observación física cuando se pueden identificar de forma directa la cantidad de recurso usados por el objeto de costos; y también por generadores que es un razonamiento causa y efecto y mide el consumo de los recursos en las actividades de los objetos de costos, el cual es bien exacto si la relación causa efecto es sólida.

El costo de los productos o servicios se obtiene sumando los costos directos y los indirectos y es el objeto de costo más importante. El costo de los productos (tangibles) se obtiene procesando la materia prima, mediante el uso de la mano de obra y de los bienes de capital. Los servicios son actividades que se realizan para satisfacer las necesidades de los clientes, usando los productos o las instalaciones de una organización. Hay servicios que también consumen materia prima, mano de obra e insumos de capital, como por ejemplo los servicios médicos, dentales, fúnebres, y otros. En ambos casos al determinar el costo de los productos o servicios, debe cargársele los costos directos y los costos indirectos asignados sobre la base de algún criterio.

Así mismo existen costos que no son de los productos o servicios y corresponden a los de administración y ventas, estos costos se erogan en el periodo en el cual se incurren y por

consiguiente no son inventariables. Se incurren en estos costos por la necesidad de comercializar y distribuir el producto o servicio y por planear, dirigir, gestionar y controlar las actividades de la administración, con el fin de lograr los objetivos y metas planteadas en los planes estratégicos.

Así mismo tenemos los costos variables y fijos, los que son muy útiles para tomar decisiones respecto a variaciones en los volúmenes de producción, ya que los costos variables, varían con el incremento o disminución de la producción y los costos fijos permanecen constantes, esto permite conocer el margen de contribución unitario de los productos o servicios. Así mismo podemos determinar el punto de equilibrio para conocer el número mínimo de servicios que debemos producir para que no tengamos pérdidas o la cantidad de ingreso que debemos generar para igualar a los gastos.

En los servicios hospitalarios, al hacer la planeación se debe de tener en cuenta las características propias que posee la producción de servicios: a) La intangibilidad ya que los usuarios los compran sin verlos, sentirlos o probarlos. b) Los servicios no pueden ser almacenados por lo que son perecederos. c) La inseparabilidad, que significa que el comprador de los servicios y el proveedor deben estar en contacto directo para que ocurra el intercambio. d) La heterogeneidad se refiere a las probabilidades de variación en el desempeño de los servicios.

Estas características propias de los servicios deben de ser tomadas en cuenta al establecer un sistema de costos para su asignación, acumulación, y control.

Así mismo Hansen y Mowen (2007), señalan que, en las empresas, la producción de bienes y servicios se puede realizar por pedidos o departamentos. En la producción por pedido, se costean los productos o servicios para una determinada cantidad y los cuales tienen características propias diferentes de otros productos. En la producción por departamentos, los productos o servicios se realizan en diferentes departamentos y al finalizar en cada uno de ellos

se carga el costo incurrido al producto y se traslada al siguiente departamento con su respectivo costo.

Como cada servicio es por lo general diferente a otro entonces se debe utilizar un sistema de costos por órdenes de trabajo, ya que mediante este sistema cada trabajo que se realiza es diferente y por consiguiente la forma de costearlos es también diferente. Así por ejemplo en un mismo departamento médico de enfermedades bronquiales, el tratamiento y el costo por una afección bronquial es diferente de una neumonía. El sistema de costos a implementar debe ser flexible y confiable para satisfacer adecuadamente la acumulación, medición y su asignación. La acumulación de costos se da mediante su reconocimiento y registro; la medición se da por el importe monetario de la materia prima, mano de obra directa y costos indirectos incurridos en la producción del bien o servicio; y la asignación por la asociación de los costos incurridos en la producción con los bienes o servicios producidos.

La administración de los costos requiere el establecimiento de estándares basados en condiciones operativas eficientes, lo que se hace utilizando el costo estándar y comparando lo planeado con la actuación real, el sistema de costos estándar permite a la gerencia administrar los costos mediante el establecimiento de estándares que reflejan condiciones operativas eficientes y además permite entender que es lo que se necesita hacer para mejorar el desempeño actual y futuro. Y que cuando se toman decisiones de largo plazo (Planes Estratégicos para 5 años), se debe considerar su crecimiento a largo plazo y su supervivencia, y el elemento clave para el logro de esta meta es obtener una ventaja competitiva, o sea, crear un mejor valor para el cliente en relación a sus competidores.

Hansen y Mowen (2007), explican que un sistema de costos por actividades pone en relieve el rastreo en vez de la distribución:

El papel del rastreo de generadores se ve significativamente ampliado por la identificación de los generadores no relacionados con el volumen de productos

elaborados. El uso de generadores de actividad basados tanto en las unidades como no basados en ellas incrementa la exactitud de las asignaciones de costos y la calidad y la relevancia generales de la información de costos”. “Un sistema de costeo basado en actividades (ABC) rastrea primero los costos a las actividades y posteriormente a los productos y a otros objetos de costo. El supuesto fundamental es que las actividades consumen recursos, y que los productos y los objetos de costo consumen actividades. (p. 46).

En la clasificación de las actividades, estas se definen y describen por sus atributos y es la base para su clasificación, el cual facilita el logro de los objetivos como es el costeo de productos, la mejora continua, la gestión de la calidad y el manejo de los costos ambientales. Las actividades pueden ser primarias cuando esta se consume por un objeto de costo que puede ser producto o servicio y las actividades secundarias, que se consumen por objetos de costo intermedio que puede ser materiales, actividades primarias u otras actividades secundarias.

#### ***2.2.4. Polimeni Ralph; Fabozzi Frank; Adelberg Arthur***

Ellos señalan que la actividad principal de la Gerencia es “la toma de decisiones: la consideración cuidadosa de los cursos alternativos de acción y la selección de la mejor alternativa con el fin de lograr los objetivos específicos”. (Polimeni et al., 1997. p. 07)

El éxito de la gerencia dependerá del sistema de información que tenga la empresa y de los costos en que incurra en la producción de bienes o servicios. Generalmente las empresas tienen una estructura organizativa centralizada en donde, a la cabeza se encuentra el presidente o Gerente General quien tiene el control de la empresa y delega funciones hacia los gerentes intermedios y bajos, es una relación de línea esta cadena de poder. La definición de una adecuada estructura organizativa permitirá la definición de las obligaciones de cada ejecutivo en cada una de las dependencias que integran la organización, permitiendo la especialización

de las funciones, como son: ventas, logística, producción, administración, finanzas y otras dependiendo de la amplitud de la empresa.

La administración organizacional, tiene dos funciones claves: la planeación y el control. La planeación (Polimeni et al., 1997) “es la formulación de objetivos según la administración de la organización y sus programas de operación para lograr estos objetivos” (p. 09).

Estos objetivos y programas, se formulan para el largo y corto plazo. La información proporcionada por la contabilidad de costos permite establecer en términos cuantificables lo que debe realizarse en los periodos de tiempo. Así también permite que la gerencia tome decisiones en cuanto a (Polimeni et al., 1997):

1) nivel de producción, 2) mezcla de productos, 3) precios de ventas, 4) rentabilidad de una línea de productos y si ésta deba de continuar, 5) rentabilidad potencial de adicionar una nueva línea de productos, 6) ampliación de las instalaciones y 7) alteraciones en el proceso de producción. (p. 09)

El control, son los procedimientos específicos que adopta la gerencia para asegurar que los objetivos planteados se estén alcanzando de forma eficiente y eficaz. La eficiencia nos indica que tan bien se logró el objetivo y la eficacia nos dice si se logró o no el objetivo. El control implica una comparación continua entre lo presupuestado y el desempeño real, permitiendo observar la eficiencia y eficacia de las operaciones y aplicar las medidas a tomarse a fin de corregir las deficiencias cuando es desfavorable para la empresa.

La retroalimentación de información para efectos de control conlleva a que debe existir un sistema de comunicación eficaz, para que las medidas correctivas se ejecuten de manera inmediata, así como también las decisiones u órdenes que la Alta Dirección o los jefes intermedios deban cumplir con las decisiones que se tomen durante la ejecución de los trabajos.

La información de costos está conformada por los ingresos y costos pasados y se utilizan referencialmente para el establecimiento de estándares de desempeño y de ingresos

proyectados. Para efectos de establecer la planeación, el control y la toma de decisiones, se utilizan los costos estándares y los costos presupuestados. Los costos estándares están referidos a los componentes del costo de un producto o servicio en una base ideal de realización y los presupuestos expresan la actividad planeada en términos cuantitativos como: productos o servicios, monedas u otros ítems en base a los costos totales y no unitarios como se expresan los costos estándares.

También nos indican que los sistemas de costos que se pueden utilizar para costear los productos o servicios pueden ser: por procesos y por pedidos. El primero se utiliza acumulando los costos en cada uno de los departamentos o secciones por el cual atraviesa el producto o servicio generalmente se utiliza para la fabricación de productos estandarizados y repetitivos, y el segundo se utiliza cuando cada producto o servicio tiene especificaciones únicas y diferentes de otros productos o servicios y que cualquiera de los sistemas mencionados se puede controlar usando un sistema de costos estándar.

#### ***2.2.5. El sistema de costos en los hospitales***

Citando a Dueñas (2002), Andrade (2015) y Polimeni et al., (1997), el costo de un producto está compuesto por costos directos e indirectos y el caso de un hospital: los costos directos están conformados por la atención médica (consulta y/o intervención), medicamentos e insumos utilizados y el departamento de diagnóstico; los costos indirectos están conformado por los gastos de servicios generales (administración, finanzas, personal) y por los servicios de apoyo (los necesarios para el desarrollo de las actividades de los otros grupos), por lo que los costos se asignarán de la siguiente manera:

El reparto de los costos se realiza por medio de asignaciones sucesivas, en el caso de un hospital se distribuye primero los costos de las Unidades Prestadoras de Servicios Salud (UPSS) que realizan actividades de apoyo o servicios generales.

Luego se distribuyen los costos de los servicios de apoyo a las UPSS de servicios intermedios y, por último, todos estos costos se asignan a las UPSS de servicios finales y luego se determinan los costos de los procedimientos médicos, determinándose así el costo de cada procedimiento.

Este procedimiento de costeo se suele denominar asignación primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria, hasta llegar al costo final de los productos o servicios.

En el método de costeo, debemos de tener en cuenta los aspectos indicados y la caracterización de los servicios hospitalarios, por lo que debe ser uno adecuado a las características propias de un hospital estatal. Todos los autores de libros de contabilidad de costos tienen los mismos criterios para señalar los métodos de costeo. Los costos se clasifican:

- a. Por su naturaleza
- b. Tiempo de determinación
- c. Por su distribución o tratamiento de los costos indirectos
- d. Por su asignación.

#### **A. Métodos de Costeo por su Naturaleza**

##### **El costeo por órdenes o pedidos:**

Este método se basa en costear los productos de acuerdo a los pedidos de los clientes, en donde cada una de esas órdenes tiene características o especificaciones diferentes.

##### **El costeo por procesos:**

Los costos de los productos se agrupan por centros de trabajos o departamentos, y los costos se van acumulando al pasar por cada puesto de trabajo o centro de costo.

#### **B. Métodos de costeo por tiempo de determinación**

##### **El costeo histórico:**

Método de costeo que se caracteriza por tener en cuenta los costos reales de los productos, cuando se han erogado todos los costos que intervienen en la producción.

**El costeo predeterminado:**

Los costos predeterminados se calculan antes de iniciarse la producción de los artículos y se clasifican en estimados y estándar.

**Costos estimados:**

Se estiman en base a los costos incurridos en años anteriores y se calculan antes de producirse el artículo o prestarse el servicio.

**Costo estándar:**

Es lo que debería costar un producto o servicio en condiciones óptimas de fabricación. Su objetivo es el control de la eficiencia operativa.

**C. Método de costeo según el tratamiento de los costos indirectos:****El costeo variable:**

Método que asigna los costos variables de producción como los únicos costos del producto. Los costos fijos se tratan como gastos del periodo, afectando los estados financieros de la empresa.

**El costeo absorbente:**

Es aquel en el cual los costos variables y fijos de producción son absorbidos por los productos fabricados en ese periodo.

**D. Método de costeo por la forma de asignar los costos****El costeo tradicional:**

Es un método que mide los costos de los productos mediante la acumulación de los costos directos de los recursos y los costos indirectos son asignados a través de alguna base de asignación.

**El costeo basado en actividades:**

Este costo se basa en que los productos consumen actividades y el desarrollo de las actividades al fabricar un producto consumen recursos, y como estos recursos son indirectos, entonces para su distribución debe utilizarse inductores de costos.

En el Hospital Víctor Larco Herrera, cuando la administración toma decisiones debe de hacerlo teniendo en cuenta el corto y largo plazo, lo que significa el establecimiento de planes estratégicos y operacionales en el que se plasmarán las metas y objetivos y luego expresarlos cuantitativamente mediante los presupuestos, teniendo como base los costos de los servicios médicos.

### III. MÉTODO

En esta investigación, en el planteamiento del problema se señaló la existencia de una relación entre dos variables: los costos incurridos en la producción de los servicios médicos y las decisiones que se toman para optimizar el uso de los recursos con los que cuenta.

En el proceso de investigación para recolectar, procesar y analizar la información se utilizó un conjunto de instrumentos y procedimientos que nos permita probar las hipótesis formuladas para responder a los problemas de investigación.

El esquema del proceso de investigación es el siguiente:

**Figura 8**

*Esquema de investigación*



La metodología de investigación se desarrolló definiendo los siguientes pasos:

- a. Tipo de investigación a realizar
- b. Diseño de la investigación
- c. Selección de la muestra del estudio
- d. Técnicas e instrumentos para recopilar la información
- e. Técnicas de procesamiento y análisis de datos
- f. Técnicas para presentar resultados de la investigación
- g. Técnicas para contrastar hipótesis

### **3.1. Tipo de investigación**

Se estableció que la investigación, es exploratoria, correlacional, explicativa o descriptiva.

Las investigaciones exploratorias tienen como objetivo estudiar temas poco estudiados o desconocidos y que luego sirven de base para el desarrollo de estudios de mayor profundidad.

Las investigaciones correlacionales, explican, como se relacionan dos variables entre sí, entonces conociéndose el comportamiento de una de ellas se puede inferir el comportamiento de la otra variable.

Las investigaciones descriptivas especifican los aspectos o características más importantes del fenómeno que se somete a estudio. Describe como se manifiestan las variables, pero no como se relacionan.

Las investigaciones explicativas, buscan explicar las causas de la ocurrencia de eventos, de una relación entre dos o más variables.

La descripción del problema y el marco teórico de esta investigación, nos reveló que existe suficiente información sobre la relación entre dos variables: una estructura de costos y/o costos de los procedimientos médicos y la toma de decisiones, por lo que, estudiamos estas variables explicando las causas que originan su relación, por esto, la investigación es explicativa.

Definimos, que la investigación es explicativa, ahora la diseñamos para aplicarla al contexto particular del estudio, y analizamos los tipos de diseños de investigación.

**Figura 9***Diseño de la investigación*

<b>SELECCIÓN DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>		
<b>Investigaciones experimentales</b>	<b>Investigaciones no experimentales</b>	
	<b>Longitudinales</b>	<b>Transversales</b>
En estos estudios se hace variar la variable independiente (causas) para observar el comportamiento de la variable dependiente (efectos)	En este caso, se recolectan los datos a través de periodos para analizar los cambios ocurridos	En este estudio, se recolectan los datos en un determinado momento, se describen las variables y se analizan sus relaciones
<b>Experimento</b> Se conforman grupos al azar, a fin de que puedan ser comparables, para lograr la validez del experimento		<b>Exploratoria</b> Se da cuando el objeto de estudio es nuevo, a través de una exploración inicial
<b>Cuasiexperimento</b> Los sujetos no son asignados al azar a los grupos. Su validez interna está en función de equivalencias		<b>Descriptiva</b> Describe un evento y busca conocer la incidencia mostrada por las variables
		<b>Correlacionales-causales</b> Dos o más variables son descritas y analizadas sus relaciones

La investigación es: no experimental, transversal y correlacional-causal.

En el diseño de la investigación, no se hace variar intencionalmente las variables y lo que se hace es observar el comportamiento de la variable independiente y como esta, afecta el comportamiento de la variable dependiente. Los datos se recolectan en un solo momento por lo que es transversal.

La descripción del grado de las relaciones entre las variables, nos indica que la investigación es correlacional y causal al investigar, como, afecta la variable independiente en la variable dependiente.

### 3.2. Población y muestra

Para determinar la población del estudio debemos de tener en cuenta a las personas con capacidad y conocimiento del uso de los recursos y cuyas decisiones impactan en el costo de las Unidades Productoras de Servicios, este conjunto de personas son médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, nutricionistas, licenciados, economistas y otros profesionistas, que en conjunto suman treientos sesenta y cinco (365). La muestra lo tomamos en base a la estructura organizativa teniendo en cuenta las características señaladas, siendo veintiséis (26) las jefaturas con capacidad decisoria. La encuesta se aplicó a 26 personas y solo llenaron y devolvieron diecisiete (17) encuestas.

La población de trabajadores del Hospital Víctor Larco Herrera a junio del 2019 es de mil cientos veintiséis (1,126) entre nombrados y CAS. La PEA del personal nombrado es 940.

La muestra para la investigación puede ser probabilística y no probabilística, y lo determinamos en base a los objetivos del estudio, del diseño de la investigación y de la contribución que aporta para la institución objeto del estudio.

### Figura 10

#### *Selección de la muestra*

SELECCIÓN DE LA MUESTRA	
<p><b>Muestras probabilísticas</b> En este caso todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos Para esto se debe: determinar el tamaño de la muestra y elegir sus elementos aleatoriamente</p>	<p><b>Muestras no Probabilísticas</b> La elección de la muestra depende del criterio del investigador. Los resultados se generalizan a la muestra pero no a la población</p>
	<p><b>El estudio de caso</b> Muestra no probabilística, y la unidad de la investigación es una institución, organización</p>

Las muestras no probabilísticas se eligen por decisión del investigador, requiriéndose de una cuidadosa elección de los sujetos en base a las características indicadas en el planteamiento del problema.

Para nuestra investigación, tomamos el estudio de caso ya que la unidad básica de investigación es una organización

### **3.3. Operacionalidad de las variables**

Las variables de las hipótesis deben transformadas de lo abstracto a lo concreto y para eso, se utilizó el procedimiento de Operacionalidad a fin de traducir a unidades de medición los conceptos hipotéticos. Este procedimiento permite identificar los aspectos que operan en las relaciones de las hipótesis.

Para hacer esto utilizamos los siguientes conceptos:

#### **Constructo:**

Es la variable dependiente o independiente que se identifica con la hipótesis general, y se desagrega en las variables de las hipótesis específicas.

#### **Concepto:**

Es la definición de las variables o constructos.

#### **Indicadores:**

Para facilitar la medición y evaluación de las variables, se establecen los indicadores o sub variables las que están en relación directa con las técnicas de evaluación.

#### **Sub indicadores:**

Señala con precisión lo que se quiere medir, y la información que brinda permite verificar la hipótesis.

#### **Escala de medición:**

Son las formas de medir una variable, y puede ser nominal cuando mide una cualidad por ejemplo grande o pequeño; bueno o malo, etc.; ordinal cuando señala jerarquías o niveles, y de intervalo cuando otorga un valor numérico.

## Figura 11

### *Variables dependientes*

#### A. Variables independientes

Variable Independiente	
Hipótesis	Descripción de la variable
Hipótesis principal:	Sistema de costeo absorbente y costeo estándar
Hipótesis específica 1:	Costos reales de la organización y de los servicios médicos.
Hipótesis específica 2:	Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios
Hipótesis específica 3:	Costos estándares de los Procedimientos médicos

**Figura 08:** Variables independientes:

#### B. Variables dependientes

Variables Dependientes	
Hipótesis	Descripción de la variable
Hipótesis principal:	Calidad de las decisiones de la Alta Dirección
Hipótesis específica 1:	Decisiones de gestión de los ingresos
Hipótesis específica 2:	Decisiones de mejora continua de los servicios médicos
Hipótesis específica 3:	Decisiones de formulación y control de los presupuestos

**Figura 12***Operacionalidad de las variables independientes*

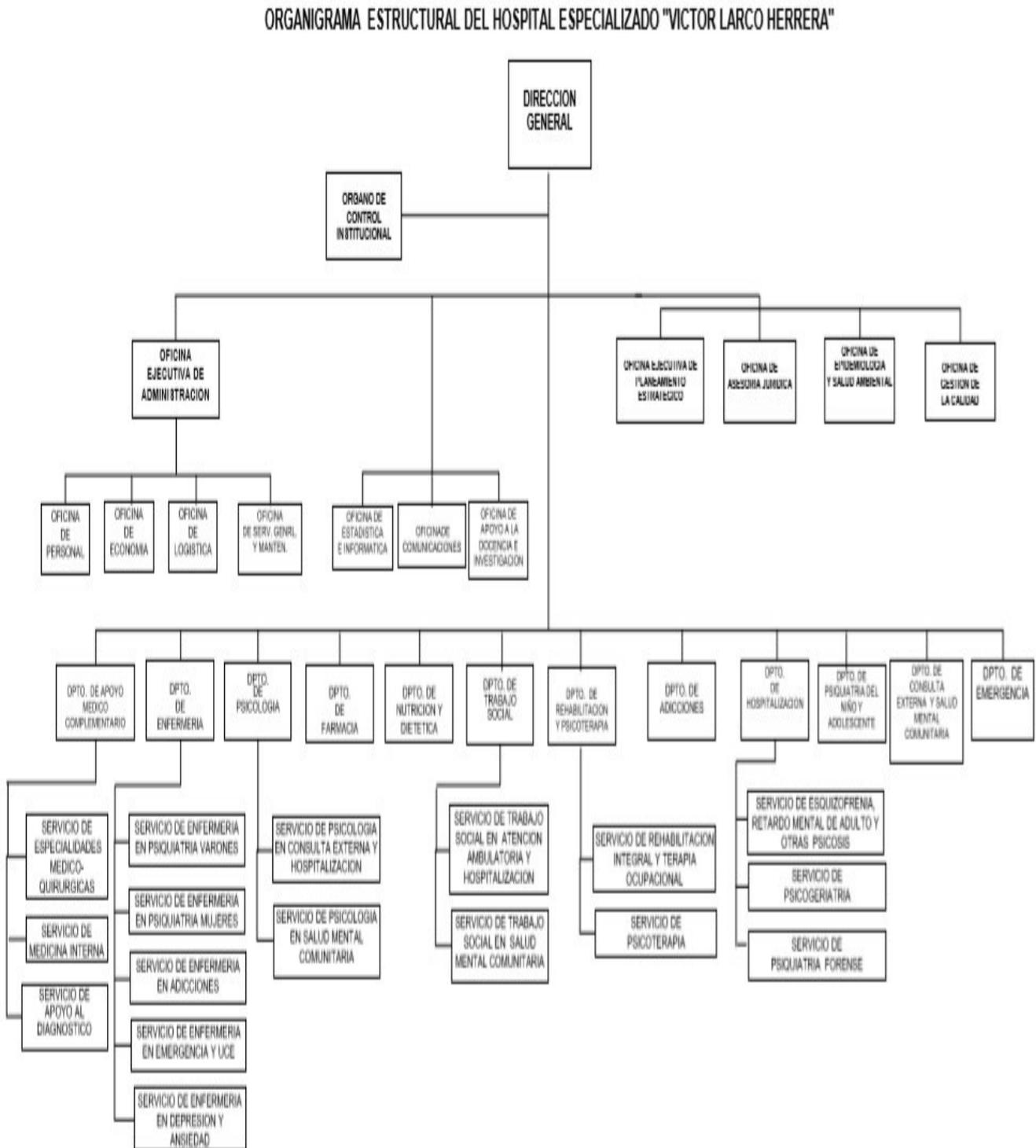
Constructo	Definición	Variable	Indicadores	Subindicadores	Escala de medición
Sistema de costeo absorbente y/o estándar	Método de costeo en el que los costos variables y fijos en los que se ha incurrido son absorbidos por los servicios prestados en ese periodo	Hipótesis 1: Costos reales de la organización y de los servicios médicos	Confiabilidad de la estructura de costos y costos de los servicios médicos	Costos de administración	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos de mantenimiento	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos de servicios médicos complementarios	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos de atención médica	1 = aceptable 0 = no aceptable
		Hipótesis 2: Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios	Confiabilidad de los costos incurridos en mejora de los procesos médicos	Costos en mejora de la gestión de los procesos	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos en la mejora de la capacidad del RRHH	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos en la reposición de los equipos médicos	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos en la reposición de los insumos médicos	1 = aceptable 0 = no aceptable
		Hipótesis 3: Costos estándares de los procedimientos médicos	Confiabilidad de los costos estándares por procedimientos médicos	Costos de procedimientos médicos en el SIS	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos de procedimientos médicos en el tarifario	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos de procedimientos médicos y el presupuesto	1 = aceptable 0 = no aceptable
				Costos estándares y los indicadores de gestión	1 = aceptable 0 = no aceptable

**Figura 13***Operacionalidad de la variable dependiente*

Constructo	Definición	Variable	Indicadores	Subindicadores	Escala de medición	
Calidad de las decisiones de la Alta Dirección	Mide el grado de optimización de las decisiones de la Alta Dirección	Hipótesis 1: Decisiones de gestión de los ingresos	Decisiones que mejoran los niveles de ingresos	Ingresos por recursos ordinarios	1 = aceptable 0 = no aceptable	
				Ingresos por recursos directamente recaudados	1 = aceptable 0 = no aceptable	
				Ingresos por donaciones y transferencias	1 = aceptable 0 = no aceptable	
		Hipótesis 2: Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios	Decisiones que mejoran los procesos hospitalarios	Decisiones para mejorar los procesos médicos	Decisiones para mejorar los procesos médicos	1 = aceptable 0 = no aceptable
					Decisiones por reposición y/o adquisiciones de equipos	1 = aceptable 0 = no aceptable
					Decisiones para reducir los sobrecostos	1 = aceptable 0 = no aceptable
					Decisiones por capacitación de los recursos humanos	1 = aceptable 0 = no aceptable
		Hipótesis 3: Decisiones de formulación y control del presupuesto	Decisiones para el establecimiento de los costos estándares de los procedimientos médicos	Decisiones para establecer costos estándares de procedimientos médicos	Decisiones para establecer costos estándares de procedimientos médicos	1 = aceptable 0 = no aceptable
					Decisiones para el control de los costos incurridos en los procedimientos médicos	1 = aceptable 0 = no aceptable
					Decisiones para formular el presupuesto en base a los costos estándares	1 = aceptable 0 = no aceptable

Figura 14

## Organigrama del Hospital Víctor Larco Herrera



### **3.4. Instrumentos**

La recolección de datos para la investigación, se hizo de dos maneras: una por información de administración central (planillas, programa SIGA inventarios, órdenes de trabajo de mantenimiento, personal por unidad prestadora de salud (UPS), planos de ambientes físicos y otros) y a través de encuestas a funcionarios que toman decisiones.

La información se recopiló considerando su estructura organizativa vigente.

### **3.5. Procedimientos**

Para el desarrollo del presente proyecto de investigación, se ha seguido el siguiente procedimiento: planteamiento del problema, luego se describió ese problema y se formuló como problema principal y problemas específicos. Luego se describió los antecedentes del problema, con lo que se justificó la investigación y las limitaciones que se encontraron en su desarrollo. Se formularon los Objetivos de la investigación, el objetivo general y los objetivos específicos; así como se formularon las hipótesis con las que se aceptaría o rechazaría la investigación.

Luego se definió el marco conceptual, así como el marco teórico que sirvió de base para el desarrollo del presente proyecto de investigación.

Luego definimos lo relacionado a la metodología: el tipo de investigación, se definió la población y la muestra, la operacionabilidad de las variables tanto independientes como dependientes, los procedimientos utilizados para el desarrollo del proyecto de investigación y el análisis de datos.

Luego se muestran los resultados de la investigación y se realizó una discusión con las diferentes teorías señaladas en el marco teórico, para analizar las discrepancias que existieran. Por último, se señalan las conclusiones y las recomendaciones; así como se indican las referencias y anexos.

### **3.6. Análisis de datos**

El procesamiento de la información obtenida de los costos incurridos, usamos una base de datos en hoja electrónica de cálculo, en el cual se construyeron los cuadros de levantamiento, procesamiento y análisis de los datos.

La información de los costos que se obtuvo de las diferentes fuentes se registró, y se fue asignando sobre los otros departamentos o unidades productoras de servicios hasta determinar el costo del servicio de los procedimientos médicos.

Procesamos la información de las encuestas aplicadas, utilizando técnicas estadísticas para presentación de datos, la evaluación nos proporcionó los indicadores que permitieron demostrar la hipótesis planteada. Así mismo, la característica de la encuesta permitió obtener datos cualitativos, obtenido de los encuestados al expresar sus opiniones acerca de los procedimientos médicos o de sus departamentos.

#### ***3.6.1. Técnicas para presentar resultados de la investigación***

La Resolución Ministerial N° 704-2006/MINSA, que da las pautas para desarrollar el costeo absorbente en los hospitales, señala la existencia de los costos administrativos y generales; los costos de mantenimiento y servicios; los costos de los servicios intermedios (nutrición, lavandería, costura, farmacia, laboratorios, odontología y otros), y los costos de los servicios finales (atenciones médicas o procedimientos médicos).

En el hospital Víctor Larco Herrera los resultados de los costos de administración, se presentó como un total y luego como ese total es distribuido entre cada uno de los centros de costos que reciben su atención. Los costos de mantenimiento se totalizaron y se distribuyeron proporcionalmente entre cada uno de los centros de costos que recibieron su atención; de igual manera se procedió con los costos intermedios. Al final los costos fueron distribuidos entre los departamentos médicos que brindan atención a los pacientes y en función de la atención, que

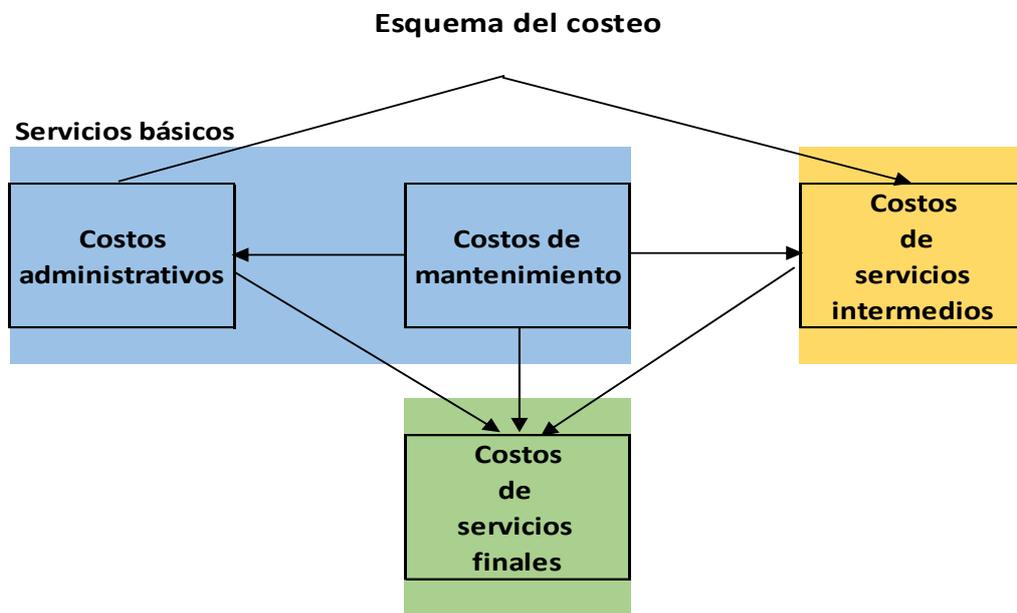
han brindado presentamos los resultados como costos unitarios de atenciones médicas, costo por día de hospitalización o sea costos por procedimientos médicos.

### 3.6.2. Aplicación del costeo absorbente

Con el sistema de costeo adoptado se procesó la información de costos, lo que permitió obtener los costos de todos los centros de costos, el esquema que se utilizó es el siguiente:

**Figura 15**

*Esquema del costeo a realizar*



#### 3.6.2.1. Costos de servicios básicos

##### 3.6.2.1.1. Costos del departamento de mantenimiento

Los costos de mantenimiento en el año 2018 fueron de ciento treinta y cinco mil cuatrocientos ochenta y dos mil (S/ 135,482.75) soles y setentaicinco céntimos, según podemos ver en la figura adjunta:

**Figura 16***Costos de mantenimiento*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos directos</b>	<b>Costos indirectos</b>	<b>Costo total</b>
<i>Insumos</i>	12,098.68		12,098.68
<i>Mano de obra directa</i>	75,135.26		75,135.26
<i>Activos fijos</i>		3,831.73	3,831.73
<i>Servicios de terceros</i>		44,417.09	44,417.09
<b>TOTAL</b>	<b>87,233.94</b>	<b>48,248.81</b>	<b>135,482.75</b>

**FUENTE:** *Elaboración Propia*

**FUENTE:** Estructura de Costos del HVLH

Estos costos se aplicaron sobre los centros de costos que reciben los beneficios por atención de los servicios de mantenimiento, sobre la base del número de atenciones recibidas.

Todos los costos presentados, son promedios mensuales a fin de evitar las fluctuaciones que pueden presentarse entre diferentes meses.

Después de distribuir inicialmente los costos de mantenimiento, estos se ajustaron para que el total de los costos de mantenimiento sean transferidos. La asignación se muestra en la siguiente figura:

Figura 17

## Costos del Servicio de Mantenimiento

Dependencia		Costos directos		Costos Indirectos		Total
		Material	MOD	Factor	Costo	
Dirección General	Dirección	214.25	292.75	10	1,343.98	1,850.97
	Sub - Director	125.11	103.63	2	268.80	497.53
	SIS	172.40	190.17	2	268.80	631.36
Dirección Administrativa	Dirección (1)	156.72	182.12	6	806.39	1,145.23
	Personal	395.10	621.39	10	1,343.98	2,360.47
	Logística	179.21	134.42	3	403.19	716.82
	Economía	258.15	88.13	4	537.59	883.87
	OSGYM - SG	190.43	100.47	8	1,075.18	1,366.08
	OSGYM - Transp.	2.92	20.68	1	134.40	158.00
Departamento de Nutrición		443.94	427.90	19	2,553.56	3,425.40
Oficina de Control Interno		-	-	0	-	-
Oficina de Planeamiento		19.60	39.61	1	134.40	193.61
Oficina de Asesoría Legal		24.43	52.90	2	268.80	346.12
Oficina de Estadística		223.57	180.92	5	671.99	1,076.47
Oficina de Comunicaciones		14.20	89.55	2	268.80	372.55
Oficina de Epidemiología		94.36	57.44	2	268.80	420.60
Oficina de Gestión de Calidad		14.20	50.19	2	268.80	333.18
Ofic. de Docencia y Capacitación				0	-	-
Departamento de Enfermería		390.35	470.60	7	940.78	1,801.74
Departamento de Farmacia		61.50	213.60	8	1,075.18	1,350.28
Dpto de Servicio Social		29.90	128.61	3	403.19	561.71
Dpto Medicina Complement.		317.38	328.57	8	1,075.18	1,721.13
Departamento Hospitalización		32.50	97.05	3	403.19	532.74
Pabellón N° 1		466.07	530.55	19	2,553.56	3,550.18
Pabellón N° 2		607.84	1,064.15	29	3,897.54	5,569.53
Pabellón N° 4		1,215.29	549.18	23	3,091.15	4,855.62
Pabellón N° 5		794.09	980.27	26	3,494.34	5,268.70
Pabellón N° 8		176.53	244.58	10	1,343.98	1,765.09
Pabellón N° 9		339.92	374.60	21	2,822.35	3,536.87
Pabellón N° 12 - 13		219.34	199.10	11	1,478.38	1,896.82
Pabellón N° 18		200.41	194.95	11	1,478.38	1,873.74
Pabellón N° 20		537.98	484.80	19	2,553.56	3,576.34
Pabellón Psicología Forence		768.59	628.94	20	2,687.96	4,085.48
Departamento Emergencias		117.49	362.04	11	1,478.38	1,957.90
Pabellón UCE - UCEG		272.31	373.40	12	1,612.77	2,258.48
Departamento de Psicología				0	-	-
Departamento Rehabilitación		452.74	137.33	8	1,075.18	1,665.25
Dpto Consultas Exter. Adultos		517.38	402.54	15	2,015.97	2,935.89
Dpto Niños y Adolescentes		251.16	495.78	16	2,150.36	2,897.30
Cuna Jardín		18.85	37.94	0	-	56.79
<b>TOTAL</b>		<b>10,316.21</b>	<b>10,930.82</b>	<b>359</b>	<b>48,248.81</b>	<b>69,495.85</b>

FUENTE: Elaboración propia

(1): Se incluye los que corresponden a la Jefatura de OSGYM y los de Mantenimiento

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

Promedio mensual de uso de materiales =  $10,316.21/6 \text{ meses} = 1,719.37$ Promedio mensual de uso de mano de obra =  $10,930.82/6 \text{ meses} = 1,821.80$ FACTOR DE AJUSTE DE LOS COSTOS DE MATERIALES =  $12,098.68/1,719.37 = 7.04$ FACTOR DE AJUSTE DE LOS COSTOS DE MANO DE OBRA =  $75,135.26/1,821.80 = 41.24$

Figura 18

Distribución de los costos de Mantenimiento

Dependencia		Costos directos		Costos	Total
		Material	MOD	Indirecto	
Dirección General	Dirección	251.26	2,012.25	1,343.98	3,607.49
	Sub - Director	146.72	712.32	268.80	1,127.84
	SIS	202.19	1,307.16	268.80	1,778.14
Dirección Administrativa	Dirección (1)	183.80	1,251.82	806.39	2,242.01
	Personal	463.37	4,271.23	1,343.98	6,078.58
	Logística	210.17	923.95	403.19	1,537.31
	Economía	302.75	605.80	537.59	1,446.15
	OSGYM - SG	223.34	690.59	1,075.18	1,989.11
	OSGYM - Transp.	3.42	142.14	134.40	279.96
Departamento de Nutrición		520.65	2,941.26	2,553.56	6,015.46
Oficina de Control Interno		-	-	-	-
Oficina de Planeamiento		22.99	272.25	134.40	429.64
Oficina de Asesoría Legal		28.65	363.59	268.80	661.03
Oficina de Estadística		262.19	1,243.57	671.99	2,177.75
Oficina de Comunicaciones		16.65	615.55	268.80	901.00
Oficina de Epidemiología		110.66	394.85	268.80	774.31
Oficina de Gestión de Calidad		16.65	344.97	268.80	630.42
Ofic. de Docencia y Capacitación		-	-	-	-
Departamento de Enfermería		457.80	3,234.78	940.78	4,633.36
Departamento de Farmacia		72.13	1,468.22	1,075.18	2,615.53
Dpto de Servicio Social		35.07	884.04	403.19	1,322.30
Dpto Medicina Complement.		372.22	2,258.50	1,075.18	3,705.89
Departamento Hospitalización		38.12	667.10	403.19	1,108.41
Pabellón N° 1		546.60	3,646.83	2,553.56	6,746.99
Pabellón N° 2		712.86	7,314.68	3,897.54	11,925.08
Pabellón N° 4		1,425.27	3,774.91	3,091.15	8,291.33
Pabellón N° 5		931.30	6,738.08	3,494.34	11,163.72
Pabellón N° 8		207.03	1,681.15	1,343.98	3,232.16
Pabellón N° 9		398.66	2,574.86	2,822.35	5,795.87
Pabellón N° 12 - 13		257.24	1,368.59	1,478.38	3,104.20
Pabellón N° 18		235.04	1,340.05	1,478.38	3,053.46
Pabellón N° 20		630.93	3,332.38	2,553.56	6,516.87
Pabellón Psicología Forence		901.38	4,323.14	2,687.96	7,912.48
Departamento Emergencias		137.79	2,488.53	1,478.38	4,104.69
Pabellón UCE - UCEG		319.36	2,566.62	1,612.77	4,498.75
Departamento de Psicología		-	-	-	-
Departamento Rehabilitación		530.97	943.94	1,075.18	2,550.09
Dpto Consultas Exter. Adultos		606.78	2,766.97	2,015.97	5,389.72
Dpto Niños y Adolescentes		294.55	3,407.83	2,150.36	5,852.75
Hanopren		22.11	260.79	-	282.90
<b>TOTAL</b>		<b>12,098.68</b>	<b>75,135.26</b>	<b>48,248.81</b>	<b>135,482.75</b>

FUENTE: Elaboración propia

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

### 3.6.2.1.2. Costos del departamento de administración

Los costos de administración son de un millón veintitrés mil ciento treinta y cuatro soles (S/1, 023,134.66) y sesenta y seis céntimos y son los siguientes:

**Figura 19***Costos de administración*

Componente del costo		Insumos	Personal	Activos Fijos	Servicios de Terceros	Costo transf. de Manten.	Total
Dirección Ejecutiva	Dirección	1,461.00	27,795.86	1,101.37	11,615.11	3,607.49	45,580.83
	Trámite Documentario	360.73	13,990.95	14.00	-	-	14,365.68
	OPRERIDE	4,128.96	1,600.00	577.85	-	-	6,306.81
Sub - Direc.	Sub-Dirección	129.40	8,662.76	253.75	-	1,127.84	10,173.75
	SIS	987.05	62,197.85	3,080.05	767.00	1,778.14	68,810.09
Dirección de Administrac.	Dirección	420.35	10,729.75	1,417.37	5,570.13	2,242.01	20,379.61
	Personal	233,607.79	72,981.74	1,606.44	9,498.56	6,078.58	323,773.11
	Economía	1,127.20	65,759.97	1,294.72	1,281.78	1,446.15	70,909.81
	Logística	3,783.70	70,315.52	1,197.65	2,429.51	1,537.31	79,263.70
Órgano de Control Institucional		462.59	10,570.24	16.58	1,281.78	-	12,331.18
Oficina Ejecutiva de Planeamiento		1,108.35	27,833.77	488.67	4,398.44	429.64	34,258.86
Oficina de Asesoría Legal		815.56	22,155.76	295.52	1,505.59	661.03	25,433.46
Ofic. Epidemiología y Salud Ambiental		290.44	13,022.09	449.12	1,281.78	774.31	15,817.74
Oficina de Gestión de la Calidad		355.27	19,210.15	700.86	1,281.78	630.42	22,178.47
Oficina de Estadística e Informática		2,844.39	75,224.97	3,892.24	8,596.01	2,177.75	92,735.37
Oficina de Comunicaciones		15,039.73	16,123.40	330.82	3,523.44	901.00	35,918.39
Oficina de Apoyo a la Docencia		1,102.79	12,647.79	384.14	3,795.11	-	17,929.83
Departamento de Trabajo Social		148.54	122,732.03	212.67	2,552.44	1,322.30	126,967.98
<b>TOTAL</b>		<b>268,173.81</b>	<b>653,554.60</b>	<b>17,313.82</b>	<b>59,378.46</b>	<b>24,713.96</b>	<b>1,023,134.66</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

La distribución sobre los demás centros de costos, se utilizó la siguiente base de distribución, determinada por la Resolución Ministerial N° 704-2006/MINSA

$$\text{Factor de asignación} = \frac{\text{Costo administrativo}}{(\text{Costo total} - \text{Costo de administración})}$$

$$\text{Factor de asignación} = 0.31634767$$

Los costos de administración asignados son los siguientes:

**Figura 20**

*Distribución de los costos de administración*

<b>Oficina/Departamento</b>	<b>Costos directos</b>	<b>Costos indirectos</b>	<b>Costo total</b>	<b>Costo asignado</b>	
<b>Costos de Administración</b>	921,728.42	101,406.24	1,023,134.66	-	
<b>Costos de servicios generales</b>	144,158.18	221,684.67	365,842.85	116,874.18	
<b>Servicio de Lavandería</b>	27,796.35	18,124.55	45,920.90	14,670.14	
<b>Servicio de Costura</b>	24,044.61	2,611.67	26,656.29	8,515.76	
<b>Servicio de Transporte</b>	24,967.95	6,341.50	31,309.45	10,002.29	
<b>Departamento de Nutrición</b>	321,447.09	15,387.55	336,834.64	107,607.06	
<b>Departamento de Farmacia</b>	316,962.15	2,858.08	319,820.24	102,171.54	
<b>Departamento de Enfermería</b>	64,727.37	2,858.08	67,585.45	21,591.22	
<b>Dpto Médico Complementario</b>	12,560.99	381.90	12,942.89	4,134.81	
	<b>Medicina Inter.</b>	61,575.40	1,313.15	62,888.55	20,090.72
	<b>Laboratorio</b>	31,667.58	1,624.24	33,291.82	10,635.59
	<b>Odontología</b>	15,818.90	490.55	16,309.44	5,210.31
	<b>Rayos X</b>	6,398.55	3,816.31	10,214.86	3,263.30
<b>Dpto de Hospitalización</b>	16,785.37	4,445.61	21,230.99	6,782.57	
<b>Pabellón N° 01</b>	209,245.31	788.62	210,033.93	67,098.60	
<b>Pabellón N° 02</b>	118,489.62	464.90	118,954.52	38,001.87	
<b>Pabellón N° 04</b>	115,938.93	337.10	116,276.02	37,146.18	
<b>Pabellón N° 05</b>	90,590.08	317.29	90,907.37	29,041.77	
<b>Pabellón N° 08</b>	85,410.07	243.20	85,653.27	27,363.27	
<b>Pabellón N° 09</b>	95,985.78	303.47	96,289.25	30,761.10	
<b>Pabellón N° 12 - 13</b>	93,907.37	369.14	94,276.52	30,118.10	
<b>Pabellón N° 18</b>	91,522.45	2,651.79	94,174.25	30,085.43	
<b>Pabellón N° 20</b>	195,207.00	736.90	195,943.90	62,597.32	
<b>Pabellón Psicología Forence</b>	37,239.56	186.84	37,426.40	11,956.44	
<b>Dpto de Emergencia</b>	155,830.00	4,256.59	160,086.59	51,142.15	
<b>Dpto de Rehabilitación</b>	38,774.57	3,218.78	41,993.35	13,415.43	
<b>Dpto Niños y Adolescentes</b>	107,865.85	3,881.81	111,747.66	35,699.53	
<b>Dpto Consulta Externa Adultos</b>	128,311.49	5,660.94	133,972.43	42,799.57	
<b>Dpto de Psicología</b>	136,463.15	1,310.03	137,773.17	44,013.78	
<b>UCE - UCEG</b>	124,743.32	1,544.54	126,287.87	40,344.62	
<b>TOTAL</b>	<b>3,816,163.42</b>	<b>409,616.07</b>	<b>4,225,779.49</b>	<b>1,023,134.66</b>	

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

### 3.6.2.1.3. Costos del departamento de servicios generales

Los costos incurridos por servicios generales fueron cuatrocientos noventa mil seiscientos treinta y tres soles (S/490,633.12) y doce céntimos, los que se muestran en la siguiente figura:

**Figura 21**

*Costos del Departamento de Servicios Generales*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>	8,311.63		8,311.63
<i>Personal</i>	135,846.54		135,846.54
<i>Activos fijos</i>		666.45	666.45
<i>Servicios de terceros</i>		221,018.22	221,018.22
<i>Costos transferidos de Mantenimiento</i>		1,989.11	1,989.11
<i>Costos transferidos de Jefatura OSGYM</i>		7,067.62	7,067.62
<i>Costos transferidos de Administración</i>		116,874.18	116,874.18
<b>TOTAL</b>	<b>144,158.18</b>	<b>347,615.59</b>	<b>491,773.77</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Para distribuir los costos de servicios generales entre los diferentes centros de costos, utilizamos como base de distribución el área de cada dependencia y establecemos el factor de distribución.

La distribución de los costos de servicios generales son los siguientes:

Figura 22

Distribución de los costos del Departamento de Servicios Generales

Oficina/Departamento	Area ocupada M <sup>2</sup> (1)	Factor	Costo asignado
<b>Administración (2880 m<sup>2</sup>)</b>			
Dirección General	40.00	0.00080302	394.90
Sub - Dirección	30.00	0.00060226	296.18
Logística	200.00	0.00401510	1,974.52
Economía	120.00	0.00240906	1,184.71
Dirección Administrativa	40.00	0.00080302	394.90
Planeamiento	50.00	0.00100377	493.63
Gestión de Calidad	50.00	0.00100377	493.63
Enfermería	120.00	0.00240906	1,184.71
Centro de Cómputo	300.00	0.00602265	2,961.78
<b>Oficina de Transporte y Personal</b>			
Personal	150.00	0.00301132	1,480.89
Transporte	700.00	0.01405284	6,910.82
<b>Central Telefónica</b>			
Trámite	50.00	0.00100377	493.63
Central Telefónica	50.00	0.00100377	493.63
<b>Departamento de Emergencia</b>			
Emergencia	1,000.00	0.02007548	9,872.60
OFPRERIDE	95.00	0.00190717	937.90
Oficina de Epidemiología	100.00	0.00200755	987.26
Taller de costura	300.00	0.00602265	2,961.78
Almacén central	472.00	0.00947563	4,659.87
Lavandería	1,775.00	0.03563398	17,523.86
Departamento de Nutrición	2,000.00	0.04015097	19,745.19
Pabellón N° 01	3,175.00	0.06373966	31,345.49
Pabellón N° 02	4,115.00	0.08261062	40,625.73
Pabellón N° 04	5,960.00	0.11964988	58,840.67
Pabellón N° 05	4,115.00	0.08261062	40,625.73
Pabellón N° 08	2,985.00	0.05992532	29,469.70
Pabellón N° 09	1,840.00	0.03693889	18,165.58
Pabellón N° 12 - 13	2,875.00	0.05771702	28,383.71
Pabellón N° 18	2,000.00	0.04015097	19,745.19
Pabellón N° 20	4,055.00	0.08140609	40,033.38
Departamento de Rehabilitación	3,075.00	0.06173211	30,358.23
Departamento Niños y Adolesc.	3,790.00	0.07608608	37,417.14
<b>Dpo Consulta Externa Adultos (3500 m<sup>2</sup>)</b>			
Consultorios Externos	400.00	0.00803019	3,949.04
Psicología	300.00	0.00602265	2,961.78
SIS	200.00	0.00401510	1,974.52
Odontología	120.00	0.00240906	1,184.71
Apoyo a la Docencia	150.00	0.00301132	1,480.89
Cajeros	300.00	0.00602265	2,961.78
Laboratorio	200.00	0.00401510	1,974.52
Farmacia	200.00	0.00401510	1,974.52
Estadística	50.00	0.00100377	493.63
Rayos X	100.00	0.00200755	987.26
UCE - UCEG	2,165.00	0.04346342	21,374.17
<b>TOTAL</b>	<b>49,812.00</b>	<b>1.00000000</b>	<b>491,773.77</b>

FUENTE: Elaboración propia

(1): INFORME TÉCNICO N° 048-ROV-2017-OSGYM-HVLH

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

### 3.6.2.1.4. Costos del servicio de transportes

Los costos de transporte son de cuarenta y ocho mil trescientos ochenta y ocho soles (S/48,388.87) y ochenta y siete céntimos, los que se muestran en siguiente figura:

**Figura 23**

*Costos del Departamento de Transportes*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>	1,579.70		1,579.70
<i>Personal</i>	23,388.25		23,388.25
<i>Activo Fijo</i>		3,553.15	3,553.15
<i>Servicios de Terceros</i>		1,300.43	1,300.43
<i>Costo transferido de OSGYM Jefatura</i>		1,487.92	1,487.92
<i>Costo transferido de Mantenimiento</i>		279.96	279.96
<i>Costo transferido de Administración</i>		10,002.29	10,002.29
<i>Costo transferido de Serv. Generales</i>		6,910.82	6,910.82
<b>Total</b>	<b>24,967.95</b>	<b>23,534.57</b>	<b>48,502.52</b>

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

La distribución de los costos de transporte se hizo sobre la base del número de veces que una dependencia o centro de costo uso el servicio, la asignación de estos costos es el siguiente:

**Figura 24***Distribución de los costos del departamento de Transporte*

<b>Oficina/Departamento</b>	<b>Factor (2) Ajustado</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Pabellón 01</i>	<i>0.10436681</i>	<i>5,062.05</i>
<i>Pabellón 02</i>	<i>0.06703057</i>	<i>3,251.15</i>
<i>Pabellón 04</i>	<i>0.02434498</i>	<i>1,180.79</i>
<i>Pabellón 05</i>	<i>0.08864629</i>	<i>4,299.57</i>
<i>Pabellón 08</i>	<i>0.03111354</i>	<i>1,509.08</i>
<i>Pabellón 09</i>	<i>0.02358079</i>	<i>1,143.73</i>
<i>Pabellón 12 - 13</i>	<i>0.06353712</i>	<i>3,081.71</i>
<i>Pabellón 18</i>	<i>0.00425764</i>	<i>206.51</i>
<i>Pabellón 20</i>	<i>0.05229258</i>	<i>2,536.32</i>
<i>Pabellón UCE</i>	<i>0.26932314</i>	<i>13,062.85</i>
<i>Emergencia</i>	<i>0.16386463</i>	<i>7,947.85</i>
<i>Departamento de Niños y Adolescentes</i>	<i>0.02270742</i>	<i>1,101.37</i>
<i>Departamento Consultas Externas Adultos</i>	<i>0.02925764</i>	<i>1,419.07</i>
<i>Departamento de Enfermería</i>	<i>0.00218341</i>	<i>105.90</i>
<i>Nutrición</i>	<i>0.02827511</i>	<i>1,371.41</i>
<i>Laboratorio</i>	<i>0.01113537</i>	<i>540.09</i>
<i>Hanopren</i>	<i>0.01179039</i>	<i>571.86</i>
<i>Departamento de Farmacia</i>	<i>0.00229258</i>	<i>111.20</i>
<b>TOTAL</b>	<b>1.00000000</b>	<b>48,502.52</b>

**FUENTE:** *Elaboración Propia***Fuente:** Estructura de Costos del HVLH**3.6.2.1.4. Costos del servicio de lavandería**

Los costos incurridos por el servicio de lavandería son de setenta y siete mil novecientos treinta y uno soles (S/77,931.08) y ocho céntimos, en la siguiente figura se presentan estos costos:

**Figura 25***Costos del Servicio de Lavandería*

<i>Componente del costo</i>	<i>Costos Directos</i>	<i>Costos Indirectos</i>	<i>Costo Total</i>
<i>Insumos</i>	5,886.25		5,886.25
<i>Personal</i>	21,910.10		21,910.10
<i>Activo Fijo</i>		312.37	312.37
<i>Servicios de Terceros</i>		16,324.26	16,324.26
<i>Costo transferido de OSGYM Jefatura</i>		1,487.92	1,487.92
<i>Costo transferido de Administración</i>		14,670.14	14,670.14
<i>Costo transferido de Serv. Generales</i>		17,523.86	17,523.86
<b>Total</b>	<b>27,796.35</b>	<b>50,318.55</b>	<b>78,114.90</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos de lavandería se distribuyeron sobre la base de kilos de ropa lavada y se distribuyen entre el número de pacientes y de esta forma se asigna a cada pabellón de pacientes su costo respectivo. Esta asignación se muestra en la siguiente figura:

**Figura 26***Distribución de los costos del servicio de lavandería*

<i>Oficina/Departamento</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Factor (1)</i>	<i>Costo asignado</i>
<i>Pabellón 01</i>	55	0.13253012	10,352.58
<i>Pabellón 02</i>	46	0.11084337	8,658.52
<i>Pabellón 04</i>	61	0.14698795	11,481.95
<i>Pabellón 05</i>	43	0.10361446	8,093.83
<i>Pabellón 08</i>	36	0.08674699	6,776.23
<i>Pabellón 09</i>	34	0.08192771	6,399.78
<i>Pabellón 12 - 13</i>	33	0.07951807	6,211.55
<i>Pabellón 18</i>	23	0.05542169	4,329.26
<i>Pabellón 20</i>	45	0.10843373	8,470.29
<i>Pabellón Psiquiatría Forence</i>	12	0.02891566	2,258.74
<i>Pabellón UCE</i>	27	0.06506024	5,082.17
<b>TOTAL</b>	<b>415</b>	<b>1.00000000</b>	<b>78,114.90</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

(1): *La base de asignación es el número de pacientes hospitalizados*

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

**3.6.2.1.5. Costos del servicio de costura**

Los costos de costura incurridos son de treinta y ocho mil cuarenta y tres soles (S/38,043.85) y ochentaicinco céntimos, estos costos se muestran en la siguiente figura:

**Figura 27**

*Costos del Servicio de Costura*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>	10,202.38		10,202.38
<i>Personal</i>	13,842.23		13,842.23
<i>Activo Fijo</i>		113.20	113.20
<i>Servicios de Terceros</i>		1,754.51	1,754.51
<i>Costo transferido de OSGYM Jefatura</i>		743.96	743.96
<i>Costo transferido de Administración</i>		8,515.76	8,515.76
<i>Costo transferido de Serv. Generales</i>		2,961.78	2,961.78
<b>Total</b>	<b>24,044.61</b>	<b>14,089.22</b>	<b>38,133.83</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Para costear los productos establecimos una unidad equivalente con el cual comparamos los demás productos, luego determinamos y asignamos los costos de costura a los diferentes centros de costos.

En la siguiente figura mostramos la asignación de los costos de costura:

**Figura 28***Distribución de los costos del servicio de costura*

Oficina/Departamento	Número de pacientes	Factor (1)	Costo asignado
Pabellón 01	55	0.13253012	5,053.88
Pabellón 02	46	0.11084337	4,226.88
Pabellón 04	61	0.14698795	5,605.21
Pabellón 05	43	0.10361446	3,951.22
Pabellón 08	36	0.08674699	3,307.99
Pabellón 09	34	0.08192771	3,124.22
Pabellón 12 - 13	33	0.07951807	3,032.33
Pabellón 18	23	0.05542169	2,113.44
Pabellón 20	45	0.10843373	4,134.99
Pabellón Psiquiatría Forence	12	0.02891566	1,102.66
Pabellón UCE	27	0.06506024	2,481.00
<b>TOTAL</b>	<b>415</b>	<b>1.00000000</b>	<b>38,133.83</b>

FUENTE: *Elaboración propia*(1): *La base de asignación es el número de pacientes hospitalizados***Fuente:** Estructura de Costos del HVLH**3.6.2.1.6. Costos de los servicios intermedios****Costos del departamento de nutrición**

Los costos del departamento de nutrición ascendieron a cuatrocientos setenta mil cuatrocientos setenta y cuatro soles (S/470,474.55) y cincuenta y cinco céntimos. En la figura siguiente se muestran estos costos:

**Figura 29***Costos del Departamento de Nutrición*

Componente del costo	Costos Directos	Costos Indirectos	Costo Total
Insumos	163,134.57		163,134.57
Insumos ( gas)	7,605.33		7,605.33
Personal	150,707.18		150,707.18
Activo Fijo		1,964.29	1,964.29
Servicios de Terceros		13,423.26	13,423.26
Costo transferido de Mantenimiento		6,015.46	6,015.46
Costo transferido de Servicios Generales		19,745.19	19,745.19
Costo transferido de Administración		107,607.06	107,607.06
Costo transferido de Transporte		1,371.41	1,371.41
<b>Total</b>	<b>321,447.09</b>	<b>150,126.68</b>	<b>471,573.77</b>

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos de nutrición son asignados de la siguiente forma:

**Figura 30**

*Distribución de los costos del departamento de nutrición*

<i>Pabellón</i>	<i>Cantidad de raciones</i>	<i>Costos de pacientes</i>	<i>Costos de adm. Y asistenc.</i>	<i>Costo asignado</i>
<i>Pacientes</i>	12,571	373,227.24		373,227.24
<i>Emergencia</i>	281		8,332.72	8,332.72
<i>Hanopren</i>	182		5,403.40	5,403.40
<i>Administrativos</i>	437		12,972.45	12,972.45
<i>Asistenciales</i>	2,413		71,637.95	71,637.95
<b>Total</b>	<b>15,884</b>	<b>373,227.24</b>	<b>98,346.52</b>	<b>471,573.77</b>

FUENTE: Departamento de Nutrición

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Ahora asignamos los costos de nutrición a los diferentes centros de costos que utilizan de este servicio.

**Figura 31**

*Costos de nutrición a los diferentes centros*

<i>Pabellón</i>	<i>N° pacientes</i>	<i>Costo asignado</i>
<i>Pabellón 01</i>	55	61,607.02
<i>Pabellón 02</i>	46	51,525.87
<i>Pabellón 04</i>	61	68,327.79
<i>Pabellón 05</i>	43	48,165.49
<i>Pabellón 08</i>	36	40,324.60
<i>Pabellón 09</i>	34	38,084.34
<i>Pabellón 12 - 13</i>	33	36,964.21
<i>Pabellón 18</i>	23	25,762.94
<i>Pabellón 20</i>	45	50,405.75
<i>Psiquiatría Forence</i>	12	13,441.53
<i>UCE</i>	27	30,243.45
<i>Hanopren</i>	6	6,720.77
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>	<b>471,573.77</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

### Costos del departamento de enfermería

Los costos de enfermería están constituidos por los costos de administración de esta oficina. Los costos del personal de enfermería y técnicos o asistenciales se cargan en el centro de costo o unidad productora del servicio de salud. Estos costos se muestran en la siguiente figura:

**Figura 32**

*Costos del Departamento de Enfermería*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>	21,968.07		21,968.07
<i>Personal</i>	42,759.30		42,759.30
<i>Activo Fijo</i>		1,576.31	1,576.31
<i>Servicios de Terceros</i>		1,281.78	1,281.78
<i>Costo transferido de Mantenimiento</i>		4,633.36	4,633.36
<i>Costo transferido de Serv. Generales</i>		1,184.71	1,184.71
<i>Costo transferido de Administración</i>		21,591.22	21,591.22
<i>Costo transferido de Transporte</i>		105.90	105.90
<b>Total</b>	<b>64,727.37</b>	<b>30,373.28</b>	<b>95,100.65</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Para distribuir estos costos, establecemos un factor de distribución en base al número de enfermeros o asistenciales que trabajan en cada unidad prestadora de salud. La distribución de los costos se muestra en la siguiente figura:

**Figura 33***Distribución de los costos del departamento de enfermería*

<b>Oficina/Departamento</b>	<b>Total Asistenciales</b>	<b>Factor</b>	<b>Costo asignado</b>
<i>Pabellón N° 01</i>	53	0.13250000	12,600.84
<i>Pabellón N° 02</i>	33	0.08250000	7,845.80
<i>Pabellón N° 04</i>	35	0.08750000	8,321.31
<i>Pabellón N° 05</i>	26	0.06500000	6,181.54
<i>Pabellón N° 08</i>	26	0.06500000	6,181.54
<i>Pabellón N° 09</i>	25	0.06250000	5,943.79
<i>Pabellón N° 12 - 13</i>	27	0.06750000	6,419.29
<i>Pabellón N° 18</i>	18	0.04500000	4,279.53
<i>Pabellón N° 20</i>	47	0.11750000	11,174.33
<i>Pabellón Psiquiatría Forence</i>	11	0.02750000	2,615.27
<i>Pabellón UCE</i>	37	0.09250000	8,796.81
<i>Departamento de Emergencia</i>	36	0.09000000	8,559.06
<i>Departamento de Consulta Externa Adult.</i>	17	0.04250000	4,041.78
<i>Departamento de Niños y Adolescentes</i>	4	0.01000000	951.01
<i>Hanopren</i>	5	0.01250000	1,188.76
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>1.00000000</b>	<b>95,100.65</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia***Fuente:** Estructura de Costos del HVLH**Costos del departamento de farmacia**

Los costos incurridos por el departamento de farmacia ascienden a cuatrocientos veinticinco mil seiscientos noventa y uno soles (S/425,691.03) con tres céntimos. En la siguiente figura se muestran estos costos:

**Figura 34**

## Costos del Departamento de Farmacia

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>		4,423.45	4,423.45
<i>insumos medicamentos</i>	231,180.46		231,180.46
<i>Personal</i>	81,358.24		81,358.24
<i>Activo Fijo</i>		1,576.31	1,576.31
<i>Servicios de Terceros</i>		1,281.78	1,281.78
<i>Costo transferido de Mantenimiento</i>		2,615.53	2,615.53
<i>Costo transferido de Serv. Generales</i>		1,974.52	1,974.52
<i>Costo transferido de Administración</i>		102,171.54	102,171.54
<i>Costo transferido de Transporte</i>		111.20	111.20
<b>Total</b>	<b>312,538.70</b>	<b>114,154.33</b>	<b>426,693.03</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Para distribuir los costos de farmacia se utilizó un factor de distribución por unidad de paciente, en base al promedio de uso de medicamentos por los pacientes de cada pabellón y por los pacientes de consultas externas. Este factor fue establecido en base a criterios de médicos tratantes.

La distribución de los costos de farmacia se muestra en la siguiente figura:

**Figura 35***Distribución de los costos del departamento de farmacia*

<b>Oficina/Departamento</b>	<b>Total Equival.</b>	<b>Factor (1)</b>	<b>Costo directo</b>	<b>Costo indirecto</b>	<b>Costo asignado</b>
Pabellón 01	220	0.01429964	4,469.19	1,632.37	6,101.56
Pabellón 02	115	0.00747481	2,336.17	853.28	3,189.45
Pabellón 04	183	0.01189470	3,717.55	1,357.83	5,075.39
Pabellón 05	129	0.00838479	2,620.57	957.16	3,577.73
Pabellón 08	108	0.00701982	2,193.97	801.34	2,995.31
Pabellón 09	102	0.00662983	2,072.08	756.82	2,828.90
Pabellón 12 - 13	83	0.00536237	1,675.95	612.14	2,288.08
Pabellón 18	69	0.00448489	1,401.70	511.97	1,913.67
Pabellón 20	135	0.00877478	2,742.46	1,001.68	3,744.14
Pabellón Forence	48	0.00311992	975.10	356.15	1,331.25
Pabellón UCE	95	0.00614235	1,919.72	701.18	2,620.90
Emergencia	710	0.04614885	14,423.30	5,268.09	19,691.39
Psiquiatría Adultos	11,519	0.74870816	234,000.28	85,468.27	319,468.55
Psiquiatría Niños	1,571	0.10207995	31,903.93	11,652.87	43,556.80
Adicciones (consultorio)	300	0.01947514	6,086.73	2,223.17	8,309.91
<b>TOTAL</b>	<b>15,385</b>	<b>1.00000000</b>	<b>312,538.70</b>	<b>114,154.33</b>	<b>426,693.03</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia***(1):** *La base de asignación es el número de pacientes hospitalizados y de pacientes atendidos en consulta externas.***Fuente:** Estructura de Costos del HVLH**Costos de los servicios finales****Costos departamento de apoyo médico complementario****Costos de la jefatura del departamento**

Los costos de la dirección de este departamento son de veinte mil setecientos cuarenta y tres soles (S/20,743.23) y veintitrés céntimos. En la siguiente figura mostramos estos costos:

**Figura 36***Costos de la Jefatura del Departamento de Apoyo Médico Complementario*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>	2,107.77		2,107.77
<i>Personal</i>	10,453.22		10,453.22
<i>Activo Fijo</i>		86.83	86.83
<i>Costo transferido de mantenimiento</i>		3,705.89	3,705.89
<i>Costo por servicios de terceros</i>		295.07	295.07
<i>Costo transferido de Administración</i>		4,094.45	4,094.45
<b>Total</b>	<b>12,560.99</b>	<b>8,182.25</b>	<b>20,743.23</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

La producción de los servicios del departamento de apoyo médico complementario se muestra en la siguiente figura:

**Figura 37***Producción de los servicios de apoyo médico complementario*

<b>Mes</b>	<b>Servicio Médico</b>					
	<b>Medicina Interna</b>	<b>Neurología</b>	<b>UCE</b>	<b>Odontolog.</b>	<b>Laborat.</b>	<b>Rayos X</b>
<i>Enero</i>	322	129	267	192	4,307	139
<i>Febrero</i>	388	109	199	234	4,579	148
<i>Marzo</i>	526	107	246	216	2,631	124
<i>Abril</i>	393	135	306	203	4,167	167
<i>Mayo</i>	433	127	280	247	3,432	245
<i>Junio</i>	321	133	320	176	4,185	98
<b>TOTAL</b>	<b>2,383</b>	<b>740</b>	<b>1,618</b>	<b>1,268</b>	<b>23,301</b>	<b>921</b>
<b>MENSUAL</b>	<b>397</b>	<b>123</b>	<b>270</b>	<b>211</b>	<b>3,884</b>	<b>154</b>

**FUENTE:** *Oficina de Estadística HVLH*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Para distribuir los costos de este departamento se estableció un factor equivalente en relación a los costos de cada tipo de servicio brindado por este departamento. La distribución de estos costos se muestra en la siguiente figura:

**Figura 38**

*Factor equivalente para la distribución de los costos de la Jefatura del departamento de Apoyo Médico Complementario*

Componente del costo	Número atenciones	Factor (1) equivalente	Total equival.	Costo Asignado
Medicina interna	397	4	1,589	3,849
Neurología	123	4	493	1,195
UCE	270	4	1,079	2,613
Odontología	211	5	1,057	2,560
Laboratorio clínico	3,884	1	3,884	9,409
Rayos X	154	3	461	1,116
<b>TOTAL</b>	<b>5,039</b>		<b>8,561</b>	<b>20,743.23</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

(1): *El factor equivalente se considera en base a un estimado del valor de los recursos que utiliza para una atención*

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

**Costos del servicio de medicina interna**

Los costos incurridos por el servicio de medicina interna son de ochentaisiete mil ochocientos veintisiete soles (S/87,827.67) y sesentaisiete céntimos. Estos costos se muestran en la siguiente figura:

**Figura 39**

*Costos del Servicio de Medicina Interna*

Componente del costo	Costos Directos	Costos Indirectos	Costo Total
Insumos		485.35	485.35
Personal (medicina interna)	52,100.91		52,100.91
Personal (médico neurólogo)	8,989.14		8,989.14
Activo Fijo		31.38	31.38
Costo de servicios de terceros		1,281.78	1,281.78
Costo transferido del dpto. Apoyo Médico C.		5,044.47	5,044.47
Costo transferido de Administración		19,894.65	19,894.65
<b>Total</b>	<b>61,090.05</b>	<b>26,737.62</b>	<b>87,827.67</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

Los costos del servicio de medicina interna se distribuyeron entre el total de atenciones médicas y nos da un costo unitario por atención que mostramos en la figura siguiente:

**Figura 40**

*Distribución de los costos del servicio de medicina interna*

<b>Procedimiento</b>	<b>Costo directo</b>	<b>Costo indirecto</b>	<b>Costo total</b>	<b>Costo unitario</b>
Medicina interna	52,100.91	20,402.09	72,503.01	182.55
Neurología	8,989.14	6,335.52	15,324.66	124.25
<b>TOTAL</b>	<b>61,090.05</b>	<b>26,737.62</b>	<b>87,827.67</b>	

**FUENTE:** *Elaboración propia*

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

### **Costos del servicio de odontología**

Los costos incurridos por el servicio de odontología son de veinticinco mil doscientos once soles (S/25,211.06) y seis céntimos. En la siguiente figura mostramos estos costos:

**Figura 41**

*Costos del Servicio de Odontología*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Insumos		546.85	546.85
Personal	15,272.05		15,272.05
Activo Fijo		490.55	490.55
Costo transferido de servicios generales		1,181.96	1,181.96
Costo transferido del dpto. Apoyo Médico C.		2,560.19	2,560.19
Costo transferido de Administración		5,159.45	5,159.45
<b>Total</b>	<b>15,272.05</b>	<b>9,939.01</b>	<b>25,211.06</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos del servicio de odontología se distribuyeron entre las atenciones brindadas por este servicio y tenemos el costo unitario promedio por atención odontológica:

**COSTO DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA**

**Costo unitario = 119.30 soles**

**Costos del servicio de laboratorio clínico**

El costo incurrido por el servicio de laboratorio clínico, se muestra en la figura siguiente:

**Figura 42**

*Costos del servicio de laboratorio clínico*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Insumos</i>		4,066.75	4,066.75
<i>Personal</i>	27,600.83		27,600.83
<i>Activo Fijo</i>		342.47	342.47
<i>Costo transferido de sevicios generales</i>		1,969.94	1,969.94
<i>Costo de servicios de terceros</i>		1,281.78	1,281.78
<i>Costo transferido del dpto. Apoyo Médico C.</i>		9,409.32	9,409.32
<i>Costo transferido de transportes</i>		538.83	538.83
<i>Costo transferido de Administración</i>		10,531.79	10,531.79
<b>Total</b>	<b>27,600.83</b>	<b>28,140.87</b>	<b>55,741.70</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo del servicio de laboratorio clínico se distribuyó entre el número de atenciones y tenemos el costo promedio unitario para este servicio:

**COSTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO**

**Costo unitario = 14.35 soles**

**Costos del servicio de radiología**

Los costos del servicio de radiología se muestran en la figura siguiente:

**Figura 43****Costos del servicio de radiología**

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Personal</i>	6,398.55		6,398.55
<i>Activo Fijo</i>		643.58	643.58
<i>Costo transferido de servicios generales</i>		984.97	984.97
<i>Costo de servicios de terceros</i>		3,172.73	3,172.73
<i>Costo transferido del dpto. Apoyo Médico C.</i>		1,115.74	1,115.74
<i>Costo transferido de Administración</i>		3,231.45	3,231.45
<b>Total</b>	<b>6,398.55</b>	<b>9,148.47</b>	<b>15,547.02</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario del servicio de rayos X, es el siguiente:

**COSTO DEL SERVICIO DE RAYOS X**

**Costo unitario = 101.28 soles**

**Costos del departamento de adicciones**

El departamento de adicciones ha incurrido en los costos que se muestran en la siguiente

figura:

**Figura 44***Costos de departamento de adicciones*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	1,401.70	507.48	1,909.18
Insumos		261.55	261.55
Personal	91,260.91		91,260.91
Activo Fijo		742.62	742.62
Servicios de Terceros		4,169.62	4,169.62
Costo transferido de Enfermería		4,269.91	4,269.91
Costo transferido del Dpto. Hospitalización		2,403.47	2,403.47
Costo transferido de Nutrición		25,702.89	25,702.89
Costo transferido de Lavandería		4,319.07	4,319.07
Costo transferido de Costura		2,108.45	2,108.45
Costo transferido de Transporte		206.02	206.02
Costo transferido de Mantenimiento		3,053.46	3,053.46
Costo transferido de Psicología		13,923.86	13,923.86
Costo transferido de Serv. Generales		19,699.39	19,699.39
Costo transferido de Administración		36,682.87	36,682.87
<b>Total</b>	<b>92,662.61</b>	<b>118,050.66</b>	<b>210,713.26</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Determinamos el costo diario de un paciente del departamento de adicciones, dividiendo el costo total entre el número de pacientes promedio por mes y es el siguiente:

***COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN ADICCIONES***

***Costo promedio mensual = 9,161.45***

***Costo promedio diario = 305.38 soles***

### Costos del departamento de hospitalización

Los costos incurridos por el departamento de hospitalización, son de cuarenta y tres mil novecientos noventa y tres mil (S/43,993.87) con ochenta y tres céntimos. En siguiente figura mostramos estos costos:

**Figura 45**

*Costos de la jefatura del departamento de hospitalización*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Insumos	1,191.56		1,191.56
Personal	15,593.82		15,593.82
Activo Fijo		275.99	275.99
Servicios de Terceros		15,517.76	15,517.76
Costo transferido de mantenimiento		1,108.41	1,108.41
Costo transferido de Administración		10,306.33	10,306.33
<b>Total</b>	<b>16,785.37</b>	<b>27,208.49</b>	<b>43,993.87</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos se asignan sobre la base del número de pacientes hospitalizados y lo mostramos en la figura siguiente:

**Figura 46**

*Distribución de los costos del departamento de hospitalización*

<b>Oficina/Departamento</b>	<b>Número de pacientes (1)</b>	<b>Factor de distribución</b>	<b>Costo asignado</b>
Pabellón 01	55	0.13064133	5,747.42
Pabellón 02	46	0.10926366	4,806.93
Pabellón 04	61	0.14489311	6,374.41
Pabellón 05	43	0.10213777	4,493.44
Pabellón 08	36	0.08551069	3,761.95
Pabellón 09	34	0.08076010	3,552.95
Pabellón 12 - 13	33	0.07838480	3,448.45
Pabellón 18	23	0.05463183	2,403.47
Pabellón 20	45	0.10688836	4,702.43
Pabellón Psiquiatría Forence	12	0.02850356	1,253.98
Pabellón UCE	27	0.06413302	2,821.46
Hanopren	6	0.01425178	626.99
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>	<b>1</b>	<b>43,993.87</b>

**FUENTE (1):** *Oficina de Estadística HVLH*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

### Costos del pabellón 01

Los costos del pabellón 01 están conformado por el costo del personal que trabaja en ese pabellón, los insumos que consume, los costos de depreciación de los activos que usa y los costos transferidos de los departamentos de servicios básicos e intermedios. Los costos se muestran en la siguiente figura:

**Figura 47**

#### Costos del pabellón 01

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	4,469.19	1,618.04	6,087.23
Personal	209,245.31		209,245.31
Activo Fijo		788.62	788.62
Costo transferido de Enfermería		12,572.52	12,572.52
Costo transferido de servicios generales		31,272.79	31,272.79
Costo transferido de mantenimiento		6,746.99	6,746.99
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		5,747.42	5,747.42
Costo transferido de Transportes		5,050.19	5,050.19
Costo transferido de Costura		5,041.96	5,041.96
Costo transferido de Lavandería		10,328.22	10,328.22
Costo transferido de psicología		15,240.66	15,240.66
Costo transferido de Nutrición		61,463.42	61,463.42
Costo transferido de Administración		66,443.74	66,443.74
<b>Total</b>	<b>213,714.50</b>	<b>222,314.56</b>	<b>436,029.06</b>

**FUENTE:** Elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario del pabellón 01 es:

#### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 01**

**Costo promedio mensual = 7,927.80**

**Costo promedio diario = 264.26 soles**

## Costos del pabellón 02

Los costos incurridos por el pabellón 02 son los siguientes:

**Figura 48**

### Costos del pabellón 02

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	2,336.17	845.79	3,181.96
Personal	118,489.62		118,489.62
Activo Fijo		464.90	464.90
Costo transferido de Enfermería		7,828.17	7,828.17
Costo transferido de servicios generales		40,531.50	40,531.50
Costo transferido de mantenimiento		11,925.08	11,925.08
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		4,806.93	4,806.93
Costo transferido del dpto. de psicología.		5,659.07	5,659.07
Costo transferido de Transportes		3,243.53	3,243.53
Costo transferido de Costura		4,216.91	4,216.91
Costo transferido de Lavandería		8,638.14	8,638.14
Costo transferido de Nutrición		51,405.77	51,405.77
Costo transferido de Administración		37,630.98	37,630.98
<b>Total</b>	<b>120,825.79</b>	<b>177,196.79</b>	<b>298,022.58</b>

**FUENTE:** Elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario del pabellón 02 es el siguiente:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 02**

**Costo promedio mensual = 6,478.75**

**Costo promedio diario = 215.96 soles**

## Costos del pabellón 04

Los costos del pabellón 04 son los siguientes:

**Figura 49**

*Costos del pabellón 04*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	3,717.55	1,345.91	5,063.47
Personal	115,938.93		115,938.93
Activo Fijo		337.10	337.10
Costo transferido de Enfermería		8,302.61	8,302.61
Costo transferido de sevicios generales		58,704.20	58,704.20
Costo transferido de mantenimiento		8,291.33	8,291.33
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		6,374.41	6,374.41
Costo transferido de Transportes		1,178.03	1,178.03
Costo transferido de psicología		7,504.42	7,504.42
Costo transferido de Costura		5,591.99	5,591.99
Costo transferido de Lavandería		11,454.93	11,454.93
Costo transferido de Nutrición		68,168.52	68,168.52
Costo transferido de Administración		36,783.65	36,783.65
<b>Total</b>	<b>119,656.48</b>	<b>214,037.08</b>	<b>333,693.56</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos unitarios del pabellón 04 son los siguientes:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 04**

**Costo promedio mensual = 5,470.39**

**Costo promedio diario = 182.35 soles**

## Costos del pabellón 05

Los costos incurridos por el pabellón 05, se muestran en la siguiente figura:

**Figura 50**

### Costos del pabellón 05

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	2,620.57	948.76	3,569.33
Personal	90,590.08		90,590.08
Activo Fijo		317.29	317.29
Costo transferido de Enfermería		6,167.65	6,167.65
Costo transferido de servicios generales		40,531.50	40,531.50
Costo transferido de mantenimiento		11,163.72	11,163.72
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		4,493.44	4,493.44
Costo transferido de Transportes		4,289.49	4,289.49
Costo transferido de Costura		3,941.89	3,941.89
Costo transferido de Lavandería		8,074.79	8,074.79
Costo transferido de psicología		5,290.00	5,290.00
Costo transferido de Nutrición		48,053.22	48,053.22
Costo transferido de Administración		28,758.33	28,758.33
<b>Total</b>	<b>93,210.65</b>	<b>162,030.09</b>	<b>255,240.73</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario del pabellón 05 es el siguiente:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 05**

**Costo promedio mensual = 5,935.83**

**Costo promedio diario = 197.86 soles**

## Costos del pabellón 08

Los costos incurridos en este pabellón son los siguientes:

**Figura 51**

*Costos de pabellón 08*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	2,193.97	794.31	2,988.28
Personal	85,410.07		85,410.07
Activo Fijo		243.20	243.20
Costo transferido de Enfermería		6,167.65	6,167.65
Costo transferido de servicios generales		29,401.35	29,401.35
Costo transferido de mantenimiento		3,232.16	3,232.16
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		3,761.95	3,761.95
Costo transferido de Transportes		1,505.55	1,505.55
Costo transferido de Costura		3,300.19	3,300.19
Costo transferido de psicología		4,428.84	4,428.84
Costo transferido de Lavandería		6,760.29	6,760.29
Costo transferido de Nutrición		40,230.60	40,230.60
Costo transferido de Administración		27,096.21	27,096.21
<b>Total</b>	<b>87,604.03</b>	<b>126,922.29</b>	<b>214,526.32</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario del pabellón 08 es el siguiente:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 08**

**Costo promedio mensual = 5,959.06**

**Costo promedio diario = 198.64 soles**

## Costos del pabellón 09

Los costos incurridos por el pabellón 09 se muestran en la siguiente figura:

**Figura 52**

### Costos de pabellón 09

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	2,072.08	750.18	2,822.26
Personal	95,985.78		95,985.78
Activo Fijo		303.47	303.47
Costo transferido de Enfermería		5,930.43	5,930.43
Costo transferido de sevicios generales		18,123.44	18,123.44
Costo transferido de mantenimiento		5,795.87	5,795.87
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		3,552.95	3,552.95
Costo transferido del dpto. de psicología		4,182.79	4,182.79
Costo transferido de Transportes		1,141.05	1,141.05
Costo transferido de Costura		3,116.85	3,116.85
Costo transferido de Lavandería		6,384.72	6,384.72
Costo transferido de Nutrición		37,995.57	37,995.57
Costo transferido de Administración		30,460.88	30,460.88
<b>Total</b>	<b>98,057.86</b>	<b>117,738.19</b>	<b>215,796.05</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario de este pabellón es de:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 09**

**Costo promedio mensual = 6,346.94**

**Costo promedio diario = 211.56 soles**

## Costos del pabellón 12 – 13

Los costos incurridos en este departamento son:

**Figura 53**

*Costos de pabellón 12-13*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	1,675.95	606.76	2,282.71
Personal	93,907.37		93,907.37
Activo Fijo		369.14	369.14
Costo transferido de Enfermería		6,404.87	6,404.87
Costo transferido de servicios generales		28,317.88	28,317.88
Costo transferido de mantenimiento		3,104.20	3,104.20
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		3,448.45	3,448.45
Costo transferido del dpto. de psicología		4,059.77	4,059.77
Costo transferido de Transportes		3,074.49	3,074.49
Costo transferido de Costura		3,025.17	3,025.17
Costo transferido de Lavandería		6,196.93	6,196.93
Costo transferido de Nutrición		36,878.05	36,878.05
Costo transferido de Administración		29,824.16	29,824.16
<b>Total</b>	<b>95,583.32</b>	<b>125,309.88</b>	<b>220,893.20</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario de los pabellones 12 – 13 son:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 12-13**

**Costo promedio mensual = 6,693.73 soles**

**Costo promedio diario = 223.12 soles**

## Costos del pabellón 20

Los costos incurridos por este pabellón son de:

**Figura 54**

*Costos de pabellón 20*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	2,742.46	992.89	3,735.35
Personal	195,207.00		195,207.00
Activo Fijo		736.90	736.90
Costo transferido de Enfermería		11,149.21	11,149.21
Costo transferido de servicios generales		39,940.52	39,940.52
Costo transferido de mantenimiento		6,516.87	6,516.87
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		4,702.43	4,702.43
Costo transferido de Transportes		2,530.38	2,530.38
Costo transferido de psicología		12,469.63	12,469.63
Costo transferido de Costura		4,125.24	4,125.24
Costo transferido de Lavandería		8,450.36	8,450.36
Costo transferido de Nutrición		50,288.25	50,288.25
Costo transferido de Administración		59,721.45	59,721.45
<b>Total</b>	<b>197,949.46</b>	<b>201,624.14</b>	<b>399,573.60</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario de este pabellón es de:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN 20**

**Costo promedio mensual = 8,879.41 soles**

**Costo promedio diario = 295.98 soles**

### Costos del pabellón psiquiatría forense

Los costos del pabellón de psiquiatría forense son los siguientes:

**Figura 55**

*Costos de pabellón de psiquiatría forense*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	975.10	353.03	1,328.12
Personal	37,239.56		37,239.56
Activo Fijo		186.84	186.84
Costo transferido de Enfermería		2,609.39	2,609.39
Costo transferido de mantenimiento		7,912.48	7,912.48
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		1,253.98	1,253.98
Costo transferido de Costura		1,100.06	1,100.06
Costo transferido de psicología		1,476.28	1,476.28
Costo transferido de Lavandería		2,253.43	2,253.43
Costo transferido de Nutrición		13,410.20	13,410.20
Costo transferido de Administración		11,839.75	11,839.75
<b>Total</b>	<b>38,214.66</b>	<b>42,395.44</b>	<b>80,610.10</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario del pabellón de psiquiatría forense es el siguiente:

#### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN PQ. FORENCE**

**Costo promedio mensual = 6,717.51**

**Costo promedio diario = 223.92 soles**

## Costos del pabellón UCE

Los costos del pabellón UCE son los siguientes:

**Figura 56**

*Costos de pabellón de UCE*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	1,919.72	695.02	2,614.74
Personal	124,743.32		124,743.32
Activo Fijo		1,544.54	1,544.54
Costo transferido de Enfermería		8,777.04	8,777.04
Costo transferido de servicios generales		21,324.59	21,324.59
Costo transferido de mantenimiento		4,498.75	4,498.75
Costo transferido del dpto. de hospitalizac.		2,821.46	2,821.46
Costo transferido del Apoyo Méd. Compl.		2,613.50	2,613.50
Costo transferido de Transportes		13,032.24	13,032.24
Costo transferido de Costura		2,475.14	2,475.14
Costo transferido de Lavandería		5,070.21	5,070.21
Costo transferido de Nutrición		30,172.95	30,172.95
Costo transferido de Administración		39,950.87	39,950.87
<b>Total</b>	<b>126,663.04</b>	<b>132,976.33</b>	<b>259,639.38</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

El costo unitario de este pabellón es de:

### **COSTO PROMEDIO MENSUAL DE UN PACIENTE DEL PABELLÓN UCE**

**Costo promedio mensual = 9,616.27**

**Costo promedio diario = 320.54 soles**

## Costos del departamento de emergencia

Los costos del departamento de emergencia son los siguientes:

**Figura 57**

*Costos de departamento de emergencia*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Costos de farmacia	14,423.30	5,221.85	19,645.15
Insumos		326.84	326.84
Personal	155,503.16		155,503.16
Costo de psicólogos que apoyan en emerg.	2,818.79		2,818.79
Activo Fijo		1,220.30	1,220.30
Costo transferido de Enfermería		8,539.82	8,539.82
Costo transferido de servicios generales		9,849.70	9,849.70
Costo transferido de mantenimiento		4,104.69	4,104.69
Costo de Servicios de terceros		3,036.29	3,036.29
Costo transferido de Transportes		7,929.22	7,929.22
Costo transferido de Administración		50,643.02	50,643.02
<b>Total</b>	<b>172,745.25</b>	<b>90,871.74</b>	<b>263,616.98</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Las atenciones del departamento de emergencia se muestran en la siguiente figura:

**Figura 58**

*Atenciones del departamento de emergencia*

<b>Número de atenciones</b>			
<b>Mes</b>	<b>Triage</b>	<b>Observac. 24 horas</b>	<b>Derivado a Cons. Ext.</b>
Enero	419	366	53
Febrero	243	234	9
Marzo	425	383	42
Abril	421	372	49
Mayo	419	373	46
Junio	415	360	55
<b>Total</b>	<b>2,342</b>	<b>2,088</b>	<b>254</b>
Promedio Mensual	390	348	42

**FUENTE:** *Oficina de Estadística HVLH*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos unitarios del departamento de emergencia se muestran en la siguiente figura:

**COSTO PROMEDIO DE UNA ATENCIÓN DE 24 HORAS EN EMERGENCIAS**

**Costo Promedio = 753.19 soles**

**COSTO PROMEDIO DE UNA ATENCIÓN TRIAJE EN EMERGENCIAS**

**Costo total por atención de 24 horas = 262,111**

**Costo Promedio = 35.58 soles**

**Costos del departamento de niños y adolescentes**

Los costos incurridos por este departamento se muestran en la siguiente figura:

**Figura 59**

*Costos de departamento de niños y adolescentes*

<b>Componente del costo</b>		<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Insumos			2,834.47	2,834.47
Costos de farmacia		31,903.93	11,550.58	43,454.52
Personal		116,028.07		116,028.07
Médico Psiquiatra	51,218.48			
Médico Neurólogo	5,612.90			
Terapia de Lenguaje	9,252.50			
Terapia de Aprendizaje	9,531.52			
Terapia Física y de Rehabil.	6,333.33			
Terapia ocupacional	6,338.56			
Masoterapia	4,136.06			
Costo transfer. de Psicología	23,604.71		7,638.12	7,638.12
Otros costos de personal			12,608.03	12,608.03
Activo Fijo			1,624.33	1,624.33
Costo transferido de Enfermería			948.87	948.87
Costo transferido de servicios generales			37,330.35	37,330.35
Costo transferido de mantenimiento			5,852.75	5,852.75
Costo de Servicios de terceros			2,257.48	2,257.48
Costo transferido de Transportes			1,098.79	1,098.79
Costo transferido de Administración			47,091.40	47,091.40
<b>Total</b>		<b>147,932.00</b>	<b>130,835.15</b>	<b>278,767.16</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Para determinar los costos unitarios debemos conocer cuántas atenciones se realizaron, y esta información se muestra en la siguiente figura:

**Figura 60**

*Atenciones realizadas por el departamento de niños y adolescentes*

Especialidad	Condición	Mes						Promedio mensual
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
Psiquiatría Niños	Continuador	572	501	588	670	678	689	616
	Nuevo	95	78	89	109	107	103	97
	Reingreso	168	82	66	43	39	40	73
	<b>TOTAL</b>	<b>835</b>	<b>661</b>	<b>743</b>	<b>822</b>	<b>824</b>	<b>832</b>	<b>786</b>
Neurologo Niños	Continuador	53	39	51	39	22	53	43
	Nuevo		2			2	1	1
	Reingreso	no hay reingreso		no hay reingreso		no hay reingreso		
	<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>41</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>54</b>	<b>44</b>
Psicología Niños	Evaluación Psicol.	409	311	326	347	389	409	365
	Psicoterapia Ind.	348	289	298	209	337	340	304
	Orient. Psicológ.	159	151	121	138	149	131	142
	Terapia gr. Pacie.	3	12	9	8	4	14	8
	Terapia familiar	7	3	5		4	5	4
	Elab. Infor. Psic.	61	70	51	67	60	56	61
	<b>TOTAL</b>	<b>987</b>	<b>836</b>	<b>810</b>	<b>769</b>	<b>943</b>	<b>955</b>	<b>883</b>
Terapia de Aprendizaje	Continuador	332	236	363	452	371	435	365
	Nuevo	27	11	21	20	18	30	21
	Reingreso	65	4		3		1	12
	<b>TOTAL</b>	<b>424</b>	<b>251</b>	<b>384</b>	<b>475</b>	<b>389</b>	<b>466</b>	<b>398</b>
Terapia de Lenguaje	Continuador	418	314	392	433	403	343	384
	Nuevo	9	11	9	14	17	16	13
	Reingreso	4		1				1
	<b>TOTAL</b>	<b>431</b>	<b>325</b>	<b>402</b>	<b>447</b>	<b>420</b>	<b>359</b>	<b>397</b>
Terapia de Relajación	Continuador	73	116	101	130	132	140	115
	Nuevo	29	13	15	17	23	15	19
	Reingreso	25		1			1	5
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>117</b>	<b>147</b>	<b>155</b>	<b>156</b>	<b>139</b>
Terapia Física	Continuador	269	211	242	255	222	190	232
	Nuevo	12	4	4	8	5	9	7
	Reingreso	3		1		2	5	2
	<b>TOTAL</b>	<b>284</b>	<b>215</b>	<b>247</b>	<b>263</b>	<b>229</b>	<b>204</b>	<b>240</b>
Terapia Ocupacional	Continuador	226	230	216	252	223	148	216
	Nuevo	13	5	8	18	7	12	11
	Reingreso	64	4	1	4	1	1	13
	<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>239</b>	<b>225</b>	<b>274</b>	<b>231</b>	<b>161</b>	<b>239</b>

FUENTE: Oficina de Estadística HVLH

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Ahora determinamos los costos unitarios de cada uno de los procedimientos médicos realizados en este departamento:

**Figura 61**

*Costos promedio mensual de los procedimientos médicos del departamento de niños y adolescentes*

Procedimientos Médicos		Atenciones Equivalent.	Costos Directos		Costos Indirectos	Costo Total	Costo Unitario
			Personal	Otros			
Piquiatría Niños	Continuador	462	37,456.68	22,175.44	24,989.85	84,621.97	137.30
	Nuevo	97	7,846.52	4,645.37	5,234.94	17,726.83	183.07
	Reingreso	73	5,915.28	3,502.02	3,946.48	13,363.77	183.07
	TOTAL	632	51,218.48	30,322.83	34,171.26	115,712.57	
Neurólogos Niños	Continuador	32	5,470.98	1,541.13	1,736.72	8,748.83	204.25
	Nuevo	1	141.92	39.98	45.05	226.95	272.34
	Reingreso	No hay		no hay		no hay	
	TOTAL	33	5,612.90	1,581.10	1,781.77	8,975.78	
Psicología Niños	Evaluación Psicol.	274	9,652.47		14,806.04	24,458.51	66.98
	Psicoterapia Ind.	228	8,022.43		12,305.71	20,328.14	66.98
	Orient. Psicológ.	106	3,740.28		5,737.26	9,477.53	66.98
	Terapia gr. Pacie.	13	440.55		675.77	1,116.32	133.96
	Terapia familiar	4	140.98		216.25	357.22	89.31
	Elab. Infor. Psic.	46	1,608.01		2,466.55	4,074.56	66.98
	TOTAL	670	23,604.71		36,207.57	59,812.28	
Terapia de Aprendizaje	Continuador	274	8,496.47		14,792.53	23,289.00	63.83
	Nuevo	21	657.26		1,144.30	1,801.55	85.11
	Reingreso	12	377.79		657.75	1,035.54	85.11
	TOTAL	307	9,531.52		16,594.57	26,126.09	
Terapia de Lenguaje	Continuador	288	8,838.04		15,562.90	24,400.94	63.57
	Nuevo	13	388.88		684.78	1,073.66	84.76
	Reingreso	1	25.58		45.05	70.64	84.76
	TOTAL	301	9,252.50		16,292.73	25,545.23	
Terapia de Relajación	Continuador	87	3,262.33		4,676.30	7,938.64	68.83
	Nuevo	19	704.01		1,009.14	1,713.16	91.78
	Reingreso	5	169.72		243.28	412.99	91.78
	TOTAL	110	4,136.06		5,928.72	10,064.79	
Terapia Física	Continuador	174	6,026.72		9,386.40	15,413.12	66.58
	Nuevo	7	242.98		378.43	621.41	88.77
	Reingreso	2	63.64		99.11	162.75	88.77
	TOTAL	182	6,333.33		9,863.94	16,197.27	
Terapia Ocupacional	Continuador	162	5,549.99		8,751.18	14,301.17	66.26
	Nuevo	11	360.00		567.64	927.64	88.35
	Reingreso	13	428.57		675.77	1,104.34	88.35
	TOTAL	185	6,338.56		9,994.59	16,333.15	
TOTAL		2,420	92,863.91	31,903.93	130,835.15	278,767.16	

FUENTE: *Elaboración propia*

Fuente: Estructura de Costos del HVLH

Ahora determinamos el número de atenciones promedio por mes del personal médico, esto se muestra en la siguiente figura:

**Figura 62**

*Número de atenciones promedio por médico/mes*

<b>Procedimientos Médicos</b>	<b>Número Prof. Médicos</b>	<b>Núm. Atenc. por mes</b>	<b>Atenciones por día</b>
Psiquiatría Niños y Adolescentes	8	786	4
Neurólogo Niños	1	44	2
Psicología Niños	8	883	4
Terapia de Aprendizaje	4	398	4
Terapia de Lenguaje	4	397	4
Terapia de Relajación	2	139	3
Terapia Física	2	240	5
Terapia Ocupacional	2	239	5

**FUENTE:** Relación de personal de este departamento.

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

### Costos del departamento de psicología

Los costos del departamento de psicología se muestran en la figura siguiente:

**Figura 63**

*Costos del departamento de psicología*

<b>Componente del costo</b>		<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Insumos			219.44	219.44
Personal				
Jefatura del Departamento	1,375.53		7,446.89	7,446.89
Dpto. Niños y Adolescentes	23,604.71	23,604.71		23,604.71
Dpto. Consulta Externa	29,589.67	30,965.20		30,965.20
Hospitalizac. corta estancia	26,411.76	22,638.65		22,638.65
Hospitalizac. larga estancia	25,369.09	22,197.96		22,197.96
Departamento de adicciones	10,733.00	10,733.00		10,733.00
Departamento Emergencia	6,944.25	6,944.25		6,944.25
Salud Mental comunitaria	14,531.85	14,531.85		14,531.85
Activo Fijo			28.25	28.25
Costo transferido de servicios generales			2,954.91	2,954.91
Costo de Servicios de terceros			1,281.78	1,281.78
Costo transferido de Administración			33,613.29	33,613.29
<b>Total</b>		<b>131,615.61</b>	<b>45,544.54</b>	<b>177,160.16</b>

**FUENTE:** Elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Las atenciones a los pacientes se muestran en la figura siguiente:

**Figura 64**

*Promedio mensual de atenciones del departamento de psicología*

Dependencia	Número de Psicólogos	Mes						Promedio Mensual	
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio		
<b>Departamento Niños y Adolescentes</b>	<b>8</b>								
Evaluaciones psicológicas	4 en turno de mañana y 4 en turno tarde	409	311	326	347	389	409	365	
Psicoterapias individuales		348	289	298	209	337	340	304	
Orientación psicológica		159	151	121	138	149	131	142	
Terapia grupal para pacientes		3	12	9	8	4	14	8	
Terapia familiar		7	3	5		4	5	4	
Elaboración de informe psicológico		61	70	51	67	60	56	61	
<b>TOTAL</b>			<b>987</b>	<b>836</b>	<b>810</b>	<b>769</b>	<b>943</b>	<b>955</b>	<b>883</b>
<b>Dpto de Consulta Externa Adultos</b>	<b>9</b>								
Evaluaciones psicológicas	9 psicólogos + 3 una vez por semana	608	590	642	753	716	648	660	
Psicoterapias individuales		608	459	431	417	510	522	491	
Orientación psicológica		244	234	209	213	254	160	219	
Terapia psicológicas grupales		10	11	7	9	17	9	11	
Terapia Familiar y/o pareja		16	16	20	11	17	19	17	
Elaboración de Informe Psicológico		64	112	130	117	113	93	105	
<b>TOTAL</b>			<b>1,550</b>	<b>1,422</b>	<b>1,439</b>	<b>1,520</b>	<b>1,627</b>	<b>1,451</b>	<b>1,502</b>
<b>Hospitalización corta estancia</b>	<b>7</b>								
Evaluación psicológica	Pab 1 = 4 Pab 20 = 3	169	198	116	188	164	148	164	
Terapia psicologica individual		132	59	96	138	109	99	106	
Orientación Psicologica		60	136	77	223	184	169	142	
Terapia psicologica grupal		46	67	79	66	60	53	62	
Terapia Familiar y/o pareja		11	23	3	56	36	26	26	
Elaboración de Informe Psicológico		23	28	20	24	28	21	24	
<b>TOTAL</b>			<b>441</b>	<b>511</b>	<b>391</b>	<b>695</b>	<b>581</b>	<b>516</b>	<b>523</b>
<b>Hospitalización larga estancia</b>	<b>8</b>								
Evaluación Psicologica	Pab 2 = 1 Pab 4 = 1 Pab 5 = 1 Pab 8 = 1 Pab 9 = 1 Pab 12-13 = 2 Forence = 1	117	132	122	115	112	141	123	
Terapia psicologica individual		239	156	326	232	313	375	274	
Orientacion Psicologica		67	72	56	53	72	58	63	
Terapia psicologica grupal		377	422	504	269	334	282	365	
Terapia Familiar y/o pareja		4	2	6	0	0	2	2	
Elaboración de Informe Psicológico		3	6	13	61	56	6	24	
<b>TOTAL</b>			<b>807</b>	<b>790</b>	<b>1,027</b>	<b>730</b>	<b>887</b>	<b>864</b>	<b>851</b>
<b>Departamento de Adicciones</b>		<b>3</b>							
Evaluación Psicológica		32	60	35	32	23	50	39	
Terapia psicológica individual		124	95	95	87	122	109	105	
Orientación Psicologica		33	43	82	49	60	69	56	
Terapia psicológica grupal		115	64	76	70	71	69	78	
Terapia Familiar y/o pareja		8	5	8	10	10	11	9	
Elaboración de informe psicologico		6	7	8	7	5	6	7	
<b>TOTAL</b>			<b>318</b>	<b>274</b>	<b>304</b>	<b>255</b>	<b>291</b>	<b>314</b>	<b>293</b>
<b>Departamento de Emergencia</b>	<b>10</b>								
Evaluación Psicologica		143	198	220	240	270	198	212	
Terapia Psicologica Individual		75	105	128	145	138	102	116	
Orientación Psicologica		34	34	35	41	30	25	33	
Terapia Familiar y/o pareja		58	73	70	75	113	70	77	
<b>TOTAL</b>		<b>310</b>	<b>410</b>	<b>453</b>	<b>501</b>	<b>551</b>	<b>395</b>	<b>437</b>	
<b>Salud Mental Comunitaria</b>	<b>3</b>								
Campañas de despistaje		1	2	2	5	2	2	2	
Talleres psicoeducativos intrahospit.		3	3	5	3	12	7	6	
Talleres psicoeducativos extrahospit.			4	4	10	2	2	4	
Capacitación a personal de Salud								0	
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	

FUENTE: Oficina de Estadística HVLH, y elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Ahora distribuimos los costos del departamento de psicología a los departamentos médicos en donde realizan sus atenciones, estos costos se muestran en la siguiente figura:

**Figura 65**

*Distribución de los costos del departamento de psicología*

<b>Dependencia</b>	<b>Unidades Equivalent.</b>	<b>Distribución Costos Ind.</b>
Dpto de Niños y Adolescentes	670	7,638.12
Dpto de Consulta Externas Adultos	1,295	14,763.04
Hospitalización Corta Estancia	445	5,071.65
Hospitalización Larga Estancia	912	10,403.22
Departamento de Adicciones	280	3,190.86
Departamento de Emergencia	347	3,953.06
Salud Mental Comunitaria	46	524.60
<b>TOTAL</b>	<b>3,994</b>	<b>45,544.54</b>

**FUENTE:** Elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Ahora determinamos los costos aplicados a los pacientes hospitalizados

**Figura 66**

*Distribución de los costos del departamento de psicología a los pabellones de pacientes*

<b>Pabellón</b>	<b>Número Pacientes</b>	<b>Costo Aplicado</b>
Pabellón 1	55	15,240.66
Pabellón 20	45	12,469.63
Pabellón 2	46	5,659.07
Pabellón 4	61	7,504.42
Pabellón 5	43	5,290.00
Pabellón 8	36	4,428.84
Pabellón 9	34	4,182.79
Pabellón 12 y 13	33	4,059.77
Psiquiatría Forence	12	1,476.28
<b>TOTAL</b>	<b>365</b>	<b>60,311.47</b>

**FUENTE:** Elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Ahora determinamos los costos unitarios promedios por los procedimientos médicos que realiza este departamento:

### Figura 67

*Determinación de los costos promedios de los procedimientos médicos del departamento de psicología*

Procedimientos Médicos		Niños y Adolescentes	Cons. Exter. Adultos	Hospitaliz. Corta Estan.	Hospitaliz. Larga Estan.	Adicciones	Dpto. Emergencia	Salud Ment. Comunitaria	Costo Total
Evaluaciones psicológicas	Total	12,775.86	17,472.64	7,656.49	3,301.37	1,443.19	4,986.90		
	Unitario	34.99	26.49	46.73	26.80	37.32	23.58		
Psicoterapias individuales	Total	10,618.36	13,012.85	4,930.37	7,330.91	3,931.44	2,723.34		
	Unitario	34.99	26.49	46.73	26.80	37.32	23.58		
Orientación psicológica	Total	4,950.57	11,604.27	6,612.77	1,688.66	2,090.13	782.03		
	Unitario	34.99	52.99	46.73	26.80	37.32	23.58		
Terapia grupal para Pacientes	Total	583.11	278.18	5,779.36	19,549.09	5,785.19	-		
	Unitario	69.97	26.49	93.47	53.61	74.65	-		
Terapia familiar	Total	186.59	582.86	1,609.71	83.39	431.30	2,405.03		
	Unitario	46.65	35.33	62.31	35.74	49.77	31.44		
Elaboración de informe psicológico	Total	2,128.34	2,777.43	1,121.60	647.76	242.60	-		
	Unitario	34.99	26.49	46.73	26.80	37.32	-		
Campañas de despistaje	Total							3,054.93	
	Unitario							1,309.26	
Talleres psicoeducativos intrahospitalarios	Total							7,200.91	
	Unitario							1,309.26	
Talleres psicoeducativos extrahospitalarios	Total							4,800.61	
	Unitario							1,309.26	
Capacitación a personal de salud	Total								
	Unitario								
<b>TOTAL</b>		<b>31,242.83</b>	<b>45,728.24</b>	<b>27,710.30</b>	<b>32,601.17</b>	<b>13,923.86</b>	<b>10,897.31</b>	<b>15,056.45</b>	<b>177,160.16</b>

FUENTE: Elaboración propia

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

La atención promedio mensual por psicólogos en los diferentes departamentos es el siguiente:

### Figura 68

*Atención promedio mensual de atención por psicólogo*

Procedimientos Médicos	Número Psicólogos	Núm. Atenc. por mes	Atenciones por/día
Departamento Niños y Adolescentes	8	883	4
Dpto de Consulta Externa Adultos	9	1,502	7
Hospitalización corta estancia	7	523	4
Hospitalización larga estancia	8	851	5
Departamento de Adicciones	3	293	4
Departamento de Emergencia (1)	10	437	2
Salud Mental Comunitaria	3	12	0

FUENTE: Relación de personal de este departamento.

(1): Semanalmente 10 psicólogos que atienden en hospitalización de corta y larga estancia, atienden uno o dos días en emergencias.

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

## Costos del departamento de consulta externa

Los costos de este departamento se muestran en la figura siguiente:

**Figura 69**

*Costos del departamento de consulta externa*

Componente del costo	Costos Directos	Costos Indirectos	Costo Total
Insumos		1,332.57	1,332.57
Costos de farmacia	240,087.01	86,921.73	327,008.74
Personal	126,978.92		126,978.92
Activo Fijo		2,462.76	2,462.76
Costo transferido de Enfermería		4,032.69	4,032.69
Costo transferido de Psicología	30,965.20	14,763.04	45,728.24
Costo transferido de servicios generales		3,939.88	3,939.88
Costo transferido de mantenimiento		5,389.72	5,389.72
Costo de Servicios de terceros		3,198.18	3,198.18
Costo transferido de Transportes		1,415.74	1,415.74
Costo transferido de Administración		42,381.87	42,381.87
<b>Total</b>	<b>398,031.13</b>	<b>165,838.17</b>	<b>563,869.30</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Las atenciones realizadas por el departamento de consulta externa se muestran en la siguiente figura:

**Figura 70**

*Atenciones realizadas por el departamento de consultas externas*

Procedimiento médico	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	Promedio Mensual
Psiquiatría adicciones	Continuador	52	43	71	75	58	409	68
	Nuevo	7	3	14	10	27	80	13
	Reingreso	24	6	6	2	7	52	9
	<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>52</b>	<b>91</b>	<b>87</b>	<b>92</b>	<b>541</b>	<b>90</b>
Psiquiatría adultos	Continuador	2336	1978	2823	3070	3213	16545	2,758
	Nuevo	501	391	567	652	1129	3786	631
	Reingreso	847	460	449	373	328	2621	437
	<b>Total</b>	<b>3,684</b>	<b>2,829</b>	<b>3,839</b>	<b>4,095</b>	<b>4,670</b>	<b>22,952</b>	<b>3,825</b>
Psicología adultos	Continuador	1,038	930	948	1016	1198	6,366	1,061
	Nuevo	207	109	187	178	165	986	164
	Reingreso	37	25	27	14	22	145	24
	<b>Total</b>	<b>1,282</b>	<b>1,064</b>	<b>1,162</b>	<b>1,208</b>	<b>1,385</b>	<b>7,497</b>	<b>1,250</b>

FUENTE: *Oficina de estadísticas HVLH*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Los costos unitarios de los procedimientos médicos son los siguientes:

**Figura 71**

*Costos unitarios de los procedimientos médicos*

Procedimiento médico		Promedio Equivalente	Costo Procedim.	Promedio Mensual	Costo Unitario
Psiquiatría adiciones	Continuador	51	7,869.75	68	115.45
	Nuevo	13	2,052.42	13	153.93
	Reingreso	9	1,334.07	9	153.93
	Total	73	11,256.24	90	
Psiquiatría adultos	Continuador	2,068	318,349.53	2,758	115.45
	Nuevo	631	97,130.76	631	153.93
	Reingreso	437	67,242.40	437	153.93
	Total	3,136	482,722.69	3,825	
Psicología adultos	Continuador	796	56,505.22	1,061	53.26
	Nuevo	164	11,669.11	164	71.01
	Reingreso	24	1,716.05	24	71.01
	Total	984	69,890.37	1,250	

FUENTE: *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Las atenciones médicas por día son las siguientes:

**Figura 72**

*Atenciones médicas por médico del departamento de consulta externa*

Procedimientos Médicos	Número Prof. Médico	Núm. Atenc. por mes	Atenciones por/día
Psiquiatría adultos + adicciones	16	3,915	10
Psicología adultos	9	1,250	6

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

### Costos del departamento de rehabilitación

Los costos del departamento de rehabilitación son los siguientes:

**Figura 73***Costos del departamento de rehabilitación*

<b>Componente del costo</b>	<b>Costos Directos</b>	<b>Costos Indirectos</b>	<b>Costo Total</b>
Insumos	310.84		310.84
Personal	38,463.73		38,463.73
Activo Fijo		991.53	991.53
Costo transferido de servicios generales		30,287.82	30,287.82
Costo transferido de mantenimiento		2,550.09	2,550.09
Costo de Servicios de terceros		2,227.25	2,227.25
Costo transferido de Administración		13,284.50	13,284.50
<b>Total</b>	<b>38,774.57</b>	<b>49,341.18</b>	<b>88,115.75</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Las atenciones realizadas por este departamento son las siguientes:

**Figura 74***Atenciones realizadas por el departamento de rehabilitación*

<b>Procedimiento médico</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Total</b>	<b>Promedio Mensual</b>
Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física	283	282	283	797	797	797	3,239	540
Atención de rehabilitación para personas con discapacidad mental	937	936	937	787	788	787	5,172	862
Certificado de Discapacidad	37	35	39	29	37	27	204	34
Certificado Incapacidad para trabajo	11	16	31	19	23	21	121	20

**FUENTE:** *Oficina de estadística HVLH*

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

Ahora determinamos los costos unitarios de los procedimientos médicos, esto se muestra en la figura siguiente:

**Figura 75**

*Costos unitarios de los procedimientos médicos del departamento de rehabilitación*

<b>Procedimiento médico</b>	<b>Promedio mensual</b>	<b>Costo aplicado</b>	<b>Costo unitario</b>
<i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física</i>	<b>540</b>	<b>28,543.80</b>	<b>52.86</b>
<i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad mental</i>	<b>862</b>	<b>45,564.36</b>	<b>52.86</b>
<i>Terapia ocupacional</i>	<b>265</b>	<b>14,007.60</b>	<b>52.86</b>
<b>Total</b>	<b>1,667</b>	<b>88,115.75</b>	

**Fuente:** Estructura de Costos del HVLH

### **3.6.3. Aplicación de la encuesta**

#### **Tema de investigación**

El tema de la investigación era demostrar que la falta de una estructura de costos y de un adecuado sistema de costos de los servicios, influye en la toma de decisiones de la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera.

#### **Objetivo de la encuesta**

El objetivo de la encuesta era determinar la información que permitió demostrar como la carencia de un sistema de costeo influye en la toma de decisiones.

#### **Aplicación de la encuesta**

La encuesta fue aplicada a todos los funcionarios que toman decisiones, en la gestión, como en la ejecución de los procedimientos médicos.

#### **Población y muestra**

La población del estudio son personas con capacidad y conocimiento del uso de los recursos y cuyas decisiones impactan en el costo de las Unidades Productoras de Servicios, que en conjunto suman trecientos sesenta y cinco (365). La muestra lo tomamos en base a la estructura organizativa teniendo en cuenta las características señaladas, siendo veintiséis (26)

las jefaturas con capacidad decisoria. La encuesta se aplicó a 26 personas y solo llenaron y devolvieron diecisiete (17) encuestas.

### **Fecha y lugar de aplicación**

La presente encuesta ha fue realizado en el mes octubre del 2018 y se aplicó al personal seleccionado en su lugar de trabajo. Las oficinas o departamentos encuestados fueron:

- Dirección Ejecutiva
- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Departamento de Apoyo Médico Complementario
- Departamento de Psicología
- Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
- Departamento de Adicciones
- Departamento de Hospitalización
- Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Departamento de Emergencia
- Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
- Oficina de la Sub-dirección General
- Oficina de Personal

**Tabulación, análisis e interpretación**

1. La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a mejorar la atención que se le brinda a los pacientes?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 76**

*Respuestas a la pregunta 01*

Pregunta N° 1	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%	
	Oficinas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que se debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a mejorar la atención que se les brinda a los pacientes?																				
Alternativas	Sí	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	14	82.35
	No		x									x				x			3	17.65
																		17	100.00	

**Figura 77**

*Gráfico de la respuesta 01*



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 82% de los entrevistados señalaron que las decisiones que se toman en el hospital están orientados a mejorar la atención que se brinda a los pacientes, lo que es muy importante, porque son los pacientes los objetivos de las políticas públicas de salud.

2. La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a gestionar, supervisar y controlar la ejecución de las actividades?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí
2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 78

*Respuestas a la pregunta 02*

Pregunta N° 2	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%		
	Oficinas																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17				
La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que se debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a gestionar, supervisar y controlar la ejecución de las actividades?																					
Alternativas	Sí	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X		14	82.35
	No		X									X			X					3	17.65
																				17	100.00

### Figura 79

*Gráfico de la respuesta 02*



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 82% de los entrevistados consideraron que las decisiones de la Dirección están orientados a gestionar, supervisar y controlar la ejecución de las actividades. Relacionando esta pregunta con la anterior, observaremos que la prioridad es la atención a los pacientes y que la gestión, supervisión y control de las actividades es menos relevante, pero también de mucha importancia por la distribución de los recursos financieros.

3. La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a la adquisición, reparación y/o mantenimiento de los equipos médicos?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí            2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 80

#### Respuestas a la pregunta 03

Pregunta N° 3	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%			
	Oficinas																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17					
La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que se debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a la adquisición, reparación y/o mantenimiento de los equipos médicos?																						
Alternativas	Sí	X		X	X	X		X		X	X		X	X		X	X	X			12	70.59
	No		X				X		X			X			X							5
																					17	100.00

**Figura 81***Gráfico de la respuesta 03***ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El 71% de los encuestados consideraron que la reparación y/o adquisición de equipos médicos es más importante que las decisiones administrativas, aunque estas adquisiciones son un poco difíciles de realización por cuanto deben de ser realizados por los organismos correspondientes.

4. ¿Usted considera que la falta de una estructura de costos, influye en la toma de decisiones de la Dirección del hospital?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí          2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 82***Respuestas a la pregunta 04*

Pregunta N° 4	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%
	Oficinas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
¿Ud considera que la falta de una estructura de costos, influye en la toma de decisiones de la dirección del hospital?																			
Alternativas	Si	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	15	88.24
	No		X									X						2	11.76
																		17	100.00

**Figura 83***Gráfico de la respuesta 04***ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El 88% de los encuestados señalaron que la falta de una estructura de costos influye en la toma de decisiones. Algunas de las respuestas señalaron que es necesario para el manejo presupuestario, para dar los argumentos necesarios en la defensa del presupuesto institucional, para hacer una programación más eficiente de los recursos, permite saber cuáles son los gastos necesarios a realizar, para sincerar los tarifarios, hacer mejoras, permitiría estar mejor informados para la toma de decisiones, conocer el costo real de atención al paciente, permitiría contar con datos para estructurar programas y procedimientos adecuados, permitiría mantener y mejorar las actividades que se hacen por el bien del paciente que hoy “se hacen de buena intención”, permitiría conocer cuánto se invierte, como mejorar y distribuir recursos, servicios y bienes.

5. ¿Considera Ud. que la elaboración de una estructura de costos, permitirá a la Dirección del hospital conocer en que dependencias se requiere aplicar correctivos a fin de mejorar su desempeño?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí
2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 84***Respuestas a la pregunta 05*

Pregunta N° 5	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%	
	Oficinas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
¿Considera Ud. que la elaboración de una estructura de costos, permitirá a la Dirección del hospital conocer en que dependencias se requiere aplicar correctivos a fin de mejorar su desempeño?																				
Alternativas	Si	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X		X	13	76.47
	No		X									X			X		X		4	23.53
																		17	100.00	

**Figura 85***Gráfico de la respuesta 05***ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El 76% de encuestados consideraron que es necesario conocer la estructura de costos a fin de tomar medidas correctivas para mejorar el desempeño en las diferentes unidades prestadoras de servicios. Entre las razones que expresan tenemos: permitiría estandarizar la productividad individual de personal administrativo y asistencial; programar adecuadamente al personal; realizar tercerización del servicio que no funcione bien; serviría para ver la eficiencia del servicio, es decir ver si el dinero que se invierte en brindar atención es compensado; permitiría conocer el costo-beneficio y mejorar o afinar las actividades.

6. Los usuarios de los servicios médicos no afiliados al seguro del SIS. ¿Deberían de pagar los costos incurridos en la prestación de los servicios médicos que reciben?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí          2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 86**

Respuestas a la pregunta 06

Pregunta N° 6	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%
	Oficinas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Los usuarios de los servicios médicos no afiliados al seguro del SIS. ¿Deberían de pagar los costos incurridos en la prestación de los servicios médicos que reciben?																			
Alternativas	Si			X	X				X								X	4	23.53
	No	X	X			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	13	76.47
																	17	100.00	

**Figura 87**

Gráfico de la respuesta 06



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 76% de los encuestados señalaron que los pacientes no deben de pagar por el costo del servicio, y el 24% indica que si deberían de pagar un porcentaje del costo del servicio médico. Esto se explica por la necesidad de mejorar la recaudación de los Recursos Directamente Recaudados y por otra parte que los servicios de salud son beneficios sociales y como tal no debería de hacer pago alguno.

7. En relación a la pregunta anterior. ¿Cree Ud. que el tarifario del hospital refleja el costo incurrido en la prestación de los servicios médicos?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí            2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 88

*Respuestas a la pregunta 07*

Pregunta N° 7	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%	
	Oficinas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
En relación a la pregunta anterior. ¿Cree Ud. que el tarifario del hospital refleja el costo incurrido en la prestación de los servicios médicos?																				
Alternativas	Sí			X					X								X	3	17.65	
	No	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	14	82.35	
																		17	100.00	

### Figura 89

*Gráfico de la respuesta 07*



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 82% de los encuestados afirmaron que el tarifario no refleja el costo incurrido en la prestación de los servicios médicos. Entre las explicaciones que señalan son los siguientes: porque difiere de otras instituciones del mismo nivel y complejidad y al ser especializado resulta insuficiente el precio pagado por lo que se le brinda; que el pago de la tarifa de atención médica debe estar de acuerdo a la realidad de los pacientes; porque es un tarifario subsidiado; que el tarifario fue hecho sin conocer la estructura de costos, así por ejemplo un informe especializado se da con 12 horas de estudio; que es necesario actualizar y sincerar los costos.

8. ¿Cree Ud. que es necesario determinar los costos de los procedimientos médicos que permita negociar los tarifarios del SIS?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí            2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 90

*Respuestas a la pregunta 08*

Pregunta N° 8	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%	
	Oficinas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
¿Cree Ud. que es necesario determinar los costos de los procedimientos médicos que permita negociar los tarifarios del SIS?																				
Alternativas	Sí	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X		X	X	14	82.35
	No						X					X				X			3	17.65
																		17	100.00	

### Figura 91

*Gráfico de la respuesta 08*



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 82% de los encuestados señalaron que es necesario determinar los costos de los procedimientos médicos para negociar las tarifas del SIS. Los encuestados explicaron que es necesario conocer el costo de los procedimientos médicos para exigir su reembolso y poder mejorar la calidad de la atención ya que este hospital es una institución especializada en psiquiatría.

9. ¿Cree Ud. que sin un sistema de costos adecuado que permita conocer cuál es el costo de los procedimientos médicos, la dirección del hospital puede tomar decisiones adecuadas para el establecimiento de convenios con otras entidades que requieren de los servicios de este hospital?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 92**

*Respuestas a la pregunta 09*

Pregunta N° 9	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%
	Oficinas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
¿Cree Ud. que sin un sistema de costos adecuado que permita conocer cuál es el costo de los procedimientos médicos, la Dirección del hospital puede tomar decisiones adecuadas para el establecimiento de convenios con otras entidades que requieren de los servicios de este hospital?																			
Alternativas	Sí		X		X	X		X	X	X			X	X	X			9	52.94
	No	X		X			X				X	X			X	X	X	8	47.06
																	17	100.00	

**Figura 93**

*Gráfico de la respuesta 09*



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El 53% de los encuestados señalaron que sin el conocimiento de los costos de los procedimientos, la dirección del hospital no puede tomar decisiones adecuadas para establecer convenios con otras entidades. Ellos señalaron que no se evaluaría objetivamente ya que no se

puede medir adecuadamente el costo-beneficio; también se señaló que al no conocerse los costos de los procedimientos no se sabe si ofrecer o eliminar la oferta.

10. ¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales unitarios de los servicios médicos hospitalarios afecta los ingresos de los recursos propios del hospital?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí          2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 94

#### Respuestas a la pregunta 10

Pregunta N° 10	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%	
	Oficinas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales unitarios de los servicios médicos hospitalarios afecta los ingresos de los recursos propios del hospital?																				
Alternativas	Poco		X		X	X		X	X		X		X		X	X	X	X	11	64.71
	Bastante	X		X			X			X		X		X					6	35.29
																		17	100.00	

### Figura 95

#### Gráfico de la respuesta 10



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 65% de los encuestados señalaron, que no conocer los costos reales de los procedimientos médicos afecta bastante en la recaudación de los ingresos; un 35% señala que afecta poco.

11. ¿Cree Ud. que el determinar una estructura de costos para los servicios que ofrece el hospital, permitirá conocer las dependencias en donde se debe priorizar las decisiones de mejora continua?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí            2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 96

#### Respuestas a la pregunta 11

Pregunta N° 11	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%
	Oficinas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
¿Cree Ud. que el determinar una estructura de costos para los servicios que ofrece el hospital, permitirá conocer las dependencias en donde se debe priorizar las decisiones de mejora continua?.																			
Alternativas	Sí	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	94.12
	No						X											1	5.88
																		17	100.00

### Figura 97

#### Gráfico de la respuesta 11



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 94% de los encuestados consideraron que la determinación de una estructura de costos permitiría optimizar el uso de los recursos, así también conocer si los procesos con los cuales se realizan las actividades son adecuados.

12. ¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales de cada una de las dependencias del hospital, no permite elaborar un presupuesto adecuado a las necesidades y metas que se pretende obtener?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Sí          2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

### Figura 98

#### Respuestas a la pregunta 12

Pregunta N° 12	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%
	Oficinas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales de cada una de las dependencias del hospital, no permite elaborar un presupuesto adecuado a las necesidades y metas que se pretende obtener?																			
Alternativas	Sí		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	94.12
	No	X																1	5.88
																		17	100.00

### Figura 99

#### Gráfico de la respuesta 12



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 94% de los encuestados señalaron que el desconocimiento de los costos reales de cada una de las dependencias del hospital no permite elaborar los presupuestos adecuados de acuerdo a sus metas y objetivos propuestos.

13. Desarrollar las actividades del hospital sin conocer los costos reales en que se incurren se reflejaría en una inadecuada programación de actividades, ¿afectaría el control de las actividades, y la eficiencia y eficacia también se verían afectadas?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

1. Si      2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 100**

*Respuestas a la pregunta 13*

Pregunta N° 13	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%		
	Oficinas																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17				
Desarrollar las actividades del hospital sin conocer los costos reales en que se incurren se reflejaría en una inadecuada programación de actividades, afectaría el control de las actividades, y la eficiencia y eficacia también se verían afectadas?																					
Alternativas	SI			X		X	X	X	X	X		X	X	X					X	10	58.82
	NO	X	X		X						X				X	X	X			7	41.18
																				17	100.00

**Figura 101**

*Gráfico de la respuesta 13*



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 59% de los encuestados consideraron que el desarrollo de las actividades del hospital sin el conocimiento adecuado de los costos en los que se incurren afecta bastante en la

programación de las actividades, en el control de las actividades y que la eficiencia y eficacia se ve afectada, un 41% considera que afectaría moderadamente.

14. ¿Cree Usted que, el conocimiento de los costos reales de las actividades de las diferentes dependencias del hospital nos permitiría que en el presupuesto se asigne adecuadamente los recursos a cada programa presupuestal, se controle adecuadamente la ejecución de los recursos asignados, corregir la gestión cuando no es la adecuada?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Si      2. No

Los encuestados señalaron, lo siguiente:

**Figura 102**

*Respuestas a la pregunta 14*

Pregunta N° 14	Respuestas a la encuesta																	TOTAL	%
	Oficinas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
¿Cree Ud. que el conocimiento de los costos reales de las actividades de las diferentes dependencias del hospital nos permitiría que en el presupuesto se asigne adecuadamente los recursos a cada programa presupuestal, se controle adecuadamente la ejecución de los recursos asignados, corregir la gestión cuando no es la adecuada?																			
Alternativas	Si			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	13	76.47
	No	X	X									X			X			4	23.53
																		17	100.00

**Figura 103**

*Gráfico de la respuesta 14*



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 76% de los encuestados señalaron que el desconocimiento de los costos reales de las actividades en las diferentes dependencias afecta bastante en la asignación de los recursos a los diferentes programas presupuestales, en el control adecuado de los recursos asignados y un 24% considera que afecta moderadamente.

### Análisis de confiabilidad de la encuesta

Hemos utilizado el Alpha de Cronbachs, que es una medida de consistencia interna, que sirva para evaluar instrumentos dicotómicos y/o polinómicos. En la Tabla 1, apreciamos que, para instrumento de 14 preguntas, logra una confiabilidad del 80%, considerado como Muy Excelente.

**Tabla 1:Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
<b>,802</b>	<b>14</b>
<b>80 %</b>	<b>14</b>

**Tabla 2: Valoración de los resultados del Alpha de Cronbachs**

VALORES	INTERPRETACION
1,00	Confiabilidad perfecta
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,60 a 0,65	Confiable
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
Menos a 0,53	Confiabilidad nula

Fuente: Herrera 1998

El análisis de confiabilidad del instrumento “encuesta” se realizó en base a las respuestas que dieron los encuestados y se registra en la siguiente base de datos en donde 1 representa a una respuesta si y 2 es no.

## Figura 104

### Base de datos resultados de las encuestas

TESIS MORIMOTO 7 SETIEMBRE 2019.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

	Oficina	Código	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	P14
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2
3	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
4	4	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
5	5	5	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
6	6	6	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1
7	7	7	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
8	8	8	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
10	10	10	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1
11	11	11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1
12	12	12	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
13	13	13	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
14	14	14	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1
15	15	15	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
16	16	16	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1
17	17	17	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1

## IV. RESULTADOS

### a. De los costos absorbentes

Los resultados del estudio de costeo de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, muestra que existe altos costos debido a:

1. Existen departamentos productores de servicios, que no tienen el control del personal que trabaja en ellos, por ejemplo: los departamentos de consultas externas de niños o adultos y otros, reciben asistencia de enfermeros (as), técnicos asistenciales, psicólogos, y trabajadores sociales, quienes están adscritos a sus respectivos departamentos y no están integrados al departamento médico donde prestan sus servicios.

2. Existe alto número de personal por paciente.

3. Existe bastante ineficiencia en los trabajos de servicios generales y de mantenimiento.

4. Existe ineficiente control de los materiales de almacén de servicios generales y de mantenimiento

### b. Resultados del estudio de la encuesta

El estudio de campo ha confirmado lo que se había señalado en el planteamiento del problema, que la toma de decisiones y la gestión de la institución adolecen de herramientas que proporcionen claridad y orientación de la dirección a seguir.

En cuanto a los ingresos, se indicaron que al no conocerse los costos afecta la recaudación de ingresos que puede percibir a través del convenio de atención por el SIS, por el tarifario institucional u otros convenios que podrían aceptarse por lo que es necesario conocer el costo de los procedimientos médicos para exigir su reembolso y poder mejorar la calidad de la atención. Así mismo indican que el tarifario no refleja los costos incurridos en la prestación de los servicios médicos.

En cuanto a la mejora continua señalaron que al conocer los costos y los gastos que son necesarios para realizar los procedimientos médicos, permitiría estar mejor informados para estructurar programas y procedimientos adecuados, mantener y mejorar las actividades que se hacen por el bien de los pacientes, permitiría mejorar la distribución de los recursos, servicios y bienes.

En relación a la incidencia sobre el presupuesto institucional, se señaló que el conocimiento de los costos permitiría tener los argumentos necesarios para sustentarlo y tener una programación más eficiente de los recursos, se requiere conocer los costos por actividades y metas de acuerdo a la cadena funcional programática, mejorando la eficiencia y eficacia, lo que significa una mejor gestión y control de las actividades del hospital.

#### **Contrastación de hipótesis:**

##### **Prueba de hipótesis**

La prueba de hipótesis determina si las hipótesis en estudio son correlacionales con los datos de la muestra, de ser así estas hipótesis deben de ser aceptadas.

##### **Pruebas de correlación:**

Las relaciones entre variables se pueden analizar a través de las pruebas estadísticas llamada coeficiente de correlación. Para este estudio se aplicará el coeficiente de correlación de Pearson.

##### **Coefficiente de correlación de Pearson:**

Analiza la relación entre dos variables. La variable X representa al sistema de costos y la variable Y representa las decisiones que toma la Dirección. Este coeficiente se calcula como sigue:

$$\text{Correlación (xy)} = \text{Covarianza (xy)} / [\text{Desviación (x)}][\text{Desviación (y)}]$$

Calculado el coeficiente de correlación, si su valor es diferente de cero podemos afirmar que es significativo y comprobamos si este coeficiente se encuentra dentro de la distribución

muestral y se compara con el valor de desviaciones de tabla t ( $\alpha$ , N-2) para un grado de confianza ( $\alpha$ ) y grados de libertad (N – 2).

### **Contrastación de hipótesis principal:**

#### **Aspectos teóricos para el planteamiento de una hipótesis**

El procedimiento que se sigue para determinar la prueba de hipótesis es el siguiente:

1. Se plantea la hipótesis, en este caso se toma el formato de la Prueba Chi Cuadrado, el cual se plantea de la siguiente forma:  
 Ho: La variable X no dependen de la variable Y (No influye)  
 H1: La variable X dependen de la variable Y (Si influye)
2. Seguidamente asumimos un nivel de significancia (Valor  $\alpha$ ) del 5 % (0,05), que es un valor que se asume para un trabajo de investigación.
3. Aplicamos la Prueba Chi Cuadrado, el cual tiene dos variables (X, Y); donde cada variable tiene como mínimo dos categorías. Con esta aplicación se obtiene el valor estadístico de la prueba, que es el valor  $p$ ; que es el valor real que sale del cruce de dos variables con cada categoría, cuyos datos vienen de la base de datos de las preguntas que han respondido.
4. Se hace la comparación entre el valor estadístico de la prueba  $p$  (valor real), y el nivel de significancia  $\alpha$  (valor asumido).

Si valor estadístico de la prueba  $p$  (valor real), es mayor o igual al nivel de significancia  $\alpha$  (valor asumido); entonces aceptamos la Hipótesis Nula, es decir que la variable X no influye en la variable Y.

Si valor estadístico de la prueba  $p$  (valor real), es menor al nivel de significancia  $\alpha$  (valor asumido); entonces hay evidencia para rechazar la Hipótesis Nula, y aceptar la Hipótesis Alternativa; es decir que la variable X si influye en la variable Y.

### **Prueba de hipótesis general**

Una vez determinado la base de datos, que no son otra cosa que las respuestas que han dado los 17 funcionarios del Hospital, al cuestionario presentado, el cual tiene 14 preguntas, procedimos a calcular la Hipótesis General y las Hipótesis Específicas.

### **Hipótesis General**

Para probar la Hipótesis General e Hipótesis Específicas, hemos utilizado la Prueba Chi Cuadrado, o Prueba de Independencia, el cual evalúa si la variable X no depende de la variable Y; o una si la variable X depende de la variable Y.

Planteamos la Hipótesis a probar:

Ho: El sistema de costeo absorbente y costeo estándar **es independiente** de la Calidad de las decisiones de la Alta Dirección

H1: El sistema de costeo absorbente y costeo estándar **es dependiente** de la Calidad de las decisiones de la Alta Dirección

En la tabla 1, nos muestra un cuadro de doble entrada, en donde El sistema de costeo absorbente y costeo estándar **va en la fila**, y la Calidad de las decisiones de la Alta Dirección va en la columna. Ambas variables tienen dos categorías: 1 Si y el 0 No. La suma total es de 17 encuestados.

**Tabla 1**

*Sistema de costeo absorbente y costeo estándar \* Calidad de las decisiones de la Alta Dirección*

		Calidad de las decisiones de la Alta Dirección		
		No	Si	Total
Sistema de costeo absorbente y costeo estándar	No	0	10	10
	Si	7	0	7
Total		7	10	17

Asimismo, se ha calculado la Chi cuadrado de Person, cuyos resultados se muestra en la tabla 2

**Tabla 2***Prueba Chi Cuadrado Hipótesis general*

	<b>Value</b>	<b>df</b>	<b>Asymp. Sig. (2-sided)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	<b>17,000<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,000</b>
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	<b>13,122</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>
Razón de verosimilitud	<b>23,035</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>
Asociación lineal por lineal	<b>16,000</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>
N de casos válidos	<b>17</b>		

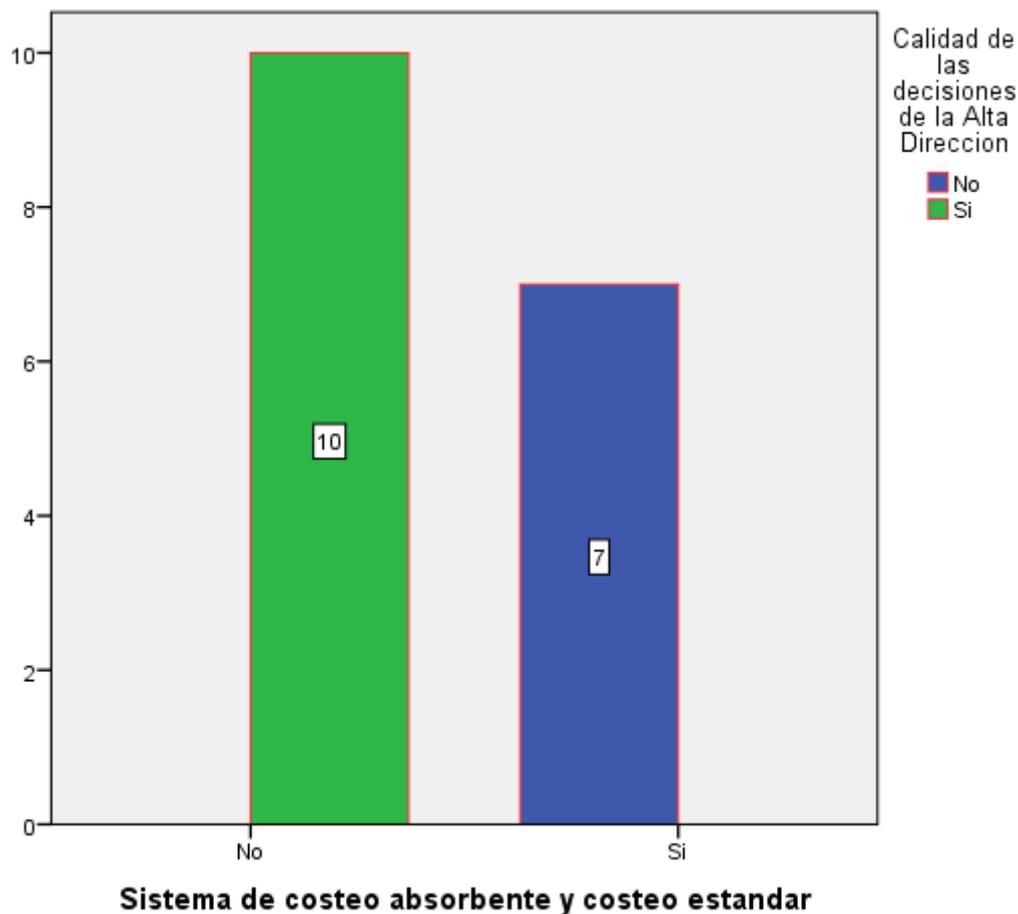
- a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 2,88.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El valor estadístico de prueba (p) es **0,000**; valor menor que el nivel de significancia alpha ( $\alpha$ ) **0,050**; por lo tanto, existe evidencia para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa, es decir que **El sistema de costeo absorbente y costeo estándar** se relaciona o influye en la **Calidad de las decisiones de la Alta Dirección**.

A continuación, presentamos una figura de doble entrada.

**Figura 105**

*Tabla de doble entrada de la Hipótesis General*



## PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### Prueba de hipótesis específica 1

Seguidamente probamos la Hipótesis Especifica 1, para lo cual planteamos lo siguiente:

Ho: Los Costos reales de la organización y de los servicios médicos **es independiente** de las Decisiones de gestión de los ingresos

H1: Los Costos reales de la organización y de los servicios médicos **es dependiente** de las Decisiones de gestión de los ingresos

En la tabla 3, nos muestra un cuadro de doble entrada, en donde **Costos reales de la organización y de los servicios médicos va en la fila**, y la **Decisiones de gestión de los ingresos** va en la columna.

**Tabla 3**

*Costos reales de la organización y de los servicios médicos y Decisiones de gestión de los ingresos*

		Decisiones de gestión de los ingresos		
		No	Si	Total
Costos reales de la organización y de los servicios médicos	No	0	8	8
	Si	9	0	9
Total		9	8	17

Asimismo, se ha calculado la Chi Cuadrado de Pearson, cuyos resultados se muestra en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Prueba Chi Cuadrado hipótesis específica 1*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi-cuadrado de Pearson	17,000 <sup>a</sup>	1	,000
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	13,223	1	,000
Razón de verosimilitud	23,508	1	,000
Asociación lineal por lineal	16,000	1	,000
N de casos válidos	17		

a. 4 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,76.

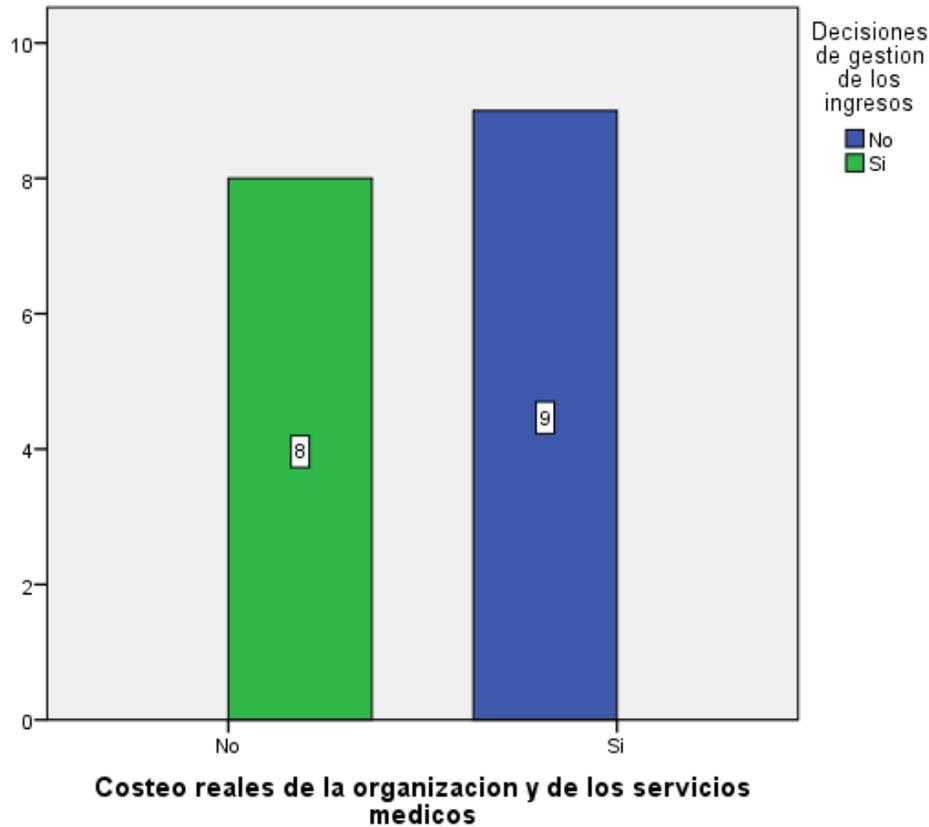
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El valor estadístico de prueba (p) es **0,000**; valor menor que el nivel de significancia alpha ( $\alpha$ ) **0,050**; por lo tanto, existe evidencia para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa, es decir que **El Costos reales de la organización y de los servicios médicos se relaciona con las Decisiones de gestión de los ingresos.**

A continuación, presentamos una figura de doble entrada.

### Figura 106

*Tabla de doble entrada de la Hipótesis Específica 1*



### Prueba de hipótesis específica 2

Ahora probamos la Hipótesis Específica 2, para lo cual planteamos lo siguiente:

H<sub>0</sub>: Los Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios **es independiente** de las

Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos

H<sub>1</sub>: Los Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios **es dependiente** de las

Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos

En la tabla 5, nos muestra un cuadro de doble entrada, en donde Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios **va en la fila**, y la Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos va en la columna.

**Tabla 5**

*Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios y Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos*

		Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos		
		No	Si	Total
Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios	No	0	9	9
	Si	8	0	8
Total		8	9	17

Asimismo, se ha calculado la Chi Cuadrado de Pearson, cuyos resultados se muestra en la tabla 5

**Tabla 6**

*Prueba Chi Cuadrado hipótesis específica 2*

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Chi-cuadrado de Pearson	17,000 <sup>a</sup>	1	,000
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	13,223	1	,000
Razón de verosimilitud	23,508	1	,000
Asociación lineal por lineal	16,000	1	,000
N de casos válidos	17		

a. 4 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,76.

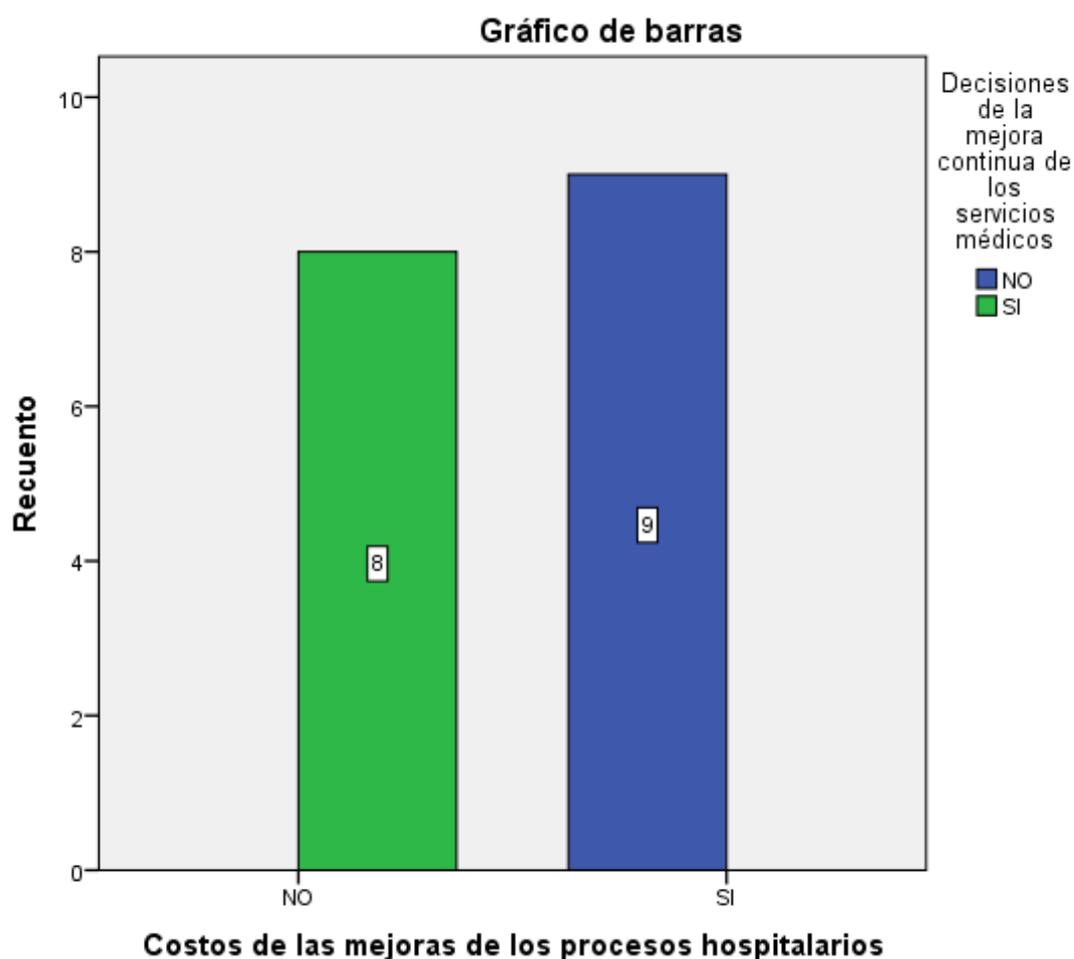
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El valor estadístico de prueba (p) es **0,000**; valor menor que el nivel de significancia alpha ( $\alpha$ ) **0,050**; por lo tanto, existe evidencia para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa, es decir que **los Costos de las mejoras de los procesos hospitalarios** influyen en **las Decisiones de la mejora continua de los servicios médicos.**

A continuación, presentamos una figura de doble entrada.

**Figura 107**

*Tabla de doble entrada de la Hipótesis Específica 2*



### Prueba de hipótesis específica 3

Finalmente probamos la siguiente hipótesis específica 3

Ho: Los costos estándares de los procedimientos médicos **es independiente** de las Decisiones de formulación y control de los presupuestos

H1: Los costos estándares de los procedimientos médicos **es dependiente** de las Decisiones de formulación y control de los presupuestos

En la tabla 7, nos muestra un cuadro de doble entrada, en donde Los costos estándares de los procedimientos médicos **van en la fila**, y las Decisiones de formulación y control de los presupuestos van en la columna.

**Tabla 7**

*Costos estándares de los procedimientos médicos y Decisiones de formulación y control de los presupuestos*

		Decisiones de formulación y control de los presupuestos		
		No	Si	Total
Costos estándares de los procedimientos médicos	No	0	7	7
	Si	10	0	10
Total		10	7	17

Asimismo, se ha calculado la Chi Cuadrado de Pearson, cuyos resultados se muestra en la tabla 8.

**Tabla 8**

*Prueba Chi Cuadrado hipótesis específica 3*

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Chi-cuadrado de Pearson	17,000 <sup>a</sup>	1	,000
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	13,122	1	,000
Razón de verosimilitud	23,035	1	,000
Asociación lineal por lineal	16,000	1	,000
N de casos válidos	17		

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,88.

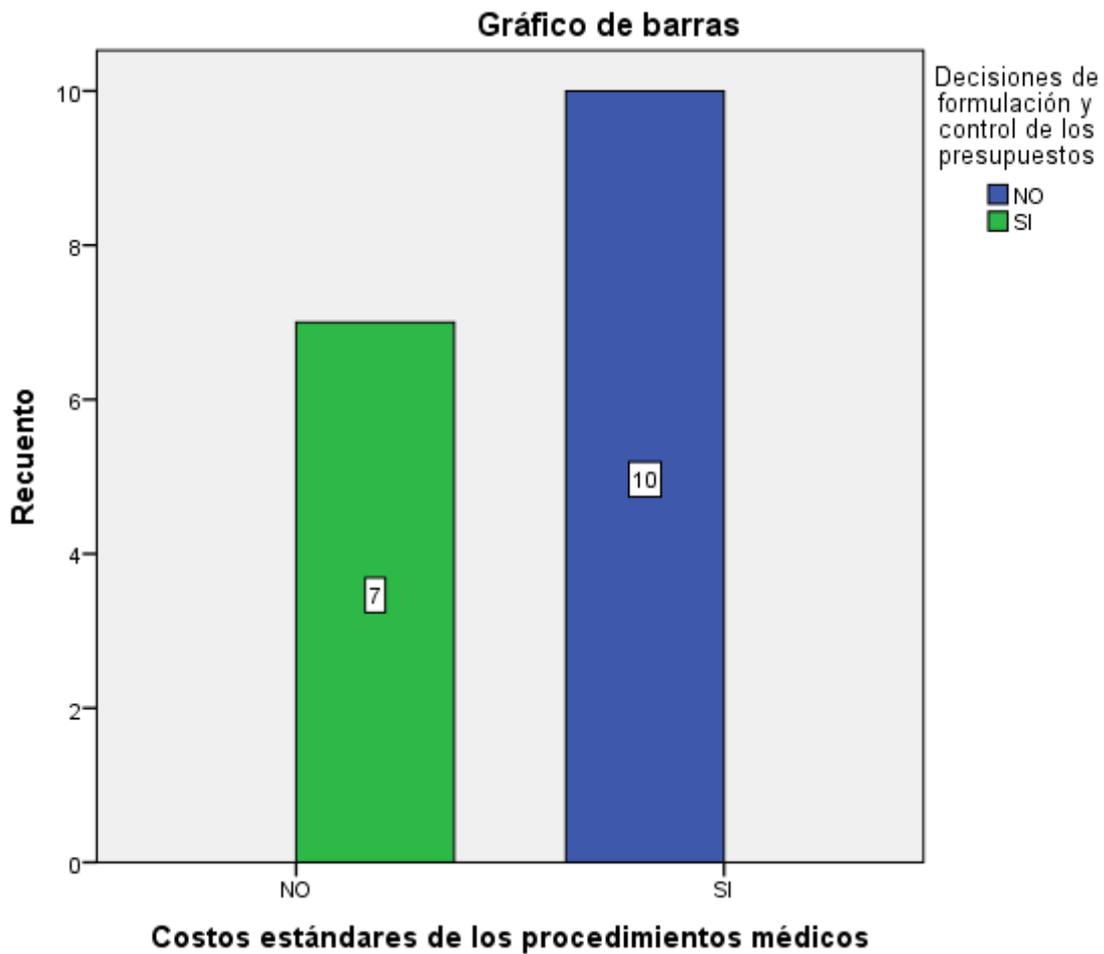
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El valor estadístico de prueba (p) es **0,000**; valor menor que el nivel de significancia alpha ( $\alpha$ ) **0,050**; por lo tanto, existe evidencia para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis Alternativa, es decir que **Los Costos estándares de los procedimientos médicos** se relacionan o influyen en las **Decisiones de formulación y control de los presupuestos**.

A continuación, presentamos una figura de doble entrada.

**Figura 108**

*Tabla de doble entrada de la Hipótesis Especifica 3*



### **INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Por lo tanto, hemos probados la tesis, de que el sistema de Costos se relaciona con la Toma de Decisiones de la Alta Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera.

Los costos que se incurren en los procedimientos médicos, influyen en las decisiones que la Alta Dirección debe tomar.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Lo planteado en la tesis lo confrontamos con las teorías expuestas en el marco teórico con la finalidad de analizar la congruencia o divergencia existente:

Con Robbins (2014), existe coincidencia ya que los costos son las bases con los cuales se establecen los presupuestos, los cuales son fundamentales en la preparación de la planeación y el control. En la planeación, la expresión en términos operativos de las metas y estrategias se hace con el presupuesto.

Horngren (2006), señala que los presupuestos se elaboran en base a los costos que incurre la empresa y estos serán buenos y permitirán el logro de los objetivos, si los costos con los cuales se trabajaron son reales y buenos. Estas definiciones que hace este autor corrobora la coincidencia existente con la tesis que desarrollada.

Mowen (2006), en su teoría señala que los costos deben de ser los más exactos posibles, lo cual depende de la lógica y razonabilidad de los métodos utilizados. Lo señalado es congruente con lo planteado en la tesis, porque cuando utilizamos los costos históricos o pasados como base para establecer estándares, estos estándares serán buenos si los costos con los cuales se han establecidos reflejan el valor de los recursos utilizados en los procedimientos médicos, o en los diferentes centros de costos.

También señala que la ventaja competitiva significa crear para el cliente un mejor valor con base en un bajo costo o en comparación con sus competidores mantener su costo siendo el beneficio el valor agregado o en crear un valor equivalente con un costo más bajo. Esta ventaja competitiva se muestra como un menor tiempo de espera por una atención médica, atención y medicación adecuada, calidez, empatía y buen trato a la familia de los pacientes, etc.

Polimeni (1998), señala que el éxito de la gerencia dependerá del sistema de información que tenga la empresa y de los costos en que incurre en la producción de bienes o servicios. Lo señalado demuestra la necesidad que tiene el hospital de tener un sistema de costos

que les permita tomar decisiones adecuadas para la programación, distribución y control de los recursos.

También señala que la información de costos está conformada por los ingresos y costos pasados y se utilizan referencialmente para el establecimiento de estándares de desempeño y de ingresos proyectados, lo que complementa lo señalado en el punto anterior por Mowen.

Lo señalado por cada uno de los autores de las teorías analizadas, y lo sustentado en la presente investigación, podemos concluir que existe la necesidad de establecer un sistema de costos que sirva de base para tomar decisiones.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Las órdenes de trabajo de mantenimiento (OTM) no están sistematizadas, lo que no permite el control de los materiales utilizados en cada trabajo, como el tiempo empleado en su ejecución. Los actuales procesos para desarrollar estos trabajos deben de ser revisados a fin de mejorarlos.
- 6.2. Existe recurso que no son utilizados como es el caso del caldero en mantenimiento. Se debe evaluar el uso del pozo existente para el abastecimiento de agua potable ya que el costo de este servicio es bien alto
- 6.3. Según el informe de patrimonio, Almacén central tiene productos sin distribución y cuya obsolescencia es rápida (software, equipos de cómputo, y otros) por lo que, en la entrega de estos equipos debe utilizar la metodología de primeras entradas primeras salidas y evitar que por obsolescencia quede descartado su uso.

Existe alto costo de personal asistencial, en las unidades prestadoras de servicios finales

### Figura 109

*Relación pacientes/personal médico/asistencial*

#### RELACIÓN PACIENTES/PERSONAL MÉDICO/ASISTENCIAL

Unidad productora de servicio	Número de Pacientes	Número de Médicos	Número de Enfermeras	Número de Asistencial.	Otros Adm. Y TS	Psicólogos	Total Personal	Relación Pers/pac.	Costo Unitario
Pabellón 01	55	7	18	35	0	4	64	1.16	264.26
Pabellón 02	46	2	9	25	0	1	37	0.80	215.96
Pabellón 04	61	2	11	24	0	1	38	0.62	182.35
Pabellón 05	43	2	7	18	0	1	28	0.65	197.86
Pabellón 08	36	1	6	20	0	1	28	0.78	198.64
Pabellón 09	34	2	6	20	0	1	29	0.85	211.56
Pabellón 12 - 13	33	1	7	21	0	2	31	0.94	223.12
Departamento de Adicciones	23	3	7	12	1	3	26	1.13	305.38
Pabellón 20	45	7	18	29	0	3	57	1.27	295.98
Pabellón Forence	12	1	5	6	0	1	13	1.08	223.92
Pabellón UCE	27	1	11	26	0	0	38	1.41	320.54
Honopren	6	0	0	5	0	0	5	0.83	
Departamento de Emergencias	390	4	13	23	1	10(1)	41		

(1): Los psicólogos provienen de hospitalización de corta y larga estancia y semanalmente atienden diez (10)

**FUENTE: Informe Estructura de Costos Hospital Víctor Larco Herrera**

- 6.4. Por ejemplo, en el pabellón 01, hay cincuenta y cinco (55) pacientes y sesentaicuatro (64) personas para su atención: 07 médicos, 18 enfermeras, 35 técnicos o auxiliares en enfermería y 04 psicólogos. La relación personal/paciente es de 1.16, es decir existe un poco más de una persona para la atención de un paciente. En la tabla precedente se puede observar, que el costo unitario promedio de hospitalización es más alto cuando más alta es esta relación personal/paciente. En emergencia, se atienden mensualmente en promedio trescientos noventa (390) pacientes, por día en promedio se atienden 13 personas. Para esta atención se tienen 41 personas más uno o dos psicólogos de hospitalización que diariamente prestan apoyo. Es por esto que emergencia tiene un costo de paciente/día de setecientos veintitrés soles y diecinueve céntimos (S/723.19).
- 6.5. Existen tres (03) Departamentos, cuyo personal no labora ahí, sino que son destacados a otras dependencias, son los departamentos de Trabajo Social, de Enfermería, y de Psicología.

## VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Las rotaciones o programación de guardias o turnos del personal asistencial o administrativo deben ser registradas por la Oficina de Personal en el momento de su programación.
- 7.2. La Oficina de Servicios Generales y de Mantenimiento debe sistematizar las Órdenes de Trabajo de Mantenimiento y los inventarios de sus materiales a fin mejorar y controlar la ejecución de los trabajos, lo que permitirá controlar las horas de mano de obra trabajadas, y el inventario de insumos disponibles por mantenimiento.
- 7.3. Racionalizar la disponibilidad del personal de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento. Sincerar los activos fijos dando de baja los bienes obsoletos.
- 7.4. En almacén, la entrega de materiales debe respetar la metodología de primeras entradas primeras salidas, a fin de evitar que los bienes más antiguos se sigan quedando.
- 7.5. La estructura organizativa de la Institución debe modificarse y definir a cada Unidad productora de Servicios de Salud con su personal y sus recursos, a fin de que cada Jefe de estas Unidades puedan dirigir, organizar, ejecutar y controlar la ejecución de las actividades que les compete. La relación personal/paciente debe corregirse de acuerdo a los protocolos establecidos.

## VIII. REFERENCIAS

- Andrade Espinoza, S. (2015) *“Costos y Presupuestos”*. Cuarta edición. Lima.
- Alvarado Pérez, B., Garnica Pinazo, G. y Romero Pinillos, M. (1997). *Análisis de Costos de los Servicios de Salud*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Estudio realizado por encargo de USAID/Perú.
- Álvarez Begoña, P. y Lobo, F. (2000). Sistemas de pagos a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Rev. Pan. Salud Pública /Pan Am J Public Health* 8 (1/2).
- Arriagada I., Aranda, V. y Miranda, F. (2005). *Políticas y Programas de Salud en América Latina. Problemas y Propuestas*. CEPAL División de Desarrollo Social.
- Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. “La salud se inscribe en el marco del desarrollo humano”. Editorial Universidad la Plata. La Plata.
- Broggi, A. (2010). *Metodología para la mejor Administración de los Recursos Humanos en la Gestión de Empresas de Servicios en la Etapa de Maduración*. [Tesis Magister]. Universidad Tecnológica Regional, Facultad Regional de Buenos Aires.
- Burgeois, M. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. “El concepto de desarrollo tiene distintos alcances. Universidad La Plata.
- Delgado Tuesta, I. (2014). *Avances y Perspectivas en la implementación del Presupuesto por Resultados en Perú*. [Tesis Magister]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Dueñas Ramia, G. (1996). *“La Dirección de Empresas ante la Nueva Complejidad”*. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid..
- Dueñas Ramia, G. (2002). La Dirección de Hospitales por Productos: Nuevas Metodologías de Cálculo y Análisis de Costos. *XXV Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (APUCO)*. Octubre 2002.

- Duque Roldán M., Gómez Montoya, L. y Osorio Agudelo, J. (2009) “Análisis de los Sistemas de Costos utilizados en las Entidades del Sector Salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones”. *Revista del Instituto Nacional de Costos*, 5.
- Fiestas, F. y Piazza, M. (2005). “Prevalencia de Vida y Edad de Inicio de Trastornos Mentales en el Perú Urbano: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental”. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*.
- García Cornejo, B. (2004). *La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking del Sistema de Nacional de Salud Español. Balance de una década.. Revista Administración Sanitaria* 2004.
- García, E. (2007). *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Cádiz.
- Gómez Montoya, L. y Duque Roldán, M. (2008). *La Información contable y la de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación*. Universidad de Antioquía.
- Hansen, R. y Mowen, M. (2007). *Administración de Costos: Contabilidad y Control*. (5ta Ed.). Thomson Editores S.A.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación. Informe General. *Anales de Salud Mental*, XXIX.(Suplemento 1).
- MINSA. (2009). *Modelo de gestión hospitalaria*. Dirección General de Salud de las Personas.
- Moll León, S. (2009). *Representaciones de la Salud Mental en Trabajadores de dos Instituciones Especializadas de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010) “*Serie: Metodología de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud*”.

- Polimeni, R., Fabozzi, F. y Adelberg, A. (1998). *Contabilidad de Costos*. (3ra ed.). McGraw Hill.
- Robbins, S. y Coulter, M. (2014). *Administración*. (12da ed.). Prentice Hall Inc.
- Rodríguez Acosta, S. (2012). *Tres ensayos sobre acceso a servicios de salud en Colombia*. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Saavedra, J. (s.f.). *Situación de la Salud Mental en el Perú*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Dirección Ejecutiva de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.
- Secretaría de Salud de México, (2004). *Módulo de Estimación de Costos Hospitalarios*". Dirección General de Planeamiento y Desarrollo en Salud. México.
- Seguro Integral de Salud (SIS). *Ley N° 27656 del 29/01/2002, Ley N° 27657 del 29/01/2002, Ley N° 27660 del 07/03/2003, Ley N° 27812 del 13/08/2002, Ley N° 28588 del 21/07/2005, Ley N° 29344 del 21/07/2005, Ley N° 29414 del 30/09/2009, Ley N° 29761 del 22/07/2011*.
- Torres Hiestroza, A. y López Orosco, G. (2012). *Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud: aplicación de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico - GRD*. *Revista El Hombre y la Máquina*, 40(2012).

## IX. ANEXOS

## Anexo A. Matriz de consistencia

Matriz de consistencia					
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
<b>Problema principal</b> ¿El establecimiento de un adecuado Sistema de Costos mejorará la toma de decisiones de la Alta Dirección del Hospital de Salud Mental Víctor Larco Herrera?	<b>Objetivo principal</b> Demostrar que el establecimiento de un adecuado Sistema de Costos mejora las decisiones de la Alta Dirección Del Hospital de Salud Mental Víctor Larco Herrera	<b>Hipótesis principal</b> La utilización de un sistema de costos permite mejorar las decisiones de la Alta Dirección del Hospital de Salud Mental Víctor Larco Herrera	<b>Variable independiente</b> Sistema de costeo absorbente	Confiabilidad de la Información del sistema de Costos.  Decisiones de la Alta Dirección	<b>Selección de la muestra</b>  Muestra no probabilística. Caso estudio: Hospital de Salud Mental Víctor Larco Herrera.  <b>Tipo de investigación</b>
			<b>Variable dependiente</b> Calidad de las decisiones de La Alta Dirección.		
<b>Problema secundario 1</b> ¿El desconocimiento de la Organización de los Costos Unitarios reales de servicios médicos, no permite tomar buenas decisiones sobre los Ingresos?	<b>Objetivo secundario 1</b> Demostrar que el desconocimiento por la Organización de los costos Unitarios reales, de los Servicios hospitalarios no permite generar mejores ingresos.	<b>Hipótesis secundaria 1</b> El conocimiento de los Costos unitarios reales de los servicios hospitalarios, Influye en las decisiones de gestión mejorando los ingresos.	<b>Variable independiente</b> Costos unitarios reales de Los procedimientos médicos.	Costos de los servicios de Otros hospitales o clínicas.  Valor de las recaudaciones	Científica, transversal aplicada-explicativa y correlacional.  <b>Técnicas de recolección de Información</b>  Fuente primaria de datos, Entrevistas y encuestas.
			<b>Variable dependiente</b> Decisiones de gestión de los Ingresos.		
<b>Problema secundario 2</b> ¿El desconocimiento de los Costos Unitarios reales , influye en las decisiones de mejora continua de los servicios hospitalarios?	<b>Objetivo secundario 2</b> Demostrar que el desconocimiento de los Costos unitarios reales de los procesos médicos, influye en las decisiones de mejora continua de los servicios hospitalarios.	<b>Hipótesis secundaria 2</b> El conocimiento de los Costos unitarios , facilita las decisiones de gestión de la mejora continua de estos servicios hospitalarios.	<b>Variable independiente</b> Costos de las mejoras de las Consultorios Médicos.	Valor de las inversiones en Consultorios de los Procedimientos Médicos  Calidad de las mejoras de los Consultorios de los Procedimientos Médicos	<b>Técnicas de procesamiento De datos</b>  Por medio de cuadros Enlazados en una hoja Electrónica de datos.
			<b>Variable dependiente</b> Decisiones mejora continua de Consultorios Médicos.		
<b>Problema secundario 3</b> ¿El desconocimiento de los costos estándares, influyen en las decisiones de gestión del presupuesto de los servicios hospitalarios?	<b>Objetivo secundario 3</b> Demostrar que la inexistencia de costos unitarios estándares influye en las decisiones de formulación y control de los presupuestos de los servicios Hospitalarios.	<b>Hipótesis secundaria 3</b> El establecimiento de costos unitarios estándares, facilita Las decisiones de formulación y Control de los presupuestos.	<b>Variable independiente</b> Costos estándares de los servicios médicos	Comparación de los costos Incurridos con estándares.  Calidad en la formulación y control Presupuestal.	<b>Técnicas de presentación De resultados.</b>  Mediante cuadros, tablas, Gráficos de barras y Circulares.
			<b>Variable dependiente</b> Decisiones de formulación y Control de los presupuestos.		

## Anexo B. Análisis de confiabilidad

## Item-Total Statistics

		Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P01	¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a mejorar la atención que se le brinda a los pacientes?	17,59	8,007	,688	,770
P02	¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a gestionar, supervisar y controlar la ejecución de las actividades?	17,59	8,257	,567	,779
P03	¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a la adquisición, reparación y/o mantenimiento de los equipos médicos, es más importante que cumplir con los servicios administrativos?	17,24	7,941	,512	,782
P04	¿Usted considera que la falta de una estructura de costos, influye en la toma de decisiones de la Dirección del hospital?	17,65	8,368	,631	,778
P05	¿Considera Ud. que la elaboración de una estructura de costos, permitirá a la Dirección del hospital conocer en que dependencias se requiere aplicar correctivos a fin de mejorar su desempeño?	17,53	8,015	,600	,775
P06	Los usuarios de los servicios médicos no afiliados al seguro del SIS. ¿Deberían de pagar los costos incurridos en la prestación de los servicios médicos que reciben?	17,00	8,375	,445	,788
P07	¿Cree Ud. que el tarifario del hospital refleja el costo incurrido en la prestación de los servicios médicos?	16,94	8,684	,368	,794
P08	¿Cree Ud. que es necesario determinar los costos de los procedimientos médicos que permita negociar los tarifarios del SIS?	17,59	8,382	,507	,784
P09	¿Cree Ud. que sin un sistema de costos adecuado que permita conocer cuál es el costo de los procedimientos médicos, la dirección del hospital puede tomar decisiones adecuadas para el establecimiento de convenios con otras entidades que requieren de los servicios de este hospital?	17,29	8,721	,232	,809

p10	¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales unitarios de los servicios médicos hospitalarios afecta los ingresos de los recursos propios del hospital?	17,24	8,566	,286	,804
p11	¿Cree Ud. que el determinar una estructura de costos para los servicios que ofrece el hospital, permitirá conocer las dependencias en donde se debe priorizar las decisiones de mejora continua?	17,71	9,471	,108	,807
p12	¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales de cada una de las dependencias del hospital, no permite elaborar un presupuesto adecuado a las necesidades y metas que se pretende obtener?	17,71	9,471	,108	,807
p13	Desarrollar las actividades del hospital sin conocer los costos reales en que se incurren se reflejaría en una inadecuada programación de actividades, ¿afectaría el control de las actividades, la eficiencia y eficacia se verían afectadas?	17,35	7,743	,599	,774
p14	¿Cree Usted que, el conocimiento de los costos reales de las actividades de las diferentes dependencias del hospital nos permitiría que en el presupuesto se asigne adecuadamente los recursos a cada programa presupuestal, se controle adecuadamente la ejecución de los recursos asignados, corregir la gestión cuando no es la adecuada?	17,53	8,765	,284	,802

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Ítems
<b>,802</b>	<b>14</b>
<b>80 %</b>	<b>14</b>

### Anexo C. Resultados de las encuestas para la prueba de Chi cuadrado

\*TESIS MORIMOTO 13 SET 2019.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

20:

	sujeto	X_HG	Y_HG	X1_HE1	Y1_HG1	X2_HE2	Y2_HE2	X3_HE3	Y3_HE3	var	var
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
2	2	1	0	1	0	0	1	0	1		
3	3	0	1	1	0	1	0	1	0		
4	4	0	1	1	0	1	0	0	1		
5	5	0	1	1	0	1	0	1	0		
6	6	0	1	0	1	0	1	1	0		
7	7	1	0	1	0	1	0	1	0		
8	8	0	1	1	0	1	0	1	0		
9	9	1	0	1	0	1	0	1	0		
10	10	1	0	0	1	1	0	0	1		
11	11	1	0	0	1	0	1	1	0		
12	12	0	1	0	1	0	1	0	1		
13	13	1	0	1	0	1	0	1	0		
14	14	0	1	1	0	0	1	0	1		
15	15	1	0	0	1	0	1	0	1		
16	16	0	1	0	1	0	1	1	0		
17	17	0	1	0	1	1	0	1	0		
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
20											
21											
22											
23											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Pr

**Anexo D. Encuesta**

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN COSTOS Y PRESUPUESTOS**

1. La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a mejorar la atención que se les brinda a los pacientes?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Comente su respuesta.....  
.....

2. La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a gestionar, supervisar y controlar la ejecución de las actividades?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Comente su respuesta.....  
.....

...

3. La Dirección del hospital diariamente toma decisiones respecto a lo que debe de hacer en el hospital. ¿Considera Ud. que las decisiones que se toman están relacionadas a la adquisición, reparación, y/o mantenimiento de los equipos médicos?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Comente su respuesta.....

.....

4. ¿Usted considera que la falta de una estructura de costos, influye en la toma de decisiones de la Dirección del hospital?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí            2. No

Comente su respuesta.....

.....

5. ¿Considera Ud. que la elaboración de una estructura de costos, permitirá a la Dirección del hospital conocer en que dependencias se requiere aplicar correctivos a fin de mejorar su desempeño?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí            2. No

Comente su respuesta.....

.....

6. Los usuarios de los servicios médicos no afiliados al seguro del SIS. ¿Deberían de pagar los costos incurridos en la prestación de los servicios médicos que reciben?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí            2. No

Comente su respuesta.....

.....

7. En relación a la pregunta anterior. ¿Cree Ud. que el tarifario del hospital refleja el costo incurrido en la prestación de los servicios médicos?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

1. Sí            2. No

Comente su respuesta.....

.....

8. ¿Cree Ud. que es necesario determinar los costos de los procedimientos médicos que permita negociar los tarifarios del SIS?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Comente su respuesta.....

.....

9. ¿Cree Ud. que sin un sistema de costos adecuado que permita conocer cuál es el costo de los procedimientos médicos, la dirección del hospital puede tomar decisiones adecuadas para el establecimiento de convenios con otras entidades que requieren de los servicios de este hospital?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Comente su respuesta.....

.....

10. ¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales unitarios de los servicios médicos hospitalarios afecta los ingresos de los recursos propios del hospital?

Las opciones de respuestas son las siguientes:

- 1. Sí
- 2. No

Comente su respuesta.....

.....

11. ¿Cree Ud. que el determinar una estructura de costos para los servicios que ofrece el hospital, permitirá conocer las dependencias en donde se debe priorizar las decisiones de mejora continua?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí            2. No

Comente su respuesta.....

.....

12. ¿Cree Ud. que el desconocimiento de los costos reales de cada una de las dependencias del hospital, no permite tomar decisiones adecuadas en cuanto a las necesidades y metas que se pretende obtener?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Sí            2. No

Comente su respuesta.....

.....

13. ¿Desarrollar las actividades del hospital sin conocer los costos reales en que se incurren se reflejaría en una inadecuada programación de actividades, afectaría el control de las actividades, y la eficiencia y eficacia también se verían afectadas?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Si            2. No

Comente su respuesta.....

.....

14. ¿Cree Usted que, el conocimiento de los costos reales de las actividades de las diferentes dependencias del hospital nos permitiría que en el presupuesto se asigne adecuadamente los recursos a cada programa presupuestal, se controle adecuadamente la ejecución de los recursos asignados, corregir la gestión cuando no es la adecuada?

Las opciones de respuestas son los siguientes:

- 1. Si            2. No

Comente su respuesta.....

.....