

Título: Importancia de los costos en sistemas de salud y problemática de su implementación

Resumen:

El presente texto refiere a la importancia de la implementación de los sistemas de gestión de costos en el sector de salud Argentino y beneficios de su utilización como herramienta para la toma de decisiones. El objetivo de la presentación será referir a la utilidad de dicha herramienta, en la búsqueda de la eficiencia en el uso y consumo de recursos, análisis económicos, generar ahorros de costos, negociar convenios y precios con bases objetivas, determinar puntos de equilibrio y analizar rendimiento de distintas modalidades de pago y servicios de salud, entre otros.

La realidad del país denota un escaso liderazgo en la implementación de los sistemas, donde la mayoría de los prestadores de salud desconocen la utilidad de los mismos y como consecuencia, cuál es su rentabilidad de las unidades estratégicas de negocios, y muchas veces aceptando precios – aranceles por debajo de su costo de prestación. Sumado a ello la existencia de los costos de no calidad, cada vez más distantes de ser identificados y por supuesto medidos. El acceso a los programas de calidad aún resulta optativo y los esfuerzos por lograr acreditaciones solo recaen en los grandes prestadores o aquellos pocos que tienen conciencia de la importancia de su alcance. Finalmente se describen las principales variables que afectan la realidad de los prestadores y ponen en jaque al sector, profundizando algunas de ellos sin dejar de remarcar el daño y los perjuicios que hoy día están sufriendo la mayor parte de las instituciones de salud del país.

Palabras claves: Costos por servicios. Problemática de salud. Costos ocultos.

Área Temática: Costos como herramienta para planificación, control y apoyo de decisiones

1. Introducción a la problemática de los sistemas de costos en el sector salud.

En los últimos años la problemática del sector privado de salud se ha acentuado en forma exponencial, la pandemia, la mala gestión, la carencia de poder de negociación, la imposibilidad de ser formadores de precios, la ausencia de políticas de salud, entre otros ha puesto en jaque al sector afectando tanto a los prestadores públicos como privados.

Bajo el paraguas de una Ley Emergencia Sanitaria que enmarca legalmente la agonía de muchos prestadores, no resuelve de fondo los problemas y dificultades del sector, sino que simplemente resulta un paliativo para quienes están al borde del abismo y que con muchísimo esfuerzo han logrado sobrevivir en el mercado gracias a acciones y esfuerzos individuales.

La dependencia del estado para lograr la financiación en forma directa o a través de las obras sociales nacionales y provinciales ha marcado claramente que el sector prestador no es formador de precios, a esta situación se suma la regulación actual de las EMP (Empresas de Medicina Prepaga) limitando los aumentos de aranceles de acuerdo a una escala determinada por el ICS (Índice de Costos de Salud). Finalmente el sistema de seguridad social ha perdido participación en la financiación del sector debido a múltiples factores, podemos destacar como ejemplo principal el aumento del desempleo o caída del empleo formal.

El retraso arancelario acumulado en los últimos años determina un significativo desfasaje donde muchas veces no alcanzan a cubrir el costo de prestación, el cual, es producto de una elevada inflación del sector sin el acompañamiento del ajuste mencionado en la actualización de valores.

El impacto inflacionario continúa siendo relevante, siendo superior al 115% interanual, y el valor de los insumos dolarizados impactan directamente en el costo de prestación, sin poder trasladarlo a los precios.

La actualización del Convenio Colectivo de trabajo se convierte en la principal variable en la estructura de costos, la mano de obra intensiva del sector impacta directamente en el costo fijo de la prestación del servicio, resultando superior al 70%. Situación que determina que la eficiencia y la productividad de los prestadores deben ser elevadas a los fines de su cobertura.

Se suma a esta situación el ciclo de cobranzas del sector donde el costo financiero por las dilaciones en los pagos de los financiadores hoy supera en promedio el 8% mensual. Tener obligaciones de pago de corto plazo a 30 días (sueldos, honorarios, proveedores, servicios, etc) y cobros a 90 días o a 120 días (obras sociales nacionales y provinciales, seguridad social) sigue siendo un costo que absorben los prestadores en forma directa.

Podríamos con todo ello, delegar la responsabilidad en el contexto que enmarca al sector. Todas estas variables, afectan en forma directa las instituciones que brindan servicios de salud, no han podido ser abordadas en forma proactiva por quienes tienen el rol representativo de los prestadores de salud. La importancia que reviste el sistema de salud para el cuidado de la población no ha sido atendida tampoco por el poder político. Determinando una gran debilidad en la gestión del sector y una clara erosión de los recursos del sistema.

Los prestadores de salud se han convertido en actores pasivos de una realidad que han aceptado como tal, sin posibilidades y sin injerencia institucional - corporativa para poder modificar o ser parte de las políticas de salud a nivel gubernamental en todos sus estamentos.

En este marco, los sistemas de costos y control de gestión se han vuelto indispensables, a fin de que los aranceles/precios recibidos por las prestaciones puedan cubrir la inversión que demanda el servicio de salud. Esta situación ha derivado en una eficiencia extrema, que no todos los prestadores han sabido o podido llevar adelante, esto explica el cierre masivo de instituciones de salud con deudas previsionales imposibles de pagar, sin ningún tipo de subsidio, y con aranceles que tienen años de retraso con respecto a los aumentos de costos.

Se suma a lo anterior la falta de gestión y profesionalización de los puestos gerenciales, aun muchos dependiendo de los médicos (propietarios) encargados de gestionar empresas de salud y múltiples factores que han afectado la vida de las organizaciones privadas de salud.

Esta situación exige un monitoreo constante de la actividad, donde el control presupuestario, y los sistemas de costos ha sido clave en la gestión.

2. Importancia de la gestión de costos en salud

El uso e implementación de sistemas de costos en el sector deriva en múltiples beneficios para la gestión de cualquier institución de salud: permiten la medición de la utilización de la capacidad instalada, medir la eficiencia en el uso de los recursos materiales y equipos, control interno de los recursos humanos, materiales y financieros, análisis de la ejecución del presupuesto, gestión de costos por sector, por pacientes, por patologías, analizar el punto de equilibrio para cubrir los costos que

generan las prestaciones del servicio, sirve de base para calcular el porcentaje de rentabilidad deseado para cada uno de los convenios, resulta indispensable en la negociación con los financiadores en función de un costo objetivo, analizar rendimientos de los convenios de distintos tipos de convenio, medir la productividad y eficiencia de los servicios intermedios y finales, generar información para la toma de decisiones en todos los sectores de la organización, presupuestar el impacto del ajuste del Convenio Colectivo de Trabajo y la inflación anual.

3. El análisis de costos en los prestadores de salud

La importancia de la implementación de los sistemas de costos hace necesario evolucionar a sistemas de información que permitan saber no solamente cuánto se gasta, sino también cómo se invierten los recursos, para determinar la eficiencia de los distintos sectores y procesos hospitalarios. Por tales motivos resulta fundamental que dicha herramienta sea considerada como base y pilar para la gestión y toma de decisiones

A pesar de las bondades y beneficios que aporta su uso la mayor parte de los prestadores de salud (monovalentes, polivalentes, públicos, privados), no generan información necesaria para calcular costos, lo cual deriva en un desconocimiento de las principales unidades estratégicas del negocio, como del costo día cama, paciente egresado, hora quirúrgica, gasto radiológico, costo por estudio (tomografía, ecografía, resonancia magnética nuclear, etc).

Esta situación se ve más agravada en contextos inestables como los generados por una alta inflación o épocas de pandemia (COVID 19)

La falta de información hace que el cálculo de los costos se realice con un enfoque ad hoc, dependiendo la información disponible, por lo que la misma no se sustenta en bases objetivas solamente se cuenta con información agregada (presupuesto global y actividad hospitalaria) o derivada del ejercicio económico.

En tal sentido el cálculo de los costos en aquellas instituciones que no desarrollan sistemas de gestión se convierte solamente en un dato relativo y de escaso valor.

En este sentido, el análisis de costos ofrece grandes posibilidades a la gestión hospitalaria, llegando a convertirse en una importante herramienta para la toma de decisiones. Este tipo de análisis permite conocer el costo y la productividad de los servicios en que está estructurado el prestador, identificar áreas de ineficiencia económica dentro del hospital o incluso dentro de las propias secciones y, por tanto, valorar la eficiencia de la gestión de los servicios en general.

Adicionalmente, permite efectuar comparaciones entre distintos centros hospitalarios o entre secciones de los mismos. No obstante, para poder efectuar comparaciones entre centros y explicar las diferencias en los resultados se necesitan unos criterios homologados de imputación de los distintos conceptos de costos a los servicios finales. El gran problema a la hora de efectuar este tipo de análisis radica en la inexistencia de tales criterios, una problemática acentuada en la comparación de secciones concretas de diferentes hospitales, como es el caso de las enfermedades recurrentes.

4. Implementación de sistemas de costos en prestadores de salud

Teniendo en cuenta entonces la realidad del mercado de salud, las técnicas a aplicar deben estar basadas en la Teoría General de Costos según Cartier y Osorio (1992) y además deben tener especialmente en cuenta la realidad que plantea la empresa y

su medio, las herramientas que dispone para la solución de sus problemas en materia de información, y los principios generales implícitos en las herramientas.

Hoy día se encuentran herramientas para la gestión y manejo de los costos que pueden cumplir con los requisitos de información que se requieren en él, las cuales combinan las técnicas más acertadas en la asignación de recursos con el análisis de procesos y actividades. Es por ello que cada vez toma más fuerza en este sector además del Costo por Área o Servicios, la utilización de metodologías tales como el Costeo Basado en Actividades ABC (Activity Based Costing) de la cual se derivan los costos por Protocolos o por Ordenes, Costos por Procesos, Costos por Pacientes o Patologías y Grupos Relacionados de Diagnostico (GRDs)

En tal sentido, deben analizarse los costos al momento de la búsqueda de la técnica que más se adapte a satisfacer las distintas necesidades de información. Se reconoce que para la construcción de un sistema de costos se requiere considerar en primera instancia la estructura organizacional del centro, los procedimientos médicos empleados y el tipo de información de costos hospitalarios deseados

Por tales motivos y a pesar la existencia de diferentes sistemas de costos para los servicios de salud y su utilización en diferentes países, dado el contexto actual nos enfocaremos en el enfoque tradicional como base de implementación, para la concientización de la importancia de su uso y puntapié inicial para el desarrollo de sistemas de costos más avanzados.

El resto de los sistemas requieren exigencias de información más complejas que permitan registrar los costos para cada uno de los pacientes, patológicas, servicios, consumos, etc. además requieren de la determinación de las cantidades de bienes y servicios consumidos por cada paciente durante el proceso.

En tal sentido la aplicación del sistema de costos por servicios y de los costos unitarios de cada uno de ellos, no reemplazara al resto de los sistemas sino que a partir de su implementación se construye una nueva dimensión de análisis de la producción.

Otro aspecto sobre el que hay que trabajar fuertemente es la promoción de la cultura de costos al interior de las empresas, para que los diferentes niveles de dirección comprendan la importancia de hacer un monitoreo permanente al comportamiento de los costos de su unidad y con ello mejorar la gestión y los resultados. Nada se lograría con que las entidades encargadas de la vigilancia y control en el sector definan claramente el sistema de costos a aplicar y que las empresas inviertan una cantidad considerable de recursos en su implementación, si finalmente ésta información no es utilizada de forma adecuada.

4.1 Costos por servicios o áreas: implementación

Estos sistemas son denominados o conocidos como métodos tradicionales, donde el foco del análisis se ubica en los servicios, departamentos, centros o sectores. Las organizaciones son divididas en centros de costos de acuerdo a los organigramas y estructuras departamentales. En tal sentido se obtienen costos totales por áreas o centros de costos en un periodo determinado. A partir de ello se calculan los costos de las unidades producidas o de la actividad cumplida en cada una de esas funciones. El costo unitario de cada producto elaborado (o unidad de actividad realizada) en cada uno de ellos se obtiene con especificaciones técnicas de costos directos asignables a cada unidad, y utilizando bases de prorrateo o distribución (jornales directos, hs hombres, distribución de personal, etc.) para la asignación de costos indirectos.

A pesar de las bondades y los beneficios de la aplicación de las diferentes herramientas de costos, la realidad actual muestra un escaso uso y aplicación de los

distintos sistemas de costos, aún del sistema tradicional de costos por áreas o servicios.

La base de implementación de estos sistemas parte de la clasificación de los elementos del costo en:

- a) Materiales o insumos directos: aquellos insumos (medicamentos, descartables, insumos, etc.) suministrados al paciente durante el proceso de atención médica.
- b) Mano de obra directa: remuneraciones, cargas sociales, honorarios, etc. del equipo de salud.
- c) Costos Indirectos: corresponden al resto de los gastos en los que incurre una institución para atender a un paciente sin que se incorporen físicamente en ellos. Los cuales resultan de difícil afectación directa, por lo tanto se aplica sobre las bases de distribución. Además, se caracterizan por su diversidad y heterogeneidad de sus componentes como: alquileres, combustibles, energía, impuestos, tasas, etc.

Por su parte los distintos servicios o sectores departamentales se clasifican como:

- Finales: Últimos sectores o sectores de salida, en los cuales se deben concentrar los gastos para obtener el costo final. Consultorios externos, guardia, internación, etc.
- Intermedios: Son directamente relacionados con la actividad médica y con su actuación, permiten el desenvolvimiento de los sectores finales. Radiología, laboratorio, hemoterapia, ecografía, etc.
- Primarios o Generales: Son aquellos sectores que brindan apoyo de tipo general a los intermedios y a los finales, de modo de desarrollar eficientemente la totalidad de la atención médica en la institución: administración, sistemas, lavadero, mantenimiento, contaduría, etc.

A partir de dicha clasificación se realiza la distribución escalonada o en cascada las cuales consisten en:

1. La asignación primaria como se presenta en la Tabla 1, asigna los gastos directos a cada uno de los sectores. De esta manera la totalidad de los gastos del período se pueden identificar directamente con un centro de costos, e inclusive pueden los mismos pertenecer a dos o más centros y asignarse a los mismos proporcionalmente. La información utilizada surge de datos de la contabilidad y de la implementación de formularios internos de consumo por sectores: ej. papelería, raciones de alimentación, lavadero, etc. Los RRHH se asignan por sector teniendo en cuenta la nómina de personal, cargas sociales y aguinaldos prorrateados, anual o semestralmente. Finalmente se aplican las bases de distribución para asignar los componentes del costo indirectos a cada área o sector. Es importante recordar que aquellas cuentas que no puedo asignar directamente a un sector, pueden distribuirse a través de dichas bases.

Tabla 1

Ejemplo de asignación primaria

				Residuos Patologicos	Seguros	Luz	Teléfono	Amortizaciones	TOTAL INDIRECTOS	COSTO TOTAL
	CENTROS DE COSTOS	GASTOS DIRECTOS	RRHH SUELDOS	ASINACION DE GASTOS INDIRECTOS						
				46.305,44	\$ 15.671	\$ 88.623	\$ 16.119	\$ 34.600	\$ 593.419	
Servicios Primarios	GERENCIA	\$ 85.536	\$ 145.642		\$ 80	\$ 454	\$ 180	\$ 177	\$ 1.612	\$ 235.703
	PERSONAL	\$ 23.856	\$ 126.347		\$ 177	\$ 1.001	\$ 180	\$ 391	\$ 2.797	\$ 155.527
	SISTEMAS E INFORMÁTICA	\$ 27.957	\$ 86.775		\$ 52	\$ 294	\$ 90	\$ 115	\$ 9.612	\$ 126.080
	MANTENIMIENTO	\$ 83.238	\$ 172.327		\$ 56	\$ 319	\$ 90	\$ 125	\$ 124.470	\$ 383.483
	AUDITORÍA MÉDICA INTERNA	\$ 13.057			\$ 21	\$ 116	\$ 90	\$ 45	\$ 341	\$ 13.398
	FACTURACIÓN / DÉBITOS	\$ 54.098	\$ 179.387		\$ 33	\$ 185	\$ 90	\$ 72	\$ 941	\$ 238.013
	ADMINISTRACION	\$ 13.498	\$ 328.666		\$ 641	\$ 3.622	\$ 450	\$ 1.414	\$ 8.741	\$ 357.478
	RELACIONES PUBLICAS	\$ 16.209	\$ 51.577		\$ 138	\$ 779	\$ 90	\$ 304	\$ 10.776	\$ 79.594
	NUTRICIONISTA Y COCINA	\$ 100.467	\$ 96.113		\$ 835	\$ 4.719	\$ 270	\$ 1.843	\$ 19.841	\$ 218.344
	LAVADERO Y ROPERIA	\$ 32.969	\$ 187.094		\$ 456	\$ 2.577	\$ 90	\$ 1.006	\$ 9.411	\$ 233.215
CONTADURIA	\$ 97.876	\$ 76.840		\$ 114	\$ 643	\$ 90	\$ 251	\$ 1.975	\$ 178.228	
Servicios Intermedios	ECODOPLER	\$ 151	\$ 1.031		\$ 54	\$ 306	\$ 90	\$ 119	\$ 753	\$ 1.955
	ECOGRAFÍA GENERAL	\$ 123	\$ 2.421		\$ 44	\$ 250	\$ 180	\$ 98	\$ 722	\$ 3.315
	ENDOSCOPIA	\$ 1.486	\$ 22.449	\$ 271	\$ 62	\$ 352	\$ 90	\$ 138	\$ 1.124	\$ 25.507
	HEMODINAMIA	\$ 580	\$ 5.051	\$ 682	\$ 208	\$ 1.178	\$ 90	\$ 460	\$ 3.321	\$ 9.053
	IMÁGENES TAC	\$ 258	\$ 4.146	\$ 150	\$ 93	\$ 524	\$ 180	\$ 205	\$ 1.314	\$ 5.801
	KINESIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN	\$ 242	\$ 1.895	\$ 75	\$ 87	\$ 492	\$ 90	\$ 192	\$ 1.154	\$ 3.329
	CIRUGIA	\$ 117.617	\$ 458.337	\$ 7.527	\$ 582	\$ 3.290	\$ 360	\$ 1.285	\$ 66.587	\$ 651.708
	IMÁGENES RADIOLOGÍA	\$ 42.850	\$ 231.048	\$ 114	\$ 493	\$ 2.790	\$ 180	\$ 1.089	\$ 6.221	\$ 284.740
LABORATORIO	\$ 460.139	\$ 156.296	\$ 1.439	\$ 331	\$ 1.873	\$ 180	\$ 731	\$ 5.673	\$ 625.233	
Servicios Finales	CENTRO DE DIA	\$ 397	\$ 43.252	\$ 620	\$ 143	\$ 807	\$ 90	\$ 315	\$ 2.456	\$ 46.971
	INTERNACION	\$ 46.324	\$ 695.346	\$ 14.705	\$ 3.385	\$ 19.144	\$ 5.583	\$ 7.474	\$ 74.679	\$ 830.256
	SERVICIO DE GUARDIA	\$ 90.251	\$ 388.897	\$ 1.054	\$ 244	\$ 1.379	\$ 90	\$ 538	\$ 4.130	\$ 491.055
	SERVICIO MEDICINA LABORAL Y A.R.T.	\$ 3.456	58.234.15		\$ 12	\$ 67	\$ 90	\$ 26	\$ 234	\$ 3.690
	CONSULTORIOS EXTERNOS	\$ 9.678	\$ 68.572	\$ 10.092	\$ 3.474	\$ 19.648	\$ 5.223	\$ 7.671	\$ 62.848	\$ 142.469
	TOTAL	\$ 1.508.665	\$ 4.507.661	\$ 46.305	\$ 15.671	\$ 88.623	\$ 16.119	\$ 34.600	\$ 593.419	\$ 6.699.898

Fuente: Elaborado por el autor

2. En la asignación o distribución secundaria se asignan los centros primarios o de apoyo a los sectores intermedios y productivos (sectores finales) en función del servicio que brindar a cada uno de los mismos. De acuerdo a las bases de distribución para sectores primarios se puede utilizar unidades referidas en el Cuadro 1 y a las bases de distribución de los sectores intermedios como en el Cuadro 2 y se realiza la asignación correspondiente.

BASES DE DISTRIBUCION SECTORES PRIMARIOS	
SERVICIOS GENERALES	UNIDAD DE PRODUCCIÓN/BASE PRORRATEO
ADMINISTRACIÓN	% Facturación a cada Sector
	Tiempo a cada Sector
	Gastos Directos
COMERCIALIZACIÓN	% Facturación por sector
	N° PC por Sector
	Tiempo a cada Sector
FACTURACIÓN PERSONAL	% Facturación por sector
	Empleados en cada Sector
MANTENIMIENTO	Por Orden de Trabajo
	Tiempo a cada Sector según Orden de Trabajo
LIMPIEZA	M2
LAVADERO	Kg ropa lavada
COCINA	N° raciones por sector solicitante
VESTUARIOS	Empleados en cada Sector
DEPÓSITO GENERAL	Cantidad de pedidos
	M2
VIGILANCIA	Asignación directa
	Médicos por Sector
DIRECCIÓN MÉDICA	Tiempo a cada Sector
	Empleados en cada Sector
COMEDOR DEL PERSONAL	Empleados en cada Sector

Cuadro 1. Ejemplo de bases de distribución de sectores primarios

Fuente: Elaborado por el autor

BASES DE DISTRIBUCION SECTORES INTERMEDIOS	
SECTORES INTERMEDIOS	UNIDAD DE PRODUCCIÓN/BASE PRORRATEO
QUIRÓFANOS	Horas utilizadas
LABORATORIO	Determinación
RADIOLOGÍA	Placa
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Examen
ANESTESIOLOGÍA	Anestesia
FISIATRÍA	Sesión
ESTERILIZACIÓN	Paquete-tambor-caja
HEMODIÁLISIS	Sesión
HEMODINAMIA	Procedimiento
HEMOTERAPIA	Litros de sangre/bolsa transfundida
UTI	Día cama
	Horas cama utilizadas
FARMACIA (insumos+estructura)	\$ consumidos por Sector
	Cantidades consumidas por Sector
FARMACIA = costo de estructura	Cantidad de pedidos

Cuadro 2. Ejemplo de bases de distribución de sectores intermedios

Fuente: Elaborado por el autor

Una vez definida las bases de asignación para cada uno de dichos sectores se procede a calcular los coeficientes y a prorratear cada uno de los mismos en los sectores intermedios y finales tal como se ejemplifica en la Tabla 2.

Tabla 2

Ejemplo de distribución secundaria sectores de Farmacia y Radiología

DISTRIBUCION SECUNDARIA	FARMACIA				RADIOLOGIA			
	COSTO SECTOR	CONSUMO \$ medicamentos	COEF. %	ASIGNAC. 832.036,34	COSTO SECTOR	PLACAS CANTIDAD	COEF. %	ASIGNAC. 401.837,29
CENTRO DE COSTOS INTERMEDIOS								
FARMACIA	\$ 832.036							
ESTERILIZACIÓN	\$ 68.166	\$ 9.349	2%	\$ 14.107				
HEMOTERAPIA - HEMATOLOGIA	\$ 206.023	\$ 2.822	1%	\$ 4.258				
RADIOLOGIA	\$ 401.315	\$ 753	0%	\$ 1.137	\$ 401.837			
QUIROFANOS	\$ 810.535	\$ 150.303	27%	\$ 226.814	\$ 958.316	50	5%	\$ 20.092
LABORATORIO	\$ 756.411	\$ 1.535	0%	\$ 2.316	\$ 762.423			
CENTROS DE COSTOS FINALES PROPIOS								
CENTRO DE DIA	\$ 130.321	\$ 12.226	2%	\$ 18.450	\$ 145.033			
INTERNACION	\$ 1.489.397	\$ 182.900	38%	\$ 317.588	\$ 1.747.596	100	10%	\$ 40.184
SERVICIO DE GUARDIA	\$ 612.598	\$ 30.000	5%	\$ 45.271	\$ 634.983	250	25%	\$ 100.459
SERVICIO MEDICINA LABORAL Y A.R.T.	\$ 66.505	\$ 117.744	16%	\$ 136.097	\$ 148.089	50	5%	\$ 20.092
CONSULTORIOS EXTERNOS	\$ 346.529				\$ 356.631	500	50%	\$ 200.919
TOTAL	\$ 6.699.898		100%	\$ 832.036	\$ 6.699.898		100%	\$ 401.837

Fuente: Elaborado por el autor

El orden de distribución está determinado de mayor a menor de acuerdo a los servicios que brinda al resto de los sectores. Finalmente se distribuyen los sectores intermedios entre los finales (Distribución terciaria)

La implementación del sistema de costos por áreas o servicio permite calcular el costo unitario y total en cada uno de áreas definidas como centros de costos para el prestador.

A modo de ejemplo para el servicio de Radiología (Tabla 3)

Tabla 3

Ejemplo de cálculo de costo total y unitario para el servicio de Radiología

- Gastos Directos		\$42.850,04
* 4.1.1.1.007 CONSERVACION BIENES DE USO	36.353,00	
* 4.2.1.1.009 VARIOS	1.374,38	
* 4.2.1.1.011 FLETES	297,53	
* 4.2.1.1.026 MENAJES	0,00	
* 4.3.1.1.001 PAPELERIA Y GTS. DE ESCRITORIOS	4.825,13	
* 4.3.1.1.018 MANTENIMIENTO SISTEMA COMPUTACION	0,00	
- Gastos Indirectos		\$4.637,73
* Tasas y Servicios	164,56	
* Desinfección	39,67	
* ARBA y Control.	1.463,12	
* Energia Electrica	2.790,29	
* Telefonía	180,09	
- Gastos Recibidos		\$117.712,07
* MANTENIMIENTO	6.794,86	
* DIRECCION GERENCIA ORG.	3.846,75	
* RECURSOS HUMANOS	10.642,82	
* CONTADURIA	20.757,87	
* SISTEMAS	2.570,63	
* ALIMENTACION	26.110,88	
* LAVADERO Y ROPERIA	3.633,20	
* ADMINISTRACION	4.929,99	
* FACTURACIÓN / DÉBITOS	25.906,43	
* RELACIONES PUBLICAS Y MKT	5.786,36	
* CONFITERIA	5.581,84	
* FARMACIA	1.136,56	
- Gastos de Personal		\$235.669,39
* SUELDOS	231.048,42	
* DESPIDOS	4.620,97	
TOTAL GASTOS ----->		\$400.869,23
COSTO POR PLACA		\$ 114,50

**Calculo costo
 Servicio de
 Radiología**

Responsable: Dr. Jorge Gonzalez.

Fuente: Elaborado por el autor

5. El triángulo de los costos del sector salud.

El triángulo de costos (Figura 1) refiere a las dificultades más significativas que presentan los prestadores de salud en materia de uso de los sistemas de costos, no solo se plantea la existencia de los mismos sino el adecuado uso de la información que los mismos generan. Sumado a ella la existencia de los costos ocultos o de no calidad que se presentan incrementando las ineficiencias del servicios y muchas veces poniendo en riesgo la vida del paciente.

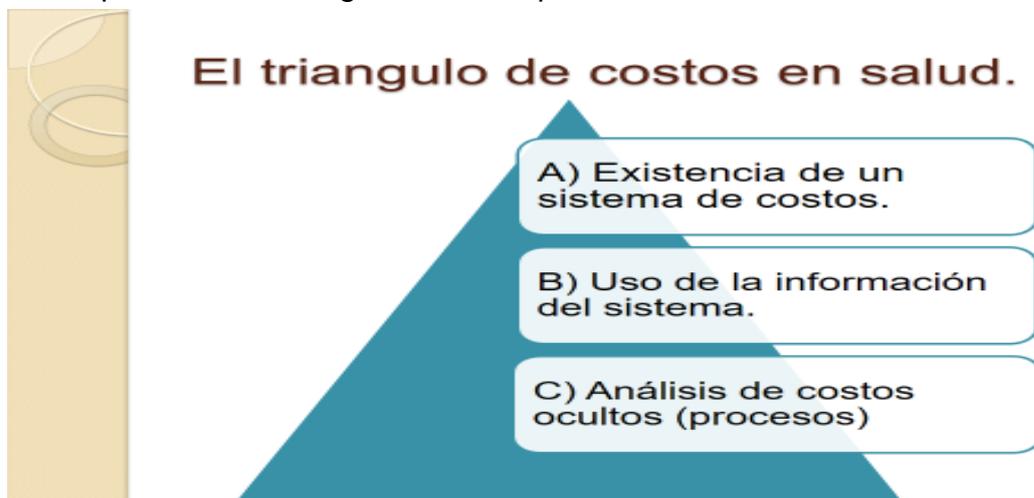


Figura 1: El triángulo de los costos de los prestadores de salud

Fuente: Elaboración propia

5.1 Existencia de los sistemas de costos como herramienta de toma de decisiones.

Una de las herramientas claves en la gestión para para atravesar la crisis que afecta este sector (contexto inflacionario, insumos dolarizados, precios regulados, etc.) viene de la mano de un apropiado sistema de información financiero y de costos. Para ello, resulta fundamental la creación de una cultura de gerenciamiento en estas instituciones. Las instituciones médicas no sólo se logran mejorar con dinero: se necesita gerencia, se necesita mejorar tecnología y cambiar la cultura organizacional. La realidad actual marca claramente que tradicionalmente los prestadores de salud han sido gerenciados por profesionales médicos quienes si bien se han especializado en conocimientos médicos, solo unos pocos han entendido o han reconocido la importancia de gestionar profesionalmente estas instituciones.

Esto ha generado que a través del tiempo la herramienta de costos no se haya desarrollado formalmente en la gestión de los prestadores de salud, ni públicos ni privados.

La carencia de los sistemas de costos genera importantes deficiencias al momento de la negociación de aranceles, atravesar una pandemia COVID 19, definición de precios, establecer márgenes de rentabilidad, definir módulos prestacionales, o básicamente tener el conocimiento de cuál es el costo de una cama de internación o terapia intensiva.

5.2 Uso de la información de los sistemas de costos

La implementación de dichos sistemas requiere de líderes que sepan interpretar la información y tomar decisiones adecuadas, que no piensen en la minimización del consumo de recursos como única salida, pues es importante tener en cuenta que en la atención en salud lo primordial es salvar vidas, independientemente de lo que cueste; lo que se busca es determinar a través de la información de costos que se genera y las decisiones gerenciales que se toman en la entidad, lo eficientes que son en la utilización de los recursos, los planes de racionalización –sin desmejorar la calidad- que se ejecutan, ya que lo ideal no es disminuir costos sino prestar un servicio con la mayor calidad al menor costo posible (Arcila, 2003).

En suma, se requieren líderes y profesionales que sepan interpretar la información financiera y de costos y que a partir de ella diseñen la plataforma para implantar un modelo de gestión estratégica, la cual involucra entre otras herramientas:

- Análisis de capacidad ociosa: Para mejorar niveles de productividad haciendo un mejor uso de la infraestructura disponible y en general de los costos fijos que tiene la entidad. Como contrapartida también resulta clave el nivel promedio de ocupación o utilización de los servicios. Esto demandara de una estrategia prestacional para trabajar sobre el análisis marginal una vez que los costos fijos están cubiertos.
- Cálculo de puntos de equilibrio: Con el fin de establecer los niveles mínimos de actividad que se requieren para recuperar los costos y con ello establecer las actividades que se deben estimular y aquellas que se deben eliminar o replantear.
- Fijación de tarifas / precios: independientemente que hoy la mayor parte de los aranceles que perciben los prestadores se encuentran regulados por el Estado, o por el índice de costos de salud publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, contar con información confiable y completa a la hora de enfrentar procesos de negociación con las entidades contratantes resulta indispensable para no acordar condiciones deficitarias.

- Análisis de valor agregado y eficiencia de las actividades: lo que le permitirá a la empresa determinar en cuales de ellas se deben tomar decisiones como la subcontratación o contratación con terceros, la reestructuración, la centralización de actividades repetitivas, o la eliminación. Como así también nos permitirá analizar aquellos servicios por ser los mismos tercerizados, aporten un canon o alquiler que permita absorber los costos directos e indirectos que demanda su funcionamiento.
 - La comparación (Benchmarking): este procedimiento permite mediante la comparación con entidades de salud de similares características o que cuentan con las mejores prácticas en determinados aspectos, con el objetivo que el prestador o empresa de salud mejore sus procesos tanto asistenciales como administrativos. Este procedimiento es muy utilizado en otros países y en el caso británico, por ejemplo, todos los hospitales están incluidos en un proceso de Benchmarking obligatorio impulsado por el Gobierno y que culmina con la publicación anual de un ranking de los hospitales en función de sus costos (García Cornejo, 2006).
 - Presupuestación: si se cuenta con adecuada información de costos se puede mejorar significativamente este proceso, aplicando técnicas como el presupuesto basado en actividades o el presupuesto basado en la demanda esperada. La importancia del presupuesto redundara en la comparación entre el estimado y la realidad a fin de analizar los desvíos, y poder determinar acciones para su corrección.
- Además de los requisitos mencionados precedentemente, la realidad indica que en aquellos prestadores que poseen sistemas de costos en los convenios por prestación, terminan por aceptar aranceles donde el pagador o financiador no cubre el costo fijo que demanda la disponibilidad de camas (Figura 2). Lograr un rendimiento positivo demandara la incorporación de otros insumos directos o servicios durante la atención (medicamentos y descartables, estudios de imágenes y tratamientos, etc.).



Figura 2. Ejemplos de rendimiento de las principales unidades de negocios

Fuente: Elaborado por el autor

La situación se vuelve aún más compleja en los convenios de pago modulado o capitados donde los ingresos son fijos e independiente de la cantidad de prestaciones que se brinden al paciente.

Por tales motivos resulta imperioso ratificar la importancia de los costos y el liderazgo en la gestión de los mismos, como clave en el gerenciamiento de las instituciones de salud en un sistema donde los precios y aranceles no pueden ser formados por quienes realmente se encargan de brindar el servicio.

5.3 Los costos ocultos

Un tercer costo que lejos de ser considerado, se convierte en un marcador de ineficiencia operativa al momento de brindar el servicio.

Las ineficiencias que forman parte del servicio, no son trasladables a precios y por supuesto que en la mayoría de los casos no son cuantificadas.

Los programas de calidad y acreditación en calidad son optativos, solamente acceden a ellos, las grandes organizaciones prestadoras de salud o algunos poco efectivos con referentes y líderes que conocen acerca de la importancia del tema.

De acuerdo con Feingenbaum (1991) "La experiencia ha demostrado que los programas de control de la calidad con frecuencia se pagan a sí mismos casi desde sus inicios y el rendimiento total es muchas veces mayor que los costos iniciales"

La mayoría son costos evitables y, en general, perceptibles. No le agregan valor al producto o servicio, pero si costo. Algunos son intangibles y más difíciles de medir.

A veces son costos externos a la organización o que no se detectan de forma inmediata, como los relativos a la insatisfacción del usuario y la pérdida de la imagen de la institución.

El costo total de la calidad es el resultado de dos tipos de costos, como se aprecia en la Figura 3, los mismos se clasifican en:

- Costos de calidad: Considerados estos costos como la inversión en promoción y prevención, las sumas invertidas en calidad deberían verse reflejadas en el mejoramiento de la satisfacción de los clientes, en la reducción de las quejas y los costos de operación injustificados o de no calidad.
- Costos de no calidad: El valor en pesos gastado en solucionar las fallas en los procedimientos, por errores humanos, técnicos, ignorancia y negligencia, que obligan a la utilización de recursos no justificados, si las cosas se hubieran hecho bien desde la primera vez.

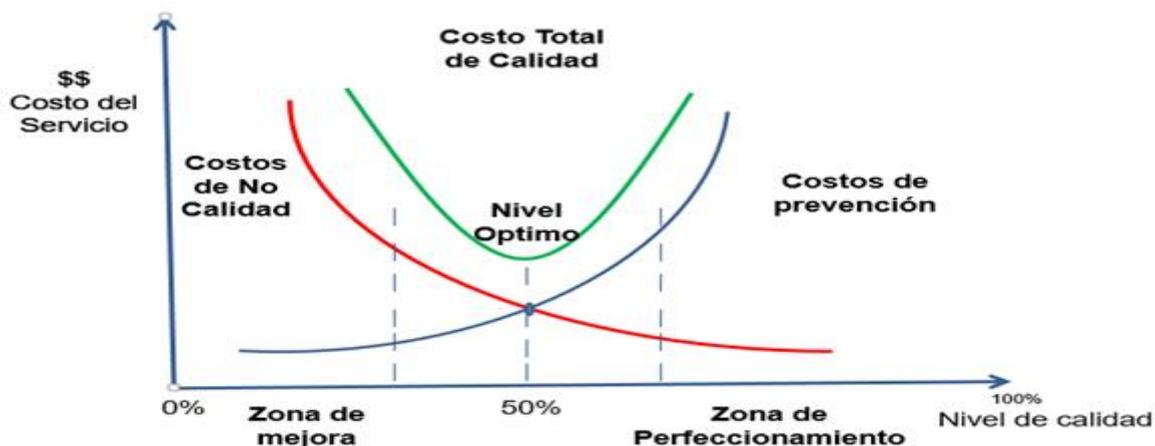


Figura 3: Costo total de calidad

Fuente: Adaptado de The new quality for the twenty-first century (1999, The TQM)

El control y mejoramiento de cada proceso, debería reducir los costos de no calidad, aquellos denominados fallas internas (están asociados con defectos, errores o no conformidad del producto o servicio), detectados antes de transferirlo al cliente y que por tanto éste no percibe y no se siente perjudicado (desperdicios, repetición de estudios, altas tardías; exceso de stocks por falta de planificación, etc.). Las fallas externas (se asocian con aquellos que perciben los clientes, con lo que ello afecta la confianza y satisfacción de los mismos, convirtiéndose normalmente en quejas y reclamaciones, acciones judiciales, y pago de penalizaciones).

Pero en realidad no son costos ocultos, sino que no se llevan registros de las pérdidas producidas por la mala calidad (en general se ocultan sus ineficiencias). Antes las empresas disimulaban su ineficiencia elevando precios y/o tarifas, esta práctica ya es desestimada porque ahora quien fija el precio y/o tarifa es el mercado.

Existen muchos ejemplos de costos ocultos en el sector, entre ellos encontramos: día pre quirúrgico injustificado, demora diagnóstica, estudios repetidos por pérdida o mala calidad, altas demoradas, subutilización tecnológica y de estructura física, inadecuada programación en consultorios y quirófanos, historias clínicas y estudios mal archivados o perdidos, re internaciones, rechazo de internaciones, pedido de estudios innecesarios, elevada tasa de infecciones, ausencias, reemplazos y llegadas tarde de los profesionales, burocracia administrativa, incumplimiento horarios, turnos e internaciones programadas, inadecuado sistema de señalización e información, dificultades en el sistema de accesibilidad telefónica, mala calidad en registros médicos, errores médicos, de enfermería y mala praxis, elevado nivel de reclamos judiciales, trato deshumanizado en profesionales y personal, falta de atención y gestión de quejas y reclamos, inadecuada programación interservicios, inadecuado mantenimiento edilicio y tecnológico, descuido en aspectos ambientales y estéticos (vestimenta, mobiliario e instalaciones), entre otros

Si bien los sistemas existentes de calidad, permiten combinar la racionalización de recursos con una adecuada prestación del servicio, y mediante el cual se controlen los índices de demanda insatisfecha, los tiempos de espera, los reclamos de usuarios por mala atención, los mismos no han sido incorporados a las culturas de las organizaciones de salud actuales.

De acuerdo a los datos publicados por las dos entidades acreditadoras de instituciones de salud del país CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud) e ITAES (Instituto para la Acreditación de Establecimientos de Salud) en la actualidad solamente 100 instituciones de salud, entre ellos prestadores, han obtenido algún tipo de certificación y solamente 3 prestadores han accedido a acreditaciones internacionales.

6. Conclusiones.

A pesar de la existencia de diferentes sistemas de costos y herramientas de control de gestión, los prestadores de salud en Argentina presentan un significativo desconocimiento y escasa utilización de dichos elementos para la toma de decisiones. Las distintas variables que afectan la falta de uso de estos sistemas por los motivos antes mencionados, generan que los prestadores negocien aranceles, definan precios y acepten convenios por debajo de los costos de prestaciones. Independientemente de donde provengan los fondos todos los sistemas de salud públicos y privados necesitan recursos para ser financiados.

La crisis del contexto político y económico de la salud y la falta de líderes en la materia, otorga una clara muestra de realidad marcada por el innumerable cierre de prestadores. Sumado a ello, la mala gestión de recursos de los prestadores públicos

y en consecuencia, la pérdida de camas de internación y el menor acceso a la atención de la población.

El sector, a través de sus representantes y de sus prestadores, no ha sabido posicionarse en el lugar estratégico que la salud merece, como derecho de la población, no solo por la accesibilidad sino por la calidad de los servicios que se brindan.

Esta situación se ve agravada por aquello que tampoco se mide, los costos de no calidad, incrementando las ineficiencias en el uso de recursos y elevados riesgos en la atención de los pacientes. Por tales motivos, el uso de los sistemas de gestión y control resultan de vital importancia, volviéndose indispensable la implementación de los programas de calidad para trabajar en los costos ocultos del proceso de atención. Con todo ello, podemos concluir que más allá del contexto actual del sector los prestadores que hayan caído dentro de este triángulo, caracterizado por la ausencia, utilización inadecuada de los sistemas de costos y por la falta de control de las ineficiencias, no han podido subsistir sin atravesar grandes crisis económicas financieras, llegando en la mayoría de los casos a la desaparición y al cierre de sus puertas.

Tal vez hoy, ya sin respuesta por partes de nuestros representantes y gobernantes políticos, seamos los profesionales en ciencias económicas quienes tengamos el deber y la responsabilidad de concientizar e insistir acerca de la importancia de los sistemas de gestión de costos, como herramienta clave para la subsistencia de las organizaciones de salud.

Referencias

Artículos de revistas:

Feigenbaum, A.V. (1999), La nueva calidad para el siglo XXI, *The TQM Magazine*, vol. 11 núm. 6, págs. 376-383

García Cornejo, B. (2006) Benchmarking en Hospitales Públicos a partir de la Información Suministrada por la Contabilidad de Costes. *Revista de Contabilidad: Spanish Accounting Review*. Vol. 9, 55 - 80

Peombo, C. (2008) Costos y gestión de los servicios de salud: una revisión de la literatura. *Quamtum*. Vol.III, Nº 1, 55-73

Artículos de publicaciones:

Santamaría Benhumea, A.M., Herrera Villalobos, J.E. Sil Jaimes, P.A., Santamaría Benhumea, N.H., Flores Manzur, M.Á., del Arco Ortiz, A. (2015, diciembre). Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria, *Unidad de Investigación, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz*, Toluca, Estado de México, México, *Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*, México, D.F., México

Citaciones de páginas web:

Centro especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).
Disponible en <https://www.cenas.org.ar/>
Accedido el 10/7/2023

Cierre masivo de clínicas privadas: Disponible en:

<https://www.cronica.com.ar>

Accedido el: 16/7/2023

Índice de precios al consumidor: Disponible en:

<https://www.indec.gob.ar/>

Accedido el 15/7/2023

Instituto para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES). Disponible en:

<https://www.itaes.org.ar>

Accedido el 10/7/2023

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en:

<http://www.salud.gob.ar/>

Accedido el 12/08/2023

Superintendencia de Servicios de Salud: Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar>

Accedido el 29/7/2023

Libros:

Arcila, L.G. (2003). *Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico*. Medellín: Editorial Hospital san Vicente de Paul.

Feingenbaum, A.V. (1994). *Control total de la calidad*. México. Tercera edición revisada. Compañía editorial Continental.

Gimenez, C. M. y colaboradores. (1995). *Costos para empresarios*. Buenos Aires. Ediciones Macchi.