



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ROL DEL CONTADOR PÚBLICO NACIONAL EN MATERIA DE
COSTOS, EN LAS EMPRESAS PRESTATARIAS DE SERVICIOS
DE SALUD.

MARIANA CARLA MASSARA

CONTADOR PÚBLICO NACIONAL

2015

*A mis padres, Ana y Carlos, que han logrado transmitirme los valores de esfuerzo,
honestidad y perseverancia.*

A mi esposo, Guillermo, que apuntala con su amor incondicional cada paso de mi vida.

*A mi tía Ana, mi madre del corazón, que me eligió desde que nací para colmarme de
amor.*

A mis abuelos, Hugo, Rafael, María y Fanny, que me guían desde el cielo.

A mis amigos, mis hermanos de la vida,

con todo mi amor.

AGRADECIMIENTOS

A mi maestra: C.P.N Gabriela González.

A todos mis profesores.

A la Universidad F.A.S.T.A.

A todos los que colaboraron con el desarrollo de esta tesis.



“Los costos en el sector salud”

2015

El presente análisis, pretende demostrar la posibilidad de disminución en los costos de las empresas de salud, impulsando el desarrollo de un modelo moderno de asignación de costos, basado en la gestión integral, donde los directivos de estas empresas, reflexionen estratégicamente sobre la asignación de sus recursos en forma eficaz y eficiente, visualizando resultados que no se conocen a priori y evaluando la incidencia de los mismos en la estructura especial de costos.

“Rol del contador Público Nacional en materia de costos, en una empresa prestataria de servicios de salud”.



TABLA DE CONTENIDOS:

PROTOCOLO.....	7
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: LA CONTABILIDAD DE COSTOS.....	11
CAPÍTULO II: LOS COSTOS EN LA EMPRESAS PRESTATARIAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	29
CAPÍTULO III: CASO PRÁCTICO.....	53
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFÍA.....	104
ANEXOS	107

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: LA CONTABILIDAD DE COSTOS.

- 1) Concepto y reseña
- 2) Mercado de las empresas de salud
- 3) Situación Argentina

CAPITULO II: LOS COSTOS EN LA EMPRESAS PRESTATARIAS DE SERVICIOS DE SALUD.

- 1) Introducción
- 2) Sistemas de costos: Industrias vs. Empresas de servicios
- 3) Los productos
- 4) Modelo de costos
- 5) Estructura de costos
- 6) Sistema de costos
- 7) Organización y financiación del sistema de salud en argentina
- 8) Medición de los costos

CAPITULO III: LOS COSTOS EN LA EMPRESAS PRESTATARIAS DE SERVICIOS DE SALUD.

- 9) Introducción
- 10) Sistemas de costos: Industrias vs. Empresas de servicios
- 11) Los productos
- 12) Modelo de costos
- 13) Estructura de costos
- 14) Sistema de costos
- 15) Organización y financiación del sistema de salud en argentina
- 16) Medición de los costos.

CAPITULO IV: CASO PRÁCTICO

CONCLUSIÓN FINAL

BIBLIOGRAFÍA

PLAN DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD F.A.S.T.A

PROTOCOLO

1. TITULO DEL TRABAJO

Rol del Contador Público Nacional en materia de costos, en una empresa prestataria de servicios de salud de la ciudad de Mar del Plata.

2. PROBLEMA.

Determinar el ahorro en los costos de una empresa prestataria de servicios de salud, confrontando los modelos clásico y moderno de asignación de costos.

Estudio de Caso: Empresa prestataria del servicio de salud, de una Obra Social sindical, en la ciudad de Mar del Plata, en el periodo 2014.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

El presente análisis, pretende demostrar la posibilidad de disminución en los costos de las empresas de salud, impulsando el desarrollo de un modelo moderno de asignación de costos, basado en la gestión integral, donde los directivos de estas empresas, reflexionen estratégicamente sobre la asignación de sus recursos en forma eficaz y eficiente, visualizando resultados que no se conocen a priori y evaluando la incidencia de los mismos en la estructura especial de costos.

4. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

Generar información relevante sobre la disminución de los costos de una empresa de salud, confrontando el modelo clásico y el moderno de asignación, en la ciudad de Mar del Plata, en el periodo 2014.-

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterización de las empresas de salud.
- Detallar los modelos de costos existentes: Clásico y Moderno.

- Determinar la estructura de costos de una empresa de salud.
- Indicar el modelo de costos aplicable a una empresa de salud.
- Conocer los productos, actividades y actores intervinientes en el proceso de determinación de costos.
- Conocer los costos unitarios de las prestaciones de salud, visualizando la relación indirecta con los aportes individuales.

5. METODOLOGÍA.

El presente trabajo, constituye una investigación de carácter Exploratoria-Descriptiva, Cuantitativa-no experimental, sincrónica, aplicada y primaria.

Comenzará con la descripción del sector empresas de salud, su situación económica y financiera, para luego centralizarla en el sector prestatario del servicio de salud de las obras sociales sindicales en la ciudad de Mar del Plata y abocarse plenamente en su estructura de costos.

Se llevará a cabo el estudio de un caso práctico realizado en una empresa de salud, de una obra social sindical de la Ciudad de Mar del Plata y finalmente se expondrán las respectivas conclusiones a las que se han abordado, con referencia a la estructura de costos vigente de la misma. Para recabar la información, se utilizarán los siguientes instrumentos: Entrevista a los directivos de la empresa de salud, Encuesta a los afiliados de la obra social sindicales receptores del servicio de la empresa analizada y aplicación de una herramienta de gestión denominada Cliente Simulado.¹

CRONOGRAMA

Actividades a realizar	Fecha de inicio	Fecha de finalización
El tiempo estimado para la realización del trabajo será de seis meses, con el fin de cumplir con la totalidad de tareas a desarrollar y las particularidades del sector salud-sindical.	01/10/2014	30/04/2014

¹ Artículo "El cliente simulado, herramienta para la gestión" .Revista Temas Hospitalarios. Año 2009. El cliente simulado, herramienta para la gestión. y Dra. María Cristina Ferrari "Gestión de calidad en organizaciones de salud", CABA, Editorial Edicon, 2012, 292 paginas.

BIBLIOGRAFÍA.

-Dra. María Cristina Ferrari “Gestión de calidad en organizaciones de salud”, CABA, Editorial Edicon, 2012, 292 paginas.

-Torres, Rubén. “Mitos y Realidades de la Obra Social”. Fundación Isalud. Año 2007.

-Pastori, Héctor “Análisis Económico de la Salud”, Bs. As., Editorial de Errepar, 2002, 176 paginas.

-Katz, Ignacio “Claves para la Gestión en Salud”, Editorial REUN (Red de Editoriales Universitarias Nacionales de la Argentina) y UNICEN (Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires), 2013.

-P.M.O Resolución N° 201/02 Ministerio de Salud y Acción Social

-ORGANISMO DE CONTRALOR: Superintendencia de Servicios de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo la disminución de los Costos de una empresa prestataria del servicio de salud. En tal sentido, se busca conocer y comprender el funcionamiento de un sistema de costos en una empresa de servicios a través del estudio de un caso real.

Se entiende por **análisis** la separación, identificación y cuantificación de las distintas partes de un sistema², el mismo se lleva a cabo en primera instancia sobre las variables en un sentido genérico, estudiando entre otras, los objetos de costo, los costos directos e indirectos, las bases de asignación, los precios de venta y demanda del servicio que influyen en la actividad de la empresa. Luego, en un sentido particular, se observa la acción de las mismas en diferentes casos específicos planteados.

En cumplimiento de dicho objetivo la disposición de los temas sigue un orden intencionalmente determinado.

Inicialmente, como introducción a la materia el Capítulo I define brevemente la Contabilidad de Costos, describe el contexto en el que interactúa este tipo de empresas, destacando las características principales del Mercado de Salud y su situación en Argentina.

Descendiendo a lo particular, el Capítulo II aborda los sistemas de costos en empresas de servicios, las características de estas y más específicamente de los sistemas de costos en una empresa de salud.

Finalmente, en el último Capítulo se concreta el objetivo planteado a través del desarrollo de un caso práctico basado en experiencias reales.

² Diccionario Enciclopédico- Editorial Grijalbo- Edic. 2000

CAPITULO I: LA CONTABILIDAD DE COSTOS.

1. CONCEPTO

Existen muchas definiciones de Contabilidad, como así también discusiones acerca de si es una ciencia, un arte, una disciplina o una técnica. No es el propósito de esta introducción profundizar la misma, sino sólo escoger alguna de ellas de manera tal que permita presentarla.

“La contabilidad, parte integrante del sistema de información de un ente, es la técnica de procesamiento de datos que permite obtener información sobre la composición y evolución del patrimonio de dicho ente, los bienes de propiedad de terceros en poder del mismo y ciertas contingencias. Dicha información debería ser de utilidad para facilitar las decisiones de los administradores del ente y de los terceros que interactúan o pueden llegar a interactuar con él, así como para permitir una eficaz vigilancia sobre los recursos y obligaciones del ente”³

La contabilidad de costos es una fase del procedimiento de contabilidad general, por medio del cual se registran, resumen, analizan e interpretan los detalles de costos de material, mano de obra, cargos directos e indirectos de producción y costos ajenos a la misma necesarios para producir y vender bienes o servicios.

Esta contabilidad, que es también facultativa, posee características de la financiera y de la administrativa, ya que está orientada a ser útil tanto a usuarios externos como internos. Cuando se emplea con fines de contabilidad financiera, mide los costos de producción y ventas de acuerdo con los PCGA⁴, y cuando se aplica internamente brinda las bases para el control, la planeación y la toma de decisiones; siendo todos ellos sus objetivos esenciales.

El primero de los objetivos mencionados: medición de los costos de producción y venta, tiene por finalidad determinar correctamente los resultados. El resultado periódico de un ejercicio es el exceso (utilidad) o defecto (pérdida) de los ingresos realizados en ese período con respecto a los costos incurridos para producirlos:

RESULTADO= Ventas Netas

(-) Costos de Producción

(-) Costos ajenos a la producción

³ Fowler Newton, Enrique: *Contabilidad Básica*; Ediciones Contabilidad Moderna; pág.: 15.

⁴ Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados.

De lo anterior se desprende que para conocer la utilidad de cada ejercicio es necesario asignar costos a las unidades o servicios vendidos con el objeto de lograr la recuperación de dichas erogaciones a través de las ventas.

El segundo objetivo: control de los costos, consiste en la comparación de los datos reales de una empresa con “datos medida” que se seleccionan como base de comparación (pudiendo ser estos datos de otra compañía de la competencia o una medida predeterminada como por ejemplo, un presupuesto o una norma de eficiencia).

En el objetivo del control, lo más sobresaliente no es saber cuáles son los costos, sino que los originó y quién es el responsable de esos costos. Lo más importante no es saber a cuánto ascienden los costos, sino a cuánto debieron ascender. La atención se concentra no en lo ya previsto, sino en los sectores débiles que requieren correcciones.

Finalmente, en lo que respecta a la planeación y toma de decisiones, cabe destacar que frente a diferentes problemas a los cuales se puede enfrentar una compañía (tales como la posibilidad de adoptar un nuevo método de producción, decidir entre la fabricación o compra de los materiales, la eliminación o incorporación de un departamento o cerrar la empresa temporariamente), la evaluación de las alternativas, se basa en un análisis de los costos y beneficios que se espera obtener de cada una de ellas.

Cabe aquí lamentar que en muchos casos, el contenido de los sistemas de contabilidad administrativa y de costos se guíe por las necesidades de la contabilidad financiera, y los reportes que surgen de ambas contabilidades (financiera y administrativa) provienen a menudo de la misma base de datos, establecida en un principio con el objeto de apoyar los requerimientos de la contabilidad financiera. Muchas organizaciones requieren hoy ampliar esta base de datos o crear otras con el fin de servir a las necesidades de los usuarios internos. La contabilidad de costos entonces, tiene como uno de sus objetivos, el de poder desarrollar un sistema de contabilidad que una las necesidades de ambos usuarios.

1.2 LA TEORÍA GENERAL DE LOS COSTOS – ORIGEN, EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL

La historia de la contabilidad de costos es parte de la historia de la contabilidad, y los primeros sistemas de contabilidad tienen sus raíces muy atrás en la

historia humana. Según cuenta BLOCKER⁵ “durante siglos y, más precisamente, 443 años antes de Cristo, la contabilidad financiera era conocida, en la historia romana, como adecuada para el control administrativo de empresas privadas, públicas y corporativas”.

Algunos autores, como HANSEN Y MOWEN⁶, van todavía más atrás en el tiempo y nombran algunas herramientas de contabilidad consistentes en piedras con puntos rojos y ladrillos de barro seco con escritura cuneiforme, que fueron creadas aproximadamente 5.000 a 10.000 años atrás.

Sin embargo, no fue sino hacia 1494, con el invento de la *partida doble* por parte de Fray Lucas Paciolo, que la contabilidad da su primer gran paso hacia un gran desarrollo. Su *Suma de Aritmética, Geometría, Proportioni et Proportionalita*, se transformó en el primer libro de texto de contabilidad.

Más adelante en la historia, y ya a mediados del siglo XVIII, como consecuencia de la *Revolución Industrial* cambian sustancialmente las formas y los criterios económico-sociales que sustentaron la economía. La fabricación cambió de la producción casera a las grandes industrias y consecuentemente los pequeños talleres crecieron hasta convertirse en fábricas. Este crecimiento industrial, exigió la disposición de mayores capitales, los que provenían en la mayoría de los casos de diversos individuos o de los bancos. Esta gran inversión externa y la evolución corporativa de los negocios, significaban que propietarios y administradores eran diferentes personas.

Evolucionan las costumbres comerciales y la legislación mercantil, y con ello también, los hasta entonces rudimentarios métodos contables. La contabilidad que comúnmente se aplicaba a las operaciones comerciales, no daba respuesta a las exigencias que tenían las operaciones de fabricación.

La contabilidad de costos, se desarrolló entonces en un ambiente caracterizado por un incremento en la mecanización y estandarización.

Entre 1880 y 1925 progresaron la mayor parte de los procedimientos de contabilidad interna y costeo de productos utilizados en el siglo XX. Hacia 1914, las primeras cuestiones desarrolladas se referían a la administración del costeo del producto administrativo, es decir, rastreo de la rentabilidad de una empresa a productos individuales y uso de esta información para tomar decisiones estratégicas.

⁵ *Contabilidad de Costos* – Ed. El Ateneo, 1957; pág.: 5.-

⁶ *Administración de Costos – Contabilidad y Gestión*. Ed. De Thomson; pág.: 3.

Esta cuestión, cambia en 1925, cuando el énfasis se traslada a favor del uso de la información brindada por la contabilidad de costos para la valuación de los inventarios ante la necesidad de distribuir los costos de manufactura a los productos.

Los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial estuvieron caracterizados por un crecimiento económico acelerado. Una fuerte productividad y demanda de bienes dio a las compañías un falso sentido de seguridad en sus sistemas de contabilidad. Mientras las utilidades globales eran altas, no se precisó información de las utilidades por líneas específicas de producto.

En la actualidad la situación es diferente, y la recesión económica de 1980 y 1990, juntamente con el disparo de la competencia internacional redujeron los márgenes de utilidad, por lo que hoy se le está dando relevancia a todas las nuevas técnicas que contribuyan a la aproximación de un costo lo menos inexacto posible y al mayor control de costos en la toma de decisiones de la administración.

Cabe mencionar también que tradicionalmente la contabilidad de costos estuvo enfocada a la determinación de costo de inventario y de la producción. Hoy en día, aparte de eso la contabilidad debe proporcionar aún más información, ya que los métodos y tipos de producción cambian con gran rapidez y el énfasis en la calidad y en la productividad precisa de nuevas medidas de control. Además, existe también una cesión de poder de decisión y acción a los niveles más bajos de la administración, los cuales necesitan información operacional relevante para una mejor toma de decisiones. Hay una preocupación creciente en proporcionar mayor valor al cliente. Los mercados se encuentran cada vez más globalizados. El tiempo se transformó en un elemento competitivo. Todo esto, hace que en la actualidad se hable de que la contabilidad de costos está evolucionando hacia la administración de costos.

Es oportuno destacar que cuando se habla de Administración de Costos, se está haciendo referencia a una perspectiva *transfuncional*. Es decir que el contador administrativo de hoy, tiene que entender muchas funciones del negocio, desde fabricación hasta mercadotecnia y distribución, incluyendo también servicio al cliente, sobre todo si la empresa participa en el comercio internacional.

Esto es así, porque cuando se lleva un *enfoque de sistemas* a la compañía, se encuentra que estas disciplinas están relacionadas. La información de costos producida por el sistema de información de administración de costos debe ser útil y benéfica para la organización como un todo.

Los contadores internos de la empresa han pasado del enfoque tradicional

de costo de fabricación a uno más amplio y globalizador. Y una persona muy versada en las diferentes definiciones de costos, que comprende los cambiantes conceptos de costo a corto y largo plazo, resulta un auxiliar de mucho valor para determinar la información relevante en la toma de decisiones. La gente con capacidad de pensar transfuncionalmente puede cambiar perspectivas al ampliar la comprensión de los problemas y sus soluciones.

El sistema de administración de costos debe tener una perspectiva global de la organización y debe estar integrado a las funciones y sistemas no financieros dentro de ésta. Aunque en el pasado era poco el esfuerzo que se hacía por integrarlo a otros sistemas operativos, el ambiente competitivo de hoy exige que las empresas pongan mucha mayor atención en la administración de costos en todas las áreas funcionales.

Ahora bien, este es el progreso de la Contabilidad de Costos que no termina acá sino que aún sigue avanzando. Sin embargo, esto no quiere decir que esta idea de transfuncionalidad y Administración de Costos, se esté desarrollando y utilizando en todos los países y en todas las empresas por igual. Esta evolución abre otro camino a seguir, pero no cierra el anterior. Como toda evolución, surge cuando un cambio es necesario, cuando hace falta respuesta a un interrogante, cuando necesitamos una solución para un problema. Y los problemas e interrogantes que enfrentan las empresas de los países más desarrollados, entre ellos Japón, Estados Unidos, Alemania, Inglaterra, China, Francia, Italia, Canadá, no son los mismos que enfrentan las empresas de países menos desarrollados como Argentina y menos aún los de una ciudad como Mar del Plata.

Muchas herramientas que en nuestra ciudad hoy manejamos como novedosas o como sólo teóricas, por ejemplo, el sistema de costeo basado en Actividades (A.B.C.) o la manufactura just in time (J.I.T.) aparecieron, y de hecho se están utilizando, hace ya más de diez años. Para tener una idea más gráfica de lo expuesto, algunas de las empresas que utilizan estos sistemas, que tienen incorporada en su política la idea de transfuncionalidad y administración de costos son: Xerox, Caterpillar, Toyota, Coca Cola, Hewlett Packard, Chrysler, Microsoft. Como puede apreciarse, todas ellas grandes firmas internacionales, de las que podemos encontrar sólo algunas en nuestro país.

Es por eso que en la actualidad, podemos hablar que coexisten dos

sistemas de costos, el *tradicional* y el *contemporáneo*.⁷

El segundo, producto de la evolución a la que se hace referencia, es utilizado particularmente por aquellas organizaciones que enfrentan un mayor incremento en la diversidad y en la complejidad de sus productos, ciclos de vida más cortos del producto, más requerimientos de calidad e intensas presiones de la competencia. Entre los beneficios que ofrecen, encontramos el de mayor exactitud en el costeo del producto, mejor información para la toma de decisiones, aumento en la planeación estratégica y mayor habilidad para administrar las actividades.

El objetivo global de este sistema de costos, es el de mejorar la calidad, contenido, importancia y tiempo de la información de costos. Como aspecto negativo, podemos decir que implementar un sistema de estas características es muy costoso. Además, para un adecuado funcionamiento, requiere de una estructura empresarial organizada en todos sus departamentos y personal capacitado para poder llevarlo adelante.

Por esta razón, es que para muchas organizaciones, el sistema óptimo de costos no sea quizás el contemporáneo, aun cuando éste resulte más exacto, sino que por el contrario se observa que la generalidad de las empresas conserva un sistema Tradicional.

Este último a diferencia del anterior, tiene como objetivo la asignación de costos de producción a los inventarios y de costos de ventas para fines del reporte financiero. También en detrimento de su mayor exactitud en la determinación del costo presenta la ventaja de ser más económico desde el punto de vista de su implementación y mantenimiento.

Pronunciada la diferencia en los objetivos de ambos sistemas, surgen como consecuencia distintas metodologías de funcionamiento entre uno y otro.

Un sistema *Tradicional* de costos supone que todos pueden clasificarse en fijos o variables respecto de los cambios en las unidades o volumen de productos elaborados, suponiendo que éstas u otras bases altamente relacionadas con las unidades producidas sean las únicas de importancia.

Ahora bien, como estas bases unitarias de costos no suelen ser las únicas que explican las relaciones causales, mucha de la actividad de determinación del costo del producto debe clasificarse como asignación. Es por eso que estos sistemas

⁷Hansen, Don y Mowen, Maryanne: op.cit. pág.: 49

tienden a ser de adjudicación intensiva.

En contraposición a esto, un sistema *Contemporáneo* de costos prioriza el rastreo sobre la asignación. La función del rastreo de la base se amplía en forma significativa identificando bases no relacionadas con el volumen del producto fabricado o servicio prestado (bases de costos no unitarias). El uso de bases de actividades unitarias o no, incrementa la exactitud de las asignaciones de costo, la calidad global y el valor de la información de costos.

Más diferencias encontramos en cuanto al control. Un sistema *Tradicional* asigna costos a las unidades organizacionales y luego responsabiliza a los gerentes de esas unidades de su control. El desempeño se mide comparando los resultados reales con los estándares o presupuestados. Se destacan las medidas financieras de desempeño ignorando las no financieras.

En cambio, un sistema *Contemporáneo* subraya no el control sino el manejo de los costos. La administración de las actividades, no los costos, es la clave del control exitoso. Este enfoque se concentra en rendir cuentas por actividades en lugar de costos, y destaca la maximización del desempeño de todo el sistema en vez del desempeño individual.

8

TRADICIONAL	CONTEMPORÁNEO
Bases unitarias	Bases unitarias y no unitarias
Adjudicación intensiva	Rastreo intensivo
Costeo estrecho y rígido del producto	Costo amplio y flexible del producto
Está enfocado en los costos administrativos	Enfoque en las actividades administrativas
Poca información sobre las actividades	Información detallada de las actividades
Maximización del desempeño unitario individual	Maximización del desempeño de todo el sistema
Usa medidas financieras para medir el desempeño	Utiliza medidas de desempeño financieras y no financieras
Implementación y mantenimiento más económico	Implementación y mantenimiento más costoso

⁸ Cuadro de elaboración propia.

2. EL MERCADO DE LA SALUD

La medicina y la atención de la salud, han tenido y tendrán siempre, necesidades crecientes basadas en su propia función de responder a la vulnerabilidad humana.

Por otra parte, cierto es que la salud es siempre inconmensurable y liberal en el sentido clásico de la palabra, y por lo tanto el bien obtenido estrictamente no tiene *precio*. La vida misma como fin último, resulta insustituible.

No obstante, la salud es también un *negocio* y una actividad económica sometida a transacciones. Es decir, la salud constituye un bien económico y existe un mercado de la salud.

2.1 LA SALUD COMO BIEN ECONÓMICO

Puede decirse que la salud es susceptible de considerarse un bien económico, puesto que a nivel individual las personas buscan su reparación ante la ausencia del mismo (o lo que comúnmente se conoce como enfermedad) a través de los servicios sanitarios asistenciales, y su conservación o la prevención del evento enfermedad a través de los servicios de medicina preventiva. La enfermedad a su vez implica costos, tanto directos o monetarios para pagar la atención médica, como costos de oportunidad (lucro cesante, viajes, esperas, etc.), por lo cual y entendiéndola como un riesgo financiero, las personas buscan limitar esos riesgos futuros e inciertos que amenazan a su estado de salud, apuntando a preservarla, mantenerla o repararla a través de los seguros médicos (obras sociales, prepagas, reembolsos, etc.).

Es urgente aclarar aquí, que a pesar de ser un bien económico, es muy especial y particular en cuanto está referido nada más y nada menos que a la vida de las personas, y que desde una óptica social o colectiva, la salud es considerada como parte del capital social ligado al crecimiento y desarrollo de las sociedades, y en tal concepto, pasa a ser considerado como un bien meritorio.⁹ Por lo tanto, la teoría económica suele considerar a la salud como un sector de actividad que no se puede confiar enteramente al libre accionar del mercado, ya que el mismo presenta una serie de elementos cuya provisión eficiente escapa a la capacidad de los mecanismos de

⁹ Basta recordar que un bien meritorio es aquel bien o servicio que en opinión de las autoridades de una sociedad resulta de importancia vital para el país, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Luego, su acceso y consumo debe ser protegido, de manera que el mismo no dependa de la capacidad adquisitiva individual.

precios.

2. 2 CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SALUD

Como introducción al tema y en aras de una mayor claridad, conviene citar a JORGE KATZ¹⁰: *“El cuidado, mantención y recuperación de la salud de los miembros de una determinada sociedad se realiza mediante el empleo de recursos humanos (médicos, otros profesionales de la salud y otro personal), equipos e instrumental, servicios de hospitalización públicos y privados, vacunas y fármacos e insumos sanitarios y generales. Estos recursos son combinados en proporciones variables, las que normalmente son decididas por los profesionales médicos: en la mayoría de los casos son ellos quienes definen los exámenes necesarios, asumen la responsabilidad por el diagnóstico clínico de las patologías identificadas y determinan las terapias. Cada uno de los servicios e insumos mencionados identifica un mercado particular en el que actúan distintos proveedores -públicos y privados; nacionales y extranjeros- y usuarios, ya sea de bienes y servicios finales o de bienes y servicios intermedios, de consumo o de inversión. En dichos mercados prevalece un precio (o más bien un espectro de precios), alcanzado en virtud de ciertas reglas de conducta de los agentes -proveedores y usuarios o “pacientes”- que se desenvuelven enmarcados por estructuras de mercado más o menos competitivas (...) se trata en general de mercados altamente imperfectos, idiosincrásicos, en los que la oferta tiene relativa capacidad para crear su propia demanda y con un componente relacional complejo y cambiante entre los roles e intereses que asumen los actores de los diversos submercados.”*

Entonces tenemos que, en cuanto a su funcionamiento:

- Desde la perspectiva de la Demanda: los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos, estando entonces dispuestos a adquirirlos a veces directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo, buscando de esta manera neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento enfermedad.
- Desde la perspectiva de la Oferta: la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos submercados, que a su vez

¹⁰ *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1999.

mantiene importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos. Estos submercados son:

- a) Mercado de Recursos Humanos (que comprende el de los servicios médicos y el de la educación profesional)
- b) Mercado de servicios Institucionales (hospitalización pública y privada)
- c) Mercado de Medicamentos
- d) Mercado de los Seguros de la Salud o de Financiamiento.

Existen algunos aspectos y problemas que son comunes a estos mercados y caracterizan en general su accionar complejo e imperfecto.

La tecnología médica opera como un factor exógeno de alta influencia tanto sobre la oferta como sobre la demanda.

El alto ritmo innovador que caracteriza al sector salud opera a nivel de todos los mercados señalados, disminuyendo su grado de competencia y eficiencia al introducir permanentemente nuevos productos, procesos y formas organizativas de los servicios.

La necesidad de obtener rentas diferenciales por la introducción de nuevos productos y servicios origina aumento de precios y costos, a la vez que induce a una mayor demanda a los fines de recuperarlos.

De igual manera, tanto los mercados como los actores de los mismos son dinámicos y cambiantes, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas influencias. De esta forma el poder de negociación de los grandes grupos, se reflejan con mucha fuerza en los precios.

Otro aspecto considerable y que ya fuera mencionado anteriormente es el de la presencia de seguros o prepagos que modifica tanto la demanda (el precio aparentaría caer a cero para el que consume), como la oferta prestadora y proveedora ya que a la relación médico-paciente (consumidor), se le suma la presencia del financiador con su propio poder e intereses.

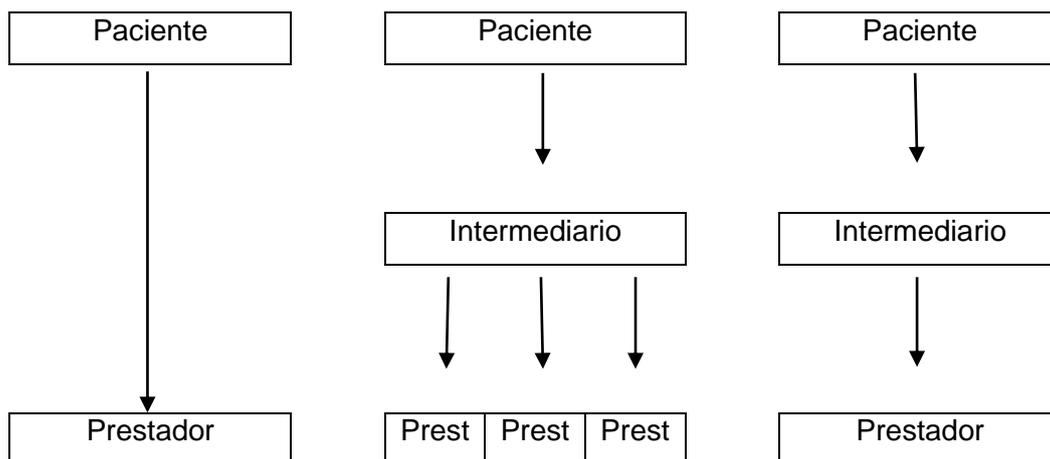
Esta complejidad en la relación antes aludida (médico-paciente) se manifiesta en diferentes modalidades de contratación tales como:

- **Contratación directa entre paciente y prestador:** es la convención entre el particular que demanda la atención y el establecimiento (elegido por el

primero) que prestará los servicios.

- **Contratación indirecta entre paciente y prestador, con libre elección:** es donde intervienen los intermediarios públicos o paraestatales y los privados en su carácter de administradores de los recursos destinados a la salud donde el paciente puede elegir con total libertad el prestador de su preferencia.
- **Contratación indirecta entre paciente y prestador, sin libre elección:** similar al caso anterior distinguiéndose por el hecho de que algunos de los intermediarios poseen la propiedad, influencia significativa o acceso mediante contrato, de un número determinado de institutos prestadores a los cuales el paciente debe dirigirse indefectiblemente, limitando su campo de elección.

Por expuesto, se sintetiza y refleja claramente en el siguiente esquema:¹¹



Es necesario aclarar aquí que queda otra posibilidad de prestación del servicio que no fue considerada junto con las anteriores puesto que en ella no existe contratación porque *no existe precio*, y es para el caso en que **el Estado es un prestador directo a los pacientes**, asumiendo el único papel de proveedor de dichos servicios financiados con los recursos presupuestarios.

De acuerdo con esto y recordando que el mercado de la salud presenta como una de sus características sobresalientes la posibilidad de la oferta de crear su propia demanda, aparece una frase que caracteriza a este mercado y dice: “*el que*

¹¹ Esquema de elaboración propia.

decide no consume, el que consume no decide ni paga, y el que paga no decide ni consume”, aludiendo al tercero pagador, que es según los casos la seguridad social, el prepago o el Estado si se recurre a un servicio público.

Luego, existen también otras fallas del mercado de salud, que lo vuelven imperfecto e incapaz de lograr un equilibrio o máximo beneficio social derivado a partir de la simple interacción de sus fuerzas, y cuyos efectos finales no llevan al bienestar de la población, tornando necesaria la intervención del Estado, ya sea como regulador, como prestador o como financiador. Para tratar de solucionar estas fallas es que surgen respuestas institucionales aunque a veces con algunos efectos secundarios no deseados, algunas de ellas son:

- **Incertidumbre o falta de información:**

1. Respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad, es decir no sabemos cuándo, cómo y con qué gravedad nos enfermaremos. La respuesta en este caso del mercado a esta falla es la creación de los seguros de salud, tanto públicos como privados. Los efectos secundarios, son la selección por riesgo: las aseguradoras tratan de maximizar sus beneficios seleccionando los buenos riesgos y rechazando los riesgos altos; la selección adversa: no obstante lo anterior, los usuarios pueden ocultar información aparentando un estado de salud mejor que el que realmente tienen buscando así que la aseguradora les brinde cobertura; y el abuso o riesgo moral: el hecho de que el asegurado deba abonar la prima consume o no los servicios de salud, puede llevarlo a un consumo excesivo o superfluo.
2. Respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos, ya que el paciente no conoce su duración, su costo final, su calidad; asimismo el prestador tiene un grado de incertidumbre en cuanto a lo acertado del diagnóstico, a la respuesta y tolerancia del paciente, a la conducta del mismo en cuanto a lo prescripto, etc. La respuesta, en este caso del Estado, para proteger a los consumidores, es la regulación del ejercicio profesional, la habilitación, acreditación y categorización de prestadores, etc. El efecto secundario más notable de esta respuesta, es que quien tiene capacidad para regular, también detenta capacidad para restringir la entrada de oferentes al mercado pudiendo con ello favorecer a la creación de un monopolio.

- **Asimetría de la información:**

Esto es en cuanto al grado de información que posee el médico respecto del paciente. Es fácil observar que la soberanía del consumidor informado que elige y decide libremente, en este caso no se da en absoluto. La principal respuesta institucional a esta situación es la relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente. Existe relación de agencia cuando una persona (principal) delega en otra (agente) el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo. Si inscribimos esta relación médico-paciente en el marco de la ética médica que debe prevalecer, se produce una situación positiva, en la que el médico cumplirá con los requisitos que está obligado: un conocimiento científico lo más completo y actualizado posible sobre la materia a tratar, una consideración antropológica y de los valores humanos y morales en juego y la eficacia, eficiencia y efectividad de la conducta terapéutica y el tratamiento prescripto. Pero puede darse también, la situación en que el agente médico empiece a considerar variables que no afectan positivamente los intereses del paciente, sino los suyos o bien los de la institución, y que éstos comiencen a pesar mucho en la decisión, entonces la relación de agencia se torna incompleta. El principal efecto secundario de esta relación de agencia, es la existencia de una demanda inducida por la oferta, que anula la soberanía del consumidor.

- **Presencia de Bienes Públicos:**

Recordando que un bien público implica dos condiciones, la primera es la no rivalidad, es decir el consumo de ese bien no reduce la cantidad del mismo disponible para los demás; y la segunda la no exclusión o sea que nadie puede quedar excluido de su consumo, algunos de los servicios de salud poseen en mayor medida las características de los bienes públicos. Cabe aclarar que este concepto no es aplicable a servicios de la salud que se consumen en forma individual como medicamentos, internaciones, consultas, etc. sino que por ejemplo se puede citar a la salud ambiental, la prevención, la investigación o la educación sanitaria entre otros. Entonces, en el caso de estos bienes públicos, el propio concepto de demanda como disposición a pagar, falla, ya que al no poder quedar nadie excluido del uso de estos bienes los consumidores tendrán incentivos para ocultar su disposición a pagar. La respuesta institucional a esta falla está dada por la provisión pública de estos bienes (financiada por ejemplo con impuestos), los subsidios o la asistencia benéfica de los mismos. El efecto secundario, es la aparición de conductas “aprovechadas” de personas que, sabiendo

que no pueden ser excluidas del disfrute de esos bienes deciden no contribuir voluntariamente al pago.

- **Mercados incompletos:**

Este es un concepto técnico que se refiere a la posibilidad de que exista gente dispuesta a pagar pero al no haber oferta para ese tipo de consumo, genera entonces una demanda insatisfecha: por ejemplo personas discapacitadas que desean adquirir un seguro de salud que sin embargo nadie ofrece en plaza, o una determinada tecnología médica que nadie ha importado a determinada región donde hay gente dispuesta a consumirla, pero en un número demasiado escaso para motivar una oferta.

Ahora bien, las fallas existentes no son solo cualidades del Mercado sino que en materia de sanidad, el Estado como interventor en la asignación de los recursos también presenta fallas. Éstas se producen tanto por acción como por omisión. Entre las primeras se incluyen aspectos tales como la creación de grandes empresas deficitarias en los sectores más diversos, programas de inversión superflua o más allá de las reales posibilidades, grandes déficits fiscales y gastos innecesarios. Entre las segundas, encontramos falencias tales como el deterioro de servicios e infraestructura, ausencia de regulaciones, etc.

Siendo éstas las características del mercado de salud, y presentando las fallas del mismo y las del Estado como asignadores de los recursos, surge la cuestión acerca de cuál debería ser el tamaño del Estado en sanidad, cuáles son sus funciones y cuáles sus límites.

Al respecto, cabe expresar que existen a grandes rasgos tres tipos de sistemas de salud:

- **Universalista:** tal cual el caso de Gran Bretaña, Suecia o Dinamarca, donde las personas gozan de acceso libre y gratuito a los servicios o bienes de salud que demanden y que ese sistema provea, financiándose con los impuestos que el Estado recaude.
- **Privado:** donde existe ausencia del sector público tanto en sus funciones de prestador como de financiador. Este sería el caso de Estados Unidos en donde, con la excepción de los programas Medicare y Medicaid que son financiados por el Estado para atención de los ancianos y de las personas de menores recursos, el resto de la salud recae en manos privadas.

- **Mixto:** entre los dos sistemas anteriores existe un abanico muy grande de formas de financiar y prestar salud a los individuos componentes de una sociedad que adquieren la denominación de mixtas, en tanto intervienen el Estado y los privados en el sistema prestador. Como veremos más adelante, éste es el sistema existente en Argentina.

El debate sobre las ventajas y desventajas de un sistema sanitario público frente a uno privado ha estado abierto desde años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. En el campo de la salud específicamente, no hay nadie, por más fundamentalista que sea, que plantee posiciones absolutistas. Todas las alternativas presentan resultados diversos desde el punto de vista económico, como desde la perspectiva de igualdad y solidaridad sociales.

Como conclusión, se puede afirmar que la preferencia por un sistema de salud público o privado suele estar asociada a posturas político ideológicas establecidas a priori que no siempre están justificadas ni por la evidencia empírica ni por las herramientas teóricas utilizadas en el análisis.

3. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO ¹²

Un sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. En sus comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del Estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional.

A mediados de la década del 40, el sector público comenzó a ocupar un rol central, no solamente como prestador sino también en el diseño, organización y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio gran impulso a la salud pública, ampliación de la capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc. Desde el Estado se fomentó la creación de entidades de la Seguridad Social que aseguraran la

¹² Adaptado de los siguientes textos: *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina y Herramientas para el análisis del sector salud*, de Federico Tobar; y *Argentina Definitiva*; Edit. Isalud, Buenos Aires.

cobertura de salud a los asalariados que se afiliaban en forma voluntaria.

Desde 1970 el sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la Obra Social correspondiente a su rama de actividad. La aplicación de esta legislación significó una importante reforma del sistema. Amplió considerablemente la cobertura y puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, la transformación de la población trabajadora en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. El sistema de Obras Sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. La ley 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad.

La extensión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales.

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue determinante en el crecimiento del subsector privado. Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservado básicamente, a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social.

En los años ochenta, el sector de salud argentino había consolidado una organización que se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Su falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores –público, seguridad social, privado-, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación. El sector público aporta a este cuadro

general su división según jurisdicciones –nacional, provincial y municipal-, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. El sector privado, por último, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas.

El sistema de salud argentino, es un sistema mixto, caracterizado por una alta heterogeneidad y fragmentación. Dicho sistema está compuesto por tres subsectores: público, seguridad social y privado.

El primero mencionado, está constituido por el Estado, que financiado principalmente con recursos provenientes de rentas generales, asiste en forma gratuita a través de sus instalaciones hospitalarias y sanitarias (nacionales, provinciales y municipales) y se ocupa fundamentalmente de los sectores de menores recursos.

El segundo, está constituido por las Obras Sociales, las cuales ofrecen una cobertura médico- asistencial a cambio de los aportes obligatorios de los empleados en relación de dependencia. La diferencia básica con los seguros privados reside en el carácter compulsivo de la afiliación y en la base solidaria de su financiación, puesto que cada uno aporta según su capacidad y recibe según su necesidad.

Finalmente, el subsector privado está compuesto por las empresas de medicina prepaga, quienes se financian a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación"); por los profesionales que prestan servicios en forma independiente, ya sea a pacientes afiliados a Obras Sociales o a seguros voluntarios (Pre-pagos) o a aquellos que deciden consumir una prestación a través de un contrato particular de pago por acto médico; y por último, los establecimientos asistenciales contratados tanto por las Obras Sociales como por los seguros voluntarios sin capacidad prestacional propia.



MERCADO DE SALUD ARGENTINO¹³

	SECTOR PÚBLICO	SECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL			SECTOR PRIVADO
SECTOR FINANCIADOR	ESTADO	OBRAS SOCIALES. PROVINCIALES	OBRAS SOCIALES BAJO LA SUPERINTENDENCIA SERVICIOS DE SALUD	PAMI	MEDICINA PREPAGA
			OBRAS SOCIALES SINDICALES	OBRAS SOCIALES DIRECCIÓN	
SECTOR PRESTADOR	HOSPITALES PROVINCIALES, MUNICIPALES, DE AUTOGESTIÓN.	HOSPITALES PROVINCIALES, MUNICIPALES, DE AUTOGESTIÓN, DE LAS FUERZAS ARMADAS			CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS (Y DE COMUNIDAD)
		CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS			
	CENTROS MÉDICOS SIN INTERNACIÓN.	CENTROS MÉDICOS SIN INTERNACIÓN			CENTROS MÉDICOS
		PROFESIONALES INDEPENDIENTES			PROFESIONALES INDEPENDIENTES

¹³ Tobar, Federico. "Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina"; "Herramientas para el análisis del sector salud"; "Argentina definitiva" – Editorial I-Salud.2001

CAPITULO II: LOS COSTOS EN LA EMPRESAS PRESTATARIAS DE SERVICIOS DE SALUD.

2.1 INTRODUCCIÓN

Existen algunos temas que son de aparición reciente en la contabilidad de costos, producto de distintos factores, pero fundamentalmente a causa del entorno económico actual, que ha requerido una reestructuración de la administración de costos y de la contabilidad de costos.

Las presiones competitivas mundiales, modificaron la naturaleza de la economía y fueron motivo para que muchos fabricantes cambiaran de manera radical la forma en que operan sus negocios, creando con ello un nuevo ambiente para la contabilidad de costos.

Entre dichas novedades podemos nombrar el crecimiento en la industria de los servicios, el avance de la tecnología y, los que más interesan en este trabajo, *el cambio en la orientación al cliente y la administración de la calidad total.*

2.2 SISTEMAS DE COSTOS: INDUSTRIAS vs. EMPRESAS DE SERVICIOS

En Argentina, y coincidiendo con lo ocurrido en el contexto mundial, puede observarse que en los últimos años, mientras la industria tradicional pierde su importancia en la economía, la misma, la adquiere el sector de servicios.

Pese a esto, muchas organizaciones de servicios luchan en la actualidad por mantenerse en el mercado, situación que obliga a sus administradores a que estén más conscientes de la necesidad de utilizar información contable para la planeación, control y toma de decisiones y a entender, que los conceptos de la contabilidad de costos, son aplicables también a los organismos de servicios.

La dificultad por parte de los administradores para entender que un sistema de costos es aplicable también en las empresas de servicios no es caprichosa, y se debe principalmente a que la mayoría de la bibliografía existente, hace referencia a los sistemas de costos aplicados a las industrias manufactureras y no a otro tipo de empresas. Sólo en unos pocos libros¹⁴ hoy puede encontrarse alguna referencia a los costos de los servicios, pero apenas si se les dedica uno o dos

¹⁴ Merece destacarse que algunos autores argentinos como Carlos Jiménez y Gregorio Troncoso han observado estas cuestiones en distintos libros y publicaciones, sin embargo, son autores extranjeros los que dedican buena parte de su obra a la contabilidad de costos en empresas de servicios, nombrando como ejemplo de ello a Hansen y Mowen, *op. cit.* y a Charles T. Horngren, George Foster y Srikant M. Datar en su libro *Contabilidad de Costos – Un enfoque gerencial*; Ed. Prentice Hall, 8º Edición.

capítulos mientras que el resto del material hace una continua referencia a las fábricas.

Es decir, es habitual que al hablarse de costos se imagine una fábrica, con un elemento tangible como producto. La madera se transforma en silla, los operarios son aquellas personas que cortan la madera y arman las sillas, y la cola que utilizan para pegarlas forma parte de los CIP (o también conocidos como costos indirectos de fabricación). Entonces así, referido todo a elementos físicos, resulta perfectamente entendible.

Ahora bien, ¿qué sucede en las organizaciones de servicios, donde el producto que se obtiene es un elemento intangible? Ésta es la primera y gran dificultad a superar para entender que el sistema de costos puede aplicarse a los servicios, lo que se logra haciendo una abstracción de lo físico y estudiando la relación entre los recursos aplicados (tengan o no, materialización física) y los objetivos a lograr (sean éstos productos físicos o servicios a ofrecer).

Y es que, al realizar esa abstracción podemos ver a la empresa de servicios como un *proceso destinado a lograr un objetivo*, encontrando así que en este tipo de empresas y en las industrias ocurre lo mismo: ¹⁵



16

Por lo tanto, una vez superada la dificultad de la intangibilidad del producto, y entendido que la producción y prestación de un servicio es un proceso donde el resultado se va generando en forma paulatina, devengando ingresos y costos

¹⁵ Elaboración propia.

¹⁶ De elaboración Propia.

según avanza ese mismo proceso, nada cuesta comprender que una empresa de servicios posee también costos fijos, variables, directos, indirectos, posee estructuras operativas principales y otras que le sirven de apoyo, busca agregar valor con su proceso productivo, brindando de esta manera elementos para poder aplicar un sistema de costos con muchas de las herramientas de análisis conocidas, (costeo por órdenes o proceso, análisis de la contribución marginal, punto de equilibrio, análisis de rentabilidad, etc.).

2.3 CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO¹⁷

Siendo el producto uno de los objetos de costos más importantes de cualquier organización, es indispensable conocer que los hay de dos tipos: tangibles e intangibles. Los productos tangibles son bienes producidos mediante la conversión de materias primas utilizando mano de obra y bienes de capital. Las organizaciones que elaboran este tipo de producto se denominan *manufactureras*. Los productos intangibles son tareas o actividades llevadas a cabo para un cliente o una actividad efectuada por un cliente usando las instalaciones de la empresa. Se producen también utilizando materiales, mano de obra y capital. Las organizaciones que generan estos productos, se llaman *de servicios*.

Entre ambos tipos de organizaciones hay muchas situaciones intermedias que hacen que rara vez una empresa sea solo *manufacturerera* o solo *de servicios*.

Por ejemplo, podríamos considerar un servicio puro a lo que se conoce como “bridge-jumping” o salto de puentes, actividad que consiste en brindarle al cliente solo algunos elementos como un arnés, una soga y un casco para que éste, atado a la baranda de un puente se arroje al vacío.

Del lado de la manufactura pura, encontramos los automóviles que se fabrican por encargo, como por ejemplo la Ferrari o el Roll's Royce. Sin embargo, puede ser que estas fábricas asocien un servicio a sus vehículos como por ejemplo el de reparación o mantenimiento del auto, lo cual ya va alejando a la empresa de la *sola manufactura*”.

Igualmente un ejemplo que podría ubicarse al medio de los extremos, es la empresa de comidas rápidas Mc Donald's. En su cocina posee todas las características de una empresa manufacturera, puesto que posee una línea de producción y el producto es rígidamente consistente, puesto que cada hamburguesa

¹⁷, op. Cit 18

lleva la misma cantidad de carne, mostaza, condimentos, etc., que otra. Los panes son idénticos para cada tipo de pedido. El tiempo de cocción también es idéntico entre tipos de productos. Pero fuera de la cocina, del lado del mostrador, se transforma en una organización de servicios, donde debe tratarse a los clientes con rapidez y cortesía, cualidades éstas valoradas por quien es usuario de un *fast food*.

Sin embargo, aunque no se ubiquen en los extremos ni justo en el medio, las empresas pueden caracterizarse como industrias o servicios, de acuerdo a cual sea la actividad predominante.

2.4 MODELO DE COSTOS

Estamos inmersos en la globalización, y ello significa (entre otras cosas) que las barreras se borran, los mercados se amplían, las comunicaciones se realizan en tiempo real y todo esto amplía y multiplica la competencia.

Un mercado que hasta hace unos años era cautivo de una empresa por su ubicación geográfica, por sus características, hoy es disputado por varios competidores. Para sobrevivir en este tipo de mercado las empresas de salud, deben bajar sus costos y mejorar sus servicios.

La pregunta es *¿cuál es la receta, la solución al problema?*

Si bien puede haber muchas respuestas posibles, en el XXVII Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos¹⁸ las profesionales Liliana B. Freire y Graciela M. Neira,¹⁹ presentaron un trabajo de investigación en el cual arribaron, entre otras, a una conclusión:

..."es necesario definir un modelo que satisfaga las necesidades de la información en las empresas de salud".

"...El valor de un modelo surge cuando éste mejora nuestra comprensión de las características del comportamiento, en forma más efectiva en que se observa el sistema real... "... en la labor científica, estamos usando modelos y debemos explicarlos..."

"...Los modelos científicos intentan ayudar a la descripción de las realidades empíricas mediante la representación simbólica de sus variables

¹⁸ IAPUCO Buenos Aires, Noviembre 2004.

¹⁹ Docentes del Instituto de Estudios Contables de la Facultad de Cs. Ec de la Univ. Nacional de La Plata. Autoras en el XXVII Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos del Trabajo *"La elaboración de un modelo para la toma de decisiones en las empresas de salud"*. Buenos Aires, Noviembre de 2004.

relevantes...²⁰

Los modelos pueden definirse como representaciones de la realidad que intentan explicar el comportamiento de algún aspecto de la misma. Debido a que los modelos son siempre representaciones explícitas de la realidad misma, son siempre menos complejos que la realidad misma, pero tienen que ser lo suficientemente completos para acercarse a aquellos aspectos de la realidad que se está investigando.²¹

...”La ciencia, en cambio, no consigue más que reconstrucciones de la realidad que son problemáticas y no demostrables. En realidad, y por eso mismo, no suministra nunca un modelo único de la realidad en cuanto todo, sino un conjunto de modelos parciales, tantos como cuantas teorías tratan con diferentes aspectos de la realidad; y esa variedad no depende sólo de la riqueza de la realidad, sino también heterogeneidad y la profundidad de nuestro instrumental conceptual”...

...”El primer paso del análisis, sea científico o no, es la discriminación de los componentes a algún nivel determinado, por ejemplo, la distinción entre órganos o funciones en un organismo. En un estudio ulterior se descubren las relaciones entre esos componentes, y esto suministra ya una primera etapa del todo, o sea la estampa conceptual sinóptica que había que buscar. Una vez conseguido tal modelo del sistema, puede usarse como instrumento para un análisis más profundo, cuyo resultado se espera que sea una síntesis más adecuada...”²²

Por último Carlos Mallo²³ expresa: “Los modelos de costos son los distintos procedimientos utilizados para asignar y acumular los costos de los productos y para calcular el resultado periódico, para controlar la actuación de los responsables de las secciones y para dar información relevante que pueda ser utilizada en la toma continuada de decisiones”.

También es oportuno aclarar, la diferencia que existe entre costo, gasto y pérdida. Para entender esto se dice que: se incurre en costos con el objeto de producir beneficios, lo que en una empresa con fines de lucro suele significar ingresos. A medida que los costos se *consumen* en la producción de ingresos, se dice que *expiran* y se denominan gastos. En cada período, estos gastos se deducen de los ingresos en el estado de resultado para determinar la utilidad del período. Una pérdida es un costo

²⁰ Garcia Casella, Carlos Luis Anales del 10mo. Encuentro Nacional de Investigadores del Área Contable, Universidad Nacional de Entre Rios, 2004.

²¹ Millar, David W. y Starr, Martín

²² Bunge, Mario “La investigación científica: su estrategia y su filosofía” Editorial Ariel SA España

²³ Contabilidad de costos y gestión, Edit. Pirámide, Madrid, 1988.

que expira sin producir ingreso. Muchos costos, no expiran en un período, entonces se clasifican como activos y aparecen en el Balance. La principal diferencia entonces entre un costo que se clasifica como gasto o activo, es el tiempo. El gasto ya produjo el beneficio, el activo todavía no, y la pérdida ya no puede originarlo.

Es por esto que consideramos la necesidad de la creación de “Modelos de Aplicación” en las empresas de salud, pues “...los modelos han sido ampliamente aceptados como un medio para el estudio de fenómenos complejos.”²⁴

La respuesta al interrogante, si bien puede haber muchas respuestas posibles, es la “calidad”.

La calidad, es un valor y una variable²⁵, que en el día a día de las organizaciones, contribuye al éxito, ya que le otorga sustentabilidad y competitividad, permitiéndole brindar un producto o servicio considerado único por el cliente.

Desde la necesidad de describir, se debe operar la obtención de información sobre las variables que se observan, para lo que se usan indicadores²⁶, que no son otra cosa que descriptores construidos con la información a la que se puede acceder y que expresa algo de un aspecto (una variable) de la realidad.

En el ámbito de la salud, los indicadores han servido como aspectos clave en la planificación, definición, desarrollo e implementación de políticas, situación que se logra a partir de la virtud de los indicadores de mostrar anticipadamente algunas situaciones y de construir escenarios futuros, abriendo la posibilidad de conocerlos y de transformarlos.

La calidad en la atención médica se mide en base a indicadores de cómo se están haciendo las cosas, comparado en cómo se deberían hacer.

A través de la evaluación, sostiene el Dr. Ricardo Rezzonico²⁷, entendiéndolo por esta “*el análisis de la eficiencia, eficacia y efectividad para coadyuvar a la racionalidad del proceso de la planificación de la que forma parte. La eficiencia, se*

²⁴ Forrester, J. W. "Dinámica Industrial" Bs. As. 1972

²⁵ www.concepto.de: Las variables en la investigación, representan un concepto de vital importancia dentro de un proyecto. Las variables, son los conceptos que forman enunciados de un tipo particular denominado hipótesis. Las variables pueden resultar de distinta índole, pudiendo ser **conductuales**, **observables** o **no observables** según su relación con el investigador. Sin embargo, la variación más importante se da respecto a su **dependencia**: en muchos casos el científico intenta deducir un supuesto **vínculo entre una causa y un efecto**: la causa es algo manipulable que se puede realizar de distintos modos, es una **variable independiente**. El efecto, que se produce a partir de lo ocurrido en la primera modificando sus condiciones en función de la variable independiente, es conocido como **variable dependiente**.

²⁶ Según el Diccionario de la Real Academia Española define la palabra “indicador” como “aquello que indica o sirve para indicar” y señala que la palabra “indicar” permite mostrar o significar una cosa con indicios y señales. Es decir, el indicador permite advertir, a partir de un fenómeno, la presencia de otro u otros aun no percibidos.

²⁷ Rezzonico, Ricardo: “Auditoría Médica: Garantía de Calidad en la Atención de la Salud. Centro Editor de la Fundación Favalaro, 1998.

vincula con la racionalidad en la administración de recursos, independientemente del efecto alcanzado sobre la población objetivo (eficacia). Y se habla de efectividad, para entender el impacto producido en el medio de resultar de la aplicación de un proyecto, programa o conjunto de acciones". Afirma también, "la evaluación es íntegramente fundamental del sistema y es el componente que retroalimenta la supervivencia del mismo".

Un ejemplo de lo explicado anteriormente sería: es recomendado que los pacientes mayores de 65 años sean vacunados contra el virus de la gripe. Un indicador sería, entonces, la cantidad de pacientes afiliados mayores de 65 años que recibieron la recomendación de vacunarse.

2.5 ESTRUCTURA DE COSTOS

De las diferentes clasificaciones existentes, a los fines de planificar la rentabilidad desde el punto de vista económico de la empresa, sólo utilizaremos la clasificación según su vinculación al nivel de actividad.

Como señala Yardin²⁸ es importante destacar que el elemento conceptual que separa a los costos en variables y fijos, es la causa de su incurrencia. Si bien se considerará que una de las causales que mejor explica los cambios, es el volumen de actividad, no se debe dejar de reconocer que los costos pueden ser causados por la interrelación de otros factores.

Según Shanke y Govindarajan²⁹ las principales causales del costo son las siguientes:

- La escala
- El grado de integración vertical
- La experiencia
- La tecnología
- La diversidad de servicios ofrecidos

Para establecer la estructura de costos de las empresas de salud es necesario diferenciar la estructura adoptada. A continuación se representan un cuadro³⁰ con la magnitud de los costos según la estructura sanatorial

²⁸ YARDIN, Amaro Prorrato de costos indirectos fijos o análisis de evitabilidad? XXI Congreso Argentino de Profesores Universitario de Costo. Buenos Aires –Octubre 2002.

²⁹ SHANKE J., GOVINDARAJAN V. "Gerencia Estratégica de Costos", Ed. Norma, Bogotá, Colombia, 1995, Pág.24-27

³⁰ Elaboración propia.

ESTRUCTURA	AMBULATORIO	C/INTERNACIÓN
COSTOS FIJOS	MUY ALTO	ALTO
COSTOS VARIABLES	MUY BAJO	BAJO

31

En el plano que nos ocupa encontramos en una primera aproximación que la estructura sanatorial ambulatoria posee un mayor porcentaje de costos fijos que la estructura sanatorial con internación.

Las organizaciones con internación se caracterizan por sumar los servicios de internación, neonatología, UTI³², laboratorios, quirófano, radiología y dentro de los servicios generales se encuentran, lavandería y cocina.

A continuación se describirán los conceptos genéricos a la estructura de costos de una clínica ambulatoria:

Costos Fijos

Honorarios Médicos: es un costo fijo y directo Estas empresas por su especialización y en cumplimiento de las exigencias de los organismos regulatorios, deben contar con médicos –clínicos y especialistas-. La magnitud de los honorarios serán mayores a medida que aumenta la especialización.

Sueldos personal técnico: Este costo incluye, no solo el importe bruto de las remuneraciones, sino también las cargas sociales, los seguros del personal y la incidencia que tiene tanto el sueldo anual complementario como las licencias pagas. Incluyéndose en algunos casos, vestimenta y refrigerio, que es obligación para el empleador según el convenio colectivo de trabajo.

Costo mantenimiento equipo médico: Se incluye tanto los costos correspondientes al mantenimiento preventivo, como el corrector. Este último es el que insume mayores costos, que se refieren al trabajo efectuado, a la inactividad de los empleados, a la falta de atención a los pacientes, y todos los gastos indirectos que ello significa. Estos costos son asignados en forma directa al centro de costo.

Amortizaciones: Se deberá considerar las amortizaciones de la aparatología médica, muebles y útiles e instalaciones. Tienen su fundamento en mantener la integridad del

³¹ De elaboración propia.

³² Unidad de Terapia Intensiva

capital.

Honorario Director Médico y sueldos personal administración: tienen la responsabilidad de todo el funcionamiento de la clínica.

Honorarios: Este concepto de costo, incluye los honorarios de asesoramiento del contador, ingeniero electricista, abogado, etc. Y aquellos profesionales que sean requisito para el funcionamiento y habilitación de estas empresas.

Servicios: Se considera el costo de teléfono, luz, agua y gas. De ellos la energía eléctrica, es significativa debido a que los equipos médicos la demandan para su funcionamiento, como así también los equipos de calefacción y aire acondicionado. La electricidad también se utiliza a los efectos de la iluminación del lugar

Seguro: Comprende el seguro Integral de Comercio, de Mala Praxis, Responsabilidad Civil Comprensiva. El seguro de Mala Praxis, además de cubrir la finalidad de resguardar el patrimonio frente a posibles demandas, es una exigencia de las obras sociales porque también ellos pueden recibir una demanda por ser los que autorizan las empresas en que pueden realizar tratamiento sus afiliados.

Publicidad: Comprende la publicidad institucional

Papelería y útiles: papelería necesaria para el trabajo administrativo de cualquier empresa, comprensivo de los gastos de imprenta correspondiente a las historias clínicas, planillas de tratamiento, etc. Es posible identificar el consumo por paciente, convirtiéndolo en un costo variable, sin embargo no resulta económicamente viable debido a que el costo de realizar el control sería superior a los gastos de imprenta en general.

Mantenimiento de Inmueble: concerniente al cuidado del edificio, su funcionamiento y el impuesto inmobiliario y municipal.

Costos financieros: Debe incluir los gastos bancarios, intereses pagados, como el interés del capital propio de los dueños.

Costos de funcionamiento: costos inherentes al funcionamiento que no se incluyeron en las otros conceptos, como pueden ser la compra de recetario, escribanía, movilidad, correo, limpieza, etc. También se incluyen a aquellos costos que dependen de las exigencias de los entes reguladores y de las características exclusivas de los tratamientos realizados. Así, se tienen aquellos que son extensivos a todas las empresas de salud, como son los residuos patológicos. Y los otros que son específicos, como son las habilitaciones y permisos institucionales, el contratar un

servicio de monitoreo, cuando en la empresa existen radiaciones, etc.

Costos variables

Es una actividad donde existen muy pocos costos variables de producción.

Insumos médicos: Depende del tipo de tratamiento efectuado en las empresas, puede abarcar material descartable, drogas, u otros insumos necesarios para poder prestar el servicio.

Impuestos Provinciales: En la provincia de Buenos Aires es el impuesto sobre los ingresos brutos. Se liquidan como un porcentaje de los ingresos por ventas. En términos unitarios lo definiríamos como un porcentaje del precio de venta.

Gastos administrativos: Hay convenios con determinadas Obras Sociales, en la que se terceriza la gestión y cobranza a otros organismos, y se debe abonar una porcentaje del monto cobrado. En Bahía Blanca es muy frecuente esta situación con la Asociación Médica de Bahía Blanca y Federación de clínicas, sanatorios y hospitales de la Pcia. de Bs.As. (FECLIBA).

Honorarios legales: Los honorarios por la gestión de cobranza representan un porcentaje del monto adeudado.

Conceptos de costos que se agregan a la estructura de costos ambulatoria: Son básicamente costos variables, dado que los costos fijos en concepto son los mismos.

Medicamentos y descartables: Durante la estadía del paciente en la clínica se tienen que ir acumulando los medicamentos y descartables consumidos a lo largo de su permanencia en la organización. Dependiendo de la patología tratada, va a ser el tipo y cantidad de medicamentos suministrados.

Insumos sanatoriales: Este concepto hace referencia al algodón, gasas, alcohol utilizados en la atención de los pacientes.

Lavandería: Costos relacionados con el aseo de la ropa de cama, es un costo variable dado que depende de la existencia de pacientes internados.

Cocina: Esta representada por la ración de comida que es consumida por el paciente durante la estadía en la clínica.

Honorarios y prácticas médicas: La variabilidad de estos costos depende de la modalidad de contratación adoptada por la organización. Es común que existan prácticas y honorarios médicos que se abonan por paciente.

2.6 SISTEMA DE COSTOS

Es indudable la importancia del conocimiento de los recursos insumidos y el grado de eficiencia con que los mismos son utilizados en un servicio que de forma indiscutible adquiere connotaciones relevantes por estar referido nada menos que a la vida de las personas.

A su vez, esta necesidad de eficiencia se torna más ineludible como consecuencia del cambio que se está produciendo en la prestación de los servicios sanitarios, que conduce a estas empresas a enfrentarse con el desafío de prestar asistencia de buena calidad y eficiente en relación con un ambiente fuertemente caracterizado por el incremento de los costos.

Referidos al cálculo de los costos en salud, los autores son realmente muy contundentes. Dice textualmente Gregorio R. Coronel Troncoso: *... "Para ser francos hay una casi total falta de comprensión de cuánto cuesta prestar servicios en atención al paciente y, mucho menos, como estos costos se comparan con los resultados alcanzados. En mi caso, es conocida mi posición a favor de la determinación de costos por patología"...*³³

Un problema adicional que se da es el manejo de fondos destinados a prestaciones de salud, intervienen funcionarios y/o intermediarios para quienes hablar de costos es referido a lo que pagan, pero no al consumo de recursos que cada prestación efectivamente demanda.

Este proceder, atenta colateralmente contra la eficiencia en virtud que, ante la reducción o no modificación de los valores de ingresos en la medida suficiente para cubrir los consumos, las empresas recurren a la disminución de salarios o el número de personas, métodos con los cuales se sabe, los resultados muestran personas eficientes desmotivadas o ineficientes adaptadas a la nueva realidad con una notoria baja en la productividad. Las consecuencias negativas se sienten sobre el sistema total de salud:

- Para el paciente: bajo estas condiciones, los tratamientos no son los mejores ni los más precisos, por lo cual se requerirá una mayor cantidad de servicios.
- Para los actores del sistema: los prestadores más eficientes se ven mal recompensados y los ineficientes, no llevan incentivos para impulsar mejoras.

No es este, el camino para lograr resultados satisfactorios con bajo costo.

³³ Revista Costos y Gestión. Año XXI - Nº 81 – Septiembre. 2011.IAPUCO

Se impone inobjetablemente implementar una forma de medición de los costos avanzando hacia una metodología que considere todo el proceso requerido para lograr la solución final al problema de salud de cada paciente, o sea, el costo por patología.

La unidad de análisis fundamental para medir costos y resultados, es el paciente y su condición médica. Efectivamente, hay suficientes antecedentes en ponencias y libros que hacen referencia a que la unidad de costo debe ser la patología como “producto” ofrecido para solucionar problemas de salud determinados.

Cabe aclarar, los costos resultan del tratamiento que requiera cada paciente en particular y el resultado económico se determina por comparación entre el costo promedio de cada patología contra el ingreso que se obtiene por la prestación.

Por otro lado, deben evaluarse los resultados en términos sanitarios, los cuales también deben ser satisfactorios para el demandante (mejora en la calidad de vida, sobrevivencia, etc.), tanto como el precio a pagar por quien los abona.

En la Argentina, los costos de recursos humanos (con sus impuestos sobre la nómina laboral) se ubican en porcentajes mayores al 50% de sus costos totales, si a estos le sumamos la porción destinada a recuperar las inversiones físicas (25% en un nivel moderado), nos encontramos con que dos terceras partes de los consumos corresponden a costos fijos que requieren ser analizados en relación a la eficiencia de su uso.

El Sistema de Costos que tanto Gregorio Troncoso como otros autores aconsejan utilizar es el **“Costo Basado en la Actividad” (ABC) con la modalidad mejorada de ser impulsado “por el tiempo” (TDABC)**. Gastar en la detección temprana de patologías requieren mejores diagnósticos de las enfermedades, cuyo beneficio directo, es la disminución del sufrimiento de los pacientes y una atención posterior menos compleja y por lo tanto, menos costosa.

A su vez, si nos remitimos a la búsqueda de la sustentabilidad de la prestación médica como actividad privada, la mayoría de los hospitales y clínicas en América, excepto la Argentina, luego de la administración Reagan en EEUU³⁴ buscaron determinar costos por paciente para determinar el valor de la atención médica.

Esto significa que a partir de 1982 se realiza la preocupación por una historia

³⁴ Esta administración desmantela las instituciones residuales al estado de bienestar y promueve la desaparición de todo elemento de protección social.

clínica que sea un centro de acumulación de costos.

La mejora de resultados concurrente con una disminución de los costos es tan impactante en la atención de la salud como ninguna otra actividad. En búsqueda de estos objetivos prioritarios es que debe producirse el cambio.

Se proponen **siete pasos para implementar el cambio en la determinación de los costos:**

- 1- Seleccionar la condición médica: consiste en agrupar poblaciones de pacientes con similares problemas de salud. Incluye también, determinar un periodo de duración del ciclo de atención (ejemplo: Diabetes Tipo I Insulinodependiente, periodo temporal: de por vida).
- 2- Definir cadena de valor de la atención de salud: constituida por las diferentes acciones de los diferentes profesionales u otras unidades operacionales, cuya intervención es requerida para completar la solución a brindar ante determinada patología (siguiendo el ejemplo de la patología Diabetes, la interacción del médico de cabecera con el especialista en Diabetes y el Nutricionista, en la prescripción de medicamentos (interviene como unidad operacional la farmacia) y en instaurar un tratamiento, contribuyen en abordar la patología en forma integral).
- 3- Desarrollar mapas de procesos de cada actividad de atención a los pacientes: constituyen detalles analíticos del paso anterior.
- 4- Obtener estimaciones de tiempo para cada proceso: semejante al concepto de rotación en otras actividades con el fin de establecer tiempos standard en procesos de corta duración cuya variación entre los distintos pacientes es ínfima, evitando así invertir mayores recursos en ellos.
- 5- Calcular el costo de proveer los recursos para la atención los pacientes: los costos directos son de indiscutible asignación y los indirectos (se incluyen los de docencia, capacitación, admisión, etc.) se asignan cuantificando los recursos consumidos (física y monetariamente), para reflejar el uso de los servicios demandados por cada paciente.
- 6- Calcular la capacidad década recurso y el índice del costo de esa capacidad: analizar el uso de la capacidad en este tipo de empresas es prácticamente imposible. Debe realizarse como lo aconseja la doctrina de costos, a través de la siguiente ecuación:
$$\text{GASTOS ATRIBUIDOS AL RECURSO} / \text{CAPACIDAD DISPONIBLE DEL RECURSO}.$$
- 7- Calcular el costo Total de la Atención del Paciente: se obtiene como sumatoria

de los ítems anteriores.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la determinación del costo en empresas de salud son los **litigios judiciales**.

Con referencia a los mismos, la Dra. Marisa Aizenberg ³⁵ expresa:

...”la judicialización en el ámbito sanitario se ha transformado en una realidad tangible en nuestra sociedad. Argentina transita un modelo de sociedad litigiosa que genera una lógica de confrontación judicial y produce un aumento de reclamaciones por asistencia sanitaria y demandas dirigidas a la atención brindada por el equipo de salud en todos los subsectores del sistema.

En la actualidad el equipo de salud tiene temor de tomar decisiones por las posibles represalias de orden judicial, situación que ha llevado al ejercicio de una medicina defensiva que solo suma nuevos conflictos y costos a la atención de salud. Va con ello también, el intento de lograr la efectividad en el acceso de los ciudadanos a los sistemas de justicia y de salud”³⁶.

En tal sentido, la Superintendencia de Servicios de Salud ha trabajado en un proyecto de ley de mediación de litigios³⁷ con el objeto de crear una alternativa que propicie la solución eficaz al conflicto frente a toda la judicialización que existe sobre reclamos en salud.

Al respecto, el Dr. Bellagio remarco que “...se trabajó fuertemente para que la Superintendencia, a través de mecanismos similares a la Resolución 75/ 98 ³⁸, pueda actuar en una instancia previa sobre el tema de salud tanto en el ámbito privado como de la seguridad social para generar una alternativa frente a la judicialización”.

Si bien el objetivo abstracto del sistema jurídico es el de descubrir la verdad, este no se logra en la mayoría de los casos y representa un largo proceso y con imposibilidades económicas para ambas parte.

Es por ello, que a fin de evitar el enfrentamiento y disputa de las partes que actúan, es necesario trabajar en un proyecto de ley que establezca el procedimiento de mediación como instrumento de solución de controversias, ya

³⁵ Directora del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

³⁶ <http://marisaizenberg.blogspot.com.ar/p/publicaciones.html>: “La gestión de los conflictos en las organizaciones de salud como una respuesta a la judicialización sanitaria Año 2010.

³⁷ “Revista La Salud” de la Superintendencia de Servicios de Salud. Año 2- N° 7-Agosto/Septiembre/Octubre 2011.

³⁸ Superintendencia de Servicios de Salud: antecedente doctrinario del tema expuesto.

que la presencia de un tercero puede ayudar a desbloquear una situación sin salida. El mediador es una persona imparcial, aceptada por ambas partes, que no tiene autoridad ni poder alguno para controlar el resultado.

Al respecto Gregorio Troncoso³⁹ opina: *“...el escenario para las empresas de salud se torna aceleradamente competitivo, a consecuencia de lo cual deben producir cambios significativos, entre otros, en sus modos de información y decisión, razón que justifica plenamente la elección y adopción de un sistema de información sobre el gestionamiento de los recursos aplicados por esas empresas a sus actividades, destinado a mejorar la calidad de los datos respaldatorios en sus decisiones...”*

Cualquier empresa de salud es generadora de una enorme cantidad de datos, generalmente no estructurados, dispersos y de mala calidad, que no están a disposición, o que por lo menos no lo están oportunamente. Estos datos no constituyen información, y menos aún son instrumento para generar conocimiento. La información se genera cuando los datos son tratados de acuerdo a algún criterio establecido, de forma tal que se incluyen en el marco de un contexto determinado.

Así, es indiscutible que las decisiones que se toman sin contar con buena información tienen mayores posibilidades de ser inadecuadas. Si las empresas de salud no advierten esta importancia, nunca contarán con el basamento racional y científico para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Y agrega Troncoso: *“...en España, el Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas recomienda a las empresas de asistencia sanitaria la aplicación de cualquier sistema de contabilidad de costos, con lo cual verán enriquecida la información de la contabilidad externa y con ello abiertas las posibilidades de conocer profundamente los costos...”*

Esta necesidad de contar con un sistema de costos no es materia exclusiva de los grandes centros asistenciales. Pesa aquí lo dicho anteriormente para las empresas de servicios: la contabilidad tradicional de costos ha destacado la fabricación y pasado por alto virtualmente los servicios. Lo mismo ocurre con las empresas pequeñas. Los ejemplos bibliográficos estuvieron siempre referidos a las grandes compañías lo que podría llevar a la confusión de que, al igual que los servicios, las pequeñas empresas estaban fuera del ámbito de un sistema de costos.

Pero la actualidad ofrece una realidad muy diferente y cualquier empresa,

³⁹ Revista Costos y Gestión. T. VIII. - Nº 30 – Dic. 1998; pág.: 94 IAPUCO

sin importar su tamaño se vería beneficiada con su implementación. Si se piensa en los orígenes de la contabilidad de costos⁴⁰, quizás se encuentre difícil o inútil su utilización en la pequeña empresa. Pero la aplicación de los costos ha ido evolucionando en el tiempo, principalmente por los cambios constantes de la nueva economía. Tiempo atrás entre los objetivos de conocer los costos estaba la fijación del precio de venta. Pero tomemos por ejemplo el caso de la empresa analizada más adelante en este trabajo: un Policonsultorio en donde, en la mayoría de los casos el precio viene prefijado por la obra social y en muchos casos además de fijo es bajo.

Si el precio viene dado ¿es inútil llevar un sistema de costos?

La respuesta es rotundamente negativa.

Hoy en día se habla de *administración de costos*, que es más abarcativa que el mero cálculo de costos. El análisis es más global y completo. Las empresas, como se dijo anteriormente, se crean con el objetivo maximizar su rentabilidad, para lo cual tienen dos alternativas: o incrementa sus ventas, ya sea mejorando el precio de venta o incrementando el volumen, u optimiza sus costos. En todo lo relacionado a las ventas los cambios en muchos casos están dados por variables no controlables, son ajenos a la empresa o implican incrementar costos; mientras que la optimización de costos (para lo cual es necesario previamente conocer cuáles son y cómo actúan en la organización) está vinculada a un proceso interno y las variables son más controlables.

Además de la optimización de los costos que le permitirá aumentar su rentabilidad, otra ventaja es que al implementar un sistema de costos se podrá obtener información útil para mejorar el proceso de toma de decisiones, obteniendo de éstas resultados más positivos. Siguiendo con el ejemplo del Policonsultorio, el sistema podría brindar información en cuanto a si es rentable invertir en más tecnología; si es conveniente celebrar o no un contrato con algún prestador externo de algún servicio que en él no se preste; si está trabajando o no a pérdida, etc.

Estos son algunos de los beneficios con los que podría contar la pequeña empresa que se ocupa del estudio de sus costos, demostrando a su vez la viabilidad de aplicación de este tipo de sistemas en las mismas.

En el caso del Policonsultorio que se analizará más adelante, además del beneficio propio que pueda obtener por la observancia de estos conceptos, existe un beneficio social y un compromiso ético.

⁴⁰ Capítulo I del presente trabajo

Una actividad como la desarrollada por el Policonsultorio se encuentra dentro del ambiente de la *servucción*⁴¹ puesto que posee los rasgos característicos de la misma. Sin embargo es necesario aclarar que lo hace con una particularidad, y esta es que *se trata de un servicio donde existe una alta implicancia del personal en contacto y un bajo nivel de participación del cliente, por lo que existe una cierta dominación de este último con relación a los primeros.*

También se expresó anteriormente que en materia de salud, el conocimiento de los recursos insumidos y la eficiencia con que éstos eran utilizados se tornaba una cuestión relevante puesto que estaban referidos a la vida de las personas.

Estas particularidades del servicio, obligan a una mayor cuota de ética en su formulación, incluyendo precisamente la forma de abordar la prestación del servicio, el uso eficiente de los recursos y la apropiación al mismo de los recursos estrictamente necesarios y correctamente cuantificados en cuanto a su utilización.

Todo esto fundamenta una vez más, que un sistema de costos es necesario y adaptable a cualquier tipo de empresa, sólo es preciso estudiar la misma, el ambiente en el cual se desarrolla, y tomar de la gran variedad y calidad de herramientas de las que se disponen, las que mejor se adecuen a la misma.

2.7 ORGANIZACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA⁴²

Aunque el sistema de salud de Argentina es muy complejo y fragmentado, para un análisis es posible distinguir del lado de la demanda a la población en dos grandes categorías, aquellos que solo acceden a los servicios públicos y aquellos que tienen cobertura de seguros de salud, y por el lado de la oferta a tres sectores: publico, de obras sociales y privado (Diagrama 1).

⁴¹ “*Servucción: el marketing de los servicios*”, Edit. McGraw-Hill, Madrid, 1989. “La **servucción** en la empresa de servicio es la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente empresa necesaria para la realización de una prestación de servicio cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido determinados”.

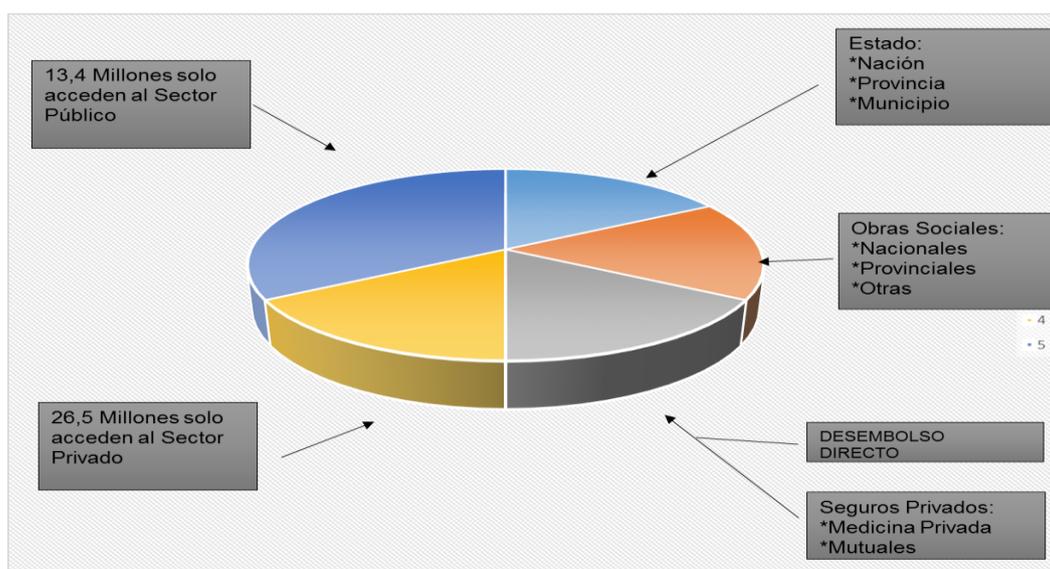
⁴² Reseña artículo publicado en Revista ADECRA+CEDIN por Lic. Federico Tobar. Año 2012.

DEMANDA	OFERTA
POBLACIÓN SIN COBERTURA DE SEGUROS	SECTOR PUBLICO
POBLACIÓN CON COBERTURA DE SEGUROS	OBRAS SOCIALES
	SECTOR PRIVADO

Diagrama 1. Organización del Sistema de Salud en Argentina

Un tercio de la población (alrededor de 13.4 millones), solo accede a los servicios públicos, mientras casi dos tercios (26.5 millones) tienen cobertura de seguros, ya se trate de obras sociales nacionales, provinciales o empresas de medicina prepaga.

A su vez, la financiación de la oferta puede ser considerada a través de las fuente que las financian. En este caso la primera categoría son los impuestos (recursos del tesoro), tanto a nivel nacional como provincial y municipal. La segunda fuente son los aportes y contribuciones salariales cuyo destino son los seguros sociales. Por último, los gastos de las familias (también denominados gastos de bolsillo) permiten distinguir aquellos programados, (como los pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga), de los esporádicos (también denominados desembolso directo).



FUENTE: TOBAR.F "RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO 2010"

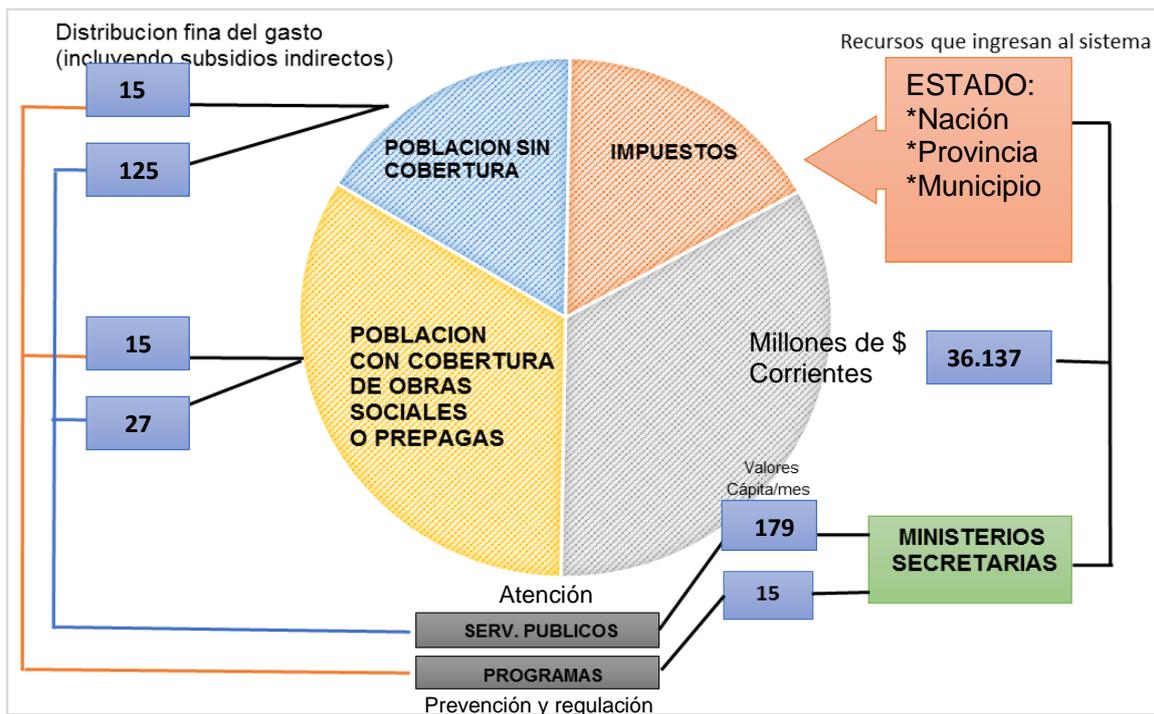
En el año 2010 el gasto total en salud en Argentina asciendo aproximadamente a \$132 mil millones, siendo el de mayor componente, el gasto de la Provincia de Buenos Aires. A diferencia de los demás países de la región, el gasto en salud del Estado Nacional tiene una participación minoritaria del orden del 8% en salud dentro del país.

Constituye un error frecuente que el gasto público en salud corresponde en forma exclusiva a la financiación de la atención médica de las personas sin cobertura de seguros de salud. Esto se debe a que, en primer lugar no todo el gasto público en salud es asistencial sino que parte es destinado a programas de promoción así como a investigación, ambos considerados como bienes públicos debido a las grandes externalidades que generan.

El gasto público en acciones de salud colectiva debe dividirse en el total de la población y representa un gasto per cápita mensual del orden de los \$15. El monto restante involucra un gasto per cápita mensual de los \$179, sin embargo, un 30% de las prestaciones que proveen los servicios públicos son recibidas por personas que tienen cobertura de seguros de salud, lo que equivale a un “subsidio cruzado” desde el sector público a los seguros de salud (obras sociales y prepagas) del orden de los \$27 por beneficiario al mes.

Dentro del sector de obras sociales es necesario distinguir las situaciones diferentes de la obra social de los jubilados (INSSJP más conocido como PAMI) que es la que detenta la mayor cápita de ingreso (\$ 233 por afiliado al mes), las obras sociales nacionales que en promedio tienen una cápita de ingresos del orden de \$150, aunque se trate de trescientas entidades muy diferentes y esta varía según obra social entre \$118 y \$135. Por último, hay veinticuatro obras sociales provinciales con un ingreso promedio de \$176 por afiliado al mes.

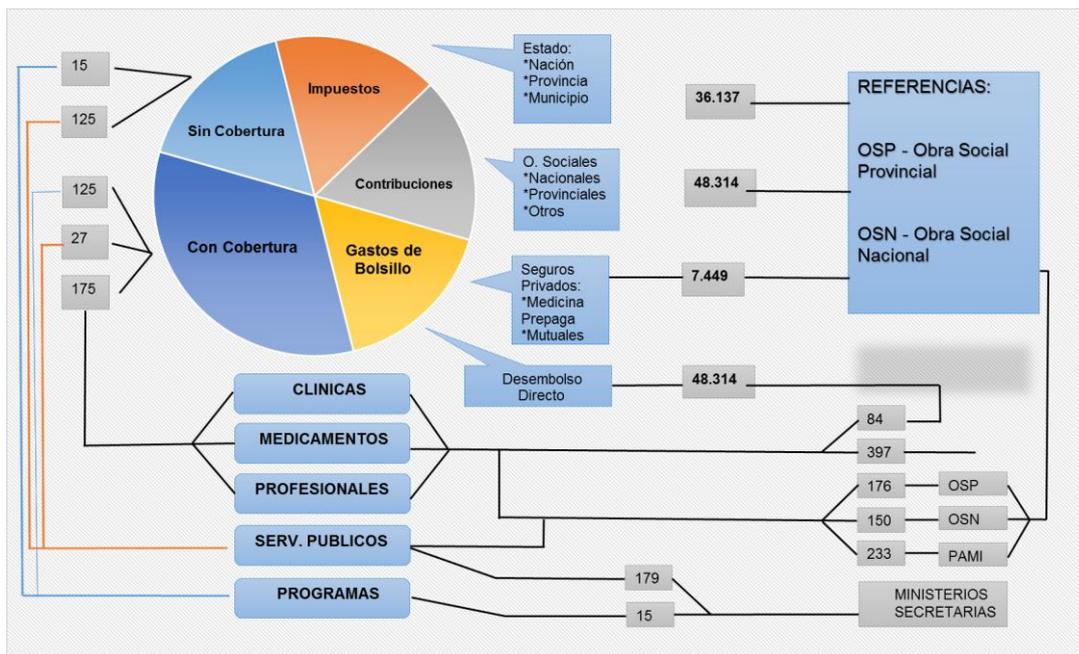
El subsector de medicina prepaga registra una cápita de ingreso del orden de los \$397 por mes.



FUENTE: TOBAR.F "RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO 2010"

En el caso de las obras sociales una parte de ese gasto se puede recuperar del registro de hospitales de gestión descentralizada. Pero los pacientes con cobertura de medicina prepaga no son identificados por el sistema de facturación de los hospitales y por lo tanto, su atención no genera débitos a sus aseguradores.

Para concluir el diagrama siguiente, presenta todos los flujos financieros que integran el sistema de salud argentino donde se detalla la complejidad y fragmentación que genera como resultado una gran inequidad en la cobertura y financiación de la atención de la salud.



FUENTE: TOBAR.F "RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO 2010"

2.8 MEDICIÓN DE LOS COSTOS: ÍNDICE DE PRECIOS DE INSUMOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ⁴³.

El **Índice de Precios de Insumos de la Atención Médica** es un indicador referente en el monitoreo de la evolución de los costos de producir atención médica en instituciones privadas de la Argentina. El Índice tiene base en el año 2001, aunque se formuló y se viene actualizando desde el año 2004 gracias al compromiso y contribución sistemática de información de un grupo representativo de instituciones asociadas.

A Junio del año 2013, el Índice marca que los costos totales de producir atención médica son 9,5 veces superiores a lo que eran hace 12 años atrás, en el año 2001. En los tres años que van de la presente década (2010-2013), los costos médicos totales crecieron un 120%.

⁴³ Reseña artículo "Índice de precios de insumos para la atención médica" publicado en Revista N°5 ADECRA+CEDIN por Lic. Jorge Colina, Lic. Carolina Fernández, Departamento de Investigaciones Económicas de ADECRA .Noviembre 2013.

El ítem que lidera la inflación de costos en salud corresponde a los costos *laborales*, los cuales crecieron más de diez veces desde el año 2001 y un 127% desde el año 2010 hasta la actualidad.

Acompañan con igual fuerza inflacionaria los insumos no médicos, que tienen en común con los costos laborales la alta incidencia del recurso humano en su prestación.

2001 = 100	Dic09	Jun10	Dic10	Jun11	Dic11	Jun12	Dic12	Jun13	
Costos Laborales	467	512	613	657	791	849	1008	1060	
Insumos Médicos	337	365	393	434	457	493	522	576	
Insumos No Médicos	477	567	633	778	864	950	1059	1186	
Servicios Públicos	284	337	347	371	403	421	410	525	
Inversiones	288	358	362	476	485	496	496	496	
Total	432	482	558	621	710	774	890	951	2010 2013
Incremento Porcentual									
Costos Laborales		9,6%	19,8%	7,1%	20,5%	7,4%	18,7%	5,1%	126,9%
Insumos Médicos		8,1%	7,7%	10,5%	5,3%	7,9%	5,9%	10,3%	70,8%
Insumos No Médicos		18,3%	12%	23%	11%	10%	11,4%	12%	148,5%
Servicios Públicos		18,8%	3,0%	6,9%	8,7%	4,4%	-2,6%	28,1%	85%
Inversiones		24,2	1,1%	31,6%	1,9%	2,3%	0%	0%	72,3%
Total		11,7%	15,7%	11,3%	15,8%	7,7%	15%	6,9%	120,4%

En el resto de los insumos, la dinámica va a seguir la tónica que le imprime la inflación general, la cual, según el Congreso Nacional (en base a encuestas que realizan las consultoras privadas), se ha acelerado en lo que va de la segunda mitad

del año 2013.

El tema de la evolución de los aranceles prestacionales no ha estado tan regularmente sistematizado como el seguimiento de los costos debido a los cambios (polémicos) que sucedieron a partir del 2007 con las conocidas distorsiones del INDEC. En ADECRA⁴⁴, originalmente la evolución de los aranceles prestacionales se tomaba de las bases de datos oficiales del INDEC en el sub-rubro "Internación e intervenciones quirúrgicas" del rubro "Salud" del Índice de Precios al Consumidor (IPC). Pero en abril del 2008 el INDEC dejó de publicar -y posiblemente de medir- dicho sub-rubro.

Es así como entre los años 2008 y 2009 no se contó con una base de información sistematizada y oficial de evolución de aranceles, y tampoco se tuvo en ADECRA un sistema de recolección interna de información del tipo que se tiene actualmente para recolectar información de costos.

A partir del año 2010, como consecuencia de las distorsiones en la medición de inflación, se sumaron los controles de precios en el sector médico prestador y los incrementos de aranceles empezaron a ser informalmente regulados por las autoridades y ligados a la evolución de autorizaciones de aumentos de precios para los planes de salud de las empresas de medicina privada. De este forma, en ADECRA se vuelve a tener una base de información sobre evolución de aranceles, aunque ya no es plenamente comparable con la serie que se traía desde el año 2001, ya que los datos obtenidos de las bases del INDEC hasta el año 2008 manifestaban la evolución de los precios efectivamente observados, luego, entre el 2008 y el 2009 los datos reflejaban una estimación muy gruesa y parcial en base a consultas con asociados, y ahora, a partir del año 2010, se cuenta con los incrementos "autorizados" por las autoridades y aceptados por los financiadores de la salud, pero que constituyen valores referenciales de aumentos, no valores efectivamente observados.

El juego financiero de las demoras es el efecto típico de la inflación. Generar pérdidas reales de poder adquisitivo a los que no ajustan automáticamente su propio precio con la inflación. De aquí la necesidad de bregar por ajustes automáticos en los aranceles médicos.

Los incrementos que las empresas de medicina prepaga conceden a los prestadores médicos es una señal de relevancia en el sector salud porque los otros financiadores de la seguridad social (obras sociales y PAMI) también lo utilizan

⁴⁴ Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina.



subyacentemente como aproximación o referencia.

En suma, la inflación en Argentina es un problema que se agudiza y la inflación de costos en salud no le va a la zaga.

La peor parte se la llevan los prestadores médicos quienes no solo reciben ajustes insuficientes en sus aranceles sino que además, en numerosas oportunidades, deben soportar un retraso adicional provocado por las demoras de ajustes que sufren los prepagos, lo que impone un costo adicional infligido por la inflación.

CAPITULO III: CASO PRÁCTICO

El análisis de caso se centra en el Policonsultorio de una obra social sindical con jurisdicción a nivel nacional, que desarrolla su atención medica primaria en Centros Ambulatorios de salud que cuentan con diferentes especialidades asistenciales, centrando en el caso de estudio en la especialidad Clínica Médica de adultos entre 15 y 65 años.

A partir de la crisis del año 2001/2 y la reforma del Plan Médico Obligatorio, la obra social en cuestión, ha identificado la necesidad de reorganización de la atención ambulatoria tratando de mejorar la calidad de los servicios brindados, mediante una mayor accesibilidad y teniendo en claro, que los recursos con los que contaba, eran insuficiente.

El desafío era incrementar ese valor de la cápita por los servicios asociados, lo que se conoce como el valor de la gestión. Después, al no poder pagar a los buenos sanatorios, ni a los más caros, ni brindar servicios de médicos exclusivos o especiales, se estableció como prioridad agregar un valor intangible: *garantizar la continuidad de los servicios*.

Para cumplir con tal misión, la Gerencia Medica, estableció prioritario la apertura de diversos centros de atención primaria en todo el territorio nacional y centralizar allí la prestación de su servicio de salud.

Más de una década ha pasado y se observa que el fin del plan gerencial se está cumpliendo en cuanto a que los afiliados tienen un Centro Ambulatorio donde recurrir; sin embargo existen muchas quejas y reclamos debido a la mala atención del mismo⁴⁵, por lo cual el objeto del presente trabajo consiste en demostrar que es posible reducir los costos en este tipo de empresas y al mismo tiempo, gestionar con eficiencia.

En tal sentido el análisis se lleva cabo tomando como referencia una serie de pasos⁴⁶ que no son obligatorios, pero su observación permite un mejor desarrollo y estructuración del trabajo.

Los mismos consisten en primer lugar en un *relevamiento informativo*, dividido en una entrevista inicial con el fin de conocer cuál es la necesidad de

⁴⁵ Ver Anexo I: EL CLIENTE SIMULADO

⁴⁶ "Costos para Empresarios" de Carlos M. Jiménez, Cap. XVI: "Implantación de un Sistema de Costos en Empresas de Salud".

información del Gerente⁴⁷ y lograr un primer acercamiento al sector a estudiar lo que permitirá también apreciar la magnitud del análisis a encarar; y visitas posteriores en las cuales se recabará toda la información necesaria para llevar adelante el análisis. Algunas de las cuestiones a tener en cuenta en esta etapa son: la organización de la empresa, tamaño, antigüedad, servicios que presta, tecnología utilizada, insumos, personal, características del negocio y de la actividad, pasos para la obtención del producto (servicio), etc.

El Gerente informó que lo pactado con la Obra Social es un Ingreso mensual para 45000 afiliados en Mar del Plata y la zona, pero según los bonos emitidos promedio por mes en el último año, son de 24000 consultas, abarcando las mismas todas las especialidades. De esas consultas, si bien a priori se podría considerar que la mayoría de estas 24000 consultas son para la especialidad Clínica Médica Programada, según datos estadísticos que el Gerente posee, informo que las horas promedio de la especialidad son de 360 hs por mes. Como en una hora se atiende 1 paciente cada 15 minutos, en un mes representan 1440 pacientes.

De la entrevista con el Gerente, se consideró como base más representativa las 24000 consultas que son las efectivamente brindadas promedio por mes. Surge así, el motivo principal del poco interés en el análisis de los costos debido a la alta ganancia ya que se cobra una cápita mensual por 45000 pacientes, atendándose efectivamente un promedio de 24000 pacientes por mes.

Con todo lo expuesto, se estudian las características de los ingresos que obtiene el Policonsultorio y una vez recolectados todos los datos se procede al *análisis o tratamiento conceptual* de los mismos con el objetivo de transformarlos en información que permita entrar en el tercer paso que es *determinar cuál es el mejor sistema de costos que se puede implementar en esta empresa*.

Dadas las características de la actividad, se optó por la metodología de “Costos Basado por Actividad” (ABC)⁴⁸ con la modalidad mejorada de ser impulsado “por el tiempo” (TDABC); esto significa que, gastar en la detección temprana de patologías requieren mejores diagnósticos de las enfermedades, cuyo beneficio directo, es la disminución del sufrimiento de los pacientes y una atención posterior menos compleja y por lo tanto, menos costosa.

La esencia del ABC es que las actividades deben ser el objeto central del

⁴⁷ Ver Anexo II: ENCUESTA

⁴⁸ Boletín de lecturas Sociales y Económicas. Facultad de Cs. Económicas. UCA Lavolpe, Antonio y Smolije, Alejandro: *Un Aporte Clarificador a la Polémica “Método Tradicional versus ABC”*, pag:22.

costeo, ya que son ellas quienes consumen los recursos, y luego los productos o servicios se “sirven” de ellas. Dada esta relación causa-efecto, y debido a que los sistemas de costeo no deben hacer otra cosa que reflejarla, ABC estipula una serie de pasos que se sintetizarán a continuación, para adentrarnos en su metodología y propiedades, ambas expresadas en los conceptos de sus propios impulsores:

- ⇒ **Establecer las actividades a costear**, cuya apertura deberá ser lo más analítica posible, para obtener una buena información final, incluyendo todas las funciones de la empresa.

Corresponde ahora indagar al respecto de cuáles son las características específicas del Centro estudiado.

Actividad

Ya se hizo referencia al tipo de actividad que desarrolla -servicio de atención primaria de la salud- y como tal, se desenvuelve en un mercado de salud con las particularidades antes enunciadas: imperfecto, idiosincrásico, con una oferta capaz de crear su propia demanda y con un componente relacional complejo y cambiante entre los roles e intereses que asumen las distintas partes que lo componen, tanto oferentes como demandantes, agravada esta situación por la presencia de terceros financiadores o intermediarios.

También se dijo que indudablemente el servicio prestado pertenecía al ámbito de lo que hoy se define con el neologismo *servucción* o producción de servicios.

Productos

De acuerdo con lo expresado por Hansen y Mowen⁴⁹, el producto en una empresa que presta servicios de salud, se define como *la estancia y el tratamiento* de un paciente. Sin embargo, Troncoso⁵⁰ agrega a este concepto la idea de un proceso integrado y en tal sentido sugiere que el producto en una empresa de salud debería denominarse *solución patológica*, entendiéndose por ésta al conjunto de técnicas y/o procedimientos aplicados por un establecimiento de servicios de salud con destino a practicar el diagnóstico y/o tratamiento y/o posterior seguimiento de la enfermedad de un paciente o un conjunto de ellos, aclarando además que dicha solución patológica puede ser entregada con una, algunas o todas las etapas especificadas, por lo tanto es también un producto el proceso que no abarque la totalidad de las fases

⁴⁹ *Administración de costos*, Edit. Thompson, México, 1996, pág. 271.

⁵⁰ *Op. cit.* pág: 100.

(diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento). La diferencia entre estas definiciones, es que la última considera al producto como un *proceso*, el cual además es concebido *para cada paciente en función de sus respectivas particularidades*.

En tal sentido, puede decirse que el producto está formado por *todas las actividades o servicios tendientes a mejorar la condición clínica del paciente* y que, visto que existen diferentes patologías y que cada una de ellas puede requerir tiempos y tratamientos diferentes en función del estado físico y vital del paciente, nos encontramos con una empresa que tiene productos múltiples, con muchas clases de patologías.

Este producto final se obtiene a través del tiempo, dividido en lo que pueden denominarse *consultas*, durante las cuales se van realizando las actividades mencionadas anteriormente. A causa de la diversidad de patologías y pacientes, cada consulta es diferente entre sí, aunque hay un tiempo predeterminado que ocasionalmente puede extenderse, el mismo es de veinte minutos de duración, lo que brinda otro indicio de una deficiente calidad asistencial, debido a que es casi imposible realizar una revisión precisa, una mejor anamnesis y completar detalladamente la historia clínica digital.

En cuanto a sus cualidades, el producto participa de todas las características de los *intangibles* -vistas en el capítulo II-, destacándose entre ellas la inseparabilidad entre el producto y el cliente-paciente. Es imposible llevar adelante la prestación del servicio en una forma no-personal.

Recursos

Analizando los recursos que el Centro Ambulatorio requiere para el ejercicio de las actividades a través de las cuales obtendrá sus productos aparece la siguiente división:

- **Recursos de estructura:** básicamente comprende al edificio, instalaciones, equipamiento, etc. La propiedad, las instalaciones, el equipamiento y los muebles y útiles son propiedad de la Obra Social (no de la empresa prestataria del servicio) La Obra Social provee los mismos mediante un Comodato Gratuito haciéndose cargo la misma de los bienes de uso, por tal motivo, la empresa prestataria no tiene ni costo de alquiler, ni costo de impuestos del edificio, ni amortización de los bienes muebles, instalaciones ni el equipamiento.

Por tal motivo, en el análisis de los costos de estructura no se ven reflejado



los mismos ya que la prestataria no tiene ningún gasto por dichos conceptos, los cuales la Obra Social los descuenta previamente del monto asignado por cápita, no teniendo el detalle de los mismos debido a que centramos nuestro análisis en la prestataria del servicio de salud y no en la obra social.

- En cuanto al espacio físico, el Centro ocupa un edificio construido hace diez años para dicho objeto, contando con tres pisos de consultorios médicos, un piso de administración y un subsuelo donde se ubica el área de diagnóstico por imagen; cuenta también con baños y salas de esperas en los distintos pisos, un pequeño depósito en el que se guardan algunos insumos, dos enfermerías, una sala de procedimientos y un cuarto de desechos patológicos. En cuanto al aspecto, ya se remarcó la importancia que tiene el hecho de que el paciente sea atendido en un lugar cálido y agradable, por lo que el Centro se encuentra pintado, decorado, iluminado y con ambiente climatizado. Un pequeño detalle pero que no merece pasarse por alto, es el hecho de que a fin de lograr que el paciente se sienta bien atendido y para contribuir a una relajación del mismo necesaria para la prestación del servicio, es posible encontrar cada vez que uno ingresa a cada uno de los pisos, un dispenser con agua fría o caliente, y aromatizadores. Con respecto a las instalaciones, cuenta con sillas para espera, turneros y personal administrativo para atención al público y guía en los distintos trámites de los pacientes.

Se utilizan también, computadora e impresoras para la administración y el personal médico, puesto que el centro ambulatorio, cuenta con el sistema de historia clínica digital.

- **Recursos humanos:** es necesario dividir los recursos humanos en dos grupos: uno encargado directamente de la prestación de salud: médicos, enfermeros y técnicos, y otro que colabora en forma indirecta: incluye entre otros a personal administrativo, de vigilancia, mantenimiento, limpieza, etc.
- **Otros recursos materiales y servicios:** aquí se incluyen los insumos y demás bienes necesarios para una adecuada prestación del servicio. Sin ánimo de realizar una lista exhaustiva algunos de ellos son: medicación, descartables, oxígeno, librería, imprenta etc.

- **Recursos financieros:** originados en las necesidades de financiamiento a corto y largo plazo para ser aplicado a la adquisición de activos estructurales y/o de giro habitual. Según datos aportados por la Gerencia administrativa, se manejan para los gastos más relevantes (definiendo a los mismos por su volumen y alto costo) con presupuestos de gastos y para los de menor relevancia, con un sistema de caja chica.
- ⇒ **Asignar a cada actividad los costos que le corresponden**, tarea sencilla en el caso de costos directos e identificables nítidamente con cada una, pero que requiere el empleo de mecanismos apropiados de aplicación para aquellos costos que sean indirectos a las actividades elegidas como objeto de costeo. De todos modos, este proceso minimizaría las distorsiones de las distribuciones de costos indirectos, en la medida que la cantidad de actividades sea muy amplia y cada unidad de análisis resulte muy pequeña, pudiendo atribuírsele la mayoría de los costos de manera directa.
- ⇒ **Determinar para cada actividad inductores o cost-drivers** de costos adecuados, que representen una medida justa y equitativa de la actividad tratada, a efectos de constituir un medio para medirla y para aplicar luego sus costos a los servicios.
- ⇒ **Asignar a los servicios los costos de cada una de las actividades** que ellos atravieses, a través de inductores de costos con el objeto de obtener el costo unitario de cada uno.

Encontramos en nuestro Centro Ambulatorio, el siguiente detalle de las actividades y sus correspondientes inductores o bases representativas de asignación de costos:

- 1) Recepción del Paciente: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.
Para atender la actividad se contratan dos personas 8 horas diarias utilizando entre ambas, 12 hs en esta actividad y las 4 hs restantes son destinadas a la Actividad de Reposición de Consultorios.
- 2) Call Center: es un servicio contratado por la Obra Social (no contratado por la empresa prestataria del servicio) La Obra Social brinda este servicio a sus afiliados directamente haciéndose cargo del costo del mismo. Por tal motivo,



en el análisis de los costos de las actividades no se ven reflejado los mismos ya que la prestataria no tiene ningún gasto por dichos conceptos, los cuales la Obra Social los descuenta previamente del monto asignado por cápita, no teniendo el detalle de los mismos debido a que centramos nuestro análisis en la prestataria del servicio de salud y no de la obra social.

3) Atención Médica: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad promedio de horas de clínica médica programada. Dato aportado por la gerencia administrativa.

4) Análisis: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad promedio de autorizaciones de laboratorios realizadas en el mes. Dato aportado por la gerencia administrativa.

Para atender la actividad se contratan dos personas 8 horas diarias utilizando entre ambas, 12 hs en esta actividad y las 4 hs restantes son destinadas a la Actividad de Reposición de Consultorios.

5) Electrocardiogramas: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad promedio de autorizaciones de electrocardiogramas realizadas en el mes. Dato aportado por la gerencia administrativa.

Para atender la actividad se contratan dos personas 8 horas diarias utilizando entre ambas, 12 hs en esta actividad y las 4 hs restantes son destinadas a la Actividad de Radiología.

6) Radiología: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad promedio de autorizaciones de placas realizadas en el mes. Dato aportado por la gerencia administrativa.

4 hs de esta actividad es desarrollada por la misma persona que realiza la actividad de Electrocardiograma, utilizando las 4 hs sobrantes de la actividad mencionadas. Esto representa el 25% que quedo sin aplicar del costo administrativo de la actividad Electrocardiograma. Las 4 hs restantes se contrata un empleado administrativo más.

7) Enfermería: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad promedio de afiliados que concurrieron a enfermería realizadas en el mes. Dato aportado por la gerencia administrativa.

- 8) Mantenimiento: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.
- 9) Compras: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.
- 10) Cajas: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.
- 11) Reposición de Consultorios: en esta área, se tomó como base representativa el tiempo utilizado por consulta de clínica médica programada.
Esta actividad es desarrollada por las mismas personas que realizan la actividad de Recepción y Análisis Clínicos, utilizando las 8 hs sobrantes de las actividades mencionadas. Esto representa el 25% que quedo sin aplicar del costo administrativo de las actividades de Recepción y Análisis Clínicos.
En el Escenario Con Efectividad a la única actividad a la cual le quedaban sin aplicar 4 hs que es Recepción, se le aplicaron a la actividad Reposición contratando para las 4 hs restantes, 1 empleada administrativa.
- 12) Mediadores de Conflictos: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.
- 13) Liquidación de Sueldos y Horas Medicas: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.
- 14) Gerente Administrativo: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes,

dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.

15) Auditoria: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.

16) Resto de los Costos de Estructura: en esta área, se tomó como base representativa la cantidad de afiliados adultos entre 15 y 65 años promedio atendidos en el mes, dato respaldado con la cantidad de bonos emitidos en igual periodo.

⇒ **Con el sistema de costos determinado y utilizando los datos recogidos se simulan dos escenarios prácticos**, cuya diferencia es la **efectividad clínica**, con el objetivo de comprobar si el gasto en la detección temprana de patologías requieren mejores diagnósticos de las enfermedades, cuyo beneficio directo, es la disminución del sufrimiento de los pacientes y una atención posterior menos compleja y por lo tanto, menos costosa.

Se analizaron dos escenarios posibles uno con *Efectividad Clínica*⁵¹ y otro sin contemplarla, entendiendo a la misma como la aplicación de instrumentos y métodos básicos al estudio de los problemas de los pacientes y poblaciones con el objeto de minimizar los sesgos que conlleva la sola intuición clínica o la experiencia no sistematizada en la toma de decisiones, facilitar la práctica médica basada en la mejor evidencia disponible, evaluar el verdadero impacto de las intervenciones en la modificación de la historia natural de las enfermedades, y optimizar la instrumentación de Programas que maximicen los beneficios sociales en la definición de Políticas o Servicios de Salud .

Llevado a la práctica, esa eficiencia se ve reflejada en una cantidad menor de horas de atención ya que evita las reiteradas consultas de un mal diagnóstico (360 hs de Clínica Médica vs. 210 hs de la misma especialidad).

⁵¹ Dunning M, Lugon M, McDonald J. Is clinical effectiveness a management issue?. BMJ. Editorial 1998; 316:243-244. www. cedes.org

Otro punto relevante a tener en cuenta son los ingresos, los cuales no son manejados discrecionalmente por el Gerente Administrativo del Policonsultorio sino que, por el contrario surgen de una cartera fija negociada anualmente entre los directores de la obra social para la cual la empresa de salud presta sus servicios y los directivos de la misma.

En tal sentido los precios son: iguales de acuerdo al tipo de cobertura asistencial que tenga el paciente y fijos, independientemente de la patología atendida. En otras palabras, el precio de venta depende de la cobertura del paciente y no de los costos de producción.

ESCENARIO I: SIN EFECTIVIDAD

Costo Basado en Actividad

Unidad de Costeo= Costo por paciente adulto mayor de 15 años no jubilado por mes
 Se trabajo con la base de 7 años de antigüedad promedio a 1% acumulativo por año.
 El presentismo se calculo sumando el Sueldo Basico+Antigüedad*8,33%, porcentaje que surge de la escala salarial del Convenio Colectivo de Empleados de Comercio N°130/75 actualizado periodicamente en la pagina de internet del Sindicato de Empleados de Comercio Zona Atlantica.

1) Actividad Afiliación	Atiende exclusivamente afiliados a la Obra Social		
	Ingresos mensuales que provienen de una cartera fija	\$	4.500.000
	Afiliados de la Obra Social en Mar del Plata promedios mensuales		45000
	Bonos emitidos promedios mensuales		24000
	Ingreso por persona por mes de la empresa por adultos mayor de 15 años no jubilado	\$	100
			\$ 100

2) Call Center Es el area encargada de dar los turnos.
 Solo se dan los turnos por telefono.
 Cuenta con una estructura de 8 personas las cuales dan los turnos a todo el pais.
 La Obra Social contrata directamente a una empresa que es la que lleva a cabo esta actividad, no constituye un costo para la prestataria del servicio de salud.

**3) Recepción
del Paciente**

Es el area encargada de la admision del paciente con turno programado.

Una empleada administrativa, la cual recibe a la persona, emite un bono por un sistema de computacion que tiene un costo de 4 pesos el cual se recibe y se entrega el 100% a la obra social. A su vez el sistema al cargar al paciente le informa al médico que el mismo ya se presentó

Por dia, se atiende 12 horas, para lo cual se contratan dos personas con cargo de Administrativas A con caja a cargo las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada una trabaja 6 horas y las dos horas restantes hace otras tareas administrativas

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico		8.588,66
Antigüedad	(Promedio 7 años a 1% acumulativo por año)	601,21
Presentismo	$(8588,86+601,21)*8,33\%$	765,52
		<u>9.955,39</u>
Adicional por Caja		473,05
		<u>10.428,44</u>

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<u>30,96%</u>
SAC $(1/12)*1,30$	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<u>51,04%</u>
Indemnizacion Anti.	3%
	<u>54,04%</u>

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo mensual por 2 personas	32.127,94
12 horas de la actividad s/16 horas trabajan	0,75
Costo de la actividad por 12 horas	24.095,96
Cantidad de Bonos emitidos que es uno por afiliado	24000
Costo por afiliado	

 1.00 \$ **1,00**

4) Atención Medica

Es la atención medica propiamente dicha.

Promedio de horas de clinica médicas por mes	360	
Valor de la hora	130	
Costo total de los medicos por mes	46.800,00	
Total medicos clinicos en atencion programada	12	
Costo por mes en clinicos medicos atencion programada	3.900,00	
5 Medicos en relacion de dependencia	19.500,00	
Cargas sociales	54,04%	
Costo total por mes medicos relacion de dependencia	30.037,80	30.037,80
7 Monotributistas / Costo total por mes	27300	27.300,00
Costo total de los medicos por mes		57.337,80
Costo de los medica por paciente por tiempo de consulta	1440	39,82 \$ 39,82
Costo por medico empleado en relacion de dependencia es de 30037,80/5	6.007,56	
Costo por medico monotributisa	3.900,00	

5) Analisis Clinicos

Es el area encargada de tramitar la autorización de los análisis clínicos

Llega la persona con la orden del medico al administrativo el cual lo carga en un sistema que provee el colegio de bioquímicos.

El area administrativa va chequeando en los dias posteriores (promedio una semana) que se apruebe la autorizacion.

Una vez aprobada la autorizacion se imprime la misma y se archiva por Apellido.

El paciente lo retira con la documentacion y se emite los bonos sin cargo.

Por dia se atiende 12 horas para lo cual se contratan dos personas con cargo de administrativas A con caja a cargo las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada una trabaja 6 horas y las dos horas restantes hace otras tareas administrativas

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo mensual por 2 personas	32.127,94
12 horas de la actividad s/16 horas trabajan	0,75
Costo de la actividad por 12 horas	24.095,95
Cantidad de analisis reaizados	16180
Costo por afiliado	

 1,49 \$ **1,49**
6) Actividad electro

Es el area encargada de tramitar la autorizacion de la orden medica del electrocardiograma y su realizacion por el enfermero especializado.

El paciente cuando sale del clinico va ante el administrativo el cual le autoriza en el momento la orden del electro emitiendo el bono de 5 pesos el cual se rinde el total a la obra social

El administrativo lo deriva al enfermero encargado de hacer los electros

Por dia se atiende 12 horas para lo cual se contratan dos personas con cargo de administrativas A con caja a cargo las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada una trabaja 6 horas y las dos horas restantes hace otras tareas administrativas

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo mensual por 2 personas	32.127,94
12 horas de la actividad s/16 horas trabajan	0,75
Costo de la actividad por 12 horas	24.095,95
Cantidad de electros promedios realizados en el mes	346
Costo por afiliado	

69,64

Por día se atiende 12 horas para lo cual se contratan dos enfermeros en relacion de dependencia las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada uno trabaja 6 horas

Recibo de Sueldo Enfermero

Sueldo Básico	8.725,03	
Antigüedad	610,75	
Adicional Electro	653,00	
Presentismo	832,07	9.988,78
	<hr/>	
	10.820,85	

Cargas Sociales

Contribución	10,17%	
Pami	1,50%	
FNE	0,89%	
ANSSAL	0,90%	
Asig. Familiar	4,43%	
ART	4,00%	
Seg. Vida	0,04%	
Obra Social	5,10%	
La Estrella	3,50%	
Inacap	0,43%	
	<u>30,96%</u>	
SAC	10,91%	
Vacaciones	9,17%	
	<u>51,04%</u>	
Indemnizacion Anti.	3%	
	<u>54,04%</u>	
Costo total mensual por persona por mes por 6 horas	10.820,85	
Costo mensual por 2 personas	21.641,70	
Cargas Sociales	11.695,17	
Costo de la actividad por 12 horas	33.336,87	
Cantidad de electros promedios realizados en el mes	346	
Costo por afiliado	<u>96,35</u>	<u>96,35</u>
Reparacion electros	152,5	<u>0,44</u> \$ 166,43

7) Actividad Radiología Es el area encargada de tramitar la autorizacion de la orden medica de placas y su realizacion por el tecnico especializado.
 El paciente cuando sale del clinico va ante el administrativo el cual le autoriza en el momento la orden de la placa emitiendo el bono de 5 pesos el cual se rinde el total a la obra social
 El administrativo lo deriva al tecnico radiólogo, que es el encargado de hacer las placas
 Por dia se atiende 8 horas en las cuales trabajan 2 personas 4 hs. Cada una persona con cargo de administrativas A con caja a carga

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Cantidad de Placas promedio realizadas	1835
Costo por afiliado	8,75

Por dia se atiende 8 horas para lo cual se contratan dos técnicos en relacion de dependencia las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada uno trabaja 4 horas

Recibo de Sueldo Tecnico

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97	
Costo por dos tecnicos	32127,94	
Cantidad de Placas promedio realizadas	1835	
Costo por afiliado	17,51	<u>17,51</u>
Mant equipos	1820	
Placas y liquidos radiológicos	17334,81	<u>19154,81</u> \$ 36,70

8) Enfermería

Es el area encargda de monitorear la salud, asistir sanitariamente al paciente y colaborar directamente con el medico.

Recibo de Sueldo Enfermero

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<u>9.955,39</u>
Adicional por Caja	473,05
	<u>10.428,44</u>

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<u>30,96%</u>
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<u>51,04%</u>
Indemnizacion Anti.	3%
	<u>54,04%</u>

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97	
Costo por dos enfermeros	32127,94	
Por cantidad promedio de afiliados que fueron enfermería	1200	
Costo por afiliado	26,77	<u>26,77</u>

Reparacion Colposcopios	190,00	
Calibracion equipos	1.580,00	
Oxigeno	1.434,58	
Docimetros	392,04	
Medicacion y descartables	8.000,61	
	<u>11.597,23</u>	\$ 36,44

**9) Actividad
Mantenimiento**

Es el area encargada de colaborar en la gestion de mantenimiento edilicio y de equipos medicos.
 Es el Asistente de Mantenimiento. Realiza dos actividades: un Mantenimiento Preventivo y uno Correctivo.
 1 Administrativo que realiza la tarea de asistente de mantenimiento que trabaja 8 horas de lunes a viernes y 5 horas

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico		8.588,66
Antigüedad		601,21
Presentismo		765,52
		<hr/>
		9.955,39
Adicional por Caja		473,05
		<hr/>
		10.428,44
Cargas Sociales		
	Contribución	10,17%
	Pami	1,50%
	FNE	0,89%
	ANSSAL	0,90%
	Asig. Familiar	4,43%
	ART	4,00%
	Seg. Vida	0,04%
	Obra Social	5,10%
	La Estrella	3,50%
	Inacap	0,43%
		<hr/>
		30,96%
	SAC	10,91%
	Vacaciones	9,17%
		<hr/>
		51,04%
	Indemnizacion Anti.	3%
		<hr/>
		54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas		16.063,97
Por cantidad de afiliados		24000
Costo por afiliado		<hr/>
		0,67

0,67 \$ 0,67

10) Compras

Es el area encargada de gestionar la compra de insumos y materiales.
 1 Administrativo que trabaja 8 horas de lunes a viernes y 5 el sábado
 Compra medicamentos, descartables, insumos de librería, imprenta.
 Se encarga de confeccionar y enviar las Notas de Pedido a los proveedores.
 Distribuye y controla los insumos recibidos. Da el alta y evalua el desempeño de los proveedores.

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico		8.588,66
Antigüedad		601,21
Presentismo		765,52
		<hr/>
		9.955,39
Adicional por Caja		473,05
		<hr/>
		10.428,44
Cargas Sociales		
	Contribución	10,17%
	Pami	1,50%
	FNE	0,89%
	ANSSAL	0,90%
	Asig. Familiar	4,43%
	ART	4,00%
	Seg. Vida	0,04%
	Obra Social	5,10%
	La Estrella	3,50%
	Inacap	0,43%
		<hr/>
		30,96%
	SAC	10,91%
	Vacaciones	9,17%
		<hr/>
		51,04%
	Indemnizacion Anti.	3%
		<hr/>
		54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas		16.063,97
Por cantidad de afiliados		24000
Costo por afiliado		<hr/>
		0,67

0,67 \$ 0,67

11) Cajas

Es el area encargada de confeccionar el parte de caja diario el cual se entrega al otro dia al sector contaduria de la Obra Social.
 Responsable de Cajas: 1 Administrativo que trabaja 8 horas de lunes a viernes y 5 el sábado
 Control de las correlatividad de los bonos, anulaciones y la emision de bonos manuales en caso de fallas del sistema
 Recibe las facturas las cuales junto con un memo son relevadas al gerente administrativo para su autorizacion y las remite a Buenos Aires
 Se encarga de recibir los cheques con sus correspondientes ordenes de pago los que son emitidos por Capital Federal, los controla y llama a los proveedores para que pasen a retirarlos.
 Atiende los proveedores y entrega los pagos
 Depositos Bancarios.
 Pago de reintegros oncológicos
 Gestion de servicios públicos ante alguna dificultad

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Adicional responsable de Cajas	500,00
Antigüedad	636,21
Presentismo	810,08
	<hr/>
	10.534,95
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	11.008,00

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.956,72
Por cantidad de afiliados	24000
Costo por afiliado	<hr/>
	0,71

0,71 \$ 0,71

**12) Reposición
de Consultorios**

Es el area encargada del control de los consultorios.

Es la Secretaria de Piso: 2 Administrativo trabajando 4 hs. cada uno se encargan que los consultorios esten debidamente equipados en cuanto a los servicios médicos incluida la papelería.

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Por cantidad de consultorios	24
Costo por Consultorio	<hr/>
	669,33
Costo de los consultorios afectados a la clinica médica	2677,33
Horas de atencion a pacientes en clinica medica	1440

1,86	\$	1,86
------	----	------

**13) Mediadores
de Conflictos**

Realizada por dos personas que trabajan cada una 8 horas de lunes a viernes y 5 los sábados
 Son los referentes
 Su tarea mediar ante conflictos de beneficiarios que los administrativos no pudieron solucionar
 Otorgan sobretornos
 Realizan tareas de apoyo al personal administrativo en cuanto a la atención al público.
 Dan aviso ante el ausentismo medico y administrativo.

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Adicional responsable de Cajas	500,00
Antigüedad	636,21
Presentismo	810,08
	<hr/>
	10.534,95
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	11.008,00

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.956,72
Costo mensual por 2 personas	33.913,45
Por cantidad de afiliados	24000
	<hr/>
Costo por afiliado	0,71

 0,71 \$ **0,71**

14) Liquidación de Sueldos y horas Medicas

Es el area encargada de coordinar y supervisar la totalidad del centro ambulatorio.
 Realizada por dos personas que trabajan cada una 8 horas de lunes a viernes y 5 los sábados
 Son los encargados del policonsultorio y se encargan de la liquidacion de horas de los medicos y los sueldos de los empleados administrativos, enfermeros y los técnicos
 Ante un conflicto los referentes se dirigen a los encargados quienes en caso de no poder solucionarlo lo remiten al gerente administrativo.
 Dan capacitacion al personal administrativo
 Actualizan las grillas administrativas y medicas diariamente.
 Emisión de recibos de sueldo y pago mediante depósito bancario.
 Son los encargados de administracion al personal

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico		8.588,66	
Adicional responsable de Cajas		1.500,00	
Antigüedad		706,21	
Presentismo		899,21	
		<hr/>	
		11.694,08	
Adicional por Caja		473,05	
		<hr/>	
		12.167,13	
Cargas Sociales			
	Contribución		10,17%
	Pami		1,50%
	FNE		0,89%
	ANSSAL		0,90%
	Asig. Familiar		4,43%
	ART		4,00%
	Seg. Vida		0,04%
	Obra Social		5,10%
	La Estrella		3,50%
	Inacap		0,43%
			<hr/>
			30,96%
	SAC		10,91%
	Vacaciones		9,17%
			<hr/>
			51,04%
	Indemnizacion Anti.		3%
			<hr/>
			54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas		18.742,25	
Costo mensual por 2 personas		37.484,49	
Por cantidad de personas que trabajan		24000	
Costo por afiliado		<hr/>	
		0,78	0,78
Uniformes Personal		16728	0,70 \$ 1,48

**15) Gerencia
Administrativa**

Realizada por 1 persona que trabajan 8 horas de lunes a viernes y 5 los sábados
 Es el representante de la empresa en Mar del Plata e intermediario entre Capital Federal y el policonsultorio.
 Es el que firma o deniega lo actuado por las personas detalladas en las distintas actividades antes mencionadas

Recibo de Sueldo

Sueldo mensual		25.000,00
Cargas Sociales		
	Contribución	10,17%
	Pami	1,50%
	FNE	0,89%
	ANSSAL	0,90%
	Asig. Familiar	4,43%
	ART	4,00%
	Seg. Vida	0,04%
	Obra Social	5,10%
	La Estrella	3,50%
	Inacap	0,43%
		<hr/>
		30,96%
	SAC	10,91%
	Vacaciones	9,17%
		<hr/>
		51,04%
	Indemnizacion Anti.	3%
		<hr/>
		54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas		38.510,00
Por cantidad de afiliados		24000
Costo por afiliado		<hr/>
		1,60

 1,60 \$ **1,60**

16) Auditora

Realizada por 1 persona que trabajan de 13 a 17 4 días a la semana en forma independiente facturando como monotributista
 Audita las ordenes solicitadas por los distintos medicos.

Honorarios mensuales	16.000,00	
Por cantidad de afiliados	24000	
Costo por afiliado	<u>0,67</u>	0,67 \$ 0,67

17) Costos de estructura (mensual)

Seguridad	699.447,55	58.287,30	
Limpieza	562.306,26	46.858,86	
Gastos mant	197.501,06	16.458,42	
Matafuegos	7.770,00	647,50	
Aire	29.040,00	2.420,00	
Gastos Libre	66.201,10	5.516,76	
Fotocopiador	7.965,10	663,76	
Cablevision	589,00	589,00	
Empresa de	341.177,65	28.431,47	
OSSE	1.130,00	1.130,00	
Camuzzi	8.564,90	713,74	
Edea		32.000,00	
Telefonica	13.032,00	1.086,00	194.802,80 \$ 8,12
COSTO PROMEDIO POR PACIENTE QUE SE ATIENDE			\$ 298,35

ESCENARIO II: CON EFECTIVIDAD

Costo Basado en Actividad

Unidad de Costeo= Costo por paciente adulto mayor de 15 años no jubilado por mes
 Se trabajo con la base de 7 años de antigüedad promedio a 1% acumulativo por año.
 El presentismo se calculo sumando el Sueldo Basico+Antigüedad*8,33%, porcentaje que surge de la escala salarial del Convenio Colectivo de Empleados de Comercio N°130/75 actualizado periodicamente en la pagina de internet del Sindicato de Empleados de Comercio Zona Atlantica.

1) Actividad Afiliación

Atiende exclusivamente afiliados a la Obra Social
 Ingresos mensuales que provienen de una cartera fija
 Afiliados de la Obra Social en Mar del Plata promedios mensuales
 Bonos emitidos promedios mensuales
 Ingreso por persona por mes de la empresa por adultos mayor de 15 años no jubilado

\$ 4.500.000	
45000	
24000	
\$ 100	\$ 100

2) Call Center

Es el area encargada de dar los turnos.
 Solo se dan los turnos por telefono.
 Cuenta con una estructura de 8 personas las cuales dan los turnos a todo el pais.
 La Obra Social contrata directamente a una empresa que es la que lleva a cabo esta actividad, no constituye un costo para la prestataria del servicio de salud.

**3) Recepción
del Paciente**

Es el area encargada de la admision del paciente con turno programado. Una empleada administrativa, la cual recibe a la persona, emite un bono por un sistema de computacion que tiene un costo de 4 pesos el cual se recibe y se entrega el 100% a la obra social. A su vez el sistema al cargar al paciente le informa al médico que el mismo ya se presentó. Por día, se atiende 12 horas, para lo cual se contratan dos personas con cargo de Administrativas A con caja a cargo las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada una trabaja 6 horas y las dos horas restantes hace otras tareas administrativas

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico		8.588,66
Antigüedad	(Promedio 7 años a 1% acumulativo por año)	601,21
Presentismo	$(8588,86+601,21)*8,33\%$	765,52
		<u>9.955,39</u>
Adicional por Caja		473,05
		<u>10.428,44</u>

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<u>30,96%</u>
SAC (1/12)*1,30	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<u>51,04%</u>
Indemnizacion por Antigüedad	3%
La Indemnizacion se tomo en cuenta a efectos de normalizar el costo de la mano de obra y que no incida en el costo de la actividad en el año que se despide. Se tomo en cuenta la antigüedad del plantel.	<u>54,04%</u>

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo mensual por 2 personas	32.127,94
12 horas de la actividad s/16 horas trabajan	0,75
Costo de la actividad por 12 horas	24.095,95
Por cantidad de afiliados	24000
Costo por afiliado	

1,00 \$ 1,00

**4) Atencion
Medica**

Es la atencion medica propiamente dicha.

Promedio de horas de clinica médicas por mes

210

Valor de la hora

400

Costo total de los medicos por mes

84.000,00

Total medicos clinicos en atencion programada

7

Costo por mes en clinicos medicos atencion programada

12.000,00

5 Medicos en relacion de dependencia

0,00

Cargas sociales

0,00%

Costo total por mes medicos relacion de dependencia

0,00

0,00

7 Monotributistas / Costo total por mes

84000

84000

Costo total de los medicos por mes

84.000,00

Costo de los medicos por paciente

840

100

\$ 100,00

Costo por medico empleado en relacion de dependencia

0,00

Costo por medico monotributisa

12.000,00

**5) Analisis
Clínicos**

Es el area encargada de tramitar la autorización de los análisis clínicos
 Llega la persona con la orden del medico al administrativo el cual lo carga en un sistema que provee el colegio de bioquímicos.
 El area administrativa va chequeando en los días posteriores (promedio una semana) que se apruebe la autorizacion.
 Una vez aprobada la autorizacion se imprime la misma y se archiva por apellido.
 El paciente lo retira con la documentacion y se emite los bonos sin cargo.
 Por día se atiende 8 horas para lo cual se contrata una personas con cargo de administrativas A con caja a cargo

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo total mensual por persona por mes por 4 horas	8.031,98
Costo de la actividad por 4 horas	8.031,98
Por cantidad de afiliados	14000
Costo por afiliado	

0,57 \$ 1,15

**6) Actividad
Electro**

Es el area encargada de tramitar la autorizacion de la orden medica del electrocardiograma y su realizacion por el enfermero especializado.

El paciente cuando sale del clinico va ante el administrativo el cual le autoriza en el momento la orden del electro emitiendo el bono de 5 pesos el cual se rinde el total a la obra social

El administrativo lo deriva al enfermero encargado de hacer los electros

Por dia se atiende 8 horas para lo cual se contrata una personas con cargo de administrativas A con caja a cargo

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo mensual por 4 horas	8.031,98
	8.031,98
Costo de la actividad por 4 horas	8.031,98
Electros promedio por mes	330
Costo por afiliado	

24.34

Por día se atiende 12 horas para lo cual se contratan dos enfermeros en relacion de dependencia las cuales nunca atienden en forma conjunta. Cada uno trabaja 6 horas

Recibo de Sueldo Enfermero

Sueldo Básico	8.725,03	
Antigüedad	610,75	
Adicional Electro	653,00	
Presentismo	832,07	9.988,78
	<hr/>	
	10.820,85	

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 6 horas	10.820,85	
Costo mensual por 2 personas		
Cargas Sociales	0,00	
Costo de la actividad por 12 horas	10.820,85	
Electros promedio por mes	300	
Costo por afiliado	<hr/>	36,07
		<u>36,07</u>
Reparacion electros	39,58	0,13 \$ 60,54

**7) Actividad
Radiología**

Es el area encargada de tramitar la autorizacion de la orden medica de placas y su realizacion por el tecnico especializado.
 El paciente cuando sale del clinico va ante el administrativo el cual le autoriza en el momento la orden de la placa emitiendo el bono de 5 pesos el cual se rinde el total a la obra social
 El administrativo lo deriva al tecnico radiólogo, que es el encargado de hacer las placas
 Por dia se atiende 8 horas para lo cual se contrata una persona con cargo de administrativas A con caja a carga

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 4 horas	8.031,98
Por cantidad de afiliados	1650
Costo por afiliado	4,87

4.87 4.87

Por día se atiende 4 horas para lo cual se contratan un técnicos en relacion de dependencia

Recibo de Sueldo Tecnico

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	8.031,98
Costo por dos tecnicos	16063,97
Por cantidad de afiliados	1650
Costo por afiliado	9,74
Mant equipos	1820
Placas y liquidos radiológicos	13867,85
	<hr/>
	15687,85

\$ 17,32

8) Enfermería

Es el area encargda de monitorear la salud, asistir sanitariamente al paciente y colaborar directamente con el medico.

Recibo de Sueldo Enfermero

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	<u>765,52</u>
	9.955,39
Adicional por Caja	<u>473,05</u>
	10.428,44

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	<u>0,43%</u>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	<u>9,17%</u>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	<u>3%</u>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Costo por dos enfermeros	32127,94
Por cantidad de afiliados	8000
Costo por afiliado	4,02

4,02

Reparacion Colposcopios	190,00
Calibracion equipos	1.580,00
Oxigeno	1.434,58
Docimetros	392,04
Medicacion y descartables	<u>6.400,49</u>

 9.997,11 \$ **5,27**

**9) Actividad
Mantenimiento**

Es el area encargada de colaborar en la gestion de mantenimiento edilicio y de equipos medicos.
 Es el Asistente de Mantenimiento. Realiza dos actividades: un Mantenimiento Preventivo y uno Correctivo.
 1 Administrativo que realiza la tarea de asistente de mantenimiento que trabaja 8 horas de lunes a viernes y 5 horas

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66	
Antigüedad	601,21	
Presentismo	765,52	
	<hr/>	
	9.955,39	
Adicional por Caja	473,05	
	<hr/>	
	10.428,44	
Cargas Sociales		
Contribución		10,17%
Pami		1,50%
FNE		0,89%
ANSSAL		0,90%
Asig. Familiar		4,43%
ART		4,00%
Seg. Vida		0,04%
Obra Social		5,10%
La Estrella		3,50%
Inacap		0,43%
		<hr/>
		30,96%
SAC		10,91%
Vacaciones		9,17%
		<hr/>
		51,04%
Indemnizacion Anti.		3%
		<hr/>
		54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas		16.063,97
Por cantidad de afiliados		24000
		<hr/>
Costo por afiliado		0,67

 0,67 \$ **0,67**

10) Compras

Es el area encargada de gestionar la compra de insumos y materiales.
 1 Administrativo que trabaja 8 horas de lunes a viernes y 5 el sábado
 Compra medicamentos, descartables, insumos de librería, imprenta.
 Se encarga de confeccionar y enviar las Notas de Pedido a los proveedores.
 Distribuye y controla los insumos recibidos. Da el alta y evalua el desempeño de los proveedores.

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66	
Antigüedad	601,21	
Presentismo	765,52	
	<hr/>	9.955,39
Adicional por Caja	473,05	
	<hr/>	10.428,44
Cargas Sociales		
Contribución		10,17%
Pami		1,50%
FNE		0,89%
ANSSAL		0,90%
Asig. Familiar		4,43%
ART		4,00%
Seg. Vida		0,04%
Obra Social		5,10%
La Estrella		3,50%
Inacap		0,43%
		<hr/>
		30,96%
SAC		10,91%
Vacaciones		9,17%
		<hr/>
		51,04%
Indemnizacion Anti.		3%
		<hr/>
		54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas		16.063,97
Por cantidad de afiliados		24000
		<hr/>
Costo por afiliado		0,67

0,67 \$ 0,67

11) Cajas

Es el area encargada de confeccionar el parte de caja diario el cual se entrega al otro dia al sector contaduria de la Obra Social.
 Responsable de Cajas: 1 Administrativo que trabaja 8 horas de lunes a viernes y 5 el sábado
 Control de las correlatividad de los bonos, anulaciones y la emision de bonos manuales en caso de fallas del sistema
 Recibe las facturas las cuales junto con un memo son relevadas al gerente administrativo para su autorizacion y las remite a Buenos Aires
 Se encarga de recibir los cheques con sus correspondientes ordenes de pago los que son emitidos por Capital Federal, los controla y llama a los proveedores para que pasen a retirarlos.
 Atiende los proveedores y entrega los pagos
 Depositos Bancarios.
 Pago de reintegros oncológicos
 Gestion de servicios públicos ante alguna dificultad

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Adicional responsable	500,00
Antigüedad	636,21
Presentismo	810,08
	<hr/>
	10.534,95
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	11.008,00

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.956,72
Por cantidad de afiliados	24000
	<hr/>
Costo por afiliado	0,71

0,71 \$ 0,71

**12) Reposición
de Consultorios**

Es el area encargada del control de los consultorios.

Es la Secretaria de Piso: 1 Administrativo que se encarga que los consultorios esten debidamente equipados en cuanto a los servicios médicos incluida la papelería

Por día se atiende 8 horas en las cuales trabajan 2 personas 4 hs. cada una persona con cargo de administrativas A con caja a carga

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Antigüedad	601,21
Presentismo	765,52
	<hr/>
	9.955,39
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	10.428,44
Cargas Sociales	
Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.063,97
Por cantidad de consultorios	24
	<hr/>
Costo por Consultorio	669,33
Costo de los consultorios afectados a la clinica médica	2677,33
Horas de atencion a pacientes en clinica medica	840

 3.19 \$ **3,19**

**13) Mediadores
de Conflictos**

Realizada por dos personas que trabajan cada una 8 horas de lunes a viernes y 5 los sábados
Son los referentes
Su tarea mediar ante conflictos de beneficiarios que los administrativos no pudieron solucionar
Otorgan sobretornos
Realizan tareas de apoyo al personal administrativo en cuanto a la atención al público.
Dan aviso ante el ausentismo medico y administrativo.

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66
Adicional responsable	500,00
Antigüedad	636,21
Presentismo	810,08
	<hr/>
	10.534,95
Adicional por Caja	473,05
	<hr/>
	11.008,00

Cargas Sociales

Contribución	10,17%
Pami	1,50%
FNE	0,89%
ANSSAL	0,90%
Asig. Familiar	4,43%
ART	4,00%
Seg. Vida	0,04%
Obra Social	5,10%
La Estrella	3,50%
Inacap	0,43%
	<hr/>
	30,96%
SAC	10,91%
Vacaciones	9,17%
	<hr/>
	51,04%
Indemnizacion Anti.	3%
	<hr/>
	54,04%

Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	16.956,72
Costo mensual por 2 personas	33.913,45
Por cantidad de afiliados	24000
	<hr/>
Costo por afiliado	0,71

0,71 \$ 0,71

**14) Liquidación de
Sueldos y Horas
Medicas**

Es el area encargada de coordinar y supervisar la totalidad del centro ambulatorio.
 Realizada por dos personas que trabajan cada una 8 horas de lunes a viernes y 5 los sábados
 Son los encargados del policonsultorio y se encargan de la liquidacion de horas de los medicos
 y los sueldos de los empleados administrativos, enfermeros y los técnicos
 Ante un conflicto los referentes se dirigen a los encargados quienes en caso de no poder
 solucionarlo lo remiten al gerente administrativo.
 Dan capacitacion al personal administrativo
 Actualizan las grillas administrativas y medicas diariamente.
 Emisión de recibos de sueldo y pago mediante depósito bancario.
 Son los encargados de administracion al personal

Recibo de Sueldo Empleado Administrativo "A"

Sueldo Básico	8.588,66	
Adicional responsable	1.500,00	
Antigüedad	706,21	
Presentismo	899,21	
	<hr/>	
	11.694,08	
Adicional por Caja	473,05	
	<hr/>	
	12.167,13	
Cargas Sociales		
Contribución		10,17%
Pami		1,50%
FNE		0,89%
ANSSAL		0,90%
Asig. Familiar		4,43%
ART		4,00%
Seg. Vida		0,04%
Obra Social		5,10%
La Estrella		3,50%
Inacap		0,43%
	<hr/>	
		30,96%
SAC		10,91%
Vacaciones		9,17%
	<hr/>	
		51,04%
Indemnizacion Anti.		3%
	<hr/>	
		54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	18.742,25	
Costo mensual por 2 personas	37.484,49	
Por cantidad de afiliados	24000	
Costo por afiliado	<hr/>	
	0,78	0,78
Uniformes Personal	16728	0,37 \$ 1,15

**15) Gerencia
Administrativa**

Realizada por 1 persona que trabajan 8 horas de lunes a viernes y 5 los sábados
 Es el respresentante de la empresa en Mar del Plata e intermediario entre Capital Federal y el policonsultorio.
 Es el que firma o deniega lo actuado por las personas detalladas en las distintas actividades antes mencionadas

Recibo de Sueldo

Sueldo mensual	25.000,00	
Cargas Sociales		
Contribución		10,17%
Pami		1,50%
FNE		0,89%
ANSSAL		0,90%
Asig. Familiar		4,43%
ART		4,00%
Seg. Vida		0,04%
Obra Social		5,10%
La Estrella		3,50%
Inacap		0,43%
		<hr/> 30,96%
SAC		10,91%
Vacaciones		9,17%
		<hr/> 51,04%
Indemnizacion Anti.		3%
		<hr/> 54,04%
Costo total mensual por persona por mes por 8 horas	38.510,00	
Por cantidad de afiliados	24000	
Costo por afiliado	1,60	

 1.60 \$ **1,60**

16) Auditora

Realizada por 1 persona que trabajan de 13 a 17 4 dias a la semana en forma independiente facturando como monotributista
 Audita las ordenes solicitadas por los distintos medicos.

Honorarios mensuales	16.000,00	
Por cantidad de afiliados	24000	
Costo por afiliado	<u>0,67</u>	0,67 \$ 0,67

17) Costos de estructura (mensual)

Seguridad	699.447,55	58.287,30	
Limpieza	562.306,26	46.858,86	
Gastos Mant.	197.501,06	16.458,42	
Matafuegos	7.770,00	647,50	
Aire	29.040,00	2.420,00	
Librería e Imprenta	66.201,10	5.516,76	
Fotocopiadora	7.965,10	663,76	
Cablevision	589,00	589,00	
Empresa de Mant.	341.177,65	28.431,47	
OSSE	1.130,00	1.130,00	
Camuzzi	8.564,90	713,74	
Edea		32.000,00	
Telefonica	13.032,00	1.086,00	194.802,80 \$ 8,12

COSTO PROMEDIO POR PACIENTE QUE SE ATIENDE \$ 207,63

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

No es común que los establecimientos de salud cuenten con la implementación de un sistema de contabilidad analítica para la gestión (o sistema de costos), sino que por el contrario, estas entidades constituyen un aspecto poco explorado en el ámbito de los costos⁵² y esto se debe en gran medida a dos razones fuertemente relacionadas entre sí:

Por un lado, debido a la fuerza adquirida por el sindicalismo argentino que se ha incorporado en los distintos sectores del Estado, en este tipo de instituciones esta culturalmente mal visto, todo análisis sistemático de los costos.

La otra gran razón por la que no se lleva esta clase de sistemas, es fundamentalmente económica.

Montar un sistema de costos, presenta un mayor costo formado por el costo de instalación de una buena Base de Datos que reúna la información necesaria para ser utilizada por los distintos usuarios. Esto es así, porque un sistema de costos debe estar hecho a la medida de la empresa. No todas, aún las de la misma rama, participan de idénticas características distintivas, y en consecuencia, los métodos de registro y de costeo son diferentes. El problema entonces, se traduce en la compra, instalación, capacitación del personal afectado y prueba de la base de datos.

Es decir, antes de llevar adelante la implementación de un sistema de costos, los administradores o dueños de estas instituciones evaluarán la relación costo-beneficio que supone. Pero, es la falta de cultura comentada anteriormente, la que dificulta esta medición, no permitiendo la apreciación en su justa medida de los beneficios, y la que conduce a la prioridad otorgada a otras actividades.

La empresa analizada, busca comparar constantemente Ingresos - Costos y por su característica propia se financia con una cartera fija de ingresos constantes, independientemente de los servicios prestados.

La rentabilidad obtenida es muy elevada, motivo por el cual, optan por trabajar con una rotación constante de su personal tanto administrativo como médico, repercutiendo directamente en una mala atención, reclamos, quejas y teniendo que

⁵² Carlos M. Giménez y Néliida López de Trabuco, (en la revista *Costos y Gestión* N° 44 Año 2002, pág. 707) opinan: *"...hay varias dificultades en el análisis del costo en salud. El primer punto es que para cualquier tipo de análisis económico de salud, el costo debe estar registrado y debe ser extraíble. El NO registro del costo, es el obstáculo de mayor significación en la Argentina..."*

dedicar mayor tiempo a solucionar problemas por la demora en los turnos, las numerosas derivaciones a los distintos especialistas, mayor cantidad de estudios y demora tanto en obtener las autorizaciones como en poder realizarse los mismos. A todo esto, debemos sumarle la importante cantidad de demandas judiciales, producto de todo lo descripto.

Existe una íntima relación entre la satisfacción de los clientes y el crecimiento de la rentabilidad de manera que, a mayor conocimiento y, entendimiento del alma de la empresa, mayor ser su posibilidad de crecimiento económico.

La rentabilidad de la organización se alcanza mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y la estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los procesos.

En relación a este tema, opina Carlos M. Giménez que este mayor costo del sistema, de ninguna manera debería transformarse en un obstáculo para su implementación, ya que este incremento se verá plenamente justificado por los beneficios que el mismo reporte.

Las empresas de salud, sin importar su tamaño, deben preocuparse sobre los costos, ya que son responsables por el uso eficiente o no de los recursos, tanto humanos como materiales.

Frente a la decisión de establecer un sistema de costos, se podría optar por un sistema *Clásico (Tradicional)* donde basados en la registración de hechos contables pasados, solo cumplían con las disposiciones legales vigentes o el *Moderno*.

Ante los escasos o nulos resultados que pudieron brindar estos mecanismos, debido a la mala aplicación de los métodos tradicionales, la impericia de los profesionales actuantes o la escasa atención de los gerentes por considerar todo lo relacionado a los costos algo rutinario y poco relevante, es que surgen métodos modernos de asignación de costos.

Disponer de sistemas de información gerencial, que incluye al de costos, es una herramienta fundamental para acceder a la información oportuna y de buena calidad que ayude a cumplir todos sus objetivos.

En el presente trabajo, se decidió por el Sistema de Costos Basado en Actividades (ABC), definiéndose para ello: las actividades, los inductores apropiados a cada actividad, los productos y los actores intervinientes.

El escenario original, trae en el tiempo como consecuencia, un desgaste

generalizado de todas las actividades y un colapso inminente de todo el sistema.

Conviene entonces, establecer que la mala atención general del beneficiario repercute ampliamente en costos que no se están analizando; si bien implica un mayor costo en el valor de la hora médica, esto concluye en un más preciso diagnóstico de antemano, sin requerir números estudios y derivaciones a especialistas, logrando así, una importante reducción en los costos generales y una mayor efectividad gracias a la especialización y capacitación del médico clínico actuante.

Esto también se puede observar en la tarea de los administrativos que se encuentran atendiendo al público, los mismos debido a la política de la empresa, se encuentran sobrecargados en sus funciones por el alto grado de ausentismo y la mala predisposición de los pacientes que no encuentran una respuesta satisfactoria a sus problemas, siendo potenciales licencias psiquiátricas por el alto grado de stress de esta exposición. Sumado a esto, la alta rotación de los mismos.

El cambio radical en la gestión de la empresa, es incorporar una visión de procesos asistenciales. La clave de la administración no está solo en obtener un costo sino que éste represente la realidad de la empresa y que a través del mismo la podamos gestionar eficaz y eficientemente.

El control de gestión es un autocontrol y en ese sentido no es una imposición de arriba hacia abajo. Exige que la organización esté motivada y estimulada para optimizar el uso de los recursos y maximizar resultados.

La información que el sistema proporciona al Policonsultorio es de mucha utilidad ya que se recordará que los ingresos no son una variable controlable por el mismo y, la otra forma que tiene de mejorar la utilidad es a través del manejo de los costos, para lo cual es necesario conocerlos y comprender las causas que los originan y su comportamiento.

Lo anterior lleva a cuestiones que no son comunes en otro tipo de actividades y es que, en algunos casos, por el mismo servicio prestado se cobra el doble de precio y, por el contrario, en otros casos por el mismo precio se prestan servicios con costos muy diferentes entre sí (en algunos casos un servicio tres veces más costoso que otro).

En los escenarios planteados (Sin Efectividad / Con Efectividad), se puede observar que a pesar del incremento significativo en el costo por contratar médicos con mejor formación académica, la ganancia no disminuye, sino muy por el contrario

aumento, ya que una buena atención primaria de la salud, evita costos incrementales posteriores y conlleva a una atención ineficiente.

Hoy se hace foco en el valor del costo por hora y no en analizar lo que implica esa visión en el total de la operatoria del Centro de Salud.

En mi opinión personal y dadas estas particulares, trabajar como profesional contable en una empresa de salud implica detenerse a reflexionar en términos estratégicos.

La Gestión de Calidad Integral en el sector de la salud es una propuesta moderna e innovadora que mediante la fórmula “CALIDAD + CALIDEZ” conduce al éxito de las organizaciones de salud.

El concepto de calidad de servicio aplicado a las organizaciones de salud es más amplio e integral que aquel aplicado al resto de las empresas. Así, se pasa por la preocupación por la calidad del cuidado técnico a la inclusión del cuidado emocional; de la preocupación por la efectividad, a la inclusión de la eficiencia y optimización de recursos; en síntesis de una calidad periférica a una calidad integral.

En las empresas, la calidad se refiere a un producto o un servicio, mientras que en las organizaciones de salud el objetivo final es la calidad de vida del paciente y su recuperación.

Los costos de la no calidad en las organizaciones de la salud implican consecuencias graves como afectar y acabar con la vida del paciente.

Diseñar y/o rediseñar e implementar una organización más efectiva y eficiente que se ajuste a las necesidades de sus “especiales clientes”⁵³ y de la comunidad requiere cambios sustanciales como:

- Una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente de sus objetivos, resultados, procesos y estructuras.
- Valores éticos, económicos y emocionales legitimados por sus líderes y compartido por toda la organización.
- Una conducción en equipo, con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la Institución.
- El desarrollo de sistemas de la información para la gestión estratégica.
- La capacitación continua de todo el personal.

⁵³Ferrari, María Cristina, Gestión de Calidad en Organizaciones de Salud, CABA, Editorial Edicon, 2012, 292 paginas. ...”Para los profesionales de la salud existe una tendencia en rechazar y a veces negarse a considerar a la persona que están tratando como cliente. Se refieren a estas personas de muchas maneras: el paciente, el usuario, el enfermo de... Algunos creen que el hecho de tratarlos así, demerita la práctica de la medicina y la rebaja aun nivel que no es digno ni profesional”.



-
- Enfoque hacia procesos: el resultado deseado puede lograrse cuando las tareas y los recursos relacionados son administrados como un proceso.

En mi experiencia personal de trabajo, un descuido en el aspecto emocional, “alma de las empresas” (calidez), tiene un efecto negativo en los resultados financieros de las organizaciones de salud (calidad).

Por todo lo expresado, ***considero que es posible disminuir los costos de una empresa prestadora de servicios de salud y ser efectivo al mismo tiempo.***

Se concluye, afirmando que las entidades prestadoras de servicios de salud, estarán cada vez más obligadas a reorientar su perfil operativo.

Pasará un tiempo considerable antes que se produzca el cambio natural del término paciente por el de “especial cliente”, haciéndose normal la definición de estrategias, seleccionando mejor el sector del mercado al que debe servirse en función de las fortalezas y debilidades de cada una, análisis de clientes, etc. como parte de la operatoria rutinaria de las mismas. Hace más de veinte años, que en países desarrollados, el sector es denominado como ***“la industria de la salud”***.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrari, María Cristina, *Gestión de Calidad en Organizaciones de Salud*, CABA, Editorial Edicon, 2012, 292 paginas.
- Giménez, Carlos y Colaboradores, *Costos para Empresarios*. Ediciones Macchi.2000.
- Giménez, Carlos y Colaboradores, *Gestión & Costos – Beneficio Creciente, Mejora Continua*. Ediciones Macchi. 2001
- Katz, Ignacio *Claves para la Gestión en Salud*, Editorial REUN (Red de Editoriales Universitarias Nacionales de la Argentina) y UNICEN (Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires), 2013.
- Ministerio de Salud y Acción Social Plan Médico Obligatorio. Argentina Resolución N° 201/02
- Pastori, Héctor *Análisis Económico de la Salud*, Bs. As., Editorial de Errepar, 2002, 176 paginas.
- Torres, Rubén, *Mitos y Realidades de la Obra Social*. Fundación Isalud. Año 2007.
- *Wikipedia*, Fundación Wikimedia, Inc. California, Estados Unidos, 2001.

SITIOS DE INTERNET

- Dra. Pérez Susana Gabriela, y Lic. Roxana Aguer, Revista ADECRA “*Tableros de control: herramienta de gestión en las empresas de salud*”. Edición N°4 Año 16 - Septiembre de 2013 - www.adecra.org.ar.
- Lic. Jorge Colina, Revista ADECRA “*Índice de precios de insumos para la atención médica*”. Edición N°5 Año 16 - Noviembre de 2013 - www.adecra.org.ar.
- Lic. Tobar, Federico, Revista ADECRA, “*Organización y financiación del sistema de salud en Argentina*”. Edición N°3 Año 15 - Junio de 2012 -

www.adecra.org.ar.

- Gregorio Coronel Troncoso, Revista Costos y Gestión IAPUCO, “*De liderazgos médicos y costos en salud*”. Edición N°81 Año XXI - Septiembre de 2011.

www.iapuco.org.ar.

- Eduardo Montico Riesco, Martin Velarde Rossa , Ignacio Márquez, Revista Costos y Gestión IAPUCO, “*Formulación de un tablero de comando para un análisis de la productividad y la gestión competitiva en el sector salud*”. Edición N°87 Año XXII - Marzo de 2013. www.iapuco.org.ar.

- Liliana Freire y Graciela Neira, Revista Costos y Gestión IAPUCO, “*La responsabilidad y la calidad en la contabilidad de gestión: una necesidad del ejercicio profesional*”. Edición N°89 Año XXIII – Septiembre de 2013.

www.iapuco.org.ar.

- Dra. María Cristina Ferrari , Trabajo presentado en el XV Congreso de Latinoamericano de Estrategia, “*Calidad y calidez: la fórmula de éxito en las Organizaciones de Salud*”. Montevideo Mayo de 2002. www.iapuco.org.ar.
- Dra. María Cristina Ferrari Revista BaireSalud, Artículo: “*Gestión del paciente activo con calidad y calidez*”. 2012. www.baires-salud.com.ar.
- EXPOSITORES: Dr. Lebersztein entre otros. 6° Jornada de Administración de Salud “*El rol del profesional en Ciencias Económicas en el ámbito de la Salud*” Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 15 de septiembre de 2010.
- EXPOSITORES: Mario Vicchio, Reymundo Gonzalez, Saúl Rossi, entre otros “*La Superintendencia de Servicios de Salud, una mirada actual*”. “*Demanda prestacional creciente, recursos limitados*” 7° Jornada de Administración de Salud “*Propender a un sistema de Salud sustentable y de alta calidad*” Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 14 de septiembre de 2011.
- EXPOSITORES: CLAUDIA NANNIZI, entre otros “*Avances en la gestión del sector prestador*” 8° Jornada de Administración de Salud



- Sistema de Salud: *“Situación actual. Propuestas para un futuro superador”*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 9 de octubre de 2013.
- Dr. Ernesto Van der Kooy y Hector Pezzella Prosanity S. A Consultores en Salud. *“El gasto en Salud”*. REVISTA MÉDICOS DIGITAL. FEBRERO 2013-
www.revistamedicos.com.ar.
- www.bancomundial.org/es/country/argentina

JURISPRUDENCIA

- CFAMDP- Fallo *“López Andrea I. c/ Osecac s/ amparo”* reg. 5646, de fecha 14/7/00
- CFAMDP- Fallo *“S., R. E. V/ OSECAC Y OTRO s/ amparo”* . 2011

LEGISLACIÓN

Nacional

Ley 23660/88 **Regulación de Obras Sociales.**

Ley 23661/88 **Regulación de Obras Sociales.**

Ley 16.986/66 **Amparo**

Provincial

Ley 153 C.A.B.A.(Ley Básica de Salud)

Dec. 208/2001 C.A.B.A. (Reglamentario de la ley 153)

Dec. 2316 C.A.B.A. (Reglamentario del Art. 4, inc h de la ley 153)

ORGANISMO DE CONTRALOR

- Superintendencia de Servicios de Salud

ANEXOS

GLOSARIO

- A.B.C: sigla que representa el sistema de costos basado en las distintas actividades que se desarrollan en los entes.
- Ambulatorio: centro de salud donde no hay internación. Es utilizado como sinónimo de Policonsultorio.
- Beneficiario: afiliado a una obra social.
- Calidad: es garantizar técnicamente la prestación del servicio médico.
- Calidez: es humanizar la prestación del servicio médico.
- Centro: utilizado como sinónimo de Policonsultorio.
- Costo: se entiende que es lo consumido dentro del proceso para producir el ingreso.
- Economicidad: mide el impacto de un cambio de objetivos en los insumos utilizados.
- Efectividad: compara los resultados obtenidos con los objetivos planteados a priori.
- Eficacia: Controlar que las acciones planeadas se lleven a cabo.
- Eficiencia: lograr el resultado con la menor cantidad de insumos.
- Estándar: la medida de referencia ideal.
- Gasto: es la diferencia entre un ingreso y la utilidad obtenida en un periodo.
- Gerente medico: responsable máximo del centro ambulatorio de salud.
- Modelo: representación de la realidad.
- Obra social: entidad que garantiza la prestación médica de los trabajadores.
- Paciente: sujeto que recibe atención médica.
- Patología: enfermedad.
- P.C.G.A: sigla que identifica a los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados.
- Perdida: costo que expira sin producir ningún ingreso.
- Plan Médico Obligatorio: normativa que regula lo mínimo que una obra social debe brindar como servicio a sus afiliados.
- Policonsultorio: institución donde se brinda atención primaria y ambulatoria de la salud en sus distintas ramas.
- Prestador: sujeto que ofrece servicio médico.



- Servicio de salud: es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.
- Servucción: es el conjunto de elementos materiales y humanos de una empresa de servicios.
- Sindicato: asociación de trabajadores cuyo objetivo es la defensa de los intereses profesionales, económicos y laborales de los asociados.
- UTI: unidad de terapia intensiva

ANEXO I: EL CLIENTE SIMULADO.

El cliente simulado es una herramienta para la gestión.

El paciente simulado y/o encubierto es un profesional en Calidad de Servicios que acude a la organización en el rol de paciente para ser atendido y de este modo, poder medir la calidad del servicio con parámetros predeterminados, a fin de obtener indicadores cuantitativos y cualitativos para la mejora del mismo.

Cuando una Institución de Salud desea brindar un servicio altamente valorado por sus pacientes y/o usuarios deberá adaptarse permanentemente a satisfacer sus necesidades, para lo cual deberá utilizar diferentes herramientas de gestión que le permitan conocer la “voz de su cliente” y adoptar de forma inmediata las decisiones estratégicas para implementar las mejoras al servicio ofrecido.

Para evaluar nuestro caso particular del Policonsultorio se sigue todo el proceso desde la obtención del turno y hasta finalizada la consulta/práctica. Pudiendo realizarse puesto que el evaluado es afiliado a la obra social en cuestión.

Constituye una actividad primordial para la medición del desempeño del mismo, y un factor clave para la toma de decisión estratégica.

Se requiere una reconstrucción cuidadosa de todas las situaciones que vive el paciente, el cumplimiento de las promesas explícitas realizadas, la calidad percibida en los aspectos tangibles del servicio como es el confort de sus ambientes físicos, y un detallado conocimiento de la gestión del recorrido sanitario de las personas que buscan resolver sus episodios de salud y enfermedad.

Desde el punto vista metodológico, la implementación del paciente simulado y/o encubierto como herramienta de investigación, requiere el diseño de formularios para registro, bases de datos y fórmulas de análisis de información para cada caso en particular, y un sólido conocimiento de la Institución, las normativas vigentes formales e informales y los criterios de calidad establecidos.

En general, el paciente simulado y/o encubierto se encuentra frente a diferentes niveles de satisfacción de servicios, que podemos clasificarlos de la siguiente manera:

- **Inferior al básico:** No alcanza el mínimo requerido.



-
- **Básico:** Mínimo requerido para la prestación del servicio, intrínseco al servicio en sí.
 - **Esperado:** Atributos del servicio comunes a los usuarios, relacionados con la experiencia y que da por sentado.
 - **Deseado:** Atributos que el usuario no espera necesariamente, pero que conoce y aprecia si la experiencia los incluye.
 - **Imprevisto:** Deleite del usuario y/o cliente recibiendo atributos y actitudes no pensadas por él, sorprendiéndolo gratamente por su valor agregado, más allá de sus deseos y expectativas lógicas. Es la llamada "calidad sorpresa".

Entendiendo el concepto, se desarrolló la experiencia en el Centro Ambulatorio.

Se reconstruyo cuidadosamente todas las situaciones que vive la persona, una vez que posee la condición de afiliado.

Se sigue el criterio del caso práctico planteado, por lo que se reconstruye las vivencias de un afiliado adulto mayor de 15 años no jubilado y su atención en la especialidad Clínica Médica.

Se siguieron cada una de las actividades detalladas en el desarrollo del caso práctico y se arribó a las siguientes conclusiones:

- Primeramente, se me informo que la única forma de sacar los turnos para la atención médica era a través de un call center, servicio al cual se puede acceder en el mismo Policonsultorio o desde el domicilio particular. Comunicarse en un día (ej. Lunes) y horario pico (ej. 12 hs) es lento, mientras que en el resto de los casos es más ágil. Los operadores son amables aunque no mantienen un mismo criterio informativo, por lo que turnos de determinadas especialidades (no es el caso de Clínica Médica) deben otorgarse en el Policonsultorio, situación engorrosa tanto para el paciente como para el personal administrativo del lugar. Se obtiene el turno y se cuenta con una demora de 45 días.
- El día del turno, debo realizar una fila de 5 minutos aproximadamente para registrarme y poder acceder a la sala de espera del profesional, obteniendo en ella mi bono de consulta.

Un único administrativo realiza esta tarea por lo que es asistido por otro administrativo en forma intermitente.

Se advierte muy buena voluntad del personal para lograr el registro de cada paciente, en tiempo y forma.

Se me notifico la existencia de un Plan Integral de Prevención (PIP) y se me entrego planilla a completar previo a mi ingreso al consultorio y un tríptico acorde.

Una vez en la sala de espera, la demora hasta ser llamado por el profesional fue de aproximadamente 35 minutos, aunque se escucharon comentarios de otros pacientes de médicos de la misma especialidad, que padecieron demoras de 1 hs 30 minutos.

- Al ser recibido por el profesional, el mismo indaga sobre el motivo de mi consulta y completa mi historia clínica. La misma es digital, y si bien es un avance importante en el Centro, el medico comenta lo lento del sistema informático y la necesidad de poseer una persona dedicada al mantenimiento del mismo y la asistencia ante contratiempos del mismo, función que cumple un administrativo abocado a la atención al público y que ante el inconveniente, debe esperar para seguir adelante con el desarrollo de la consulta.

El tiempo dentro del consultorio fue de 20 minutos aproximadamente, aunque yo como paciente hubiese pretendido un poco más de dedicación, una revisión mínima que no tuve, y menos de completar la historia clínica digital e impresión de recetarios para la realización de estudios.

- Nuevamente en la sala de espera, tomo un número para ser atendido por el administrativo. La demora en esta oportunidad fue aproximadamente de 15 minutos, puesto que solo se cuenta con un administrativo para atender diez consultorios y varios pacientes “no muy bien educados”, realizaban consultas sin esperar su turno, provocando la distracción y atraso del personal y el malestar de los pacientes como yo, que estábamos siguiendo el proceso indicado.
- Una vez atendido, se me informa que el pedido de laboratorio debo dejarlo para autorizar y retirarlo en una semana; el pedido de electrocardiograma se autoriza el día del turno con el cardiólogo (que debo sacar telefónicamente y para el cual tengo una demora de 55 días) debiendo presentarme 30 minutos



antes del mismo para realizármelo con el técnico. Con respecto a la radiografía solicitada, debo concurrir al sector correspondiente el mismo día del nuevo turno con el medico clínico, al cual debo traerle los resultados de los estudios solicitados.

La demora para este nuevo turno, dependerá de la demora propia de la especialidad Médica Clínica y también, de la de Cardiología.

Para ser informado de todo el circuito y poder retirarme del Policonsultorio con los turnos otorgados de Cardiología y Clínica Médica (call center) demore aproximadamente, 20 minutos.

- Concluyo mi experiencia en el Centro Ambulatorio, transcurridos 95 minutos.
- Obtengo mis próximos turnos en 50 y 55 días siguientes.

A modo de conclusión de mi experiencia, y en base a la clasificación de satisfacción propuesta por la herramienta utilizada, el nivel observado es **Básico** donde se cumple con el mínimo requerido para la prestación del servicio, tal la cultura organizacional de esta institución de salud⁵⁴

⁵⁴ Cit. Página 50...*"al no poder pagar a los buenos sanatorios, ni a los más caros, ni brindar servicios de médicos exclusivos o especiales, se estableció como prioridad agregar un valor intangible: garantizar la continuidad de los servicios."*

ANEXO II: ENCUESTA AL GERENTE ADMINISTRATIVO.

Buenos días Sr., esta es una entrevista de conocimiento y de información.

Esta encuesta tiene como objetivo, obtener información relevante y suficiente para el cálculo de los costos necesarios para el desarrollo del trabajo práctico.

¿Señor, qué tiene de diferente esta empresa a otras de igual rubro? ¿Que la hace tan especial?

¿Háblenos de su equipo de trabajo y de su rol como jefe de ellos?

¿Podría describir las principales actividades que se desarrollan?

¿Podría informarme como están pautados los ingresos para la empresa prestataria del servicio de salud?

¿Cuántos afiliados posee la obra social en Mar del Plata?

¿Está el corriente de cuantos bonos de consulta son emitidos promedio mensualmente por la empresa prestataria?

¿Cuántos Médicos Clínicos prestan servicio? ¿Cuántas horas representan dentro de la atención del Centro de Salud?

¿El Centro de Salud posee edificio propio? ¿Cómo es el vínculo contractual en cuanto a infraestructura, muebles y útiles, equipamiento y edificación con la Obra Social para la que presta servicio?

¿Existen reclamos y sugerencias de los beneficiarios con respecto a la atención?, de ser afirmativa ¿dónde se centra la mayor queja: mala atención de los administrativos o falta de efectividad médica?