

**XXII CONGRESO ARGENTINO DE PROFESORES
UNIVERSITARIOS DE COSTOS**

**APORTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN
A LA
PLANIFICACION DE LA
RENTABILIDAD
EN LAS
EMPRESAS DE SALUD**

Autores

Cra. Beier Marina Wendy *
Cr. Sánchez Bajo Juan Martín *

* Departamento de Ciencias de la Administración. Universidad Nacional del Sur
12 de Octubre y San Juan. Bahía Blanca C.P(8000)
E-mail: bwendy@bvconline.com.ar

Buenos Aires, noviembre de 2004

APORTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LA PLANIFICACION DE LA RENTABILIDAD EN LAS EMPRESAS DE SALUD

Resumen

Los servicios de salud son considerados una necesidad básica que cada vez más es cubierta por prestadores privados. De acuerdo a las características del mercado y por la crisis continua que atraviesan estas empresas, es inevitable plantear su posible desaparición.

Al ser importantes desde el punto de vista social, se desprende la necesidad de la permanencia de estas instituciones. Permanencia que obedece a las reglas del capitalismo que rige el mercado. Un prestador privado siempre se regirá por la rentabilidad que la inversión le brinde.

Para ello deberían contar con un sistema de información útil al momento de planificar la rentabilidad de las empresas en el sector.

Motivados por las diferentes situaciones observadas en el X Distrito de FECLIBA, se describe la información necesaria de las empresas para adaptarse y superar los escenarios planteados por la nueva realidad.

APORTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LA PLANIFICACION DE LA RENTABILIDAD EN LAS EMPRESAS DE SALUD

Introducción

Las organizaciones de salud tienen un doble fin que cumplir, uno relacionado con el objeto de su creación que es obtener un adecuado rendimiento mediante la prestación de servicios de salud, y el otro basado en su contribución al bienestar social.

Evidentemente, la salud es considerada una de las necesidades básicas que debe ser satisfecha a través de la comunidad. De allí se desprende la importancia de la permanencia de estas instituciones.

Para ello se relevaran las empresas de salud correspondientes al Distrito X que nuclea las jurisdicciones de Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suarez, General Lamadrid, Gonzalez Chavez, Guamini, Monte Hermoso, Patagones, Puan, Saavedra, Torquinst, Tres Arroyos y Villarino con el objeto de establecer los sistemas de información implementados, las entradas y salidas de dicho sistema y su utilidad al momento de planificar la rentabilidad de las empresas en el sector.

Buscamos aportar con este trabajo una descripción de la información necesaria de las empresas para adaptarse y superar los escenarios planteados por la nueva realidad.

1. Caracterización del mercado de la salud

Los servicios sanitarios tienen características intrínsecas peculiares que originan las siguientes fallas de mercado: la existencia de bienes públicos¹, las externalidades, la incertidumbre² y la asimetría de información³.

El mercado sanitario es distinto a los demás. Es difícil identificar otro servicio que posea a la vez tantas condiciones distorsionantes del libre juego del mercado, ya que no puede planificarse por sí mismo mediante las fuerzas invisibles del interés personal y de la independencia de los compradores debidamente informados, dado que las personas no saben ni cuanto, ni cuando necesitan la asistencia sanitaria.

En pocas palabras, "... las características estructurales especiales que presenta el mercado de cuidados médicos representan por un lado a características propias de los bienes en cuestión y por otra parte a intentos por superar la sub - optimalidad derivada de la no comerciabilidad de muchos riesgos y de la comerciabilidad imperfecta de la información...."⁴

¹ Se trata por definición de bienes por los cuales no existe rivalidad en el consumo - el consumo de un individuo no limita el consumo por parte de otro individuo - y en los que no es posible la exclusión para ningún individuo.

² Dada la existencia de incertidumbre, el hecho de que los ofertantes posean un conocimiento que los diferencia claramente de los demandantes, establece una asimetría en la relación que guía tal encuentro por la que, en esencia, los compradores terminan adquiriendo información pero bajo la forma de cuidados especializados

³ El consumidor necesita recuperar su salud, pero no sabe qué necesita para conseguirlo, salvo que debe recurrir al asesoramiento profesional. Por lo tanto, se produce una información desigual entre el médico y el paciente, ante la cual la respuesta ha sido el establecimiento de una relación de agencia por parte del facultativo.

⁴ ARROW K. " La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. Información Comercial Española (Madrid), Nº 574. Junio 1981, pp 47-63. Citado en Publicaciones ISALUD.

1.2 Incidencia del sector salud en la economía

Según las conclusiones del IV Congreso Argentino de Salud organizado por ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas), la Argentina invierte en salud el 8,4 % de su Producto Bruto, unos 24.000 millones de pesos anuales⁵.

Uno de los indicadores más utilizados para visualizar la incidencia del sector dentro de la economía de un país, es el porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) que se destina al mismo.

1.3. Actores y roles dentro del sistema de salud

El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativas que el sistema de atención médica. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

La definición de este último concepto evidencia la conexión entre las políticas de salud y el estado de salud de la población, al mismo tiempo en que, de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado –Léase respuesta privada-

CUADRO 1⁶-ACTORES Y RELACIONES BASICAS EN EL SISTREMA DE SALUD

Actores	<ul style="list-style-type: none">• Usuarios• Prestadores• Financiadores• Agentes de intermediación
Relaciones	<ul style="list-style-type: none">• Provisión de servicios sanitarios• Remisión de pacientes entre proveedores• Remuneración de servicios sanitarios• Regulación de la administración
Financiación	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de financiación obligatoria• Sistema de financiación voluntaria
Formas de retribución y pago de servicios	<ul style="list-style-type: none">• Pago directo del usuario• Pago indirecto del asegurador a los proveedores vía contrato.• Pago indirecto al asegurador por vía de presupuesto.• Pago indirecto al asegurador por vía de salario.• Pago de seguros y otras formas de cobertura sanitaria.

1.3.1 El rol del estado.

La dimensión de la intervención estatal en la sanidad ha sido de tres tipos: en la financiación, en la producción y en la regulación.

El Estado actúa en salud a través de sus tres niveles: Nación, Provincias y Municipios. Desempeña funciones de provisión directa de los servicios a través de los hospitales y centros de salud nacionales.

También es responsabilidad del Estado la regulación de todos los subsectores que conforman el sector salud. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y

⁵ Publicado por Consultor de Salud N° 274. Pág.14

⁶ FUENTE: Herrero Artells J.J. " Características del sector sanitario en países industrializados" .1994

asistencia técnica y financiera. Las provincias y los municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población.

1.4. Sistemas de financiamiento del sector

Hay dos distinciones necesarias para discriminar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud. Por un lado, están los flujos entrantes, las fuentes de ingresos que financian el sistema. Por el otro, los flujos salientes, que constituyen las modalidades de pago a los prestadores de servicios de salud.

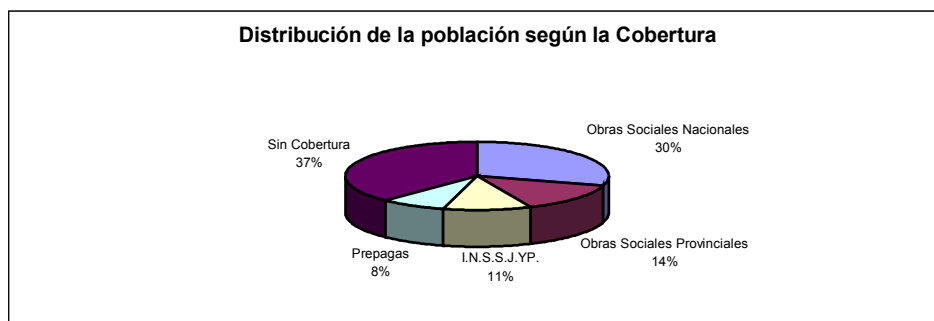
1.4.1 Flujos entrantes

Dentro de los flujos entrantes se encuentran los sistemas obligatorios y los voluntarios. En los primeros, los ingresos se dividen en aquellos que están financiados principalmente por contribuciones deducidas del salario y que son administradas por instituciones del seguro social cuasi-autónomas y, aquellos financiados principalmente por los impuestos generales, caso del subsector público.

En los sistemas voluntarios los ingresos son siempre desembolsados por los usuarios, que pueden ser prepagos o pospagos. El financiamiento del sistema prepago se constituye, básicamente, por las primas y copagos pagados por los individuos y las familias que adhieren de manera voluntaria al sistema. Estas son las fuentes previstas en el esquema puro donde las organizaciones prepagas sirven a los fines de nuclear demanda dispersa. Otras fuentes de financiamiento previstas son los coseguros, por diferencias de planes de cobertura, y los copagos por el plus o gastos no cubiertos.

1.4.1.1 Cobertura de la población

La distribución de la población según la cobertura es la siguiente⁷:



1.4.2 Flujos salientes

Las distintas modalidades de contratación que predominan en el sistema sanitario constituyen diferentes formas de compartir el riesgo que representa mantener la salud de la población. A continuación se presenta el cuadro⁸ con la descripción resumida de los tipos fundamentales de sistema de pagos.

⁷ Fuente: Cámara de Instituciones y Diagnostico Medico (CA.DI.ME).

⁸ ALVAREZ B, PELLISSE L. y LOBO F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE.

Sistema de Pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad	Acción Pública
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer sobre el financiador	a) No prevención. b) Alta tecnología y calidad c) Inducción de demanda d) "Corrupción " e) Discriminación de tarifas f) Desigualdad	Incentiva actividad y sobreutilización	+	Tarifas máximas
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimizar el esfuerzo en el trabajo	a) Salario puro: riesgo sobre el prestador b) Ajustes de productividad: riesgos sobre el financiador	a) Importancia del ascenso y promoción b) Crecimiento de plantillas c) Cooperación entre médicos	a) Puede incentivar la actividad y sobre utilización b) Sobre dimensión de los médicos	+ -	a) Debilidad negociadora b) Garantías de calidad c) Diseño de sistemas mixtos
Pago per capita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Maximizar la afiliación y minimizar los costes de la asistencia	a) Per capita sin ajustes: riesgo sobre el prestador b) Per capita ajustado: riesgos sobre el financiador	a) Prevención b) Derivación c) Selección de riesgos	Fomento de la integración de servicios y de la prevención cuando es eficiente	-	Control de la calidad por estándares y fomento de la competencia
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Maximizar el número de estancia y minimizar el coste medio de la estancia	a) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean caras b) Si se ajustan las tarifas según los costes esperables, el riesgo recae sobre el financiador	a) Aumenta la duración media de la estancia b) Mínimo coste de las estancias c) Ingresos hospitalarios innecesarios d) No cirugía ambulatoria.	Se fomenta la actividad hospitalaria	+ -	Limites a la estancia media
Pago por ingreso hospitalario	Se paga al hospital por cada paciente ingresado, independientemente de la duración del ingreso	Maximizar el número de ingresos y minimizar el coste medio de cada ingreso	a) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de los ingresos caros b) Si se ajustan las tarifas según los costes esperables: riesgo sobre el financiador.	a) Aumenta los ingresos b) Reduce la duración media de los ingresos c) Reingresos d) Hospitalización innecesaria.	Se fomenta la actividad hospitalaria.	-	a) Penalización de reingresos b) Exclusión de casos de externos c) Ajustes de las tarifas.
Pago por presupuesto.	Se paga al hospital por una actividad poco concreta en un plazo de tiempo.	Minimizar los costes.	Suele recaer sobre el prestador si no se tienen en cuenta particularidades.	a) Implementación costosa b) planificación compatible c) Margen de maniobra al prestador.	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información.	-	Requiere gran esfuerzo para no caer en inercias.

Se puede categorizar las modalidades de contratación según las siguientes variables:

1.- Momento del pago

- a) Prepago: Se abona antes de la realización del servicio. Se puede considerar dentro de este sistema de asignación, la formulación presupuestaria de los hospitales públicos.
- b) Pospago: Se abona después de realizados los servicios.
En ambos casos, los precios suelen estar prefijados.

2.- Unidad de Contratación

- a) Capitación: La unidad está referida a la demanda de personas identificadas durante una unidad de tiempo. Como demanda se define al conjunto de prestaciones incluidas en el contrato en el que, además, se encuentran detallados los servicios excluidos. Al prestador se le paga un precio determinado por afiliado, independientemente de la tasa de uso de los servicios. Las personas no están identificadas y la modalidad de contratación es por un determinado número de afiliados. Por lo tanto, los prestadores reciben una suma fija de dinero, independientemente de los servicios prestados a los pacientes.
- b) Prestación: En este caso la unidad es un servicio específico y se le paga un precio prefijado a cada uno de los participantes del proceso productivo, ya sean, honorarios profesionales, gastos sanatoriales etc. En esta situación el prestador, cobra por cada servicio asistencial realizado, por lo tanto, esta modalidad de pago tiene estrecha relación con la producción del prestador.
- c) Módulo: Se contrata una o varias prestaciones a cambio de un valor fijo, a diferencia de la capita dependerá de la cantidad de pacientes atendidos.

1.5. Situación actual del sector privado de salud

Las entidades sanatoriales integradas en FECLIBA (Federación de clínicas, sanatorios, hospitales y otros establecimientos privados de la Provincia de Buenos Aires) están atravesando una crisis, reconocido por el Estado Nacional a través del Decreto Nro 486 y 1210, que impide que las empresas sean embargadas por AFIP hasta el 31 de Diciembre del presente año. Esta situación se ve reflejada en las dificultades prestacionales y económico-financieras, como producto de la caótica situación de la Seguridad Social y por las deudas, que a través de sus Obras Sociales el Estado mantiene con las mismas.

Reflejo de ello es la gran cantidad de instituciones sanatoriales, PYMES de salud que en los últimos 10 años han cerrado. Casi el 40 % del total de clínicas y sanatorios privados de la Provincia de Buenos Aires, y del 60 % restante, más del 50% está en concurso preventivo o en proceso de quiebra, con lo cual se pone en peligro años de inversión en infraestructura para el desarrollo de clínicas y escuelas de medicina:⁹

La caída en la recaudación general, provoca un efecto directo sobre el financiamiento de la Salud y lleva a replantearse la forma de financiamiento de las Obras Sociales y las prestaciones que están obligadas a suministrar con los magros recursos que recaudan.

2.- Caracterización de la oferta privada de salud

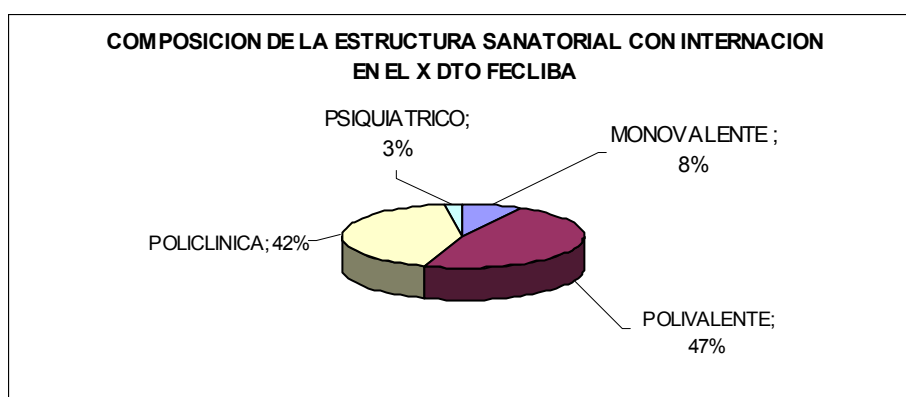
El foco de estudio de este trabajo comprende a las organizaciones privadas del sector salud de tamaño pequeño y mediano, porque sus sistemas de información deberían

⁹ MAMMONI, G. "Las entidades nucleadas en FECLIBA reclaman la emergencia asistencial" Diario Consultor de Salud N°271-1ra. Quincena julio 2001.

comprender entre sus objetivos emitir información útil para la planificación de resultados. Objetivo que difiere de los efectores públicos.

Las variables que se consideran estratégicas para la comprensión de estas organizaciones son las siguientes:

- Según la estructura Sanatorial: La estructura sanatorial influye de manera considerable en la complejidad de la organización. El Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires en el Decreto 7314/67 establece la clasificación de los establecimientos asistenciales en, I)-Ambulatorios y II) -Con internación. Estos últimos, a su vez, se identifican como: a) Polivalentes¹⁰: Se dividen en cuatro categorías utilizando criterios de complejidad y riesgo. Se denominan clínicas a las categorías (1) y (2), sanatorios a las categorías (3) y (4) y hospitales a los establecimientos de la categoría (4) que superen las 200 camas. b) Monovalentes : Establecimientos con internación de una sola especialidad en la que se efectúan prácticas quirúrgicas. Del relevamiento realizado en el Distrito X al 18/02/2004 se obtuvo la siguiente composición.



- Según el nivel de atención: Se encuentra la atención: primaria¹¹, secundaria¹² y terciaria¹³.

¹⁰ En el Decreto 7314/67 presenta un detalle pormenorizado de los establecimientos incluidos en cada una de las categorías.

¹¹ El concepto de atención primaria de la salud fue definido y extendido a raíz de la conferencia de ALMA-ATA (1978), que auspiciada por la OMS, estableció las bases de la misma en los siguientes términos: “ La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con el espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria de la salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

¹² El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, y de rehabilitación. Constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención y la asistencia sanitaria se efectúa a través de grupos multidisciplinarios.

¹³ El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica, es el último nivel de referencia de la red asistencial. En este nivel de atención se garantiza la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados. Se establecen articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, con el fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada para sus necesidades de atención.

- Según el tipo de patología que atiende: Se obtienen las siguientes clasificaciones, a) Monoclínicos; resuelven problemas relacionados con un tipo de patología especial y algunas afines con ella (Traumatología, Pediatría, Oncología etc.) y b) Policlínicos; conjunto prestacional que oferta la solución de un conjunto más o menos amplio de patologías.

Por lo tanto, las organizaciones pueden ubicarse en los distintos cuadrantes del siguiente cuadro, sin que una localización sea excluyente de otra.

ESTRUTURA SANATORIAL	NIVEL DE ATENCION			PATOLOGÍA ATENDIDAS	
	Primaria	Secundaria	Terciaria	Policlínico	Monoclínico
Con internación					
Sin internación					

En términos generales¹⁴:

- Operan en el unas 5000 PYMES.
- Genera empleo para aproximadamente 700.000 personas.
- En la década pasada incrementó en un 1000% la incorporación tecnológica.
- El mercado tiene características de oligopsonio, donde el mayor comprador es el Estado
- La oferta presenta limitaciones derivadas de las formas contractuales, una vez definida la modalidad de pago por un ente financiador (demanda), es muy difícil modificarla. Los precios de ventas de las prestaciones de servicios de salud están determinados por el monto dinerario que el mercado esta dispuesto a pagar.

3.- Sistema de información de las empresas del sector

Las empresas prestadoras de servicios de salud están obligadas a adaptarse permanentemente para superar los escenarios planteados por la nueva realidad. Adaptación es sinónimo de información útil y oportuna, para ello la obtención de información de la organización y del contexto no debe descuidarse en ningún momento. Las oportunidades que se presentan en el mercado son pocas, y que de concretarse, podrían traducirse en beneficios o simplemente en la supervivencia de la organización.

El sistema de información es el encargado de elaborar los datos brutos recogidos de las diferentes actividades que se realizan y de convertirlos en información para permitir la toma de decisiones en la gestión de las clínicas. Se deberá tener en cuenta que el sistema de información sea discriminatorio y selectivo, orientado a los factores críticos que son aquellos fundamentales para el éxito de la organización¹⁵. Para cumplir con estos requisitos es necesario conocer los sistemas utilizados y las salidas –out –puts- que genera.

¹⁴ GINES GONZALEZ GARCIA-Ministro de Salud de la Nación-Declaraciones para Infosalud N°1000

¹⁵ BERENQUER, J. "Gestión de los servicios asistenciales" Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives.1994.Pág.290.

SISTEMA CONTABLE	
Desarrollo Propio	67%
Enlatado	22%
Otros	11%
CARACTERÍSTICAS DEL SIST.CONT.	
Cierres mensuales de Información	67%
Imputación por Centros de Costos	22%
Plan de Cuentas Flexible	89%
SISTEMA SANATORIAL	
Desarrollo Propio	89%
Enlatado	0%
Otros	11%
Sistema sanatorial integrado	33%
Sistema de costos	56%

En cuanto a las características propias del sistema, solo tres empresas trabajan con un sistema integrado, de desarrollo propio. Cinco organizaciones poseen un sistema de costos agregado, pero solo dos de ellas generan información acumulada para un centro de costos. Las otras 3 generan información de costos para registros contables, según el plan de cuentas.

4.- Salidas del sistema de información.

Según el relevamiento realizado, los sistemas de información que disponen las empresas de salud del X Distrito de FECLIBA no generan out - puts con el grado de proceso necesario a los fines del gerenciamiento.

Para cumplir con los objetivos de este trabajo se procederá a definir el concepto de rentabilidad y sus componentes para luego determinar los diferentes procesamientos a tener en cuenta en función de la forma de pago de los entes financiadores.

Dentro de las definiciones de rentabilidad esbozada, utilizaremos la establecida por Bottaro O.¹⁶ "el objetivo del empresario es obtener con cada unidad monetaria que invierte en la actividad una mayor cantidad de utilidades en un período determinado. O dicho con otras palabras, obtener el mejor rendimiento por cada unidad monetaria invertida." La formula que representa la relación expuesta:

$rk = \frac{R}{KT}$	<p>Donde <i>rk</i> es el rendimiento sobre el capital, <i>R</i> el resultado del período y <i>KT</i> el capital total afectado</p>
---------------------	--

El resultado económico de una empresa proviene por lo menos de dos fuentes. La primera es el resultado económico de un período de actividad, que pueden ser ganancias o pérdidas emergentes de las operaciones realizadas, tanto internas (ej. Administración, prestación de servicios, etc.) como las vinculadas con el contexto (ej. Ventas, clientes, proveedores), y que ha denominado resultado operativo. La segunda es el incremento o decremento del valor de la empresa (variación del valor llave) verificada entre el inicio y fin del período considerado, que en el caso de no existir retiros de fondos, contribuirá al incremento neto del patrimonio neto.

¹⁶ BOTTARO O.E. " El rendimiento de la inversión como parámetro de decisión ante alternativas excluyentes", Revista Nexos N° 2 , Volumen 2, Facultad de Cs. Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile, 1995.-

Como el resultado operativo es la principal causa de la variación del valor llave. Nos concentraremos en los datos que el sistema debería proporcionar a los fines de obtener la información necesaria para gestionar los ingresos y costos que hacen a la planificación.

4.1. Ingresos en las empresas de salud

El concepto de ingresos representa el valor monetario que se obtiene mediante la prestación de servicios de salud, esta determinado por la cantidad de prácticas realizadas que se multiplica por el precio de las mismas. Se debe destacar que existe discriminación en los precios de los servicios, en función de las modalidades de contratación de los entes financiadores, debido a la combinación del momento del pago, la unidad de contratación y la fuente de financiamiento. Esta situación hace, que se deban analizar como servicios diferentes, a pesar de que la práctica médica de la enfermedad sea siempre la misma.

En función de las características mencionadas, el ingreso se verá afectado, además, por la mezcla, es decir, por la proporción que cada servicio tienen en el total de las ventas.

Es importante destacar que las empresas, por lo general, disponen de información estadística de los tratamientos realizados con las distintas modalidades de contratación. Sin embargo, gran parte de los informes que se elaboran son manuales, con lo cual no es fácil obtener la participación en el monto total de ventas de cada una de las modalidades existentes. Ello se observa en el siguiente cuadro donde se detalla la forma en que el registro es llevado por las organizaciones.

REGISTRO DE ACT. DE ATENCIÓN	Poseé	Registro manual
<i>Consultas</i>	89%	(50%
<i>Guardia-Urgencia</i>	78%	(71%
<i>Días de estada por sector/servicio/pac.</i>	89%	(37%
<i>% de Ocupación</i>	78%	(50%
<i>Hs de Ocupación del Quirófano</i>	78%	(28%
<i>Partos-Cesáreas</i>	44%	(75%
<i>Diagnóstico por Imágenes por sector/pac.</i>	78%	(50%
<i>Análisis Clínicos por sector/paciente</i>	67%	(20%
<i>Ss Complementarios por sector/pac.</i>	78%	(60%
<i>Facturación por servicio</i>	44%	(25%

Además, el 100% de las clínicas posee como estadística cantidad de prestaciones por convenio y por servicios, así como el seguimiento de historias clínicas de pacientes.

Se observa que los sistemas están considerados de forma modular y desagregada, duplicándose tiempos de trabajo, ej; carga al registro informático y pases a la ficha del paciente.

4.2. - Inversiones en las empresas de salud

Para determinar el capital afectado en inversiones fijas se debe considerar a la empresa siempre bajo el concepto de " empresa en marcha ", y por lo tanto reconocer , como lo establece Bottaro¹⁷, que las inversiones fijas están representadas por el monto monetario que eventualmente se obtendría de transferir la titularidad de la empresa a terceros.

¹⁷ BOTTARO, O., Algo sobre cuanto se gana y rinde lo invertido. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Nacional de Profesores de costos. Rosario 2000.Pàg.271

Esta cifra es un monto que engloba a las inversiones fijas y variables. Estas últimas representan el monto correspondiente al stock, créditos y pasivos, que generalmente tienen un comportamiento variable con respecto a las ventas. Por otra parte, las inversiones fijas están compuestas por el valor de los inventarios físicos de los bienes de uso como el de los recursos inmateriales. Es importante mencionar que por tratarse de servicios especializados de salud el valor llave esta representado en un mayor porcentaje por el capital intelectual.

Condicionantes a la inversión fija y variable

Los sistemas relevados solo identifican los montos de inversión en cuentas globales a los fines de su registración contable y su correspondiente amortización.

No se tiene en cuenta que existen fuertes condicionantes que provienen del mercado y del Estado, que determinan la dimensión mínima de las mismas. Ellos sin considerar aún la influencia de tratarse de un bien público.

En la inversión fija la principal restricción se observa a partir del estado de la tecnología. El avance en la tecnología introduce modificaciones insospechadas en los métodos de diagnóstico y tratamiento, que requieren adecuación continua. A su vez, la innovación tecnológica en equipamiento se produce en otros países, por lo que es necesario importarla. La tecnología presenta otros aspectos a tener en cuenta como por ejemplo, la capacidad de producción de los equipos que se utilizan, que no varía de un equipo a otro en forma continua, sino discreta, por lo que es muy difícil conseguir un equipo que produzca exactamente la cantidad deseada. Ello conduce, frecuentemente, a un exceso de la capacidad instalada y, por consiguiente a un exceso de la inversión.

En la inversión variable la limitación se observa en que no es posible aprovechar el apalancamiento financiero de los proveedores de insumos. En adición existen extensos plazos de cobranzas derivados de las crisis continuas por deficiencias financieras de las obras sociales, que alternan situaciones cumplimiento e incumplimiento de los plazos acordados, cuyos plazos promedio de pago son de aproximadamente 4 meses, esta situación provoca una importante demanda de capital y una situación de incertidumbre a la hora de planificar la financiación de la organización.

4.3.- Costos en las empresas de salud

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 Yardin¹⁸ 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 Govindarajan ¹⁹ las principales causales del costo son las siguientes:

La escala

El grado de integración vertical

¹⁸ YARDIN, Amaro ¿ Porrateo de costos indirectos fijos o análisis de evitabilidad? XXI Congreso Argentino de Profesores Universitario de Costo. Buenos Aires –Octubre 2002.

¹⁹ SHANKE J., GOVINDARAJAN V., "Gerencia Estratégica de Costos", Ed. Norma, Bogotá, Colombia, 1995, Pág.24-27

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 sanatorial adoptada. A continuación se representan un cuadro con la magnitud de los costos según la estructura sanatorial.

Estructura Sanatorial	Ambulatorios	Con internación
Costos Fijos	Muy alto	Alto
Costos Variables	Muy Bajo	Bajo

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, UTI²⁰, laboratorios, quirófano, radiología y dentro de los servicios generales se encuentran, lavandería y cocina.

5 Conceptos que conforman la estructura de costos

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 capital.

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

²⁰ Unidad de Terapia Intensiva

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: concierne 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 los otros conceptos, como pueden ser la compra de recetas, 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 un 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.

Según datos suministrados por la consultaría de FECLIBA una clínica con 35 camas promedio y con una ocupación del 65%, tiene la siguiente composición en su estructura de costos

CONCEPTO DE COSTOS	INCIDENCIA DE LOS CONCEPTOS DENTRO DEL TOTAL DE COSTOS
Costos Variables	
Medicamentos y descartables	11%
Honorarios y prácticas médicas	7%
Costos Fijos	
Costo de Personal (incluye cargas sociales)	32%
Honorarios Directores y médicos	17%
Resto de costos fijos (Incluye amortizaciones, honorarios administrativos, gastos administrativos, mantenimiento, impuestos y tasas, costo financiero)	33%
TOTAL DE COSTOS	100%

6. Aporte del sistema de información a la planificación de resultados.

Para lograr una planificación adecuada de los resultados es necesario que el sistema de información implementado suministre los datos que permitan:

- a) Determinar los costos fijos y variables de cada centro de producción y de servicio definido.
- b) Determinar los indicadores de costos relevantes al funcionamiento de la estructura sanatorial.
- c) Determinar el tipo de ingreso según la modalidad de contratación.
- d) Determinar el ingreso correspondiente a los distintos convenios efectuados con los entes financiadores.
- e) Determinar los tiempos promedios cobros y pagos.

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 EEUU²¹ 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 clínica que sea un centro de acumulación de costos.

En este orden de ideas, las empresas de salud pueden medir la rentabilidad de tres formas diferentes según las exigencias del contexto, por servicio prestado, por convenio realizado con los distintos entes financiadores y por modalidad de facturación.

6.1 Cálculo de la rentabilidad

La meta básica del gerenciamiento de la empresa es la búsqueda de resultados económicos positivos, sea apuntando al corto, como al largo plazo. Todo intento por mejorarlos debe ser consecuencia de una acción deliberada sobre las variables que la definen.

6.1.1 Cálculo de rentabilidad por servicio

6.1.1.1. Asignación de Ingresos por servicio

El sistema debe diferenciar los diferentes tipos de facturaciones que corresponden a los servicios. De esta forma encontramos que los ingresos se verán separados en tres líneas, la primera de ellas corresponde a la facturación por prestación, que no presenta inconvenientes ya que se imputa el ingreso a los distintos servicios.

La segunda línea corresponde a los convenios modulados. En este caso el sistema debe brindar la sumatoria de las prestaciones realizadas a cada paciente/modulo. A su vez el sistema debe ser parametrizado para valorar cada prestación fijada en el modulo a un importe representativo del mercado. Al dividir los valores totales de cada servicio sobre el valor del modulo surge el porcentaje de incidencia asignado a cada prestación dentro del modulo. De esta forma al multiplicar la incidencia por el valor del modulo alcanzamos el ingreso servicio prestado.

La tercera línea es el ingreso per cápita que continúa el mismo razonamiento que los ingresos por módulo.

6.1.1.2 Asignación de costos por servicios

La acumulación se producirá según la actividad asistencial. Se recuerda que la sectorización abarca los sectores de producción finales e intermedios y sectores de servicios generales.

Precisada la forma de acumulación, se deben definir las bases de prorrato de los costos que permitirán una fácil identificación e imputación.

Los criterios más utilizados a los fines del prorrato son consumo por sector, metros cúbicos por sector, bocas por sector, pacientes trasladados, consumos por dotación, kilos

²¹ Esta administración desmantela las instituciones residuales al estado de bienestar y promueve la desaparición de todo elemento de protección social.

de ropa por sector, horas laborales, horas medicas de atención, horas de dedicación al sector, paciente / días de cama ocupados, placas, estudios o exámenes por sector, etc

Determinada la base del prorrateo, el sistema debe permitir asignar los costos según la siguiente modalidad:

- 1) Asignación primaria: Contempla la asignación directa de los conceptos de costos en cada uno de los sectores.
- 2) Asignación secundaria: Contempla la asignación de los costos indirectos del sector de servicios generales a los centros de costos productivos.
- 3) Asignación terciaria: A diferencia de la asignación a un grupo de máquinas, encontramos la asignación de los sectores de producción intermedios a los sectores de producción finales que son los últimos prestadores de servicios antes que el paciente sea dado de alta.

6.1.2. Cálculo de rentabilidad por convenio

6.1.2.1 Asignación de ingresos por convenios

Los convenios están representados y cuantificados por los entes financiadores. En este caso el ingreso esta pactado anticipadamente y asumen distintas modalidades de facturación según la aversión al riesgo que poseen.

En consecuencia, el ingreso esta representado por el monto total pagado en el periodo de tiempo analizado por cada uno de los entes financiadores.

6.1.2.2 Asignación de costos por convenios

Los sectores de producción asumen la dualidad de centro de costo y de objeto del convenio, por ser representativos de las necesidades sociales, en este caso la diferencia con la asignación de costos por sector se origina solamente en los indicadores utilizados, siendo necesario asignar costos según las prestaciones efectivas realizadas en cada convenio, utilizando generalmente para ello los días de cama ocupados y las consultas realizadas dentro de cada convenio.

6.1.3 Cálculo de rentabilidad según la modalidad de facturación

6.1.3.1 Ingresos según modalidad de facturación

Este concepto se correlaciona al explicado anteriormente en el punto 5.1 "Mezcla de ingresos según modalidad".

6.1.3.2. Asignación de costos por modalidad de facturación

En este caso el cálculo comprenderá una segregación de los costos según modulo, capitas o prestación.

Los sistemas generalmente agrupan costos por servicios. Para asignarlos es necesario definir la "Tasa de uso", cuota que representa la cantidad de pacientes atendidos por las distintas modalidades de facturación.

Se obtiene la participación en el costo total, multiplicado este porcentaje por el costo de cada uno de los servicios y sumándolos según la modalidad evaluada.

Conclusión

A través de este trabajo se llegó a las siguientes conclusiones que pueden colaborar con el gerenciamiento de las empresas.

1) Las empresas de salud, en función de la estructura de costos presentada, la elevada inversión total y la alta participación relativa del capital inmovilizado presentan:

- Altos costos fijos de capacidad; ellos se originan, fundamentalmente en las mayores depreciaciones a que dará lugar su mayor magnitud de capital inmovilizado y también en los costos de mantenimiento del equipamiento médico y el sueldo de los profesional, personal técnico y administrativo.
- Son muy vulnerables ante la retracción en la demanda. Excepto cuando se trata de capitales que no dependen de la tasa de uso.
- Una caída de la demanda, si el precio de venta se mantiene constante, se manifiesta con una caída más que proporcional de la utilidad, por el efecto negativo de la estructura analizada.

2) Según los datos relevados, la mayoría de las empresas de salud no disponen de un sistema de información integrado entre la gestión sanatorial y el sistema contable. Debiendo en muchos casos duplicar tareas que son realizadas manualmente.

3) Es importante reconocer que es el mercado el que fija los precios de las prestaciones médicas y que en los sistemas de pago adoptados por los entes financiadores se intenta trasladar todo el riesgo a los prestadores como sucede con la capita. De aquí surge la necesidad de que la empresa disponga de información de la rentabilidad obtenida en cada uno de los convenios efectuados o tipos de modalidad de facturación adoptada por las obras sociales, para tener la alternativa de rechazar la propuesta si realmente los costos superan a los ingresos o si el riesgo asumido es desproporcional en función de la rentabilidad que se puede obtener.

Los prestadores suelen diferenciar la función de producción según la modalidad de contratación respondiendo, de alguna manera, a los condicionantes de la demanda, sin embargo no planifican acerca del comportamiento de las variables que componen los ingresos, como tampoco el impacto que la misma genera en la rentabilidad de la empresa. El presente trabajo describe la composición de las variables de la rentabilidad que deben ser tenidas en cuenta al momento de diseñar el sistema de información.

Bibliografía

ALVAREZ B, PELLISSE L. y LOBO F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE.

ARROW K. " La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. Información Comercial Española (Madrid), N° 574. Junio 1981, pp 47-63. Citado en Publicaciones ISALUD

BERENGUER, J. "Gestión de los servicios asistenciales" Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives.1994.Pág.290.

BOTTARO O.E. " El rendimiento de la inversión como parámetro de decisión ante alternativas excluyentes", Revista Nexos N° 2 , Volumen 2, Facultad de Cs. Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile, 1995.-

BOTTARO, O., Algo sobre cuanto se gana y rinde lo invertido. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Nacional de Profesores de costos. Rosario 2000.Pág.271

Decretos nacionales Nro 486/00 y 1210/03

Decreto provincial 7314/67

Diario Consultor de Salud N° 274. Pág.14

GINES GONZALEZ GARCIA-Ministro de Salud de la Nación-Declaraciones para Infosalud N°1000

HERRERO, Artells J.J. " Características del sector sanitario en países industrializados" .1994

MAMMONI, G. "Las entidades nucleadas en FECLIBA reclaman la emergencia asistencial" Diario Consultor de Salud N°271-1ra. Quincena julio 2001.

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

YARDIN, A. ¿ Prorrateso de costos indirectos fijos o análisis de evitabilidad? XXI Congreso Argentino de Profesores Universitario de Costo. Buenos Aires –Octubre 2002.