

Presentado en la XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional del Litoral. 19 y 20 de noviembre de 2014

## **Gestión de costos en entidades intermedias representativas de sanatorios y clínicas.**

Palabras clave: Salud-Pago por prestación-Costo del día cama

Eje Temático: Administración

Canale, Sandra [scanle@fce.unl.edu.ar](mailto:scanle@fce.unl.edu.ar);

Monteferrario, Mariano [mmonte@hotmail.com](mailto:mmonte@hotmail.com);

De Ponti, Héctor [hdeponti@hotmail.com](mailto:hdeponti@hotmail.com)

### **1.-Introducción**

Las entidades de salud que prestan servicios sanitarios con internación (hospitales y sanatorios), son organizaciones que cumplen un rol estratégico por su participación en la economía del país y la trascendencia social de su actividad, orientada a mantener, mejorar, preservar la salud y la calidad de vida de la población.

Para abordar su estudio es importante considerar que son instituciones complejas por la conjunción de una multiplicidad de factores, entre otros: la magnitud y variedad de pacientes atendidos, la diversidad de prácticas hospitalarias –dado que una misma patología puede ser resuelta por diferentes caminos de acuerdo al criterio diagnóstico de los especialistas médicos-, la cantidad y variedad de actividades desarrolladas para alcanzar su misión (Temes, Díaz y Parra, 1994; Corella, 1996).

Por su parte, también se debe advertir que el sector donde se desenvuelven tiene características muy específicas, las que repercuten en el comportamiento organizacional. Ya en la década del sesenta Arrow (1963) señalaba que los mercados vinculados al cuidado de la salud distan de la teoría económica convencional, destacando -entre otros factores-, la existencia de incertidumbre y asimetrías de información, circunstancias que derivan en la ausencia de información perfecta.

En relación a la asimetría de la información, la misma refiere a la diferencia en el grado de información que tienen los médicos respecto a los pacientes, lo que provoca una relación de agencia, ya que los pacientes -en virtud de su falta de información- delegan en los profesionales el poder de decidir cuál es el camino más adecuado para el diagnóstico y/o tratamiento de la patología por la cual realizan la consulta. Un problema central es que, los profesionales médicos son, al mismo tiempo los oferentes de los servicios sanitarios, lo que deriva en que la oferta tiene determinada capacidad para provocar o generar su propia demanda.

En cuanto a la incertidumbre, la misma está ligada, en primer lugar, a la circunstancia que el individuo no tiene certeza si se enfermará o no y de la gravedad de las dolencias que eventualmente puedan aquejarlo y en segunda instancia a la inseguridad respecto a la eficacia y efectividad del tratamiento. Esto último propicia el desarrollo de los mecanismos de seguro y con ellos el tercer agente o actor del sistema: el financiador o tercero pagador.

En las últimas décadas, en el mercado de la salud argentino ha emergido la presencia de un cuarto actor (Tobar, Rosenfeld y Reale, 1998), representado por las instituciones intermedias que nuclean a empresas del sector de prestaciones de salud (federaciones de clínicas, sanatorios y farmacias) y a profesionales. Entre otras actividades, establecen contratos con las aseguradoras, reciben recursos de estas últimas y se ocupan de reclutar y remunerar a los profesionales y organizaciones de servicios sanitarios. Así, el conocimiento de los costos prestacionales asume gran importancia a la hora de establecer las relaciones contractuales y los tarifas a fijar para las empresas que nuclea.

El objetivo de esta ponencia es reflexionar sobre los distintos modelos de costos de posible aplicación en organizaciones con internación, para luego exponer los resultados a los que se arribaron en torno a la modelización específica de la entidad intermedia Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la ciudad de Santa Fe.

## **2. Metodología de trabajo**

La investigación que se aborda en esta ponencia es de carácter descriptiva cuantitativa. En primer lugar se realizaron entrevistas con informantes clave de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, con el objetivo de conocer las modalidades de trabajo imperantes en las organizaciones que nuclea, los modos contractuales de uso más habitual con las obras sociales y prepagas, así como también para indagar sobre las necesidades y los usos específicos de la información de costos.

Para el establecimiento de las estructuras modelo, de los niveles de producción y costos se realizó un relevamiento entre todas las empresas pertenecientes a la Asociación mediante la aplicación de una encuesta. Respondieron la indagación siete entidades sanatoriales que representan el 60% de las encuestadas y el 70% de las camas habilitadas del sector privado.

## **3.-Descripción del sistema de salud Argentino y el rol de las entidades intermedias que nuclean a los prestadores**

Con la finalidad de caracterizar brevemente el sistema de la salud, se advierte que es un mercado claramente particular donde el paciente (cliente) no elige qué demandar y delega en los profesionales la decisión de su consumo. Al mismo tiempo contribuye al sistema con fondos a través de cuotas, aportes, contribuciones, etc., que son administrados por financiadoras, las cuales a su vez contratan a los prestadores o profesionales de la salud, con o sin asociaciones intermediarias.

El sistema de financiación de la salud de Argentina se caracteriza por una importante fragmentación. La misma puede definirse desde tres dimensiones: normativa, regulatoria y territorial. La primera dimensión, fragmentación normativa, se destaca en el hecho que,

a grandes trazos, el sistema opera bajo tres formas de aseguramiento, generándose la existencia de distintos subsistemas (Gonzalez García y Tobar, 1997):

- Subsistema de Seguro Social: incluye a beneficiarios vinculados, en el presente, al sistema laboral, los que aportan a una Obra Social y reciben cobertura para sí y su grupo familiar. En este grupo se incluye, también, a aquellos que desarrollaron actividades en su etapa activa y a su retiro reciben los beneficios de aseguramiento para población pasiva del INSSJP (a través de su Programa de Adultos Mayores Integrados PAMI) o sistemas de retiro específicos de algunas actividades. La fuente de financiamiento surge mayoritariamente de aportes del trabajador y contribuciones del empleador, calculados ambos, como un porcentaje de las retribuciones brutas.

- Subsistema Privado: agrupa a todos los beneficiarios que cuentan con capacidad propia de aporte y contratan un seguro voluntario de salud. Adhieren al mismo de manera intencional a través del pago de una cuota con la cual se financian las prestaciones de salud. Puede presentarse como complemento de los restantes subsistemas o constituirse en la única cobertura que dispone el individuo.

- Subsistema Público: que asegura a toda la comunidad, incluye a la población sin cobertura formal por no hallarse en relación de dependencia y no contar con recursos para contratar un seguro privado de salud. El estado en sus diversos niveles asegura el financiamiento de este grupo afectando recursos del presupuesto público. La comunidad en su conjunto a través del pago de impuestos financia estas prestaciones.

Por su parte, el sistema político federal de nuestro país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen –también– en la segmentación geográfica (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010), habida cuenta que son veinticuatro las jurisdiccionales provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública y brindando cobertura a los empleados públicos de cada provincia a través de las obras sociales provinciales.

Esta descentralización genera que cada provincia brinde los servicios de salud que le permite su capacidad presupuestaria. De este modo, exceptuando el financiamiento por parte de programas nacionales, el resto se relaciona con la capacidad contributiva de la población.

Puede observarse-entonces- que el mercado de la salud presenta una estructura compleja, con una multiplicidad de actores, cada uno de los cuales tiene sus objetivos particulares, los cuales no necesariamente son coincidentes entre sí. En este marco, las instituciones intermedias que nuclean a los prestadores ocupan un espacio muy importante, jugando un rol fundamental no sólo a la hora de las negociaciones con las financiadoras, sino también como agentes promotores para la mejora de la eficiencia del sistema, al generar acciones que promueven la investigación y la capacitación del conjunto de asociados en temáticas afines a sus incumbencias profesionales y en tópicos relacionados con la calidad y la gestión de los servicios sanitarios.

Estas entidades basan sus desarrollos en consideraciones de eficiencia: ahorros de costos en actividades administrativas, economías de escala en el uso de recursos, capacitación de los prestadores, etc.. Al mismo tiempo, la existencia de un padrón de

prestadores de la asociación genera beneficios a la sociedad, al reducir los costos de transacción, facilitar la contratación con los demandantes de servicios de salud y permitir un acceso más directo a un número más amplio de prestadores.

En el marco de sus funciones establecen contratos con las aseguradoras, reciben recursos de estas últimas y se ocupan de reclutar y remunerar a los profesionales y organizaciones de servicios sanitarios. Generalmente las obras sociales y prepagas usan un modelo de pago para las entidades intermedias y estas utilizan otros para remunerar a los profesionales y empresas que agrupan. El conocimiento de los costos prestacionales asume gran importancia a la hora de establecer las relaciones contractuales y los precios a aplicar.

Por su parte, en los últimos años, tanto en Argentina como a nivel mundial, se observa una problemática en relación al crecimiento de los costos del sector y a la necesidad de una adecuada contención de los mismos manteniendo niveles de calidad. De este modo, también resulta necesaria la gestión de los costos con una visión estratégica, con el objetivo de contar con información sustentable a la hora de tomar decisiones. Así, resulta relevante avanzar en modelos de costos de posible aplicación en las entidades abordadas.

#### 4-Resultados

Analizados los distintos modelos de costos de posible aplicación, se avanzó en la definición del sistema a adoptar para la Asociación. A partir del análisis del marco teórico surgió que los modelos de costos en salud se dividen entre los que apuntan a los productos intermedios y los que focalizan en los pacientes, sus patologías y los procesos necesarios para su atención.

Luego de realizar las entrevistas con los informantes clave, se detectó la existencia de una serie de limitantes para implementar un modelo de costos orientados a las tipologías de pacientes, entre las que se destacan dos circunstancias concurrentes: 1) las medidas tarifarias utilizadas por la entidad indagada se hallan vinculadas con productos intermedios, unidades de gastos y honorarios o valores de pensión y 2) el relevamiento de información en las empresas integrantes de la Asociación no adopta formatos por patologías o Grupos Relacionados por el Diagnóstico que requieren un tratamiento específico y con una casuística suficiente que permita inferir valores promedio con escaso desvío.

Por lo expuesto, si bien el objetivo final a los efectos de comparación de costos, medición de eficiencia productiva y análisis de calidad de servicios, debe ser la determinación de costos por grupos de pacientes o por patologías, se acordó trabajar sobre la base de costos de productos intermedios generados por las actividades productivas internación general, internación de cuidados intensivos, consultorios y quirófanos.

Con posterioridad a la definición del modelo bajo el cual se realizaría el trabajo, se planteó una segunda complejidad para el estudio, ya que las entidades agrupadas en la Asociación difieren en tamaño y en procesos productivos, por lo tanto se analizó que determinar un costo promedio para el conjunto no resultaría representativo. Distintas cuestiones, como escala productiva, organización de la atención médica, tecnología

asignada, mecanismos de gestión, servicios tercerizados, entre otras, generan diferencias en los costos del proceso.

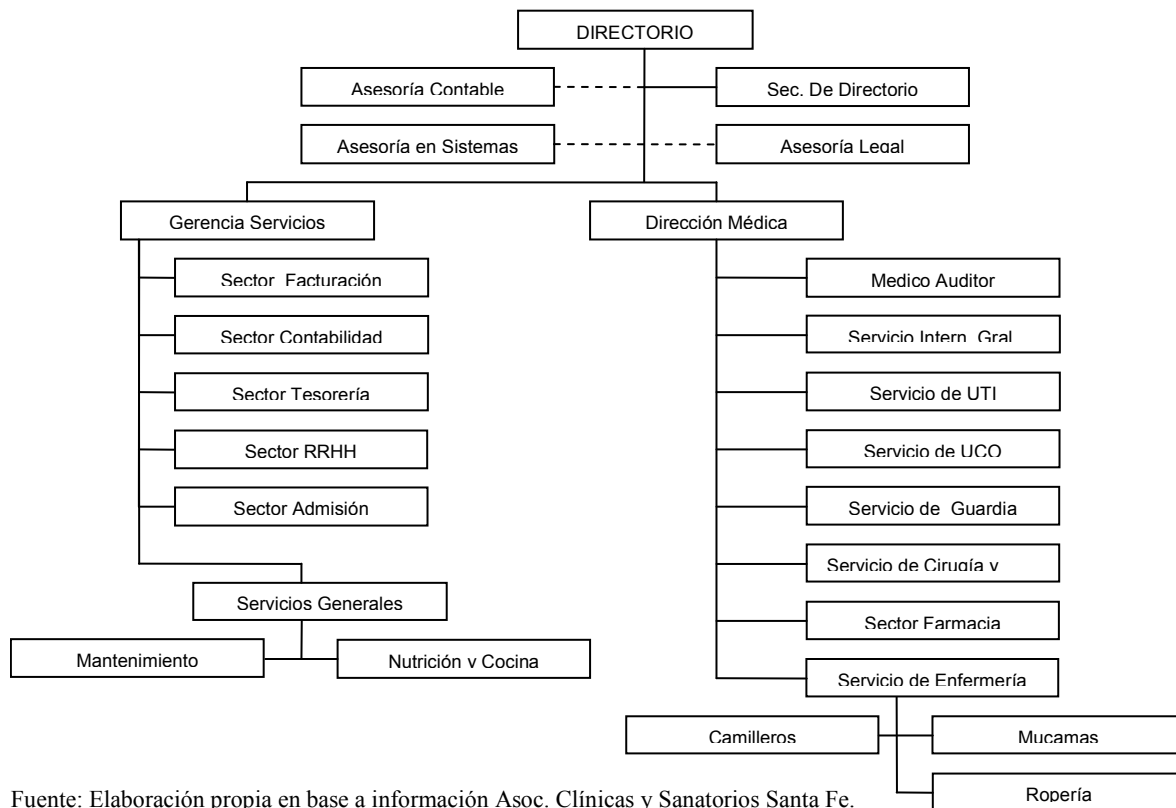
Para la determinación de los distintos tipos de organizaciones se relevó información sobre los siguientes aspectos:

- Estructura de funcionamiento (organigrama) Figura 3.
- Capacidad instalada (camas habilitadas Cuadro 1, personal Cuadro 3, infraestructura)
- Nivel de complejidad en la resolución de patologías (sectores de internación, equipamiento médico y de servicios generales).

El procesamiento de las respuestas permitió aglutinar a las entidades en dos grupos homogéneos, representativas del conjunto en cuanto a tamaño, actividades y mecánicas de contratación interna u organización de procesos. Por convención se las denominó Entidad Modelo Grande y Entidad Modelo Mediana. Dada la magnitud del trabajo realizado, en esta presentación se hace un recorte y se exponen los resultados obtenidos en la Entidad Grande.

Los sanatorios incluidos en este grupo cuentan con un organigrama tipo aproximado al siguiente:

**Figura 1. Organigrama estructura modelo**



Fuente: Elaboración propia en base a información Asoc. Clínicas y Sanatorios Santa Fe.

El recurso físico promedio de las instituciones integrantes de la Asociación para una Entidad Modelo Grande se expone en el Cuadro 1.

**Cuadro 1-Promedio oferta instalada. Determinación de Entidad Modelo GRANDE.**

Estructura Instalada	tipo de Internación		
	Adultos	Pediátricos	Total
Camas Habilitadas			
Internación General	71	3	<b>74</b>
Guardia	4		<b>4</b>
UTI	6		6
UCO	8		8
Neonatalogía		7	7
Total camas de complejidad	14	7	<b>21</b>
<b>Total Camas Habilitadas</b>	<b>89</b>	<b>10</b>	<b>99</b>
<b>Quirófanos</b>			<b>2</b>
<b>Sala de partos</b>			<b>1</b>
<b>Consultorios de Guardia</b>			<b>2</b>

Fuente: Elaboración Propia, según recopilación de datos de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Santa Fe.

En función del organigrama, de la dotación de recursos Humanos y de la capacidad física instalada, el nivel de producción promedio determinado para estas Entidades es el siguiente:

**Cuadro 2-Promedio de producción mensual, Sanatorios de Mediana y Alta Complejidad.**

**Determinación de producción de Entidad Modelo GRANDE.**

Indicadores	Producción Estimada
	<b>99C/2Q/1SP/2CG</b>
Egresos Mensuales	<b>528</b>
Egresos por cama	<b>5</b>
Internaciones clínicas (60%)*	<b>317</b>
Internaciones quirúrgicas (35%)*	<b>185</b>
internaciones obstétricas (5%)*	<b>26</b>
Consultas de guardia	<b>2600</b>

Fuente: Elaboración Propia, según recopilación de datos de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Santa Fe.

ref: C (camas); Q (quirófanos); CG (consultorio guardia); SP (sala de partos)

\* dato estimado

Finalmente, la estructura promedio en recursos humanos (composición y cantidad) se exponen en el cuadro 3.

**Cuadro 3-Determinación de las características y distribución del RRHH, según área y cantidad Entidad Modelo GRANDE**

Área	RRHH estimado Entidad Grande
Directorio	2
Secretaría de Directorio	1
Asesoría Legal	1
Asesoría Contable	1
Auditor	1
Gerencia Servicios Grales.	1
Facturación	6
Contabilidad	2
Tesorería	2
Asesoría en Sistemas	1
RRHH	2
Admisión	10
Nutrición y Cocina	10
Mantenimiento	5
Dirección Medica	1
Coord. Medica Piso	1
Médicos de Piso	6
Cabas de Piso	3
Enfermeras de Piso	25
Coord. Medica UTI	2
Médicos de UTI	9
Cabas de UTI	1
Enfermeras de UTI	9
Coord. Medica UCO	3
Médicos de UCO	7
Cabas de UCO	1
Enfermeras de UCO	11
Coord. Medica Círg.	1
Jefa de Quirófano	1
Enfermeras de Quirófano	11
Instrumentadoras Quirúrgicas	3
Coord. Medica Guardia	1
Médicos de Guardia	9
Enfermeras de Guardia	5
Farmacia	3
Supervisoras	2
Mucamas	40
Camilleros	3
Ropería	1
<b>Total</b>	<b>197</b>

**Fuente:** Elaboración Propia, según recopilación de datos de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Santa Fe.



Definida la estructura modelo, el paso siguiente consistió en diagramar una matriz centro-costo que posibilitara organizar la información contable relativa a los costos. Esta última se elaboró en función de un relevamiento contable realizado entre las distintas entidades y a información generada a partir del análisis de normativas y legislación vigente en la materia.

Para la elaboración de la matriz se definieron los centros de costos de las actividades involucradas en la generación de los productos a costear, los que fueron clasificados en:

- Finales: Internación General, UTI-UCO (Unidad de Terapia Intensiva/Unidad de Enfermedades Coronarias), Quirófano, Consultorios
- Servicios Específicos: Admisión, Farmacia, Nutrición y Cocina, Enfermería
- Servicios Generales: Contaduría, Personal, Tesorería, Facturación, Mantenimiento y Direcciones

Luego de determinar los centros de actividad, en primera instancia se consideró la necesidad de identificar los costos directos a cada uno de los centros de costos establecidos (materiales, mano de obra, amortización de equipamiento, etc.) y los consumos indirectos que hacen al sostenimiento de toda la estructura (alquiler, seguros, papelería, vigilancia, etc.).

Reconocidos los costos directos e indirectos y asignados los mismos según su clasificación, como paso subsiguiente se debe realizar el prorrateo de los costos en base a distribuciones periódicas, para concentrar la información en los centros finales y proceder al cálculo unitario de los productos definidos a priori. La metodología de trabajo propuesta denominada de costos en cascada puede sintetizarse de acuerdo al esquema que se ofrece en la figura 3.

Es importante resaltar que se recomendó considerar sólo aquellos conceptos de costos estrictamente relacionados con el proceso de elaboración de los productos objeto de este estudio -camas de piso y de área crítica, consultorio de guardia y funcionamiento de quirófano- ligados con unidades de facturación equivalentes.

De acuerdo a lo explicitado en el apartado anterior no deben incluirse devengamientos de insumos y productos intermedios que se facturan por separado, como por ejemplo fármacos, prácticas de laboratorio, diagnóstico por imágenes. Tampoco deben tenerse en cuenta costos vinculados con otras actividades desarrolladas por las entidades, como por ejemplo, administración y gestión de sistemas prepagos y administración de convenios capitados con obras sociales, ya que los mismos se hallan vinculados a otras unidades prestacionales no incluidas en el estudio.

En relación al recurso humano, tanto para la composición física como para la monetaria se contempló la información relevada en las entidades y los condicionamientos

imperantes en función de la legislación vigente (convenio colectivo de trabajo, actas acuerdos salariales, etc.).

El paso siguiente, consistió en desarrollar una metodología de costos en cascadas, donde a través de sucesivas distribuciones o prorratesos, los costos se concentran en los centros finales para proceder a obtener costos unitarios promedios para cada una de las medidas de producto establecidas.

## 5.-CONCLUSIONES

La determinación de costos en entidades con internación es una actividad compleja por la conjunción de una serie de factores entre los que podemos mencionar la multiplicidad de actividades desarrolladas dentro de la organización, la diversidad de pacientes atendidos y la variedad de tratamientos clínicos.

Existen distintas posiciones doctrinarias en relación al out-put final a costear. La doctrina más tradicional abona la idea de trabajar con productos intermedios, en tanto que los desarrollos más modernos propician o se inclinan por modelos orientados a las enfermedades o tipologías de pacientes.

El equipo de trabajo debió tomar una postura en este sentido y si bien reconoce que el último enfoque mencionado posibilita trabajar en una línea de gestión por procesos más rica que la visión funcional tradicional, una serie de limitaciones impidieron avanzar en ese sentido. A modo de ejemplo se menciona que la entidad que convocó la actividad cuya experiencia se transmite en este artículo, no cuenta con datos estadísticos que permitan medir casuística y no todas las patologías de hallan protocolizadas.

En consecuencia se optó por trabajar con la medición de productos intermedios. Cabe destacar que las medidas seleccionadas son utilizadas de modo importante por la Asociación como base tarifaria. Por su parte, costear estas medidas intermedias es un requisito previo para poder avanzar hacia la medición de las patologías o pacientes.

El estudio se centró en una Asociación que nuclea entidades sanatoriales distintas en cuanto a estructura y a modalidades operativas, cuestiones que repercuten de modo sustancial en los costos de las organizaciones. Es así que para la construcción del modelo se debió establecer distintos tipos de estructura normalizadas que sean representativas del conjunto heterogéneo y definir las modalidades operativas más habituales para los distintos procesos productivos.

En el Cuadro 3 se exponen los resultados de estructura y costos para las Entidades Grandes.

Cuadro 3.-Estructura y costos de funcionamiento Grupo 1

Estructura			Costo	
Item	Cantidad	Niv. de activ	Producto	\$
<b>Camas internación general</b>	<b>74</b>	<b>75%</b>	<b>Dia Cama</b>	<b>\$ 538,94</b>
<b>Camas UTI/UCO</b>	<b>14</b>	<b>75%</b>	<b>Dia Cama</b>	<b>\$ 1.436,14</b>
<b>Quirófanos</b>	<b>2</b>	<b>540 hs</b>	<b>Hora Quirófano</b>	<b>\$ 711,34</b>
<b>Consultorios de guardia</b>	<b>2</b>	<b>3100 cons</b>	<b>Consulta</b>	<b>\$ 58,83</b>

Fuente: Elaboración propia. Valores referenciales a Agosto 2012

Se destaca que la modelización propuesta posibilita mejorar las bases de datos de las organizaciones sanitarias, ya que los resultados alcanzados permiten la comparación entre empresas de esta Asociación con entidades similares que aplican la misma metodología de trabajo para la generación de información de costos. Asimismo, en forma periódica, se puede analizar la evolución de los costos de los distintos componentes de la estructura y su incidencia relativa en el conjunto.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arrow, K. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 1963, LIII (5), 942-973.
- Corella, J.M. (1996). *La Gestión de los Servicios Sanitarios*, Editorial Diaz de Santos, Madrid, España
- González García, G. y Tobar, F. (1997). "Más salud por el mismo dinero". Ediciones ISALUD, Buenos Aires, Argentina.
- Maceira, D.; Cejas, C. y Olaviaga, S. ¿Por qué apostar a los seguros provinciales de salud?, Documento de Políticas Públicas / Recomendación N° 76 CIPPEC, Buenos Aires, abril de 2010.
- Temes, J. L., Díaz, J. L. y Parra, B. (1994), *El coste por proceso hospitalario*. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, Madrid, España.
- Tobar, F., Rosenfeld, N. y Reale, A.(1998). Modelos de pago en servicios de salud. Cuadernos Médicos Sociales, 74, 39-52.