

**XXXI CONGRESO ARGENTINO DE PROFESORES
UNIVERSITARIOS DE COSTOS**

**COSTOS NORMALIZADOS EN
PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍAS**

AUTORES:

Diego Oscar Di Renzo - *Socio Activo – Univ. Nacional de Lujan*
Enrique Nicolás Cartier - *Socio Activo – Univ. de Buenos Aires*
Gregorio R. Coronel Troncoso - *Socio Activo – Univ. Nacional de Entre Ríos*

TUCUMAN, Septiembre de 2008

COSTOS NORMALIZADOS EN PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍAS

Índice

Resumen	pag. 2
Introducción	pag. 3
Descripción de los componentes del modelo general.	pag. 5
Modelos de desarrollo de actividades vinculadas con la “estructura empresa”.	pag. 10
Modelos de desarrollo de actividades de los “sectores de prestación” de servicios a los pacientes.	pag. 10
Modelos de desarrollo de actividades generadoras de “servicios a las patologías” en forma directa.	pag. 11
Modelos de desarrollo de actividades generadoras de “servicios a las patologías” en forma tercerizada.	pag. 11
Modelos resolución de patologías (clínicas y quirúrgicas).	pag. 12
Integración de los modelos físicos y vectores de precios de factores.	pag. 13
Definición de la “variable ingreso” de la ecuación de equilibrio. Tarifas.	pag. 14
Salidas vinculadas a la ecuación de equilibrio de las organizaciones.	pag. 15
Otros usos del modelo: Gestión de las unidades económicas individuales.	pag. 17
Comentarios finales a modo de conclusión	pag. 20
Bibliografía	pag. 21

Resumen

El presente trabajo expone la modelización de un conjunto de operaciones ejecutadas por unidades económicas dedicadas a brindar prestaciones sanitarias a un conjunto determinado de personas, en un espacio y momento definidos.

Muestra, por un lado, el conjunto de las actividades que, interrelacionadas de forma dinámica, conforman los procesos productivos generadores de soluciones de patologías. Por el otro, los recursos económicos demandados -en términos físicos y monetarios- por la ejecución de aquéllas, a fin de que el producto final sea la expresión monetaria de la cantidad de recursos necesarios que – imprescindiblemente- debe integrar la ecuación de equilibrio entre ingresos y costos para hacer sustentable en el tiempo el mantenimiento, crecimiento y mejoramiento de la performance de dichas unidades económicas.

Es, por tanto, la manifestación económico-financiera de una determinada Tecnología Sanitaria (TS) puesta en funcionamiento. Este último concepto incluye los medicamentos, aparatología, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la asistencia sanitaria.

Esta herramienta, con respaldo informático, ha sido preparada para satisfacer, en principio, las necesidades de información de los prestadores de servicios sanitarios privados relacionados con el modelo, sin perjuicio de lo cual también puede servir al conjunto de actores del sistema de prestaciones médico-asistenciales para la toma de sus decisiones, en tanto provee de datos suficientes y ordenados sistémicamente para que cada uno de ellos los tenga en consideración al momento de formular sus políticas y objetivos.

Introducción

Es conocido que los financiadores del sistema de salud (sean éstos entes públicos, privados o mixtos) pretenden equilibrar la mejor calidad prestacional con la mínima asignación de fondos para abonar los servicios sanitarios. Por otro lado, es obvio, el equilibrio de los prestadores es aquel que conjuga una adecuada respuesta a la demanda de soluciones de patologías con un nivel de ingresos, resultantes de su operatividad, suficiente para recuperar los recursos económicos consumidos; junto con la justa retribución del capital invertido.

Quienes tienen facultades de dictar normas regulatorias, para fundamentar las normativas que emitan, no pueden ignorar que la sustentabilidad del sistema de salud –o al menos de una de sus partes- depende de la verificación de aquel equilibrio.

Es unánimemente aceptado que la modelización y la simulación son métodos que la doctrina en general reconoce como vía de Evaluación de la Tecnología Sanitaria (ETS), con lo cual la propuesta que se formula en esta ponencia importa un elemento de utilidad para los fines antes enunciados.

Es importante señalar que los procesos productivos que dan origen a las actividades cuyos requerimientos se exponen y evalúan en los modelos presentados, deberán cumplir con los principios básicos de seguridad, eficacia, efectividad, utilidad y eficiencia de un moderno sistema de prestaciones sanitarias, como así también contemplar los condicionamientos exógenos de la función de producción de salud, tales como los determinantes distales (nivel de renta, cultura, empleo o desarrollo educativo), los factores proximales (condicionantes genéticos, riesgos medioambientales o conductas poco saludables) y los estados de riesgo (obesidad, hipertensión, diabetes o desnutrición).

El trabajo está puntualmente referido a un área geográfica de la República Argentina, a raíz de lo cual es pertinente mencionar algunos aspectos del funcionamiento de las empresas de salud, y del sistema todo, en tal ámbito.

Respecto del primer punto, y seguramente al igual que en el resto de Latinoamérica, en Argentina hacia fines de la década pasada, las prestadoras de servicios sanitarios –en particular las de niveles medianos y pequeños- no tenían implementado sistemas de gestión que reflejaran el posicionamiento económico-financiero resultante de su operatoria (salvedad hecha de los Estados Contables de ejercicio y algunas recopilaciones especiales, tales como el movimiento financiero, los niveles de ingresos por facturación, las estadísticas médicas y ciertos cálculos asistemáticos de costos).

Con relación al punto del funcionamiento del sistema, cabe mencionar que en la última década del siglo pasado y en la etapa posterior a la crisis económica ocurrida en finales del año 2001, existieron hechos relevantes que modificaron el cuadro del sistema de salud en la República Argentina.

Sobre comienzos de los años 90, y también por sus finales, se legislaron cambios estructurales muy significativos que, por el lado de la oferta, dieron lugar a la incorporación al sistema de nuevos actores que, con su desempeño, produjeron modificaciones en las relaciones entre financiadores y proveedores de servicios de atención médica. Adicionalmente, y por el lado de la demanda, se verificó un cambio

encaminado a lograr la libertad casi total de afiliaciones, que impactó en la tradicional exclusividad de que gozaban principalmente las Obras Sociales Sindicales.

Como consecuencia de esto, hubieron cambios en la estructuración de las prácticas médicas que significó un hito que marcó un antes y un después en las formas organizativas. Ante el nuevo escenario, los operadores tomaron posiciones ya sea de participantes activos de ese proceso (con las reorganizaciones que ello involucraba), o bien de espectadores de la emergencia, poniendo en práctica estrategias adaptativas a un escenario relativamente adverso.

De ese modo se verificaron estrategias ofensivas o defensivas que, en cualquier caso, delataron la imprescindible necesidad de reformular los sistemas de información para decidir; ya que no solamente debía atenderse el frente interno específico de la unidad económica prestadora, sino también analizar el comportamiento del resto de los operadores que podían tener intereses (o problemas) iguales, similares o contradictorios.

En general, la vigencia de una mayor intervención de financiadores, que adoptaron formas de integración vertical y/u horizontal, provocó una concentración de la intermediación que dejó a los prestadores de menor tamaño en una situación de debilidad en su posicionamiento al momento de negociar el valor y calidad de las prestaciones.

A este panorama se agregó un proceso recesivo iniciado en el año 1998 que provocó aumento del desempleo, menor volumen de fondos para financiar salud y la derivación natural de empresas sanitarias con graves dificultades económicas. Esta circunstancia afianzó la necesidad de contar con información de Gestión más amplia y en línea con objetivos de permanencia o supervivencia de cada empresa.

Para el año 2002 la situación general de las empresas de Salud en Argentina era tan crítica que motivó que el Gobierno dictara una Ley de Emergencia Sanitaria, intentando preservar los institutos que seguían operando para que prestaran la asistencia mínima necesaria a la población demandante.

A partir de aquí se ha producido un fenómeno particular: el crecimiento de la economía ha sido extraordinario con niveles del 8/9% anual, el desempleo que estaba por encima del 20% de la PEA cayó a menos de la mitad y los empleados registrados tuvieron una recuperación de sus ingresos, en algunos casos, por encima de la evolución de la inflación.

Pese a este positivo cambio en la situación general, las empresas prestadoras de servicios de salud no han tenido el beneficio consecuente. El último informe publicado por una de las entidades gremiales de prestadores (Asociación de Clínicas de la República Argentina- ADECRA), correspondiente al año 2006 muestra que, tomando como base (100) el mes de Diciembre de 2001, el "costo teórico" (que incluye un consumo de recursos económicos de igual calidad y cantidad que los del año base para las operaciones observadas) creció hasta un indicador de 218. El denominado "costo efectivo" (que incluye un consumo de recursos económicos compatible con un nivel de supervivencia de las empresas conforme a los ingresos que se perciben) se incrementó hasta 162.

En igual período, los precios de las prestaciones partiendo de la base 100 alcanzaron un indicador de 157. Al momento del informe, en suma, el retraso en los ingresos era del 39% respecto de la evolución de los "costos teóricos".

Este desvío, que al día de hoy no se han corregido debidamente, han acentuado la necesidad de las organizaciones de contar con una información de Gestión que posibilite un proceso de toma de decisiones de mayor calidad y, fundamentalmente, de discusión de sus tarifas sobre bases de racionalidad que contemple el valor de la sustentabilidad de las mismas.

En ese contexto fue requerida profesionalmente la tarea cuyo resultado sucintamente presentamos, exponiendo los siguientes aspectos:

1. Descripción de los componentes del modelo general.
2. Modelos de desarrollo de actividades vinculadas con la “estructura empresa”.
3. Modelos de desarrollo de actividades de los “sectores de prestación” de servicios a los pacientes.
4. Modelos de desarrollo de actividades generadoras de “servicios a las patologías” en forma directa.
5. Modelos de desarrollo de actividades generadoras de “servicios a las patologías” en forma tercerizada.
6. Modelos resolución de patologías (clínicas y quirúrgicas).
7. Integración de los modelos físicos y vectores de precios de factores.
8. Definición de la “variable ingreso” de la ecuación de equilibrio. Tarifas.
9. Salidas vinculadas a la ecuación de equilibrio de las organizaciones.
10. Otros usos del modelo: Gestión de las unidades económicas individuales.

Descripción de los componentes del modelo general

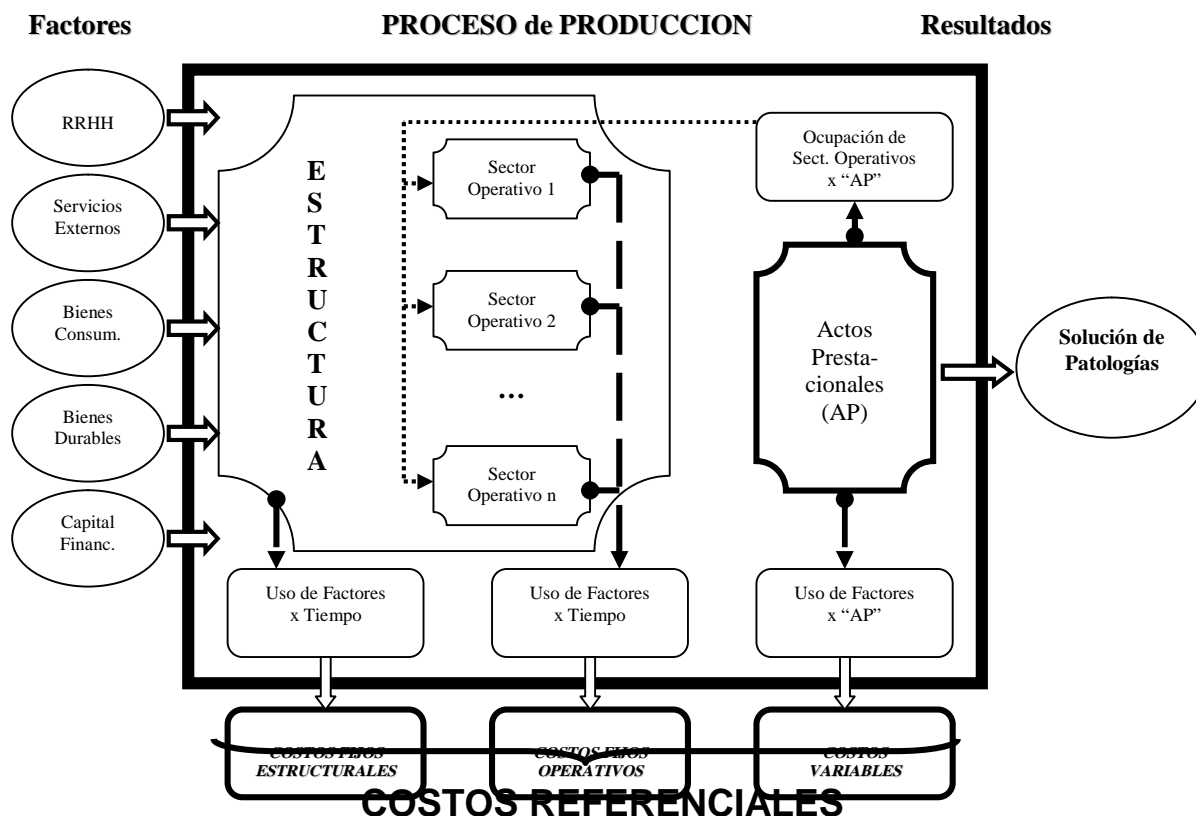
En términos generales, el proyecto apuntó a la definición de modelos representativos de las formas de empleo de diversos factores o recursos económicos necesarios para el desarrollo de las actividades propias de los prestadores de servicios de salud.

Estos modelos pretendieron describir las situaciones “modales” de las instituciones de un determinado universo bajo estudio, utilizando como “unidad de análisis” (módulo) las actividades propias vinculadas a cada complejidad o patología y a las distintas unidades funcionales y de estructura implicadas en su solución, reconociendo en cada caso la diversidad de escalas.

Los modelos buscaron entregar información “física” sobre los factores de empleo necesario para desarrollar las actividades conforme a distintos grados de ocupación. La información sobre los **COSTOS REFERENCIALES** surgen al vincular dichas cuantías “físicas” de factores con las “bases de precios” correspondientes.

Se asumió el criterio de que el “proceso de producción” global persigue como “resultados” la solución de patologías y que estos resultados se obtienen a través de “*actos prestacionales*” (AP) puntuales.

Tales AP, por un lado, consumen factores en forma directa y, por otro, son demandantes de servicios prestados por diversos “*sectores operativos*” (SO). Los “costos referenciales” pretenden ser la expresión de la función de producción implicada en la resolución de un conjunto de patologías en determinadas situaciones de tiempo y espacio.



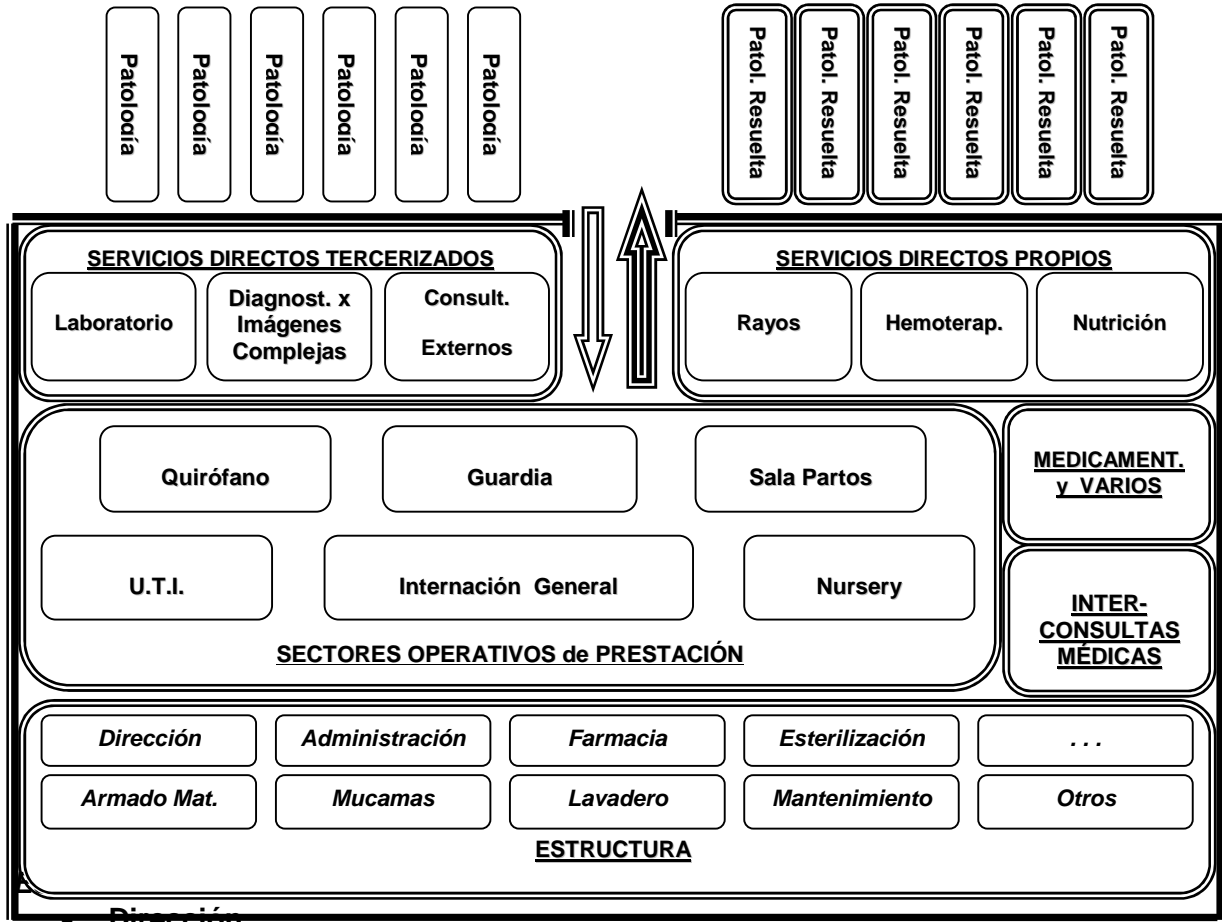
Los *Sectores Operativos* deben estar disponibles a efectos de viabilizar el desarrollo de los AP cuando la atención de las patologías lo requiera. En consecuencia, el consumo de factores de estos SO -en general- no está necesariamente en relación con la intensidad de su utilización (no obstante a que su dimensión y características esté en línea con la intensidad de utilización adecuadamente proyectada de AP.).

Finalmente, los *Sectores Operativos* se encuentran contenidos en una *Estructura* empresaria la que, obviamente, consume factores y también lo hace con independencia del grado de actividad global que se desarrolle, en lo relativo a la demanda de soluciones de patología.

Tanto los "*Actos Prestacionales*", los "*Sectores Operativos*" y la "*Estructura*" consumen factores de diversa naturaleza (recursos humanos, servicios externos, bienes consumibles, bienes durables, capital financiero) generando -eventualmente- "costos variables", "costos fijos operativos" y "costos fijos estructurales". La cuantía de los primeros está, obviamente, asociada a la cantidad de AP desarrollados y la cuantía de los dos últimos mayoritariamente vinculada al mantenimiento en el tiempo de la decisión de permanencia en la actividad por parte del ente.

La aplicación de esta lógica a cada uno de los modelos definidos permite obtener los "costos referenciales" que deberían ser atendidos con el flujo de los ingresos generados por la prestación de los servicios.

A partir de las características de las instituciones a la que se refirió el estudio, y admitiendo que otros universos hubieran merecido otras definiciones, las actividades contempladas como desarrolladas dentro de la *estructura* y de los diversos *sectores operativos* fueron:



- **Dirección**
- **Administración**
- **Farmacia**
- **Esterilización**
- **Armado de Materiales**
- **Mucamas**
- **Lavadero**
- **Mantenimiento**
- **Otros**

SECT. OPER. DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A PACIENTES DE PATOLOGÍAS.

- **Internación General**
- **Unidad de Terapia Intensiva**
- **Quirófano**
- **Sala de Partos**
- **Guardia General**
- **Nursery**

SECT. OPER. GENERADORES DE SERVICIOS A PATOLOGÍAS - DIRECTOS.

- **Radiología**
- **Nutrición**
- **Hemoterapia**

SECT. OPER. GENERADORES DE SERVICIOS A LAS PATOLOGÍAS - TERCERIZADOS.

- **Laboratorio**
- **Diagnóstico por Imágenes Complejas**

- Consultorios Externos

OTROS FACTORES VARIABLES

Además de requerir servicios que los distintos sectores operativos, para la resolución de las distintas patologías, adicionalmente se consumen recursos o factores variables, tales como: medicamentos, descartables, interconsultas médicas, etc..

En todos los casos el esquema pretende explicar el consumo de recursos en forma desagregada por su naturaleza, a saber: Recursos humanos; Bienes durables; Bienes consumibles; Servicios externos y Capital financiero.

Tanto para los sectores operativos (de prestación, de servicios directos y de servicios tercerizados) como para la estructura, lo hace con un esquema general que se ilustra el siguiente cuadro (referido a un sector operativo de prestación: Unidad de Terapia Intensiva):

SECTORES OPERATIVOS DE PRESTACION DE SERVICIOS									
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA - ESCALA I									
RECURSOS HUMANOS				SERVICIOS EXTERNOS					
Categoría	Total Dotación	Costo Empr./mes	Total RRHH	Concepto	Cant. insumo	Unidad	Variable Monet.	Costo Mensual	
Director Médico		\$ 6.750	\$ -	Energía Eléctrica	1500 kW/mes		\$ 0,158	\$ 237	
Médico A		\$ 4.050	\$ -	Gas	800 m3./mes		\$ 0,152	\$ 122	
Médico B		\$ 3.375	\$ -	Telefonía	2000 min.mix/mes		\$ 0,113	\$ 227	
Médico C		\$ 2.700	\$ -						Subtotal \$ 586
Cabo Cirugía/Instr./Obst.	1	\$ 1.848	\$ 1.848	Otros		Factor	20%	\$ 117	s/Subtotal \$ 703
Cabo de Piso		\$ 1.816	\$ -						
Enferm.de Cirugia/Esteril.	3	\$ 1.767	\$ 5.301						
Enferm.de Piso		\$ 1.719	\$ -						
Resp.Sector Técnico		\$ 3.375	\$ -						
Auxiliar Técnico		\$ 1.767	\$ -	Repuestos	s/ Bs. Durables	\$ 633.207	3,0% año	\$ 1.583	
Gerente		\$ 5.400	\$ -	Otros	s/ Remuerac.	\$ 8.676	5,0% mes	\$ 434	
Resp.Sector Administr.		\$ 2.700	\$ -						Costo Mensual \$ 2.017
Auxiliar de 1ra.		\$ 1.627	\$ -						
Mucama Cirugía	1	\$ 1.527	\$ 1.527						
Mucama de Piso		\$ 1.454	\$ -						
Personal Lavadero/Rop.		\$ 1.462	\$ -	Immovilización Bienes Inmuebles				\$ 504.000	
Cocineras		\$ 1.671	\$ -	Immovilización Bienes Muebles				\$ 129.207	
Personal Mantenimiento		\$ 1.671	\$ -	Total				\$ 633.207	
	5		\$ 8.676	Tasa				5,0%	
				Costo Mensual				\$ 2.638	
BIENES DURABLES				Valor Terreno	Valor Constr.Esp.	Valor Constr.Gral	Inversión Total Bs.Durables	Deprec. Mensual Construc.	
Inmuebles	Espacio Físico Ocupado			\$ 1.000	\$ 5.000	\$ 2.000			
Sala	72	m2.	E	\$ 72.000	\$ 360.000	\$ -	\$ 432.000	\$ 1.200	
	-	m2.	G	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
	72								
Superf.Comunes	33%	24	m2.	\$ 24.000	\$ -	\$ 48.000	\$ 72.000	\$ 80	
Superficie Total		96	m2.				\$ 504.000	\$ 1.280	
Equipamiento				Valores Unitarios	Total Equipam.	Depreciac. Unit.Mens.	Depreciac. Mensual		
Descripción	Cantidad								
Central Monitoreo	1			\$ 8.537	\$ 8.537	\$ 71	\$ 71		
Monitores Multiparamétricos	2			\$ 10.500	\$ 21.000	\$ 88	\$ 175		
Monitores de ECG	2			\$ 8.000	\$ 16.000	\$ 67	\$ 133		
Respiradores	2			\$ 30.000	\$ 60.000	\$ 250	\$ 500		
ECG	1			\$ 2.000	\$ 2.000	\$ 16	\$ 16		
Oxímetro de pulso (saturómetro)	1			\$ 1.000	\$ 1.000	\$ 8	\$ 8		
.....		
.....		
Camas articuladas	4			\$ 1.000	\$ 4.000	\$ 4	\$ 17		
Nebulizador	1			\$ 165	\$ 165	\$ 1	\$ 1		
Circuito CPAP	1			\$ 500	\$ 500	\$ 4	\$ 4		
Colchón antiescara	2			\$ 1.000	\$ 2.000	\$ 8	\$ 16		
Monitor PIC	1			\$ 2.000	\$ 2.000	\$ 16	\$ 16		
					\$ 128.157		\$ 1.034		
Muebles Sector	Pack's Escritorio	Pack's Informático	Pack's Cocina	Pack's Lavadero	Pack's Mantenim.	Pack's Esterilizado	Estanterías	Carros	Caja Fuerte
Sala	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Valores Unitarios	\$ 750	\$ 5.200	\$ 19.800	\$ 5.900	\$ 19.000	\$ -	\$ 300	\$ 1.000	\$ 1.000
Inversión	\$ 750	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 300	\$ -	\$ -
Deprec.Unit.Mensual	\$ 6	\$ 87	\$ 207	\$ 49	\$ 156	\$ -	\$ 3	\$ 17	\$ 4
Depreciac. Mensual	\$ 6	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 3	\$ -	\$ -

Sobre los factores considerados en el esquema, en general, cabe mencionar:

- **Recursos Humanos**

Incluye profesionales, técnicos y empíricos de distintas categorías, teniendo en cuenta las disposiciones legales y las particularidades que la actividad requiere (médicos, enfermeras, hemoterapistas, mucamas, etc.); remunerados según las escalas respectivas con el agregado de las cargas sociales correspondientes y/u honorarios pactados, cuando así se verifique.

- **Bienes Durables**

Integrado por los Bienes de Uso (sean inmuebles, muebles o equipamiento) necesarios para desarrollar las actividades de los diversos sectores operativos y de estructura.

- **Bienes Consumibles**

Referido a bienes materiales de diversas características (limpieza, papelería, repuestos, etc.). Por la escasa significación individual, salvo el caso de los medicamentos y descartables (variables) se calcularon a través de “factores” referenciados a otros valores calculados en forma específica (valor de bienes durables, remuneraciones al personal, etc.).

- **Servicios Externos**

Para los principales y más representativos (luz, gas, teléfono) se estableció un promedio de consumo físico (de la unidad en la que se mide cada uno) por el valor unitario de facturación. Para el resto de los servicios menos significativos, se utilizaron “factores” referenciados a valor del consumo total de los tres servicios básicos principales.

- **Capital Financiero**

Corresponde a la retribución por la inmovilización de capital, cualquiera sea su origen (propio o de terceros), afectado a los bienes durables modelizados (bienes muebles e inmuebles), efectuada a través de una tasa de mínimo riesgo.

La particularidad a tener en cuenta aparece en los Bienes Durables de los Sectores *Operativos* de Prestación y en los Directos Propios donde se incorpora y describe el equipamiento técnico y científico indispensable para el desarrollo de sus actividades propias.

En los modelos de Servicios Directos Tercerizados solamente se tienen en cuenta los Bienes Durables y el Capital Financiero ya que la modalidad habitual es el alquiler de una parte del espacio físico a otra empresa que explota el servicio.

En todos los casos se considera el consumo de cantidades físicas de cada factor que se valorizan por medio de una Base de Precios que contiene los componentes monetarios de cada factor:

- Remuneraciones RR. HH.
- Precios de los Bienes Durables
- Precios de los Bienes Consumibles
- Precios de medicamentos, descartables y varios
- Tarifas de los servicios externos
- Tasa de interés del Capital

Se ha creído oportuno realizar unas breves consideraciones sobre las particularidades de cada uno de los siguientes tipos de modelos de desarrollo de actividades:

- vinculadas con la “estructura empresa”.

- vinculadas con los “sectores de prestación” de servicios a los pacientes.
- vinculadas con los “servicios a las patologías” en forma directa.
- vinculadas con los “servicios a las patologías” en forma tercerizada.

Modelos de desarrollo de actividades vinculadas con la “estructura empresa”

Las características de las clínicas que son parte del trabajo en cuanto a la complejidad de las patologías que se pueden resolver en ellas y el número de camas ofertadas atendiendo a la cantidad de pacientes esperados llevó a definir 3 escalas, a saber: Grande, Mediana y Pequeña.

Se observó que la mayoría de los sectores resultan ser comunes a todos los tamaños pero dentro de cada uno hay particularidades relacionadas con lo que denominamos la “Estructura Empresa”.

Esta estructura está formada por aquellos sectores que existen en la institución sanatorial integrando las actividades de soporte al conjunto de los sectores operativos y cuya operatividad, si bien proyectada en consonancia con la actividad principal a desarrollar, funciona con independencia del nivel de actividad que se alcance en esta última.

Hay sectores típicos de toda empresa (Administración, Mantenimiento) y otros propios de la actividad (Farmacia, Esterilización, Mucamas, etc.). En las distintas escalas analizadas se refleja como varía la cantidad de factores que se utilizan para el desarrollo del negocio.

Para muchos de estos sectores existen normativas legales que obligan a mantener estructuras mínimas de funcionamiento en Recursos Humanos o Bienes Durables y formas concretas de trabajo (ej. Hemoterapia, Esterilización).

Todos los sectores que forman esta estructura consumen factores fijos por período de tiempo (mes/año).

Modelos de desarrollo de actividades de los “sectores de prestación” de servicios a los pacientes.

Son aquellos sectores que están directamente relacionados con la resolución de las patologías. Es la estructura disponible para desarrollar las actividades que la solución de la patología requiere y donde, necesariamente, concurre el paciente para estos fines.

Cada patología requiere los servicios de uno o varios de estos sectores. Se definió un estándar de uso de cada uno por patología representada en el modelo. La unidad de medida común es el tiempo (horas) que se demanda en cada caso.

Fueron definidas distintas escalas por sector según las características de cada uno y lo que se utiliza de ellos ante el requerimiento concreto para la resolución de cada patología. Por ejemplo, existen clínicas con dos o tres quirófanos, Unidades de Terapia Intensiva con más o menos camas, etc..

También en estos sectores hay requerimientos mínimos marcados por estamentos legales que fueron tenidos en cuenta. La cantidad de personal de enfermería por camas habilitadas para internación es un ejemplo de esto.

Todos los sectores que forman este modelo consumen factores fijos por período.

El tiempo total que trabaja cada sector por período (mes, año, etc.), derivado de la cantidad de Actos Prestacionales atendidos, referenciado a los tiempos teóricos disponibles es determinante del grado de ociosidad de cada uno de los sectores.

La medición de los tiempos de uso que de cada sector realizan las distintas patologías, posibilita la vinculación de una porción de los costos de los sectores de prestación con cada patología.

Modelos de desarrollo de actividades generadoras de “servicios a las patologías” en forma directa.

Son sectores que si bien prestan un servicio imprescindible concurrente para la solución de la patología, en tanto sirven para orientar las operaciones destinadas a obtener el mejor producto final al paciente, resultan ser de apoyo a la actividad principal de la institución.

Por las características de estos sectores puede darse el caso que se trabajen como propios de la clínica o de manera tercerizada. Se buscó agrupar como propios a los que el grupo analizado así lo marcaba mayoritariamente. En el modelo general se estableció que los sectores fueran Radiología, Hemoterapia y Nutrición, aunque eventualmente otro podría ser su tratamiento.

Como cada patología fue normalizada a través de una protocolización, en ellas se estableció la demanda de ciertas cantidades físicas de estos servicios.

En principio, consumen los mismos factores fijos que los demás servicios, pero con la particularidad de que cada unidad del servicio específico que de ellos deriva (placa radiográfica, ración de alimentos, transfusión, etc.) también genera sacrificio de bienes consumibles que resultan ser costos variables. Estos consumos y sus costos unitarios derivados fueron modelizados por cuerda separada.

Para los costos fijos se utilizó el mismo criterio que en los “Sectores de Prestación” utilizando tasas de uso medidas en tiempo (horas) para definir la utilización de la capacidad teórica por cada Patología.

Modelos de desarrollo de actividades generadoras de “servicios a las patologías” en forma tercerizada.

Los sectores modelizados como prestados en forma “tercerizada” responden a la realidad habitual en el universo analizado. Sin embargo, bien podría ser que se trabajen como sectores de explotación propia. De ser así se incorporarían a grupo de los mencionados anteriormente como “en forma directa”.

Los sectores son: Laboratorio de Análisis Clínicos, Diagnóstico por Imágenes Complejas (Tomografía, Resonancia Magnética, Cámara Gamma) y Consultorios Externos.

En todos los casos la particularidad es que la clínica cede un espacio físico donde otra empresa explota el servicio. Por lo tanto los factores (fijos) cuyo consumo fue modelizado corresponden, en principio, solamente a:

- Bienes Durables (por espacio cedido), y
- Capital Financiero (por la inmovilización de capital correspondiente)

En el caso que el contrato que vincula a las empresas así lo especifique, deberá agregarse algún servicio externo (ej. luz, gas, etc.) o interno (ej. limpieza, vigilancia, etc.), que estuviera a cargo de la institución.

También se deberá contemplar si como parte del alquiler se cuenta la prestación de una cantidad de estos servicios de forma gratuita a pacientes internados a la hora de cargar el costo de éstos a cada patología.

Modelos resolución de patologías (clínicas y quirúrgicas)

Los *Actos Prestacionales* para la solución de las patologías –tanto clínicas como quirúrgicas- son modelizados conforme al esquema que se inserta más abajo (referido a una patología clínica: Neumonía).

Como puede advertirse, por un lado se describen las cantidades de Bienes Consumibles (Medicamentos y Varios), Servicios Directos (Propios y Tercerizados) e Interconsultas médicas requeridas para solución de las patologías. La integración de todos sus valores definen el “costo variable” de la resolución de la patología.

Por otro lado, se computa la intensidad de uso de los Sectores Operativos de Prestación y de los Servicios Directos Propios (medida en términos de “tiempo de uso” de cada uno de ellos implicado en la resolución de la patología). Este dato es funcional a la determinación del grado de ociosidad (%) implícito del modelo, aspecto fuertemente relevante en las discusiones sobre la determinación de tarifas en los servicios de salud.

Para el funcionamiento del sistema se modelizaron una cantidad de patologías clínicas y quirúrgicas que estadísticamente resulten representativas de la actividad sanatorial de un período.

La definición de que tipo de patologías son atendidas por las clínicas y la cantidad de pacientes atendidos se convierten en el eje del sistema ya que esto marca las cantidades de insumos necesarios y el grado de uso de los sectores por período; los costos necesarios y los ingresos correspondientes generados por la actividad principal.

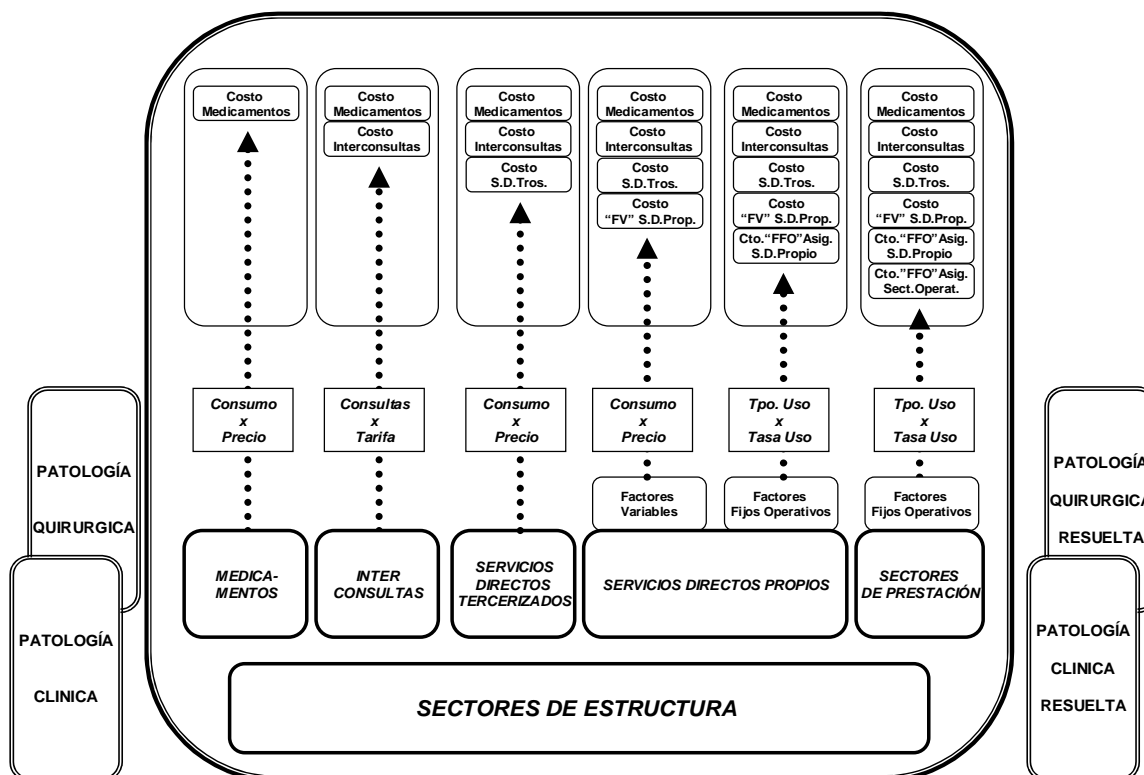
La resolución de esa patología se estandarizó en un protocolo en el que se estableció el conjunto de actividades requeridas por el proceso cuyo objetivo es la obtención de aquel producto final, junto a un promedio de los factores que consumen las mismas quedando determinado el consumo total de factores demandados: (de) medicamentos, descartables, Interconsultas médicas y otros insumos requeridos a los servicios directos tercerizados (costos variables) y el uso de los sectores de prestación y de los sectores directos propios (costos fijos directos) en cada patología.

No se tuvo en cuenta para el costo de cada patología los costos fijos de los Sectores de Estructura que se consideran para el Resultado Económico como un total por período.

Patología:	C 12 - NEUMONIA							
Tipo:	Clínica							
Descripción:	Episodio Normal							
Medicamentos y Vs.:	Específico	Unidad	Cantidad	Precio	\$ 307,27			
<i>Medicamentos</i>					\$ 190,90			
ATB	AMINOXIDIN SULBACTAM IM/IV 1.5	Ampolla	31	\$ 3,79	\$ 117,49			
Analgésico	ARTIFENE AMP X 5 ML	Ampolla	11	\$ 0,49	\$ 5,41			
Anticoagulante antitrombótico	CRONEPARINA SYNTEX-7500UI Amp-0.3 ML	Ampolla	12	\$ 4,46	\$ 53,52			
Antimicótico	MICOSTATIN ORAL SUS 60	Ampolla	2	\$ 5,98	\$ 11,96			
Antifebril	NOVALGINA 2 ML AMP	Ampolla	3	\$ 0,84	\$ 2,52			
<i>Varios</i>					\$ 116,36			
Suero	SOLUC DESTROSA 5% X 500	Unidad	9	\$ 2,22	\$ 19,98			
Suero	SOL.FIS.CLOR.SODIO X 100 ML	Unidad	31	\$ 1,76	\$ 54,68			
Guia	V-13 VERSASET P/SOL/AGUJA	Unidad	25	\$ 1,38	\$ 34,50			
Aguja	ABBOCATH Nº 20	Unidad	5	\$ 1,44	\$ 7,20			
Servicios Tercerizados:	Descripción	Cantidad	Tarifa	\$ 628,83				
<i>Laboratorio</i>				\$ 295,00				
	Análisis Rutina		5	\$ 47,00	\$ 235,00			
	Análisis con Bacteriología		1	\$ 60,00	\$ 60,00			
<i>Diag. por Imag.Complejas</i>				\$ 333,83				
	TAC de Torax		1	\$ 333,83	\$ 333,83			
					\$ -			
Servicios Propios:	Descripción	Cantidad	Costo Var.	\$ 94,88				
<i>Rayos FV:</i>	RX Torax FyP		4	\$ 9,22	\$ 36,88			
<i>Generales FV:</i>	OXIGENOTERAPIA		1	\$ 10,00	\$ 10,00			
<i>Nutrición FV:</i>	Ración alimentos		8	\$ 6,00	\$ 48,00			
<i>Rayos FF:</i>	RX Torax FyP	Tpo.Ocup.	hs	1,2				
<i>Nutrición FF:</i>	Ración alimentos	Tpo.Ocup.	hs	4				
Sectores Oper.Prestac.:	<i>Guardia: Tpo.</i>	Tpo.Ocup.	hs.					
	<i>Internación General: Tpo.</i>	Tpo.Ocup.	hs.	192				
	<i>U.T.I.: Tpo.</i>	Tpo.Ocup.	hs.					
	<i>Quirofano: Tpo.</i>	Tpo.Ocup.	hs.					
	<i>Sala Partos: Tpo.</i>	Tpo.Ocup.	hs.					
	<i>Nursery: Tpo.</i>	Tpo.Ocup.	hs.					
Interconsultas:	Cardiología	Card.Interven.	Cirugía Gral.	Cirugía Esp.	Clínica Méd.	Endocrin.	Gastroenter.	Hematolog.
	3							
	Infectología	Kinesiología	Neumonolog.	Neurocirug.	Neurología	Oncología	Traumatolog.	Urología
	1	1						
	Costo Var. \$ 150,00							

Integración de los modelos físicos y vectores de precios de factores

El cuadro que más abajo se inserta muestra la forma en que la información surgida de los diferentes modelos se integra para generar los costos referenciales que luego son exportados a los informes de resultados económicos que sirven de base para la discusión de tarifas de los servicios de salud prestados por las instituciones sanatoriales.



Definición de la “variable ingreso” de la ecuación de equilibrio. Tarifas.

Como es obvio, para lograr la salida de información deseada, es necesario tener en consideración las tarifas de los servicios prestados para que, junto con el volumen de actos prestacionales computados, queden definidos los ingresos de la actividad.

Respecto a este tema, cabe mencionar que las instituciones “financiadoras” adoptan alguna de las siguientes modalidades para el pago de los servicios de salud de sus afiliados:

- por módulo
- por prestación
- por capitación

La primera de las alternativas supone que las tarifas correspondientes a la resolución de las patologías modelizadas estén expresadas en los mismos términos con que se definieron sus costos variables y sus tasas de uso: el módulo. Esto implica que los ingresos totales para la ecuación del resultado económico deriva de su simple vinculación con la cantidad de actos prestacionales definidos por el nivel de actividad previsto.

En la segunda de las alternativas, el ingreso por patología resuelta queda conformado por la aplicación de la tarifa específica de la financiadora a cada una de las prestaciones puntuales modelizadas. Una vez reexpresadas las tarifas “por prestación” en términos del “módulo” normal, el cálculo de los ingresos totales surge de aplicar igual mecanismo que el apuntado en el párrafo anterior.

Cuando la financiadora abona “por cápita”, esto es cuando la tarifa corresponde a un valor unitario por la atención de servicios de salud indeterminados eventualmente demandados por una cantidad cierta de personas, la variable ingreso total queda

definida automáticamente por la relación de esta cantidad de potenciales pacientes por aquella tarifa “per cápita”. Como es obvio, en estos casos resulta de fundamental importancia proyectar las patologías y las tasas de uso correspondientes al universo atendido.

Como la inmensa mayoría de las clínicas trabaja con un “*mix*” de estas tres modalidades, lo que definirá la rentabilidad es el ingreso total que debe tener la institución para lograr el equilibrio buscado.

En este punto resulta fundamental tener definido que tipo de patologías se atienden y de que tipo de “cliente” se trata cada paciente. Para definir el ingreso necesario hay que tener en cuenta la cantidad de casos atendidos de cada patología abierta por tipo de financiador (cliente) y el desafío es poder arribar a negociaciones que permitan el ingreso global necesario para cubrir los costos incurridos.

Esas negociaciones se entablan desde distintas posiciones según sea el agrupamiento de las clínicas frente al financiador. Obviamente, si se emprenden desde cámaras empresarias representativas, el poder de negociación será mayor que en aquellas planteadas individualmente.

El valor del trabajo solicitado radica en poder mostrar situaciones que, si bien están modelizadas, resultan ser representativas de la realidad, permitiendo defender las tarifas solicitadas para poder hacer frente a los costos generados por el sistema.

Salidas vinculadas a la ecuación de equilibrio de las organizaciones

Los modelos que conforman el esquema tienen como “producto informativo final” la generación de informes sobre Resultados Económicos de la actividad donde quedan integradas las variables que se toman en cada caso para representar la realidad de un período de tiempo.

Para llegar al Resultado Económico, en consecuencia, se cruzan las mediciones de orden físico con la base de datos monetarios, quedando así se definidos:

- **Ingresos por Prestación de Servicios**

Aquí se tiene en cuenta la cantidad de patologías resueltas en un período y la tarifa unitaria que se cobra teniendo en cuenta los distintos financiadores (Obras Sociales, Prepagas, Particulares, etc.) y las particularidades que cada uno tiene para llegar a una tarifa neta (descontado el pago de honorarios médicos que pudieran estar incluidos, por ejemplo).

- **Otros Ingresos**

Generados principalmente por la tercerización de servicios directos. Se toma en cuenta el alquiler cobrado a la empresa descontado los costos que pudieran generar por el uso del espacio físico cedido.

- **Costos Variables por Prestación de Servicios**

Se incluyen las Interconsultas, los medicamentos, descartables y varios necesarios para la atención del paciente y los insumos de los sectores de Servicios Propios toda vez que éstos sean requeridos.

- **Costos Fijos de funcionamiento de Sectores de Prestación**

Son los RRHH, Bienes durables y Consumibles, Servicios Externos y Capital Financiero. Se mide el uso que se hace de cada sector en función del tiempo que

consume la prestación del servicio de acuerdo a la demanda que de él hagan las patologías atendidas. Relacionando el total de costos fijos directos de cada sector con la capacidad de trabajo definida para el período, se llega a un costo por unidad de tiempo que será el componente monetario a utilizar para cada prestación.

- **Costos Fijos de funcionamiento de Servicios Directos (propios y tercerizados)**
En el caso de los Propios se trabaja igual que los Sectores de Prestación y en el caso de los Tercerizados solo se consideran los Bienes Durables y el Capital Financiero.

- **Costos Fijos de funcionamiento de la Estructura**
Los factores necesarios y su costo se consideran como un ítem periódico que no se distribuye por patología sino que se toma a nivel global.

Respetando en todos los casos las distintas escalas por tamaño y complejidad de la clínica y de los sectores que la forman se llega a una apertura como la que se muestra:

MEDICIÓN DE RESULTADOS ECONÓMICOS (según modelos)

RESULTADOS MODELOS CLINICAS ESCALA CHICA				
	Patologías Clínicas	Patologías Quirúrgicas	TOTAL	
<i>Cantidad Actos Prestacionales (a.p.)</i>	837	76	913	
TOTAL INGRESOS	\$ 81.923,31	\$ 89.908,98	\$ 171.832,29	100,0%
Total Costo Medicamentos	\$ 5.240,72	\$ 5.547,19	\$ 10.787,92	
Total Costo Interconsultas	\$ 11.010,00	\$ 390,00	\$ 11.400,00	
Total Costo Servicios Tercerizados	\$ 19.553,22	\$ 2.280,72	\$ 21.833,94	
Total Costo Variable Servicios Propios	\$ 4.470,08	\$ 1.395,75	\$ 5.865,83	
TOTAL COSTOS VARIABLES	\$ 40.274,02	\$ 9.613,66	\$ 49.887,69	29,0%
TOTAL CONTRIBUCION MARGINAL	\$ 41.649,29	\$ 80.295,31	\$ 121.944,60	71,0%
Servicios Directos Propios (Costos Fijos)				
Rayos:	\$ 6.868,08	\$ 572,34	\$ 7.440,42	
Nutrición:	\$ 5.140,83	\$ 2.807,68	\$ 7.948,51	
Total Costo Fijo Asign. Serv.Dir. Propios	\$ 12.008,90	\$ 3.380,02	\$ 15.388,92	9,0%
Sectores de Prestación de Servicios				
Guardia:	\$ 5.318,49	\$ -	\$ 5.318,49	
Internación General:	\$ 19.237,75	\$ 10.993,00	\$ 30.230,75	
U.T.I.:	\$ 12.851,95	\$ 3.505,08	\$ 16.357,03	
Quirofano:	\$ -	\$ 18.825,65	\$ 18.825,65	
Sala Partos:	\$ -	\$ 3.372,81	\$ 3.372,81	
Nursery:	\$ -	\$ 6.449,51	\$ 6.449,51	
Total Costo Fijo Asign. Sect.Prestac.	\$ 37.408,19	\$ 43.146,05	\$ 80.554,24	46,9%
TOTAL MARGEN NETO	\$ -7.767,80	\$ 33.769,24	\$ 26.001,44	15,1%
Sectores de Estructura				
Total Costo Fijo de Estructura			\$ 59.435,12	34,6%
RESULTADO ACTIVIDAD PRINCIPAL			\$ -33.433,68	-19,5%
RESULTADO NETO SERVICIOS TERCERIZADOS			\$ -3.783,33	-2,2%
Ingresos por Tercerización		\$ 5.400,00		
Costos Fijos Servicios Tercerizados		\$ 9.183,33		
RESULTADO FINAL			\$ -37.217,02	-21,7%

Adicionalmente, y entre otras informaciones económicas que emanan del sistema, surge la estructura de costos de las organizaciones, dato éste que resulta de trascendental importancia a la hora de proyectar el impacto de eventuales cambios en los precios de los factores y para analizar la necesidad de ajustes en las tarifas.

INFORME SOBRE ESTRUCTURA DE COSTOS (*según modelos*)

ESTRUCTURA DE COSTOS						
Total Costo Medicamentos					\$ 10.787,92	5,0%
Total Costo Interconsultas					\$ 11.400,00	5,3%
Total Costo Servicios Tercerizados					\$ 21.833,94	10,2%
Total Costo Variable Servicios Propios					\$ 5.865,83	2,7%
Total Costos Variables					\$ 49.887,69	23,3%
	Serv. Dir. Propios	Serv. Dir. Terceriz.	Sect. de Prestación	Estructura		
Total Costo RRHH	\$ 8.548,20	\$ -	\$ 47.286,45	\$ 46.931,40	\$ 102.766,05	47,9%
Total Costo Bienes Durables	\$ 1.589,44	\$ 1.933,33	\$ 7.858,61	\$ 2.328,33	\$ 13.709,73	6,4%
Total Costo Bienes Consumibles	\$ 1.980,41	\$ -	\$ 9.647,90	\$ 4.506,57	\$ 16.134,88	7,5%
Total Costo Servicios Externos	\$ 46,70	\$ -	\$ 1.577,93	\$ 1.672,78	\$ 3.297,41	1,5%
Total Costo Inmovilización de Capital	\$ 3.224,17	\$ 7.250,00	\$ 14.183,34	\$ 3.996,04	\$ 28.653,55	13,4%
Total Costos Fijos	\$ 15.388,92	\$ 9.183,33	\$ 80.554,24	\$ 59.435,12	\$ 164.561,62	76,7%
TOTAL COSTOS					\$ 214.449,31	100,0%

Otros usos del modelo: Gestión de las unidades económicas individuales

Como toda modelización, la determinación de los costos en el presente caso no es un punto de llegada o un objetivo en sí mismo, sino que debe constituirse en el disparador de debates que, con la ayuda de otro tipo de informaciones con criterio de amplio alcance, permita orientar decisiones que, en forma sinérgica tiendan a converger hacia el mejor alcance de los resultados del corto y largo plazo.

En una enumeración meramente enunciativa podemos utilizar el modelo propuesto para los siguientes temas:

- 1) Comparación de costos por patología.
- 2) Análisis de procesos.
- 3) Análisis del uso de la capacidad disponible.
- 4) Análisis de costos por actividades y macroactividades.
- 5) Resultados totales, sectoriales y por UEN.
- 6) Análisis marginal.
- 7) Mezcla óptima de productos.
- 8) Análisis de clientes externos.
- 9) Análisis de retribución a clientes internos.
- 10) "Benchmarking", en sus diversas variantes.

Estos instrumentos, aplicados al sector de prestación de servicios de salud, puede que sean de uso poco frecuente en la Argentina, en particular a nivel de pequeñas y medianas empresas. Sin embargo, a nivel mundial no es tan novedoso. A mediados de los años 80 en los Estados Unidos comienza a introducirse el llamado "*modelo industrial*" de servicios de salud en el cual el paciente comienza a ser considerado como "*cliente*", instalándose el concepto de "*mejora continua*", donde confluyen los intereses de financiadores y prestadores en la orientación hacia los consumidores.

Su desarrollo justificaría, tal vez, una nueva ponencia. De modo que hemos creído conveniente limitar la exposición a tres de los puntos detallados anteriormente. Ellos son los identificados con los números 3, 8 y 10.

Análisis del uso de la capacidad disponible: Si bien no ha sido explícitamente expuesto en los ejemplos presentados, es propio de este tipo de establecimientos la incurrancia en niveles de ociosidad que son inevitables y su estudio debe estar dirigido a evaluar si la magnitud física de dichos indicadores y su valoración monetaria son soportables por la empresa, atendiendo a la relevante importancia que adquieren el recupero de los costos de los bienes de capital y el costo de los recursos humanos dentro del total de costos, con la incidencia consecuente sobre los

resultados finales y las proposiciones factibles de implementar con los recursos disponibles para mejorar su performance.

En el presente trabajo se han definido tres grupos bien diferenciados de costos fijos: a) los relacionados con los sectores de servicios a las patologías; b) los relacionados con los sectores de prestación de servicios a los pacientes; y c) los correspondientes a la estructura empresa. En cada uno de estos agrupamientos se incluyen diversas unidades operativas según la conformación de cada unidad económica, las cuales tienen asignados recursos o factores de comportamiento fijo y una (o varias) unidades específicas representativas del producto de su funcionamiento (unidades de obra). En consecuencia, para cada uno de ellos podrá determinarse los niveles de máxima capacidad práctica y el nivel de actividad correspondiente para cada período, resultando de aquí las magnitudes físicas (indicadores reales) y monetarias (indicadores de costo) de la capacidad no utilizada u ociosa que, adicionadas en forma agregativa, compondrán el total de la capacidad ociosa de la empresa. Esta segmentación permitirá, a su vez, el análisis del origen de la misma y la evaluación relativa de su normalidad, con el agregado de la propuesta de medidas que permitan, si fuera posible, su mayor aprovechamiento y correlativa disminución dentro del total de costos incurridos.

Análisis de los clientes externos: Como toda empresa que actúa con criterio de eficiencia, el análisis de clientes resulta ser de una utilidad decisiva en el funcionamiento exitoso de una prestadora de servicios sanitarios buscando un mayor y mejor posicionamiento en el corto y mediano plazo. Basta decir que existen suficientes experiencias relativas a facturaciones no cobradas en forma total o parcial que han exigido desembolsos que, al no ser recuperados, implican una merma significativa del capital de trabajo y en los resultados finales, por lo cual es prioritaria la fijación de un modo de calificación de los diferentes intermediarios demandantes, los que, por otra parte, son altamente heterogéneos en su modo de actuación.

Para este caso, hemos propuesto la fijación de seis (6) conceptos que, de manera enunciativa, resultan útiles para evaluar el grado de importancia que para una unidad económica de prestación de servicios sanitarios pueda tener cada intermediario y/o demandante directo. Estos son:

- 1) Volumen de facturación.
- 2) Ubicación en el ranking de productos, de los demandados por el cliente.
- 3) Cumplimiento de los plazos de pago pactados.
- 4) Débitos efectuados sobre la facturación, no conformados por la auditoría médica y contable internas de la empresa.
- 5) Grado de fidelización del cliente.
- 6) Potencialidad de su evolución.

A cada uno de ellos se les asignará un valor relativo que, sumados, totalicen el ciento por ciento. La particularidad es que su participación dentro del total estará en directa relación con las prioridades que en cada situación sean importantes para la empresa, sin descuidar la sintonía con los objetivos de corto y mediano plazo. Así por ejemplo, si la situación financiera es de primera importancia para la firma y las fuentes de financiamiento disponibles son de alto costo, los rubros 3 y 4 serán los que alcancen los mayores valores. En cambio, en una situación de estabilidad que apunte al logro de resultados por estar normalmente equilibrados los ítems es muy posible que los de mayor valoración sean los rubros 2, 5 y 6.

A su vez, dicha ponderación constituirá el mayor puntaje a adjudicar en cada ítem a cada cliente analizado, el que le será adjudicado siempre y cuando reúna los requisitos que se establezcan para hacerse acreedores a dicha calificación. Al mismo

tiempo, se establecerán otros parámetros para ir deslizando esa puntuación hacia menores niveles de puntuación de acuerdo a los requisitos fijados para cada segmento de valoración. Para ejemplificar, en el caso del ítem 3, si éste contara con una ponderación relativa del 25% (por ser muy importante el financiamiento) esta cantidad corresponderá a quienes cumplan estrictamente -o con pequeños desvíos-, las fechas de pago previstas en los convenios. Aquellos clientes que superen ese porcentaje de desvío serán penalizados con una menor adjudicación de puntos por segmentos que deberán ser establecidos en cada caso. Una manera simplificada es compartimentar los clientes, en este rubro, entre: "Buenos pagadores", "Regulares pagadores" y "Malos pagadores"; de acuerdo a parámetros fijados por la firma conforme a las realidades del mercado donde actúa, asignando los puntos de conformidad con este análisis.

La suma total lograda por cada cliente, permitirá fijar políticas propias para cada uno, o para cada grupo de ellos, que se verán reflejadas en la prioridad al momento de solicitar las demandas de atención, o en el valor a pagar de las prestaciones, o el acceso a los sectores de mayor confort dentro de determinados niveles.

"Benchmarking": Este aspecto es totalmente intrínseco del modelo que presentamos. Es muy útil para comparar los perfiles de los prestadores a lo largo del tiempo. Sirve, como ya lo dijimos, para ser utilizado no sólo por quienes son directamente interesados en el trabajo (los prestadores) sino también por los financiadores y los reguladores, entre otros actores. A los primeros para efectuar la comparación con sus propias actuaciones y determinar la magnitud (y sus causas) de los desvíos con lo que se reconoce como representativo del comportamiento del promedio de los oferentes para cada complejidad prestacional del lugar y el tiempo analizados. A los segundos, para ir fijando indicadores que les permitan orientar sus negociaciones no sólo en cuanto a los precios diferenciados a pactar con cada estrato de empresas, sino también para establecer el grado de conformidad que los pacientes (o clientes) deberán esperar de cada prestador conforme la evidencia de sus servicios al precio pactado. Y a los terceros, para dictar las normas pertinentes que aseguren los requisitos mínimos que debe cumplir cada actor a fin de asegurar que los servicios sanitarios atiendan adecuadamente al universo involucrado.

Para llevar adelante este punto se deberán fijar indicadores que, en su forma más simplificada revela la relación entre la cantidad de sucesos o soluciones de patología demandadas (numerador) y la población analizada (denominador) estableciendo una tasa que muestra el grado de uso que hace esta última del producto en observación. Pueden ser expresados en valores monetarios o físicos siempre atendiendo a que los resultados en este último caso sean correlativos con otras demostraciones relacionadas con la eficacia de los tratamientos y, en un sentido más amplio, a la conformidad del paciente en términos de calidad y/o extensión de la vida futura.

Subsecuentemente provee información para lo que se denominan "comparaciones transversales de prestadores" donde se monitorean los métodos aplicados a cada tratamiento, la evaluación de la calidad y eficiencia de los cuidados, permitiendo construir indicadores de resultados (ej.: tasa de complicaciones de heridas en intervenciones de cirugía mayor programadas, reintervenciones no planificadas, etc.), de productividad (estancia media por case-mix) o de costos (por paciente, por proceso, etc.), de satisfacción o de accesibilidad entre otros.

La aplicación del "*benchmarking*" da como resultado final el poder mostrar los beneficios que se alcanzan si los diversos oferentes se ubicaran en el nivel de los mejores prestadores.

Comentarios finales a modo de conclusión

El presente trabajo está en línea con la corriente que apunta a la utilización de las técnicas clásicas de costeo para estudios de nivel “mesoeconómico” referidas a problemáticas que resultan comunes a un agregado económico determinado, como en este caso lo son el conjunto de las unidades económicas prestadoras de servicios de salud en un determinado ámbito geográfico.

Como se desprende de su desarrollo, en la definición de los costos de los segmentos del proceso de producción modelizado fueron aplicados los principios generales, o las reglas del arte, habitualmente utilizados para la gestación de información de costos en unidades económicas individuales, con las adaptaciones lógicas del universo que se pretendió representar.

El objetivo de la ponencia es presentar el resultado de una experiencia profesional que, entendemos, puede ser replicada a otras actividades diversas que presenten similares problemáticas de orden general.

Finalmente, y a riesgo de resultar reiterativos, resulta importante mencionar que los criterios puntuales que fueron adoptados para la definición de la información resultante, en modo alguno pretenden sentar doctrina, toda vez que admiten otras alternativas igualmente válidas, en particular, cuando la realidad a representar fuese otra.

Bibliografía

BELTRAMINO, Susana; BLOCH, Carlos y BASCOLO, Ernesto - Reforma de la atención médica en escenarios locales. Editorial LUGAR – Argentina - 2003.

GIMENO, Juan; RUBIO, Santiago; REPULLO, José - Gestión clínica: desarrollo e instrumentos. Editorial Díaz de Santos – Madrid – 2006.

CORONEL TRONCOSO, Gregorio Ramón – Los costos en la actividad sanatorial. Determinación de costos por patología. Revista Costos y Gestión – Año I – Revista Nro. 3 - pág. 185 y siguientes. Trabajo presentado al II Congreso Internacional de Costos – Asunción – Paraguay – 1992.

CORONEL TRONCOSO, Gregorio Ramón – Gestión y Costos de Empresas de Salud en ambientes desregulados. El caso de Argentina. Trabajo presentado al VII Congreso Internacional de Costos – León – España - 2001.

CARTIER, Enrique Nicolás – Perspectiva mesoeconómica del costo - Trabajo presentado al XXX Congreso Argentino de Costos – Santa Fe – 2007.