



INSTITUTO ARGENTINO DE PROFESORES UNIVERSITARIOS DE COSTOS

**XLIV CONGRESO ARGENTINO DE PROFESORES
UNIVERSITARIOS DE COSTOS**

**Costos en Salud. Diseño de una Matriz de Costo para un Centro
Ambulatorio**

**Categoría propuesta: comunicación de experiencias
profesionales**

Autores

Nora Graciela METZ (Socio activo)

Ramiro NOUSSAN LETTRY (Socio activo)

Mendoza, Setiembre 2021

ÍNDICE

Introducción

- I) Marco conceptual
- II) Caso de aplicación
 - a) Actividades realizadas en específica relación con el diagnóstico
 - b) Conclusiones del diagnóstico
- III) Componentes del costo
- IV) Componentes de la tarifa
- V) Componentes de la Matriz de Costos para un Centro Ambulatorio (MCCA)
- VI) Modelo de Costos utilizado
- VII) Propiedades de la matriz
- VIII) Capacitación en el uso de la matriz

Conclusiones

Bibliografía

Costos en Salud. Diseño de una Matriz de Costo para un Centro Ambulatorio

Categoría propuesta: comunicación de experiencias profesionales

RESUMEN

El trabajo está basado en el desarrollo de una consultoría solicitada por la Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopía Digestiva (FAAED). El móvil es la preocupación de los profesionales que la integran, por conocer la conformación “correcta” del costo de las prácticas endoscópicas (PE), a fin de visualizar, en comparación con la tarifa fijada a priori cuál es la rentabilidad obtenida.

Mucho se avanzó en el análisis de costos en salud en los últimos años. Se han aplicado distintos enfoques y sistemas vinculados a variadas problemáticas del sector. Sin embargo, consideramos que los prestadores requieren de modelos y matrices flexibles que les permitan conocer la conformación de costos de las prácticas médicas. Esto constituye un objeto de preocupación constante, por cuestiones de negociación con Obras Sociales y Prepagas, tendiente a dar respuesta a “defender los legítimos derechos de los asociados en el desenvolvimiento de las actividades profesionales”.

Se propone la utilización de una matriz, especialmente diseñada por los consultores, atendiendo a las particularidades de las PE. La flexibilidad de la misma, permite adaptarla a las particularidades de distintos Centros Ambulatorios.

Teniendo en cuenta principalmente los factores de costos (recursos) que serán consumidos por el objeto de costo a considerar - una práctica, un centro de costos, una función, la institución médica o una parte de ella- la propuesta se basa en “**una matriz en marcha**” con instancias de capacitación para su eficaz utilización.

Se pretende con este aporte, que los profesionales integrantes de las asociaciones que conforman FAAED, comprendan y puedan utilizar herramientas de gestión que resulten eficaces para conocer los costos de los servicios profesionales que brindan dentro de instituciones de salud y puedan, desde un conocimiento –aunque sea básico- defender legítimamente sus intereses.

INTRODUCCIÓN

La idea de “costos diferentes para diferentes fines”, se evidencia de manera explícita en el presente desarrollo. Las necesidades de los usuarios de costos generan las distintas conformaciones, que los sistemas de información de costos deben ser capaces de brindar.

El trabajo se desarrolla a solicitud de un grupo de especialistas médicos que, desde hace varios años están recorriendo con denodado esfuerzo, el camino de los costos, intentando clasificar, identificar, construir generalidades y criterios que les permitan el cálculo de costos de diversas prácticas endoscópicas. La finalidad es conocer el “costo completo” de cada práctica y a partir del mismo, la rentabilidad por comparación con las tarifas que fijan las Obras Sociales o Prepagas.

La propuesta, para poder ser utilizada por distintos prestadores del ámbito de la salud, se materializó en una matriz flexible, con un soporte sencillo de utilizar.

En una primera etapa de la consultoría, que es la que se aborda en esta presentación, el análisis está centrado en prácticas endoscópicas que se prestan en Centros Ambulatorios. Fue necesario, como trabajo preliminar, más allá de la consulta de bibliografía de costos específica, entre otras tareas, elaborar una Nómina de Factores de Costos, diseñada en forma amplia y abarcativa -para ser utilizada en otras configuraciones de costos- y acordar que las prácticas endoscópicas serían los objetos de costo.

Los lineamientos de la labor encaminada fueron:

- **Desarrollar un modelo flexible:** con factores de costos (recursos) utilizados en relación con el objeto de costo a considerar.
- **No encasillar** a los distintos factores de costos en cuanto a su directización o variabilidad.
- **Modelar la información** para que sea de utilidad para distintos fines: “**costos diferentes para fines diferentes**”, en base al objeto de costo seleccionado.
- **Diseñar la Nómina de Factores de Costo (Recursos):** con una clasificación que permita la incorporación ilimitada de partidas.
- **Normalizar** algunos factores de costo, tal como coeficiente de costo en personal o cuota predeterminedada de costos indirectos de producción o prestación del servicio.
- **Lograr acuerdos** en cuanto a denominación de grupos de costos con determinadas características, **COI:** costos operativos indirectos, **ENOR:** costos de estructura no relacionados con prácticas endoscópicas

Un tema de complejidad considerable fue la determinación de la capacidad y volumen de actividad por parte de los directivos de las instituciones de salud -en su mayoría médicos- y su vinculación con los costos unitarios, la rentabilidad de las prácticas y de la institución.

En el cierre de la consultoría, y a partir de las acciones de capacitación, se trabajó en el acompañamiento de los directivos en cuanto a la resolución de las principales problemáticas vinculadas a la utilización de la matriz de costos, identificación de factores, determinación del volumen de actividad e interpretación de los costos obtenidos a partir de sus componentes en magnitudes absolutas y relativas.

I) MARCO CONCEPTUAL

Las organizaciones del área de salud poseen características particulares, tanto por la tipología organizacional, cuanto por cuestiones derivadas de posturas en cuanto a un sistema de salud público o privado, cuestión que no abordamos en la presente comunicación.

Tal como expresa Canale (2015), la salud “es un bien muy especial por las connotaciones que provoca tanto en el plano colectivo como individual”. En el sector salud, es amplia la acción del estado, tal como señala Coronel Troncoso (1998): “el escenario para las empresas de salud se torna aceleradamente competitivo, a consecuencia de lo cual deben producir cambios significativos –entre otros- en sus modos de información y decisión, razón que justifica plenamente la elección y adopción de un sistema de información sobre el gestionamiento de los recursos aplicados por esas empresas a sus actividades, destinado a mejorar la calidad de los datos respaldatorios de sus decisiones”.

En este sentido, es importante que las empresas de salud presten atención a sus estrategias, definir claramente el producto que ofrecen, para lo cual es necesario contar con una base de datos adecuada por medio de la cual sea posible identificar los recursos consumidos, las actividades en las cuales intervienen de modo tal de ser asignados razonablemente, con el fin de evaluar su grado de eficiencia (Coronel Troncoso, 1998).

Ya en la publicación de 1992, Coronel Troncoso tomaba posición en cuanto al sistema de costos aplicable a entes prestadores de servicios de salud, ya se tratara de centros de gran complejidad tanto como a entidades más pequeñas, como podría ser el caso de profesionales que se agrupen para explotar algún tipo de tecnología. Por otra parte, se remarcaba ya en ese momento que los principios de la Teoría General del Costo eran perfectamente aplicables a los entes de servicios.

En la presente investigación se ponen en juego no sólo aspectos meramente contables, tal como se conocen en general, sino en especial otros, que hacen a brindar una respuesta ajustada a la realidad de las organizaciones, y que de alguna manera implica la imposibilidad de contar con la aplicación de una “receta” con la cual podría resolverse un problema concreto. Para dar respuesta a la problemática planteada es necesario por tanto ahondar en cuestiones vinculadas a la conducción o a la administración de las organizaciones de carácter empresarial.

En este sentido, el estudio profundo de los procesos de generación de costos, sus causas, incidencia y control constituye otro de los aspectos esenciales. Si bien existe un fundamento en las técnicas contables de registración, ya sean de carácter histórico o bien proyectadas, es importante tener en cuenta el rol del profesional experto en costos y gestión, en cuanto a los procesos creativos involucrados, de modo de dar una respuesta que satisfaga las necesidades de la organización, en su ámbito de aplicación y para una particularidad dada.

Autores de proyección internacional plantean como un verdadero problema de investigación el hecho de “por qué y para qué hacemos costos” (Cartier, 2017). En otro orden de ideas, el estudio de los sistemas de costos constituye la aplicación práctica justamente de la Teoría General del Costo, constituyendo a la vez un aporte de carácter sinérgico para los análisis de gestión, que resulta indispensable para una buena administración de las organizaciones.

Los avances en costos en salud, han sido relevantes en los últimos años. Se han aplicado distintos enfoques y sistemas vinculados a distintas problemáticas del sector. Sin embargo, consideramos que los prestadores requieren de modelos y matrices flexibles que les permitan conocer en forma concreta la cuantía y conformación de los costos de prácticas médicas., como así también los criterios de asignación de costos indirectos. Por otra parte,

las organizaciones de salud requieren de estructuras adecuadas que a su vez generan costos que en muchos casos impactan en las prestaciones. Todo ello constituye un objeto de preocupación constante, por cuestiones de negociación con Obras Sociales y Prepagas, entre otras.

Peombo (2008) realiza una revisión de la bibliografía relacionada con el tema costos y gestión de las organizaciones sanitarias. Si bien se hace foco en la gestión de hospitales, también se tratan cuestiones relativas a la gestión de costos en organizaciones de salud y la aplicabilidad de diversas técnicas de gestión.

En cuanto al proceso productivo de la salud se afirma que, en el marco de la Teoría General del Costo, es posible identificar al proceso sanitario “como un conjunto de acciones que tienen como objetivo aumentar la capacidad de los bienes y servicios de satisfacer necesidades, y cada acción puede producir bienes o servicios intermedios y/o bienes o servicios de consumo final, utilizando insumos oriundos de proveedores externos o internos”. (Peombo, 2008)

Por su parte, De Falguera (2002) sostiene que los centros sanitarios son empresas productoras de servicios con ciertas particularidades, una de las cuales es la diversidad de servicios que pueden llegar a ofrecer: análisis clínicos, radiografías, intervenciones quirúrgicas, consultas externas, entre otros.

Cuando se hace foco en los sistemas de costos y las herramientas de gestión a ser aplicadas en organizaciones relacionadas con la salud se hace imprescindible, en el momento de requerir información sobre costos, que “las técnicas a aplicar estén basadas en la Teoría General de Costos y además deben tener especialmente en cuenta la realidad que plantea la empresa y su medio, las herramientas que dispone para la solución de sus problemas en materia de información, y los principios generales implícitos en las herramientas”. (Peombo, 2008)

Coronel Troncoso (2011) referente en Costos y Gestión y especialmente en el tema que nos ocupa en este trabajo, en la editorial al número 81 de nuestra Revista Costos y Gestión comenta algunos aspectos relativos al liderazgo de médicos y costos en salud, cuestión que de algún modo nos da un marco a nuestra investigación.

Nuestro profesor hace mención a Thomas Lee (2010) y a Kaplan y Porter (2011), cuyos trabajos aluden a la problemática que representa el creciente costo en salud. Los autores plantean distintas causas en cuanto a la raíz del problema: por un lado, la referencia a la gestión empresarial y por el otro, el cálculo de costos.

En lo atinente a la gestión empresarial, Coronel (2011) expresa que conviven en la actualidad dos generaciones de profesionales con visiones distintas: la actual generación, que sin descuidar el objetivo de lograr la salud de los pacientes, no por ello deja de lado el obtener un mayor rendimiento o productividad, cuestión que necesita un acercamiento entre los profesionales de la salud y los administradores.

Por su parte, considera que “no está organizada la tarea conjunta de estos sectores en torno al paciente, de manera horizontal, en la búsqueda de los mejores y más eficientes procesos que exhiban resultados superiores”. (Coronel, 2011)

En referencia al cálculo de los costos en salud, “se impone inobjetablemente implementar una forma de medición de los costos avanzando hacia una metodología que considere todo el proceso requerido para lograr la solución final al problema de salud de cada paciente. O sea el costo por patología”. (Coronel, 2011)

Por otra parte, también expresa que “La observación del consumo y las causas de las modificaciones de costos, la búsqueda permanente de la mejor relación de causalidad entre factor y producto, la detección de acciones que no agregan valor y de otras que lo

agregan pero no son facturables directamente (como las reuniones de médicos) permiten una mayor precisión e la determinación de los Costos". (Coronel, 2011)

Otro aspecto a tener en cuenta es el alto porcentaje de costos que, en relación a diferentes niveles de actividad, tienen un comportamiento fijo, cuestión que es característica de los entes dedicados a la prestación de servicios de salud. Así, en nuestro país, el costo del factor trabajo se ubica "en porcentajes mayores al 50 % de sus costos totales y aún más. Si le agregamos la porción destinada a recuperar las inversiones físicas (25 % en un nivel moderado) no encontramos con que, dos terceras partes de los consumos corresponden a Costos Fijos, los que requieren ser analizados en relación a la eficiencia de su uso".

En el contexto actual, tanto a nivel nacional como internacional, prácticamente la totalidad de las actividades se desarrollan en la cultura del cambio permanente, que por otra parte cada vez se presenta con una velocidad mayor. En este ambiente, es imprescindible la innovación constante, en un marco cada vez más complejo, de modo de poder dar respuesta a las diversas situaciones que se presentan en el campo profesional.

Esta situación adquirirá variantes o bien sufrirá ajustes en base a las características propias de la organización y del campo o bien sector de la industria en el cual la misma opere. Es así que las organizaciones no sólo dependen de un individuo o de su fuerza de trabajo con una aptitud empresarial, sino también de expertos que de modo conjunto con el empresario, puedan llevar a cabo y plasmar ese espíritu emprendedor.

Es así como la formación del Contador Público debiera coadyuvar a integrar y liderar equipos de trabajo para alcanzar dichos fines, con una sólida formación técnica y aplicada que permita lograr una ventaja competitiva, para lo cual es necesario trabajar en la formación en competencias y habilidades para alcanzar dicho cometido y poder brindar respuestas a la dirección de las organizaciones, en un entorno económico y social a la vez, con mayor complejidad.

II) CASO DE APLICACIÓN

El trabajo de consultoría consistió en la **Elaboración de una Matriz de Costos** que resulte útil para ser aplicada por diversos actores, pertenecientes a la Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopía Digestiva (FAAED), denominada así desde el año 2007, en relación a sus características particulares.

Esta flexibilidad, tiene relación directa con las diversas modalidades de prestación de las prácticas médicas de gastroenterología incluidas en el Nomenclador.

Sin duda, se trata de una tarea compleja ya que intenta lograr conjugar una multiplicidad de factores y situaciones particulares que se manifiestan en cada una de las asociaciones que forman parte de la Federación, y dentro de cada asociación, en cuanto a individualidades locales.

Luego de recibir los primeros contactos con algunos de los integrantes de la FAAED, se procedió a realizar un breve análisis de la Federación, para conocer algo más acerca de nuestro cliente y de este modo poder ofrecer una propuesta lo más acorde a sus necesidades.

Cabe destacar simplemente que la Federación como tal, cuenta con 40 años desde su fundación, lo cual da una primera muestra del interés de sus integrantes por mantenerla vigente, su sostenibilidad en el tiempo, cuestión que seguramente no es fácil de llevar adelante, más teniendo en cuenta las vicisitudes del entorno cambiante de diversas variables en nuestro país.

Entendemos de la lectura de los objetivos de la institución, más allá de que este trabajo de consultoría intenta generar aportes en cuanto a la investigación e implementación de herramientas de gestión a sus asociados - especialmente a aquellos que formen parte de instituciones dedicadas a la labor- puntualmente tiende a dar respuesta a “defender los legítimos derechos de sus asociados en el desenvolvimiento de sus actividades profesionales”.

a) Actividades realizadas en específica relación con el diagnóstico

De las reuniones mantenidas con algunos de los médicos integrantes de la FAAED y luego ya avanzando en el trabajo, y de la lectura atenta del material entregado, que muestra diversos avances realizados por cada una de las asociaciones en cuanto a la elaboración de un modelo o bien matriz teniendo en cuenta los diversos factores de costo de las prácticas endoscópicas (PE), tales como honorarios, insumos, asistentes, actividades de apoyo y las complejidades en las prácticas, entre otros elementos a considerar.

Se recibieron aportes de Buenos Aires, Comahue, Mendoza, La Pampa y Neuquén, cada uno de ellos con enfoques diferentes, pero siempre con la premisa de poder llegar a determinar el costo de la práctica médica endoscópica.

Por otra parte, también se contó con el listado de las distintas prácticas del Nomenclador Único Nacional (NUN).

Se reconoce especial valoración al trabajo realizado por las asociaciones, en cuanto al análisis de las distintas prácticas, al intento de determinación de los costos asociados, a la enumeración de insumos y las clasificaciones de los factores de costos, en directos, indirectos, fijos y variables. También, de algún modo se visualiza un esfuerzo para mostrar la interrelación entre todos estos factores, teniendo en cuenta prácticas en sí, o actividades, mencionando por ejemplo el Costeo Basado en Actividades (ABC).

En la información suministrada se explicitan insumos, equipamiento, factor humano que se considera de modos diferentes en los distintos análisis, en cuanto a su directización o variabilidad, en base a la finalidad del análisis. Del mismo modo, se aportan interesantes propuestas normalización de los factores.

b) Conclusiones del Diagnóstico

Como síntesis del diagnóstico y teniendo en cuenta la información suministrada por las distintas asociaciones provinciales, así como de una concienzuda búsqueda de material bibliográfico especializado en la temática de costos para el sector salud, se puede visualizar la amplitud de modelos y sistemas a aplicar, tradicional, completo, normalizado (total o parcial), ABC y análisis de contribución.

La conclusión como equipo de consultoría, es una propuesta de un modelo flexible, teniendo en cuenta principalmente los factores de costos (recursos) que serán utilizados en función con el objeto de costo a considerar, el que podrá ser una determinada práctica, un centro de costos, una función, la institución médica o una parte de ella. En este sentido, es importante el no encasillamiento de los distintos factores de costos en cuanto a su directización o variabilidad, a fin de lograr la flexibilidad necesaria para adecuar la información y “moldear” la misma de modo que sea útil para distintos fines.

En otras palabras, un mismo factor de costo puede ser directo o indirecto, variable o fijo en función al objeto de costo (aquello de lo que se quiere determinar el costo). En este sentido, la elaboración de la “Nómina de Factores de Costos”, como listado desagregado de Factores de Costo (Recursos), en base a los distintos escenarios acordados, brindará una mayor flexibilidad ante distintos casos que se puedan presentar.

Se considera que será importante la normalización de algunos factores de costo, de modo tal de lograr en algunos aspectos, unicidad en cuanto a la matriz propuesta. Esto no será obstáculo para otorgar la flexibilidad necesaria que permita aplicar herramientas de costos para la toma de decisiones, como podría ser el enfoque contributivo o marginal.

Otra justificación del armado de la matriz de costo flexible, es que la misma servirá de base para otros análisis de utilidad para la gestión y toma de decisiones, tales como determinación de punto de nivelación o punto de equilibrio, análisis de indiferencia ante decisiones que impliquen la compra de nuevo equipamiento, aumento de la capacidad instalada, entre otros aspectos.

Como actividad complementaria, pero no por ello menos importante, se considera que podría ser beneficioso para la Federación, o bien para las Asociaciones que la conforman, avanzar en aspectos de carácter estratégico, tales como la definición de su misión, visión, valores, desarrollo de una matriz FODA y otros aspectos que podría implicar mejoras en la organización en su conjunto. En este sentido, y teniendo como base la información que surja del armado de la matriz de costo, pueden elaborarse indicadores de gestión, o grupos de indicadores que conformen un Tablero de Control.

III) COMPONENTES DEL COSTO

Los componentes del costo de PE, se clasificaron –como para otros objetos de costo- en: costo en personal (directo e indirecto), materiales (directos e indirectos si los hubiera), otros costos directos y otros costos indirectos.

Las PE son consideradas objeto de costo a los fines de identificar los factores directos e indirectos.

Cada uno de los factores antes mencionados se vincula a su vez con una categorización - que surge por acuerdo con los miembros de FAAED – en Honorarios, Equipamiento e Institucional, en el marco de distintos escenarios definidos y consensuados. Estas vinculaciones pueden observarse en el siguiente cuadro:

ESCENARIOS				
		HONORARIOS	EQUIPAMIENTO	INSTITUCIONAL (incluye ASISTENTE)
1	INSTITUCIÓN DEDICADA EXCLUSIVAMENTE A LA PRÁCTICA ENDOSCÓPICA. (CENTROS AMBULATORIOS) CON DISTINTOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN SIN INTERNACIÓN			
2.a.	INSTITUCIÓN PRIVADA CON INTERNACIÓN DONDE SE REALIZA PRÁCTICA ENDOSCÓPICA (desagregar Costos Estructurales)			
2.b.	INSTITUCIÓN PRIVADA CON INTERNACIÓN CON SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA CON APOORTE SOLO DE EQUIPAMIENTO Y MÉDICOS ENDOSCOPISTAS (tratamiento diferenciado para el Asistente)			

	institución
	tercerizado
	médico

Fuente: elaboración propia.

Cabe aclarar que el Escenario 1 puede asimilarse a cuando la práctica endoscópica se lleva a cabo en un Consultorio, con las salvedades del caso.

Para la partida “costo en personal” se tiene en cuenta un coeficiente del costo que contempla los principales componentes (vacaciones, licencias, feriados, horas extras, contribuciones patronales, servicios sociales, indemnizaciones). Todo ello anualizado y presupuestado para llegar a un coeficiente normalizado. Se estima un coeficiente de 1.71 para ser aplicado al costo en personal.

Para conceptos tales como honorarios, volumen de actividad, duración de las prácticas y tiempo ocioso, modalidad de contratación de asistente, depreciación de equipamiento y materiales, se realizó una encuesta utilizando una planilla de recolección de datos. La misma fue circularizada a los miembros de FAAED a fin de completarla con datos inherentes a su realidad. Se confeccionó teniendo en cuenta el Escenario de Centro Ambulatorio (o similar, como podría ser un consultorio) y la selección de cuatro de las prácticas endoscópicas, según lo acordado en el último encuentro.

Se solicitó resguardar la confidencialidad en cuanto a los informantes, enviando a los consultores la encuesta sin identificación de su autor.

Se recibieron 14 encuestas de un total de 21 encuestas enviadas, correspondientes a los miembros de la Comisión del Proyecto Nomenclador Único Nacional de Endoscopía Digestiva, Estudios Funcionales y Hepatológicos (NUN)

Del análisis de las devoluciones se observa lo siguiente:

- a) en cuanto al volumen de prácticas informadas por los distintos médicos endoscopistas, pueden apreciarse valores muy disímiles, cuestión que es inherente a las características propias de cada Centro Ambulatorio. Esta situación de alguna manera se ve también reflejada en la parte de las Planillas correspondiente a “Otros Costos Operativos”.
- b) es importante destacar la dispersión observada tanto en el ítem correspondiente a “valor monetario de la unidad endoscópica”, tanto como en el que se refiere a “honorario”, planteado como honorario puro, esto es, sin descuentos de ningún tipo, como gastos, equipamiento u otros.
- c) del relevamiento de los datos de la encuesta pudo observarse una mayor regularidad en los datos correspondiente al tiempo de duración de las diversas prácticas endoscópicas sobre las que se solicitó la información, aunque sí se observó la diferencia entre cada uno de los encuestados en tanto a que no se llevan a cabo algunas prácticas, situación totalmente lógica desde la especificidad profesional.
- d) finalmente, para el armado de las Matrices de Costos, se tomó en cuenta una ALTERNATIVA de ESTRUCTURA A, consistente en un Centro Ambulatorio de

menor volumen de capacidad en cuanto a las prácticas endoscópicas llevadas a cabo y al volumen de las mismas. En este caso sólo se tuvo en cuenta las dos primeras prácticas endoscópicas, así como una estructura menor. La ALTERNATIVA de ESTRUCTURA B supone un Centro Ambulatorio de mayor volumen de capacidad, tanto en las prácticas endoscópicas realizadas (todas las relevadas), tanto como a la estructura de costos, medida en equipamiento, edificio, y el resto de costos operativos y costos no relacionados a las prácticas endoscópicas.

Por último, en esta matriz se plantea también una Matriz de Costo de la ALTERNATIVA de ESTRUCTURA B en la cual no se tiene en cuenta el honorario como componente de costo para que sea evidente tanto la incidencia de este factor de costo como el carácter totalmente flexible de la matriz.

IV) COMPONENTES DE LA TARIFA

En la definición de la tarifa, además de los costos por unidad de práctica (a partir de la matriz de costos propuesta para un Centro Ambulatorio) deberá considerarse el porcentaje de rentabilidad deseado. En este último componente no debieran contemplarse elementos tales como costo de capital propio, costo financiero, honorarios u otros factores que deben considerarse como costo de los productos o servicios.

En la encuesta descrita en el apartado anterior, también se recabaron datos vinculados a elementos que integran la tarifa, tales como valor de la unidad endoscópica. Otro componente lo constituye el nivel de complejidad y cantidad de unidades endoscópicas.

Si bien en algunos casos la conformación de precios o tarifas se basa en la ecuación: costo + % de rentabilidad, aquellos surgen, frecuentemente por acuerdo de voluntades, competencia, poder de negociación, monopolios u otras modalidades que difieren de la ecuación inicialmente planteada.

Por otra parte, también sería necesario tener en cuenta situaciones de carácter regional que pueden presentarse en el sector de la especialidad de endoscopia digestiva.

Resulta obvio que la tarifa debe superar al costo (salvo el caso de estrategias de posicionamiento) si se pretende la continuidad de la empresa o institución.

La matriz propuesta puede complementarse con una sección donde medir la diferencia entre la tarifa acordada y el costo emergente de la misma, determinando el porcentaje de rentabilidad. Adicionalmente, sensibilizando distintos componentes del costo podrán obtenerse modificaciones en el porcentaje, dando lugar a variados escenarios según el usuario y cambiantes de acuerdo a tiempo y contexto.

V) COMPONENTES DE LA MATRIZ DE COSTOS PARA UN CENTRO AMBULATORIO (MCCA)

El diseño comprende los factores de costo agrupados de acuerdo al consenso con los representantes de la Comisión de Costos: Honorarios, Equipamiento e Institucional. Dentro de esta última, se realizó una subdivisión atendiendo a la relación de los recursos con el/los objeto/s de costo. Una de ellas corresponde a los costos indirectos operativos, que no pueden relacionarse en forma clara, precisa y conveniente -desde el punto de vista

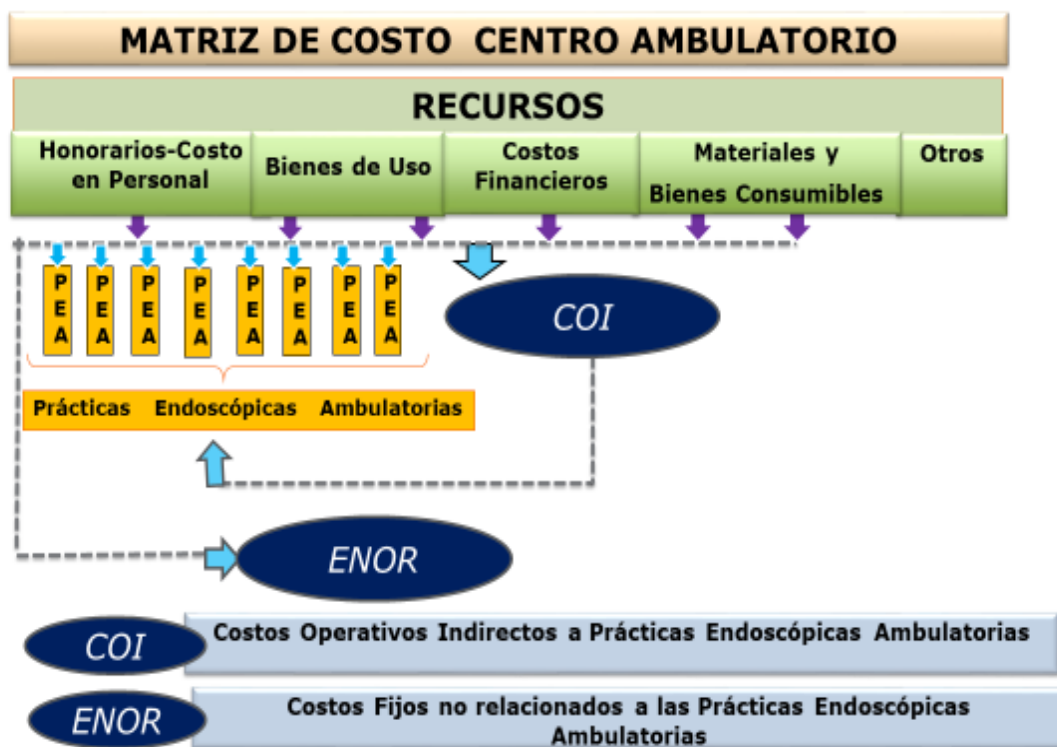
económico- con el objeto de costo (COI). La otra, se refiere a los costos fijos estructurales no relacionados con los objetos de costo (ENOR), pero que son indispensables, puesto que hacen al funcionamiento del Centro Ambulatorio (CA).

Algunos de los conceptos incluidos en COI están representados por: costo en personal asistente y enfermeras, depreciación de equipamiento, servicio de limpieza y desinfección, depreciación de muebles y útiles, materiales descartables de uso diario, etc.

En cuanto a los de la categoría ENOR, se pueden citar a modo de ejemplo: honorarios por asesoramiento contable-impositivo, depreciación de edificios, seguridad, servicios diversos, alquiler de inmuebles, etc.

El esquema de la Matriz resulta acorde con el desarrollo de los Profesores Di Renzo, Cartier y Troncoso, en su trabajo "Costos Normalizados en Procesos de Resolución de Patologías" al referirse a los COSTOS REFERENCIALES, cuando establecen que: *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*". En el desarrollo de la Matriz para un Centro Ambulatorio, a diferencia de la propuesta de los profesores antes mencionados, no se realiza la asignación de recursos a Sectores Operativos, por las características de las instituciones prestadoras de los servicios de salud analizadas. Los COI, como conjunto de costos operativos indirectos, impactan en las prácticas endoscópicas (PE) en función del tiempo de las mismas ponderado por el nivel de complejidad.

El funcionamiento de la MCCA puede representarse a través del siguiente esquema:



Fuente: elaboración propia.

Según el Plan de Labor acordado oportunamente se contemplaba el diseño de una matriz para **un** (uno) objeto de costo.

Sin embargo, con el objetivo de brindar una propuesta más integral y comprensible para los profesionales médicos integrantes de FAAED, las PE consignadas en el modelo de matriz, inicialmente fueron dos. A pedido de los integrantes de FAAED, con posterioridad se incorporaron dos más, resultando las siguientes:

- ***Video Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica / VEDA Diagnóstica***
- ***Videocolonoscopía Terapéutica***
- ***Anorrecto. Evaluación Motora***
- ***Ecoendoscopia gástrica***

En ocasión de la circularización de la planilla diseñada por los consultores para el relevamiento de información con el objeto de nutrir la MCCA, se solicitó un nuevo cambio, consistente en intercambiar la práctica de Anorrecto. Evaluación Motora por la de Manometría Esofágica de alta resolución. Por lo tanto, las prácticas incorporadas para ser aplicadas al modelo de matriz resultaron:

- ***Video Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica / VEDA Diagnóstica***
- ***Videocolonoscopía Terapéutica***
- ***Manometría esofágica de alta resolución.***
- ***Ecoendoscopia gástrica***

A partir de las mismas, se diseñó de una manera sencilla, utilizando planillas vinculadas de Excel, un modelo que toma distintos componentes del costo, previamente clasificados por concepto y relación con el objeto de costo (directo-indirecto) para posteriormente asignarlo o distribuirlo a las distintas prácticas.

VI) MODELO DE COSTOS UTILIZADO

La base de datos confeccionada a partir de los elementos consignados en la “Nómina de Costos” presentada como uno de los avances de la consultoría, puede utilizarse para la elaboración de costos compatibles con los Modelos de Enfoque Tradicional (o por Absorción) o bien Enfoque de Costos Variables.

Por otra parte, también sería posible la adaptación para la aplicación de ABC o Costeo Basado en Actividades, realizando los ajustes necesarios.

Atendiendo a la finalidad y utilización de los costos –formación de tarifa- se ha trabajado teniendo en cuenta el primero de los Modelos citados.

Se agruparon los recursos teniendo en cuenta la naturaleza de los mismos, quedando identificados los siguientes grupos: Costo en Personal, Bienes de Uso, Costo del Capital Propio, Capital Financiero e Institucional. Materiales, a pedido de los integrantes de FAAED se excluyó de la conformación del costo. En cada uno de ellos se consideraron los costos directos, asignados a las diversas partidas. Respecto de los indirectos se utilizó una base de distribución considerando las horas de práctica ponderadas por el volumen y nivel de

complejidad, y se clasificaron según las divisiones acordadas (Honorarios, Equipamiento e Institucional).

VII) PROPIEDADES DE LA MATRIZ

El diseño de la matriz, desde una extrema flexibilidad, permite su adaptación a la realidad particular de cada uno de los posibles usuarios, por medio de la sensibilización de los datos consignados en "Parámetros" y consecuentemente en cada una de las hojas de cálculo que la componen.

Es así como es posible incluir tantas prácticas como sea necesario, al mismo tiempo que es posible particularizar en base a los recursos que cada centro ambulatorio considere. Del mismo modo, será posible especificar una base distinta para la distribución de los costos indirectos o un coeficiente del factor trabajo distinto al consignado por el equipo consultor.

Las posibles estructuras que podría adoptar el Centro Ambulatorio definieron las alternativas básicas de la matriz. La primera alternativa se refiere a un Centro Ambulatorio de menor volumen de capacidad en cuanto a las prácticas endoscópicas llevadas a cabo y al volumen de las mismas. En este caso sólo se tuvo en cuenta las dos primeras prácticas endoscópicas, así como una estructura menor. La segunda alternativa implica una mayor capacidad, tanto en la variedad de prácticas endoscópicas como en el volumen de las mismas, relacionado con la estructura de costos: equipamiento, edificio, costos operativos y costos no relacionados a las prácticas endoscópicas. En este caso particular, además, se planteó la posibilidad de no incluir al honorario como componente de costo, de modo tal de visualizar la incidencia de este factor, así como para demostrar su incidencia.

Una salvedad muy importante al hacer uso de la MCCA presentada, y con el objeto de poder ser adaptada a las necesidades de cada uno de los usuarios, médicos endoscopistas, es que se sugiere dejar guardado el archivo sin modificaciones y realizar todas las simulaciones y adaptaciones que se crean convenientes en un archivo copia del original.

VIII) CAPACITACIÓN EN EL USO DE LA MATRIZ

Partiendo de la base del campo profesional de los demandantes de la consultoría, los aspectos contables, de gestión, conceptos vinculados a los costos, depreciaciones, rentabilidad, honorarios y tarifas, costos estructurales, costos indirectos y otras temáticas, se advierten realidades complejas, confusas y en muchos casos contradictorias.

Como consecuencia de ello, elaborar un esquema teórico-práctico para explicar el "cómo" asignar y distribuir costos a partir de las distintas clasificaciones, hubiera sido una tarea relativamente sencilla pero poco eficaz para los usuarios, atendiendo a las demandas de los miembros de las asociaciones que conforman FAAED.

Por ello, se generaron instancias de capacitación en la utilización de la matriz, con encuentros diseñados con complejidad creciente e instancias de consulta y aplicaciones prácticas. Este camino, posibilitaría que los participantes pudieran completar "su propia matriz" respetando las singularidades del Centro Ambulatorio en el cual se desempeñaban, estructura, diversidad de prácticas, modalidades, etc.

La finalidad de estas acciones de formación no fue formar expertos en costos, sino profesionales de la salud que pudieran aplicar las principales pautas y criterios de la Teoría General del Costo, realizar cálculos, manejar herramientas sencillas y comprender el

porqué de los resultados obtenidos, distinguir entre honorarios y rentabilidad, entre costos de las prácticas y costos del Centro Ambulatorio, entre otros saberes.

La formación en estas competencias, se evidencia como esencial al momento de la negociación de las tarifas de las prestaciones médicas de la especialidad.

CONCLUSIONES

A partir de la labor desarrollada, se concluye que:

- La MCCA se diseñó con un criterio de extrema flexibilidad, pudiendo sensibilizarla modificando los datos consignados en “Parámetros” y en cada una de las hojas de cálculo que la componen.
- El número de prácticas a incluir es ilimitado, al igual que los componentes para agregar según las distintas finalidades y usuarios. Permite la inclusión de recursos, modificación de la base de distribución de costos indirectos, re cálculo de coeficiente de costo en personal, vinculación de costos directos con otros objetos de costo, entre otras variantes.
- Los consultores a cargo, recomendaron preservar un modelo sin modificar (el original) y realizar copias para la sensibilización y modificación, a fin de resguardar las vinculaciones iniciales entre las diferentes hojas de cálculo.
- Para llegar al diseño de la MCCA se plantearon dos alternativas básicas:
 1. Alternativa de ESTRUCTURA A: se refiere a un Centro Ambulatorio de menor capacidad volumen en cuanto a las prácticas endoscópicas llevadas a cabo.
 2. Alternativa de ESTRUCTURA B: supone un Centro Ambulatorio con mayor capacidad y volumen de actividad, teniendo en cuenta las prácticas endoscópicas realizadas (todas las relevadas), equipamiento, costos operativos y costos no relacionados a las prácticas endoscópicas. En el caso particular de la MCCA para esta Alternativa se planteó también la posibilidad de no tener en cuenta el honorario como componente del costo, para hacer evidente tanto la incidencia de este factor de costo, como el carácter totalmente flexible de la matriz.
- La base de datos confeccionada a partir de los elementos consignados en la “Nómina de Costos” podrá ser utilizada para la elaboración de costos compatibles con los Modelos de Enfoque Tradicional (o por Absorción) o bien Enfoque de Costos Variables.

Por otra parte, también sería posible la adaptación para la aplicación de otros sistemas, tal como el caso de Costeo Basado en Actividades, realizando los ajustes necesarios.

Atendiendo a la finalidad y utilización de los costos –formación de tarifa- se ha trabajado teniendo en cuenta el primero de los Modelos citados. Se agruparon los recursos teniendo en cuenta la naturaleza de los mismos, quedando identificados los siguientes grupos: Costo en Personal, Bienes de Uso, Costo del Capital Propio, Capital Financiero e Institucional. Materiales, a pedido de los integrantes de FAAED se excluyó de la conformación del costo. En cada una de ellos se consideraron los costos directos, asignados a las diversas prácticas. Respecto de los indirectos se utilizó una base de distribución considerando las horas de práctica ponderadas por el volumen y nivel de complejidad, y se distribuyeron entre las divisiones acordadas (Honorarios, Equipamiento e Institucional).

A partir de los datos e información emergente de la matriz puede utilizarse un abanico de herramientas de gestión de costos e indicadores de gestión. Previamente, los usuarios debieran ajustar a su realidad los distintos valores, prácticas, niveles de actividad, costos de estructura, equipamiento, etc.

Algunos de los aportes adicionales a la determinación del costo unitario de cada práctica, serían a modo de ejemplo: Resultado Operativo del Centro Ambulatorio para un período dado, Punto de Equilibrio o Nivelación del Centro o de un segmento e Indicadores de Gestión en el marco de las distintas perspectivas: Financiera, Procesos Internos, Aprendizaje y Crecimiento y Usuario-Paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- CANALE, Sandra, Gestión de hospitales públicos, en Gestión de Organizaciones. Sector Público, coordinador: Amaro Yardin, Osmar Buyatti, 2015.
- CANALE, Sandra y VALDERRAMA, Ángeles, Indicadores cualitativos y cuantitativos para la gestión de entidades sanitarias, en XXX Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCo), Santa Fe, 2007.
- CANALE, Sandra, Modelo de costos para entidades sanitarias con internación, en Congreso Internacional de Costos, Lyon, 2007.
- CARRATALÁ, Juan y ALBANO, Horacio, Gerenciamiento Estratégico de Costos. Herramientas prácticas para los procesos de reducción de costos, Buenos Aires, Omicrom System, 2012.
- CARTIER, Enrique, Apuntes para una teoría del costo, CABA, La Ley, 2017.
- CASCARINI, Daniel, Teoría y Práctica de los Sistemas de Costos, 2ª ed., CABA, La Ley, 2016.
- CORONEL TRONCOSO, Gregorio, Cotos en entidades de salud, en Revista Costos y Gestión, Año VIII, N° 30, 1998.
- CORONEL TRONCOSO, Gregorio, De liderazgos médicos y costos en salud, en Revista Costos y Gestión, Año XXI, N° 81, 2011.
- CORONEL TRONCOSO, Gregorio, Gestión y costos de empresas de salud en ambientes desregulados. El caso de Argentina, en VII Congreso Internacional de Costos, España, 2001.
- CORONEL TRONCOSO, Gregorio, Los costos en la actividad sanatorial. Determinación de costos por patología. Revista Costos y Gestión, Año I, N° 3, 1992.
- DE PONTI, Héctor, CANALE, Sandra y MONTEFERRARIO, Mariano, Costos en organizaciones sanitarias. Alternativas, en XIII Jornadas de Investigación, Universidad Nacional del Litoral, 2018.
- DI RENZO, Diego, CARTIER, Enrique y CORONEL TRONCOSO, Gregorio, Costos normalizados en procesos de resolución de patologías, en XXXI Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCo), Tucumán, 2008.
- DUQUE ROLDÁN, María, GÓMEZ MONTOYA, Luis y OSORIO AGUDELO, Jair, Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y sus utilidad para la toma de decisiones, en Revista del Instituto Internacional de Costos, N° 5, 2009.
- GIMÉNEZ, Carlos, Costos para no especialistas, Buenos Aires, La Ley, 2006.
- GÓMEZ DUQUE, Alonso, Un método rápido para el cálculo de costos hospitalarios, en Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Vol 44, N° 2, 1996.

- KOCIAN, María, Diseño de un sistema de costos para un centro de cirugía ambulatoria, Tesis de Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud, Universidad Nacional de Córdoba, 2016.
- MASSARA, Mariana, Rol del Contador Público Nacional en materia de costos, en las empresas prestatarias de servicios de salud, Universidad FASTA, 2015.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección de Finanzas y Contabilidad: Manual de Instrucciones y Procedimientos de Costos en Salud, 2009.
- MONTICO RIESCO, Eduardo, VELARDE ROSSA, Martín y MÁRQUEZ, Ignacio, Formulación de un tablero de comando para el análisis de la productividad y la gestión competitiva en el sector salud, en Revista Costos y Gestión, Año XXII, N° 87, 2013.
- PEOMBO, Carina, Costos y gestión en servicios de salud: una revisión de la literatura, en Quantum, Vol. III, N° 1, 2008.
- PODMOGUILNYE, Marcelo, El Costeo Basado en Actividades. Un enfoque desde su aplicabilidad práctica en las empresas argentinas, Buenos Aires, La Ley, 2014.
- SANTAMARÍA BENHUMEA, A.M., HERRERA VILLALOBOS, J.E, SIL JAIMES, P.A., SANTAMARÍA BENHUMEA, N.H., FLORES MANZUR, M.A. y del ARCO ORTIZ, A., Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria, en Medicina e Investigación, 2015.
- VATTUONE, Alejandro, Desarrollo del costeo basado en actividades en clínicas privadas de salud actuales en Argentina, Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Económicas, UBA, 2010.
- WARNECKE ARIZA, Ricardo, Aspectos prácticos de la gestión de costos de instituciones de la salud, en XXXVII Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCo), Formosa, 2014.
- WARNECKE ARIZA, Ricardo, Costeo de servicios hospitalarios, en XXXIV Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCo), Bahía Blanca, 2011.