

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Gabriela Mazzucchelli

COSTOS HOSPITALARIOS

2006



Citar como: López, J. E. (2006). Gestión Compartida: Análisis preliminar de la implementación de la Integración horizontal en laboratorios de Análisis Clínicos. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INTRODUCCIÓN

El aumento de los costos de la atención médica, asociado a la particular situación que vive nuestro país y a la estructuración de nuestro sistema de salud, ha hecho que en la actualidad, sea imprescindible, para sobrevivir como organización prestadora de salud, gestionar eficientemente.

Una gestión eficiente está compuesta por varias aristas, en el presente trabajo nos ocuparemos solo de una de ellas, que son los costos hospitalarios.

El conocimiento de los mismos permite entre otras cosas, un análisis más preciso de la cuenta de resultados, la elaboración de presupuestos, la valorización de los recursos y clarificación de la información para la toma de decisiones.

El objetivo del presente trabajo es realizar un relevamiento bibliográfico acerca del concepto de los costos, su análisis y las diferentes formas de costeo aplicables a entidades prestadores de servicios de salud.

Para poder comprender cabalmente porque se hace imperioso conocer en que se gasta el dinero como primer paso para controlarlo, es fundamental situarnos en la realidad del mercado de salud argentino, que sin lugar a dudas es un terreno hostil, donde la supervivencia es uno de los objetivos principales. Por esto, como introducción al tema se hará una descripción somera de cómo han evolucionado los costos en los últimos años, cual es la situación en nuestro país y como es la actualidad del sistema de salud argentino. Después sí, nos avocaremos de lleno a lo que es el tema central del trabajo, que son los costos hospitalarios.

Inicialmente se efectuará una revisión de los conceptos y las definiciones de los distintos tipos de costos y luego se mostrarán las diferentes formas de análisis y sistemas de costeo con sus ventajas y desventajas.

Metodología: Como ya se ha mencionado el trabajo consiste en una revisión bibliográfica. La documentación utilizada corresponde a publicaciones, libros, revistas y artículos, de origen nacional e internacional, obtenidas a través de búsquedas en Bibliotecas y en Internet. El criterio de selección se basó en la trayectoria que poseen los autores de las publicaciones sobre el tema de

investigación. Se priorizó, en el caso de la conceptualización de costos, a los libros de texto. No se utilizó como criterio la antigüedad de las publicaciones por no ser pertinente en el tema a tratar, ya que hay conceptos que no se han modificado con el correr de los años.

1- LOS COSTOS EN SALUD

En las últimas tres décadas se ha evidenciado un incremento exponencial de los costos en salud, que no se ha acompañado necesariamente de un aumento de la calidad de la atención médica o de un claro mejoramiento de los índices sanitarios.

Si analizamos la evolución de uno de los indicadores básicos del nivel de gasto sectorial, como es el gasto en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI), veremos que esta tendencia es sostenida a través del tiempo y que es un fenómeno cuasi globalizado. En la tabla 1 se muestra el incremento en el gasto en salud según porcentaje sobre PBI desde la década del 60' hasta el año 2002.

Tabla 1.

EVOLUCIÓN GASTOS EN SALUD (En porcentaje sobre PBI)						
Países	1960	1970	1980	1988	2002	Incremento
EEUU	5,2	7,4	9,3	11,3	14,6	181%
Suiza	3,3	5,2	7,3	8	11,2	239%
Alemania	4,7	5,9	8,5	8,9	10,9	132%
Islandia	1,2	5,2	6,5	8,5	9,9	725%
Francia	4,2	5,8	7,6	8,6	9,7	131%
Canadá	5,5	7,1	7,4	8,6	9,6	75%
Suecia	4,7	7,2	9,5	9	9,2	96%
Países Bajos	3,9	6	8,2	8,4	9,1	133%
Italia	3,3	5,2	6,8	7,6	8,5	158%
Japón	2,9	4,4	6,4	6,7	7,8	169%
Reino Unido	3,9	4,5	5,8	5,9	7,7	97%
España	2,3	3,7	5,6	6	7,6	230%
Irlanda	4	5,6	9	7,9	7,3	83%
Medias	3,78	5,63	7,53	8,11	9,47	151%

Fuente OCDE, Health Data Bank (Health Affaire, Fall 1989 y Spring 1999) y Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. ECO- SALUD OCDE 2004,1º EDICIÓN.

Las causas globales de este incremento podríamos resumirlas en los siguientes ítems:

- Una continúa elevación de precios, general y específica de cada subsector.
- Mayor densidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso.
- Aumento en la utilización de los servicios sanitarios.
- Cambios en la mortalidad y morbilidad, con un desplazamiento de las enfermedades infecciosas y carenciales a enfermedades crónicas y degenerativas.
- Envejecimiento de la población, que se relaciona justamente con una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, responsables del mayor número de muertes y de minusvalías. Según Costas y Lopez (1985) el 40% del gasto sanitario en España es consumido por los mayores de 55 años.
- El papel del Estado que ha calificado los servicios sanitarios como bienes tutelares, cuyo consumo debe ser protegido y liberado de los condicionantes individuales.
- Mayor especialización médica con incremento de los valores de la atención.
- Escasos avances en el aumento de la productividad por persona en el sector sanitario, basados en las características propias de la atención médica, que sigue siendo personalizada y artesanal.
- Los intereses de las industrias farmacéuticas y de electromedicina, que en sus intentos por abrir mercados, despiertan nuevas necesidades que generan demandas.
- Cambios en las costumbres sociales y en la organización familiar, que unido a las expectativas suscitadas en la población con respecto a la potencia del sistema sanitario, ha creado mayor dependencia de este.(1)

Todos estos factores explicativos del crecimiento del gasto sanitario, especialmente evidente en los países desarrollados, continuarán influyendo y probablemente incrementándose. No existen razones para pensar que el gasto sanitario como porcentaje del PBI deje de aumentar en los años venideros.(2)

1.1 ¿Cuál es la situación en nuestro país?

Argentina no escapa a las generalidades mencionadas anteriormente. Cuando se considera el gasto en salud como porcentaje del PBI, no hay grandes diferencias

Las causas globales de este incremento podríamos resumirlas en los siguientes ítems:

- Una continúa elevación de precios, general y específica de cada subsector.
- Mayor densidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso.
- Aumento en la utilización de los servicios sanitarios.
- Cambios en la mortalidad y morbilidad, con un desplazamiento de las enfermedades infecciosas y carenciales a enfermedades crónicas y degenerativas.
- Envejecimiento de la población, que se relaciona justamente con una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, responsables del mayor número de muertes y de minusvalías. Según Costas y Lopez (1985) el 40% del gasto sanitario en España es consumido por los mayores de 55 años.
- El papel del Estado que ha calificado los servicios sanitarios como bienes tutelares, cuyo consumo debe ser protegido y liberado de los condicionantes individuales.
- Mayor especialización médica con incremento de los valores de la atención.
- Escasos avances en el aumento de la productividad por persona en el sector sanitario, basados en las características propias de la atención médica, que sigue siendo personalizada y artesanal.
- Los intereses de las industrias farmacéuticas y de electromedicina, que en sus intentos por abrir mercados, despiertan nuevas necesidades que generan demandas.
- Cambios en las costumbres sociales y en la organización familiar, que unido a las expectativas suscitadas en la población con respecto a la potencia del sistema sanitario, ha creado mayor dependencia de este.(1)

Todos estos factores explicativos del crecimiento del gasto sanitario, especialmente evidente en los países desarrollados, continuarán influyendo y probablemente incrementándose. No existen razones para pensar que el gasto sanitario como porcentaje del PBI deje de aumentar en los años venideros.(2)

1.1 ¿Cuál es la situación en nuestro país?

Argentina no escapa a las generalidades mencionadas anteriormente. Cuando se considera el gasto en salud como porcentaje del PBI, no hay grandes diferencias

con los otros países de América Latina ni con Europa. El porcentaje calculado para el año 2003 fue del 7.3% del PBI. Similar al rango existente en los países americanos del 5.6% al 10%, a excepción de los Estados Unidos que tiene un nivel de gasto muy superior, y próximo al promedio de los países europeos del 8.5%.⁽³⁾ De todas formas no debemos confundirnos, el dinero total destinado a la salud en los países desarrollados es muy superior al nuestro y al de América Latina en general, ya que se encuentra íntimamente relacionado con el desarrollo y en nivel económico de cada nación.

Si comparamos la eficiencia de nuestro Sistema, a través de indicadores de salud, vemos que nos encontramos claramente por debajo de los países europeos, lo cual resulta razonable dado el mayor monto de dinero que ellos invierten en salud y el mayor nivel socioeconómico que poseen, que es un importante determinante de la salud de la población, independientemente de su sistema sanitario. Sin embargo, algunos países latinoamericanos, más cercanos a nuestra realidad, como Costa Rica, Chile, Panamá, Uruguay y México, presentan niveles inferiores de mortalidad infantil y levemente superiores de la esperanza de vida.⁽³⁾ Entonces, no es solo cuanto se gasta, sino como se gasta y en que se gasta. Esto es aplicable tanto a la macrogestión sanitaria, como también a la meso y a la microgestión.

Si bien es indelegable el papel del Estado como responsable de la salud de la población y como regulador del sistema, cada uno de los actores o participantes que lo componen también debe contribuir a mejorar la eficiencia de la atención de la salud y a controlar el gasto.

1.2 El Sistema de Salud Argentino:

Analizar los determinantes de la actual situación del sector salud en la Argentina, es una problemática muy compleja y no constituye un objetivo de este trabajo. Solo se describirá a grandes rasgos la situación en la que nos encontramos inmersos.

Para poder tener una idea de la problemática actual, debemos considerar los siguientes puntos:

- Devaluación: provocó un aumento del dólar y por ende del precio de los insumos y de los servicios, en su mayoría ligados a esa moneda, mientras que los aranceles apenas evolucionaron pero en pesos.
- Inflación: comenzó a notarse a mediados de 2005 y hoy afecta cada vez con mayor fuerza al sector, porque produce un incremento de precios sin que el dólar se mueva.
- Desocupación: hace que haya más gente sin cobertura, lo que provoca una mayor demanda del sector público y una caída de los aportes.
- Evasión, Morosidad y Precarización laboral: perjudican el ingreso de aportes al sistema y atenta contra la calidad de los servicios y los pagos en términos.
- Sinceramiento de los costos: los valores de los aranceles que perciben las organizaciones están muy por debajo de la realidad que marcan los costos de los servicios.
- Caída de los honorarios médicos: los profesionales del sector cada vez ganan menos y trabajan más horas, lo que atenta contra la calidad de los servicios y afecta la relación médico-paciente.
- Medicina defensiva: a raíz del aumento de las demandas por mala praxis, cada vez se destinan más recursos a prácticas defensivas, de las cuales se podría prescindir, restando recursos a la atención.
- Actualización salarial: los incrementos de haberes, y por ende los aportes, no siguieron el mismo ritmo que el incremento de los precios de los insumos y de los servicios, en su mayor parte sujetos al precio del dólar.(4)

Las situaciones mencionadas forman parte de nuestra realidad diaria y sin lugar a dudas son motivo de incremento de los costos y del deterioro de la calidad de atención, pero no son los únicos motivos de la actual situación. Adentrémonos ahora un poco más en el sistema.

Éste está constituido por 3 sub-sectores, la Seguridad Social, el sector público y el privado. Entre los dos primeros prestan cobertura al 90% de la población, mientras que el sector privado cubre el porcentaje restante, pero contribuye sustancialmente al gasto global en salud.

El financiamiento del sistema está interrelacionado, de modo que variaciones en un sector afectan a los otros. Sin embargo cada sub-sector tiene sus propios condicionantes.

Los fondos de la Seguridad Social, dependen de los aportes y contribuciones, de los trabajadores y sus empleadores, por lo tanto son dependientes del nivel de empleo y de los montos de los salarios.(3) No debe extrañarnos entonces, que haya una desfinanciación del sector con la crisis que viene atravesando nuestro país, con una alta tasa de desempleo y de empleo en negro y niveles salariales pauperrimos, asociados en su momentos a una política de Estado que redujo las contribuciones patronales, con la excusa de hacer más competitiva nuestra industria.

En los últimos años ha existido una transferencia de este desfinanciamiento desde las aseguradoras a los prestadores en forma de endeudamiento.(3)

El sub-sector público que se financia con recursos provenientes de las rentas generales, expresado por los presupuestos nacionales, provinciales y municipales, ha subsidiado el déficit de la Seguridad Social y en ocasiones también al sector privado, a través de la atención en el ámbito público de la población cubierta por estos. Ejemplo de esto son el tratamiento de los accidentados, el período de carencia de las coberturas o las prácticas no cubiertas por los prepagos o las Obras Sociales. Por otra parte, a principio de la década del 90 se trasladó a las provincias y los municipios el financiamiento, la administración y el desarrollo de los hospitales, en la mayoría de los casos sin el correspondiente presupuesto, y esto generó un empobrecimiento que está creciendo.(4)

El sector privado obtiene sus fondos a partir de mensualidades y de cuotas de afiliaciones voluntarias para acceder a planes superadores en las Obras Sociales.

Como otra fuente de financiamiento privado no debemos dejar de nombrar, el denominado "gasto de bolsillo", que se expresa fundamentalmente a través de la compra de medicamentos y la efectivización de los copagos o coseguros.

Todas estas aportaciones están estrechamente vinculadas a la situación económico-financiera del país.

Además, debemos considerar que existe una importante atomización de los entes financiadores y prestadores, creando un universo con múltiples opciones, tan variables como la propia calidad de los servicios que ofrecen. Con muchas organizaciones con estructuras pequeñas o debilitadas que no pueden hacer frente a los frecuentes cambios que se producen en el sector.

A esto se le agrega la eterna puja entre los entes financiadores y prestadores, que desde hace años, vienen jugando una cinchada con la transferencia del riesgo de la atención médica.

En la actualidad, a través de la implantación de formas de contratación modulada o capitada, que han desplazado al pago por acto médico, el riesgo se ha transferido en general al sector prestador.

Por lo que hemos visto hasta ahora y analizando la situación desde el punto de vista de un ente prestador de servicios de salud, el panorama no es nada alentador. El incremento de los costos de la atención médica, la presión por la utilización de tecnología con tiempos de obsolescencia más cortos, la competencia despiadada, las deudas impagas o el retraso de los pagos de los financiadores y contratos con transferencia de riesgo, sumado a la crisis y desfinanciamiento del sistema, han puesto en el tapete, la necesidad imperiosa de una gestión institucional eficiente.

Parte de la misma es el conocimiento y análisis de los costos hospitalarios, como primer paso en el control del gasto, que no solo redundará en beneficio de la propia Institución, sino también del sistema en general. Ya que si cada sector hace un uso racional de los recursos podemos comenzar a revertir la situación descripta.

2- COSTOS: CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

2.1 Concepto sobre costos

El concepto de costo ha ido evolucionando con el tiempo influenciado por las diferentes escuelas económicas. Los aportes realizados por la escuela clásica, a través de sus representantes más destacados como Adam Smith, David Ricardo, William Senior y John Stuart Mill, han sido fundamentales para corporizar el actual concepto de costo.(5)

Adam Smith introduce su teoría donde el trabajo es la medida real del valor de cambio de todos los bienes. Cuando hay división de trabajo el mercado determina el precio y cuando este cubre el costo de producción influenciará la decisión respecto de los bienes a producir. A medida que actúan las leyes del mercado se tiende a reducir el precio a un nivel natural que es levemente superior al costo de producción. De este modo el valor de las mercaderías tienden a acercarse al costo de producción, que se haya determinado por el sufrimiento representado por el trabajo y el pago por la utilización de la tierra.

David Ricardo, con su teoría del valor trabajo, se dedicó a estudiar las posibilidades de los bienes de ser susceptibles de aumentar con la actividad humana, tratando de demostrar que el valor cambio es proporcional a la cantidad de trabajo que contienen, incluyendo el trabajo ahorrado en forma de bienes instrumentales. Tanto él como varios de los representantes de la escuela clásica hablaban del costo sufrimiento, que representa el valor en términos proporcionales al costo expresado en tiempo de trabajo.

William Senior, plantea la existencia de un nuevo factor, la abstinencia del capitalista al consumo, lo cual favorece la disposición de medios representativos de capital. Este sacrificio, que consiste en la renuncia a un placer, o su postergación, debe ser recompensado mediante un beneficio. De esta manera la abstinencia constituye un elemento más del costo de producción, el que está dado por los esfuerzos y sacrificios representados por el trabajo y los beneficios de las esperas o abstinencias para ahorrar el capital invertido en ella.

Alfred Marshall, economista inglés, que vivió entre 1842 y 1924, dio un enfoque acerca de los costos, muy aplicable a la estructura empresarial. Al estudiar la producción plantea la manera en que repercute el factor tiempo en la formación de la estructura de los costos. Entiende que en el corto plazo priman los factores fijos, y que son variables las materias primas, los salarios y ciertos elementos auxiliares de la producción, en tanto que en el largo plazo toda la escala de costos es variable. Define costo, como los esfuerzos de todas las diferentes clases de trabajo que tienen participación directa o indirecta en la producción en unión de las esperas requeridas para ahorrar el capital usado en ella, denominando a esto, costo real de producción, y a las sumas de dinero que han de ser pagadas por todos esos esfuerzos y sacrificios las denomina el costo monetario de la producción o gastos de producción.

La sumatoria y elaboración de todas estas ideas, más algunos conceptos, como el costo de oportunidad, que trataremos más adelante, han contribuido a la actual concepción de los costos.

La economía y la contabilidad, difieren levemente en cuanto a la consideración de los mismos. Desde el punto de vista contable, tiene una acepción más restringida, refiriéndose exclusivamente a la suma de valores, cuantificables en dinero, que representan consumo de factores de la producción realmente incurridos o efectivamente desembolsados para llevar adelante el acto de gestión de cuyo coste se trate.

Los economistas amplían el concepto agregándole el costo de los recursos propios, que determinan considerando lo que podría ganarse si se los empleara sobre una base contractual de terceros.(5)

Resumiendo, toda empresa incurre en costos para obtener un beneficio y en procura de un objetivo final. En el caso de una Institución de salud, será para mejorar la atención de sus pacientes e incrementar sus ingresos. Entonces, podemos tomar como una definición simplificada de costo, al sacrificio de valores o contraprestaciones económicas que se realiza para producir bienes o servicios con el objeto de utilizarlos en la generación de ingresos de explotación.(6)

Contabilidad de costos: Paralelamente al desarrollo del concepto de los costos, surgió la necesidad de crear un sistema de registración de los mismos, surge así la denominada Contabilidad de Costos, que es complementaria de la Contabilidad General. Esta última da una visión global del negocio de la empresa, mientras que

la primera se sumerge en la intimidad de la misma. Brinda información con el detalle requerido de cuanto acontece dentro de la empresa, posibilitando el conocimiento de los hechos en el momento preciso, para que la dirección pueda tomar decisiones respecto a si maximizar beneficios o minimizar costos.

Para esto registra, clasifica, analiza, asigna, sintetiza e informa respecto de los costos de las operaciones; es fundamentalmente analítica y facultativa. Tiene por objetivo la determinación de costos totales y unitarios de productos, procesos, funciones o centros; posibilitar el planeamiento y posterior control de las operaciones, así como la determinación de costos y beneficios de estudios especiales para la dirección.(5)

La implementación de la contabilidad de costos presenta las siguientes ventajas:

- La fijación de razonables precios de venta, dentro de las limitaciones del mercado, así como el conocimiento de la rentabilidad de los productos o líneas de productos.
- El análisis de los costos de manera tal que puedan determinarse los correspondientes a la operación de cada departamento, centros o secciones en que se divida la empresa.
- Conocer el lugar donde se originó el costo con el fin de controlarlo.
- Permitir mediante el empleo de estándares de costos o costos tipo y su comparación con los efectivos, la determinación del grado de eficiencia logrado.
- Tener información sobre ineficiencias, en cuanto a ociosidad de equipos, mano de obra o producción defectuosa.
- Controlar las funciones de producción y de distribución mediante el empleo de presupuestos.
- Ejercer el análisis y control de los costos de comercialización o de distribución.
- Contribuir a la acción de planeamiento de la Dirección, mediante el suministro de información.

La desventaja, que no es un impedimento, es que su instalación y mantenimiento tiene también asociado un costo.

2.2 Clasificación de Costos

Existen múltiples clasificaciones, en base a diferentes perspectivas, tomaremos aquí algunas de ellas en virtud a la utilidad que posteriormente le daremos al tratar el análisis y sistemas de costeo.

- En relación a la función a que se destinan.
 - **Coste primario**, es el costo integrado por el material, otros suministros directos y el costo de mano de obra directa necesaria para fabricar un producto.
 - **Costo de producción**, incluye el costo de los materiales, mano de obra y otros costos de fabricación indirectos, siendo utilizado normalmente como criterio de valoración de existencias.
 - **Costo de distribución**, son los costos relativos a la comercialización y entrega de los productos a la clientela; se considera que son consumidos en el período que se realizan.
 - **Costos de administración**, comprenden las funciones de dirección, planeamiento y gestión general de la empresa.(7)

- En relación al momento de efectuar los cálculos.
 - **Costo Histórico**, es el sacrificio monetario en que se incurrió para lograr un determinado objetivo, que ya fue alcanzado, por ejemplo, tener un producto. Registra, clasifica y resume las partidas de costos en el momento en que se van produciendo y que a su vez, permite la obtención de los costos totales y unitarios una vez que se han realizado todas las operaciones relacionadas con la producción. Son los costos realmente incurridos, recién puede conocerse al finalizar el período de cómputo.

Las críticas más importantes que se hacen a este sistema de costos son, que brindan información de hechos pasados, que no proporciona ninguna unidad de medida y que provee costos fluctuantes.

Su ventaja reside en representar los costos realmente incurridos en trabajos completos o para toda la producción realizada en un período.

Ante los inconvenientes de los costos históricos, sumado a la necesidad de la Dirección de tener una información más analítica y manejar alguna medida para evaluar la eficiencia, nacen los denominados,

- **Costos predeterminados**, que son estimaciones de costos, realizadas antes de la iniciación de los procesos o tareas de fabricación, tomando como base para ello condiciones específicas del funcionamiento del sector.

Se clasifican en presupuestos o estimados y en estándar o normales.

El costo presupuesto o estimado consiste en el cálculo de los materiales, mano de obra y costos indirectos de fabricación antes de la iniciación de las tareas de producción con el objeto de pronosticar el verdadero costo. Constituyen una tentativa para predeterminar los costos efectivos, hallándose sujetos a constantes modificaciones a medida que se comparan con estos últimos. No sirven como elemento para el control de costos.

Por el contrario, los costos estándar constituyen un método para determinar los verdaderos costos, sin influir en su cómputo los costos efectivos. Consisten fundamentalmente en estimaciones suponiendo condiciones normales y reales de funcionamiento en base a un grado de eficiencia previsto. Representa un costo tipo que se considera que es el verdadero costo del producto, porque para calcularlo se suponen ciertas condiciones de eficiencia que son perfectamente alcanzables.(5)

- En relación a su asignación.

Se clasifican en directos e indirectos, sin embargo un coste en sí mismo carece de atributos relativos, dicha clasificación aparece únicamente en relación a una determinada unidad de referencia que puede ser un producto, una línea de productos, un departamento u otra unidad en que se haya dividido la empresa.

- **Costos directos**, son referidos a medios o factores consumidos en el proceso por un producto, o por un centro o sección de costos sobre los que se puede calcular prácticamente su medida técnica y económica. Son los que se pueden identificar inequívocamente con la unidad de referencia.(7)

- **Costos indirectos**, son los que incluyen el consumo de factores o medios de producción que por afectar al proceso en su conjunto no se pueden calcular directamente, sino mediante su distribución. Por lo tanto, no pueden ser inequívocamente identificados con la unidad de referencia. Para poder realizar su imputación a productos o a secciones de costos, hay que utilizar algún criterio de distribución que asigne a cada uno, lo más justamente que se pueda, la parte de este costo compartido que le corresponde.

Para ejemplificar, tomemos como producto de un hospital, un egreso de sala general. Serán costos directos, los medicamentos y descartables utilizados por el paciente, los estudios que le fueron realizados, los sueldos de médicos y enfermeros que lo atendieron. Serán costos indirectos, los honorarios del servicio de limpieza, de vigilancia, los costos administrativos, etc.

- En relación a su grado de variabilidad.

Esta clasificación está fundamentada en el grado de regularidad o concurrencia del costo, resultando importante para la realización de estudios de planificación y de control de operaciones y para la toma de decisiones por la Dirección.

- **Costos fijos**, son aquellos cuyo valor total no está influenciado por el volumen de actividad, siempre que este se mantenga dentro de la capacidad instalada.

Se los denomina también costos del período, de estructura o de capacidad, ya que representan la capacidad para producir y vender.

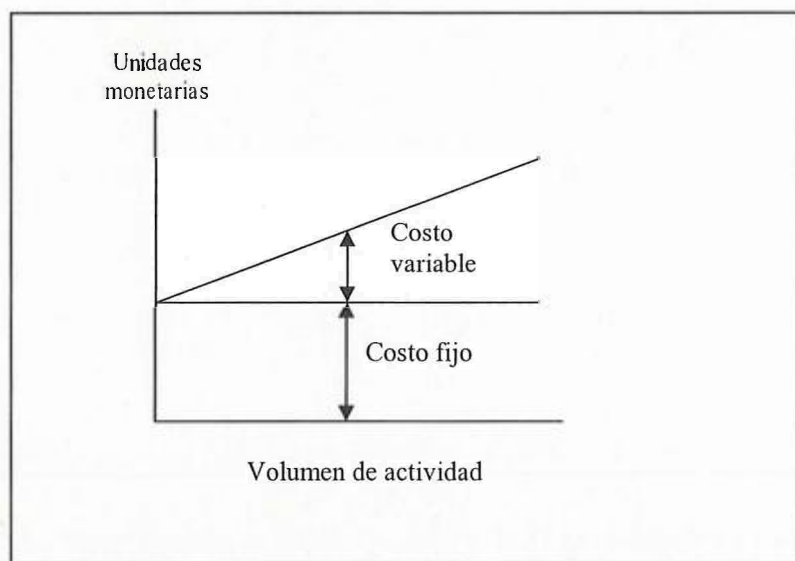
Los costos fijos se clasifican en *costos de estado parado* y en *costos de preparación de la producción*. Los primeros son aquellos en los que se incurre aún en el caso de que se pare la producción. Dentro de estos a su vez se distinguen, los *costos vivos fijos*, que son aquellos que han provocado desembolsos previos en el ejercicio, como por ejemplo los impuestos sobre la propiedad, los alquileres, y los *costos extinguidos fijos* que son los que han significado una salida de dinero en períodos anteriores para la adquisición de elementos que son usados en varios períodos posteriores a su compra, ejemplo, los bienes de uso.

En casos de escasez de trabajo se deben por lo menos cubrir los costos vivos fijos. Dicha situación no puede mantenerse en el tiempo ya que no se podría recuperar la inversión realizada en activos inmovilizados.

Los *costos de preparación* de la producción son los que normalmente se incurren para dejar a la empresa en condiciones de comenzar la producción.

- **Costos variables**, son los que cambian con las alteraciones del volumen de producción, o sea que su magnitud cambia en relación directa con el grado de actividad de la empresa, por ejemplo, las materias primas. Según la manera en que varían en relación con el volumen de producción, pueden ser *Proporcionales*, o sea que varían en la misma cuantía que el volumen, *Progresivos*, aumentan más que proporcionalmente al volumen, *Degresivos*, fluctúan en menor proporción y *Regresivos*, fluctúan en sentido contrario al volumen.

Gráfico 1. Comportamiento de costos totales fijos y variables.



Hay otros tipos de costos que se los denomina *semivARIABLES* y *SEMIFIJOS*, que dentro de ciertos intervalos de actividad se comportan con características de un costo fijo, pero que a la vez sufren cierta alteración con el grado de actividad.

Cabe destacar que si se toma un período muy prolongado todos los costos terminan siendo variables.

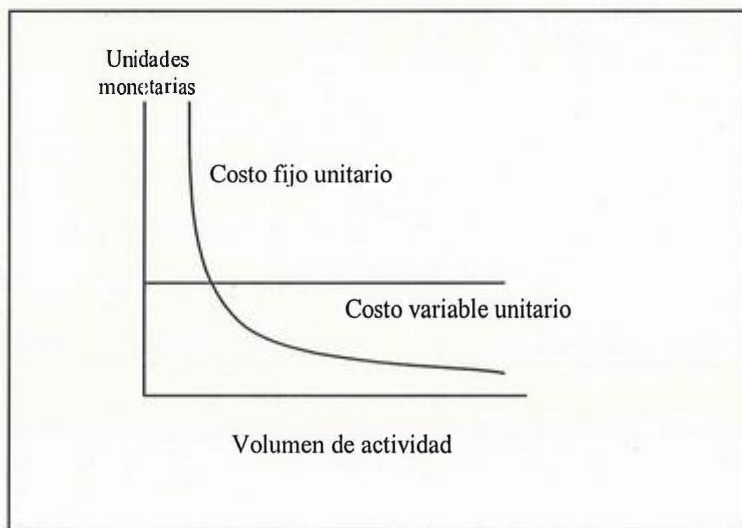
- En relación a que se considere la unidad de producto o la totalidad de lo producido.

Tendremos así el costo total y el costo unitario, el primero es el que se obtiene a través de la sumatoria de todos los gastos incurridos para la producción total de los bienes y servicios de un periodo; mientras que los segundos se calculan como promedio en relación a la cantidad producida.

Este concepto está íntimamente ligado a la de costos fijos y variables. En el gráfico visto anteriormente (Gráfico 1) vimos el comportamiento de los costos fijos totales y de los costos variables totales. Ahora si dividimos el costo fijo total entre las unidades producidas, tendremos el **costo fijo unitario**, que tendrá un comportamiento muy diferente, a medida que aumente la cantidad producida se irá reduciendo el costo unitario.

Por otra parte si realizamos el mismo proceso con los costos variables, obtendremos el **costo variable unitario**, que tendrá un comportamiento constante o fijo con los cambios de volumen. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Comportamiento del costo fijo unitario y variable unitario.



- Otros tipos de costos.

Costos de oportunidad: Son los resultantes de una alternativa u opción abandonada. Si se tienen dos alternativas y se opta por una de ellas, el costo de oportunidad estará dado por la alternativa desechada.

Este concepto tiene importancia en la toma de decisiones, ya que ante la tentativa de disponer de capital para la realización de determinado emprendimiento, debemos considerar el costo de las alternativas que no estamos realizando.

Costos incrementales o diferenciales: Surgen cuando se estudian nuevos proyectos, que van a modificar el volumen de producción, esta modificación trae acarreado una modificación del costo. Se denominan incrementales cuando hay un aumento del costo por aumento del volumen de producción y decrementales cuando se proyecta una disminución de la producción.

Costo marginal: Es el aumento del costo que se genera por producir una unidad más del producto.

UNIVERSIDAD ISALUD
BIBLIOTECA

3- ANÁLISIS Y SISTEMAS DE COSTEO

Los sistemas de análisis de costos son los diferentes métodos que se pueden efectuar para conocer los costos de diferentes objetivos, productos, centros de costos, actividades y determinar el resultado del período.

El sistema que elige implementar una empresa se relaciona con diversas variables, como las características de la empresa, el sector donde opera, que información necesita, que información tiene disponible y cuánto dinero quiere o puede gastar en su sistema de costos.

3.1 Sistema de cálculo de costos parciales

Son sistemas donde se imputan a los productos solamente una parte de los costos. Son útiles fundamentalmente en aquellas empresas donde los costos variables o los costos directos representan un porcentaje alto del total. También este tipo de cálculos sirven como información complementaria para la toma de decisiones. La principal ventaja es la fácil implementación y el bajo costo y su desventaja es, justamente, que brinda una información parcial.

Sistema de costeo directo o variable, es un método por el cual se imputan a los productos solo los costos que varían en relación al volumen. Los costos indirectos fijos, se tratan como costos del período y se atribuyen a la cuenta de resultados, independientemente del volumen de actividad.

Un cálculo útil para la toma de decisiones es la *contribución marginal*, que se determina por la diferencia entre el precio de venta unitario y el costo variable por unidad de producto; representa el excedente para cubrir los costos fijos y el margen de beneficio. La contribución marginal posibilita la realización de estudios relacionados con la rentabilidad por producto.

El margen bruto unitario, precio de venta unitario menos costo variable unitario, multiplicado por el número de unidades producidas da la contribución total, de la que se obtiene el resultado neto previa deducción de los costos fijos. Esta permite conocer cuál es el grado de absorción de los costos fijos.(5)

El costo variable unitario permite establecer el valor mínimo de venta.

De más esta decir, que a una empresa no le conviene trabajar con productos con Contribución Marginal neutra o negativa, pero hay determinadas circunstancias que justifican esta conducta, en concepto del beneficio global de la empresa.

Son ejemplo de esto:

- Productos complementarios de otros que tienen una contribución marginal positiva.
- Para tratar de imponer un nuevo producto en el mercado.
- Para eliminar competidores.
- Cuando ante una caída del mercado se busca continuar en él, pensando en una recuperación futura.
- Por propia imposición del mercado, al ser inviable sacar determinado producto de la lista de prestaciones.

3.2 Sistema de cálculo de costos completos

Los denominados sistemas de "Full Costing" son aquellos que analizan el total de los costos, tanto directos como indirectos. Tienen fundamental importancia en aquellas empresas donde los costos indirectos representan un porcentaje significativo del total. Las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, son ejemplo de esto, ya que el mayor peso de los gastos está representado por los costos fijos. Según un estudio realizado en Hospitales de Cuba los costos son fijos ascienden al 80% del total.(8) Por supuesto que este porcentaje varía según las características propias de cada Institución, pero lo importante es tener en cuenta que estos gastos constituyen un factor que definitivamente debe ser considerado.

Para poder organizar la descripción de los diferentes sistemas de costeo los clasificaremos en primer lugar según el objeto de análisis de costo o sea la unidad de análisis estudiada, y en segundo lugar según la metodología de asignación de los costos de la organización al objeto de análisis.(9)

3.2.1 Definición de objeto de costo

Costos estructurales: Estos sistemas seleccionan como objeto de costos a sectores o espacios organizacionales y se analiza el consumo por cada uno de ellos.

Si bien la selección de la o las áreas a analizar depende de las necesidades de la organización, está sujeta al organigrama institucional y a la estructura física de las instalaciones, que determina tanto el área analizada como su unidad operativa.

Para explicar esto veamos el siguiente ejemplo. En un hospital que organiza la ocupación de sus camas por especialidad, se facilita el cálculo de los costos por Servicio. En el caso que se encuentre dividido por gravedad de patología, es más sencillo obtener los costos en función de las camas distribuidas por los diferentes sectores, Terapia Intensiva, Intermedia, Sala Gral., etc. En ambos casos la unidad operativa es la utilización de la cama.

También pueden utilizarse como objeto de costo otros sectores de la organización, como Quirófano, Guardia, Servicios de apoyo. En este caso las unidades operativas podrían ser hora-quirófano, ocupación de puestos de la guardia, etc.

Costos por producto: En este caso el objeto de análisis está definido por alguna especificación del producto sanitario.

Estos sistemas dependen, para un mayor aprovechamiento, de una adecuada clasificación de dicho producto. No basta con dividirlo según su nivel de atención en ambulatorio e internación, para poder conocer el valor de la consulta o de un egreso, sino tratar de desagregar estos productos.

Es por esto que vale la pena dedicar, en este punto, algunas líneas sobre los denominados Sistemas de Clasificación de Pacientes.

Podemos definirlos como, una combinación de tipos de pacientes tratados por un hospital, un servicio, un médico o cualquier unidad funcional según categorías o clases predefinidas. Se describe la producción de dicha unidad en términos de clases de pacientes similares desde el punto de vista clínico y consecuentemente del proceso de cuidados recibidos. O sea que agrupan en

categorías predeterminadas a personas con un patrón de necesidad de servicio parecido.(10)

En la actualidad existen varios sistemas de clasificación de pacientes que utilizan datos básicos referidos al paciente mismo y al episodio de atención (Conjunto Mínimo Básico de Datos).

Entre estos cabe destacar, por su grado de aplicación en los sistemas de salud a nivel mundial y por su relación con el análisis de costos a los llamados Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Estos proveen medios para relacionar el tipo de pacientes que atiende un hospital, su casuística, con los costos en que incurre para hacerlo.

Tienen su origen en el año 1967 en la Universidad de Yale, cuando Robert Fetter desarrolla un sistema de clasificación de pacientes para su aplicación en Medicare, basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su octava edición.(10)

Este sistema basa su clasificación en características clínicas de los pacientes y en relación al consumo de recursos. Pacientes clasificados en la misma categoría deben tener dos características básicas, congruencia clínica e isoconsumo de recursos.

La implementación por parte del Medicare del denominado Pago Prospectivo por Proceso, basado justamente en los GRD, logró contener en gran medida la escalada en los costos y demostró la importancia de la casuística hospitalaria en la estructura de costos.(11)

Los GRD permiten la comparación entre instituciones y dentro de la misma, con diferentes períodos. Al ofrecer información acerca de que tipo de pacientes fueron atendidos, o sea de la casuística, se puede confrontar datos sobre estadía hospitalaria y uso de recursos, relacionados justamente con el grado de complejidad de los pacientes; da entonces, idea de eficiencia.

Si bien en nuestro país esta clasificación no se encuentra desarrollada, la tendencia internacional está orientada a su utilización, por lo que la implementación de un sistema de costos basados en GRD es una importante herramienta de gestión.

Volviendo al tema inicial, independientemente del sistema de clasificación de pacientes que tenga una institución, el análisis de costos por producto, significa que el objeto de medición son los productos asistenciales.

Antes de introducirnos en la explicación de las diferentes metodologías de asignación de los costos cabe hacer algunos comentarios sobre esta primera clasificación.

- La implementación de un sistema de costos por producto no excluye que tengamos información del consumo de recursos de los diferentes sectores o servicios de la Institución. Es más esto nos dará una información más acabada de la distribución de los consumos.
- El análisis de costos de un sector o servicio o incluso de todos ellos, sin el traslado a los productos finales, quita potencia a nuestro sistema de costos como fuente de datos para la toma de decisiones.
- Existe una tendencia mundial que prioriza la utilización de sistemas de costos basados en producto, dentro de ellos los mencionados GRD tienen un papel preponderante.

Es a raíz de esto que la discusión se centra fundamentalmente sobre cual es la metodología que logra asignar con mayor precisión los costos a los productos finales. Tema que se tratará a continuación.

3.2.2 Metodologías de asignación

En general la imputación de los costos directos al objeto de análisis de los costos, más comúnmente los productos, no trae aparejado mayor complejidad. En cambio la asignación de los costos indirectos requiere en todos los casos de algún criterio de distribución. Lo que cobra mayor importancia en las instituciones de salud donde, como dijimos previamente, este tipo de costos son preponderantes.

Actualmente, se pueden distinguir dos grandes ramas metodológicas, los denominados sistemas de costos tradicionales y los sistemas basados en actividades o ABC. Si bien no son las únicas metodologías existentes, sí son las más extendidas, por lo que nos abocaremos a su descripción.

Sistemas de costos tradicionales

- *Método de costo completo:*

Es similar al método de los costos parciales, pero se realiza una imputación del total de los costos a los productos finales. Los costos indirectos se asignan en función al volumen.

La ventaja de este método es su simplicidad.

Las desventajas están asociadas a la baja precisión en la determinación del costo de los productos; más manifiesta cuanto mayor es la diversidad de producción que genera la empresa.

Esto puede traer como consecuencia que un producto con bajo volumen de producción absorba pequeñas cantidades de costos indirectos independientemente de lo que haya realmente consumido, obligando al resto de los productos a absorber la diferencia o producir una disminución de la rentabilidad.

- *Método por centros de costos. Sistema de asignación por cascada:*

Este método se basa en la distribución del conjunto de gastos en centros de costos o unidades de costeo (UDC). Esto permite la segmentación por áreas de la estructura funcional de la organización, de manera que se pueda identificar y agrupar los elementos de cada una de estas unidades de producción o prestación de servicios.

Los centros de costos pueden definirse como una unidad mínima de gestión, que tiene un responsable a cargo, actividad homogénea, objetivos propios, recursos humanos afectados a dicha unidad y que en general poseen un espacio físico determinado.

Estos centros permiten, la asignación de los costos indirectos, para que de esta forma puedan hacerse llegar al costo total del producto final.

La segmentación en los diferentes centros de costo va a depender de la propia estructura organizacional. Es preferible manejar un número relativamente pequeño de unidades para que la información sea más confiable.

Los centros o unidades de costos se pueden clasificar en (6):

- *Unidades de costeo administrativas*, que son las que realizan funciones globales para todo el hospital.
- *Unidades de costeo de Servicios Generales*, que si bien prestan servicio a las UDC administrativas, su función consiste principalmente en apoyar a las UDC indirectas y directas.
- *Unidades de costeo indirectas*, corresponden a estructuras funcionales cuya relación con la asistencia del paciente es indirecta. Normalmente actúan por solicitud de las áreas médica y sus productos son utilizados por los servicios directos para realizar el diagnóstico y tratamiento del enfermo.
- *Unidades de costeo directas*, hacen al objetivo del hospital. En ellas confluyen todos los esfuerzos para que se cumpla con la finalidad de la institución. Tienen relación directa con la asistencia del paciente. También pueden comprender docencia, investigación, etc.

Ya designados y clasificados los centros o unidades de costeo, debemos comenzar con la imputación de los gastos.

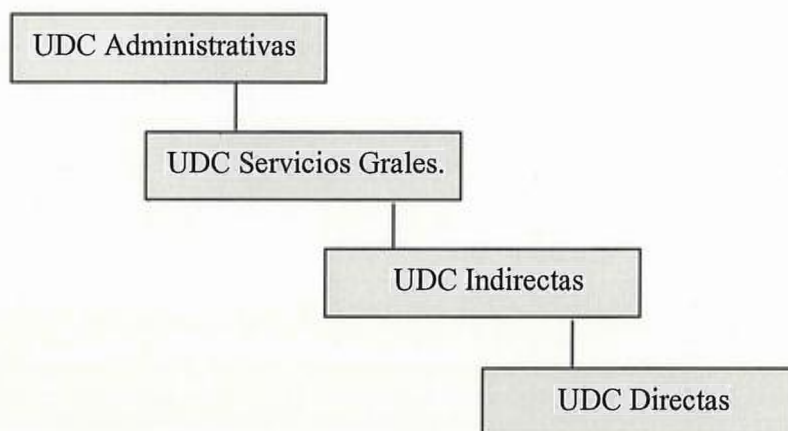
- Metodología:

Primariamente los gastos del hospital deben ser asignados a las diferentes UDC.

Hay costos que inequívocamente se relacionan con una determinada unidad, estos se asignan en forma directa.

Otros en cambio, los costos indirectos, por ejemplo los impuestos, deberán sufrir algún tipo de prorrateo para poder ser asignados a cada unidad. Los criterios a utilizar dependen de cada organización.

Una vez que tenemos el costo de cada centro comienza la distribución por el "Sistema de Cascada". Donde se van reasignando los gastos en forma escalonada desde las UDC administrativas hasta concentrar todos los gastos en las UDC directas.



O sea primero se distribuyen los costos de las UDC administrativas entre las 3 restantes, quedando todos los gastos de la organización distribuidos en las UDC de Servicios Generales, indirectas y directas.

Luego, con la parte proporcional de los costos absorbidos, se realiza la distribución de los costos de las UDC de Servicios Generales; para esto hay que utilizar alguna unidad del producto o servicio que prestan. Por ejemplo, para el lavadero, kilogramos de ropa lavada, para la cocina, raciones de comida. Esto ya da la idea de costo unitario por servicio.

Ahora los costos nos han quedado concentrados en las UDC indirectas y directas. Aquí obtendremos información del valor unitario de los productos intermedios, por ejemplo laboratorio, radiología. Para detallar el costo de los diferentes tipos de prácticas de cada servicio, hay que tomar algún criterio de agrupación, como ser cantidad de insumos que consumen, tiempo empleado; la determinación del costo de cada uno de los productos sería demasiado tedioso.

El último paso consiste en la distribución de estos costos a las diferentes UDC directas, a partir de las cuales podremos obtener el costo de los productos hospitalarios; por ejemplo, consulta pura, consulta vestida, estancia en terapia intensiva, en sala gral., egresos, hora quirófano, etc. Lo esperable es poder llegar a lograr conocer los costos de un episodio de atención del paciente, para lo cual se requiere un buen sistema de información.

Las ventajas del método son las siguientes:

- Permite conocer los costos globales de los diferentes sectores y de los productos que generan.

- Saber el grado de eficiencia de los mismos.
- Establecer indicadores y controlar su gestión.
- Poder reconocer un responsable por área y por los consumos de la misma.
- Facilitar la presupuestación de ser necesaria.

La desventaja es que al ser un método más complejo que el mencionado en primera instancia, necesita un mejor sistema de información. Por otra parte, por asignar muchos costos indirectos con diferentes criterios no es extremadamente preciso en la determinación de los costos de los productos finales. Esto será una desventaja importante o no dependiendo de la necesidad de la organización.

Sistema de costos basado en actividades

La metodología de Costeo Basado en Actividades (Activity Based Costing) se basa en el hecho de que una empresa para producir productos o servicios necesita llevar a cabo actividades, las cuales consumen recursos, por lo que primero se costean las actividades y luego el costo de las actividades es asignado a los diferentes objetos de costo (producto, servicios, procesos, etc.) que demandan dichas actividades; de tal forma se logra una mayor precisión en la determinación de los costos.

El ABC interviene en el costeo de los costos indirectos, distribuyéndolos entre las actividades que consumen dichos recursos. El ABC es por tanto una tentativa de transformar los costos indirectos en costos directos en la forma de incidir en cada actividad, lo cual indudablemente exige una mayor precisión que en las prácticas tradicionales de costeo.(12)

El ABC se desarrolló por primera vez por dos profesores de la Universidad de Harvard, Robin Cooper y Robert Kaplan. Ellos identificaron tres factores independientes pero simultáneos como las razones principales que justifican la necesidad y la práctica del ABC:

- Cambio en la estructura de los costos. A principios de siglo, la mano de obra directa representaba aproximadamente el 50% de los costos totales del producto, mientras que los materiales representaban un 35% y los gastos generales el 15%. Ahora, los gastos generales normalmente hacen a cerca

riel 60% del costo del producto, con los materiales en el orden del 30% y la mano de obra directa en tan sólo un 10%.

- El nivel de competencia que confrontan la mayoría de las firmas ha aumentado notoriamente. Conocer los costos reales de los productos es esencial para sobrevivir en esta nueva situación competitiva.

- El costo de la medición ha bajado a medida que mejora la tecnología de procesamiento de la información. Incluso hace veinte años, el costo de acumular, procesar y analizar los datos necesarios para ejecutar un sistema de ABC habría sido prohibitivo. Hoy, sin embargo, estos sistemas de medición de actividades no sólo son financieramente accesibles, sino que una gran parte de los datos ya existen en alguna forma dentro de la organización. Por lo tanto, ABC puede resultar sumamente valioso para una organización, porque proporciona información sobre el alcance, costo y consumo de las actividades operativas. (12)

Las dos ideas fundamentales de las cuales parte la metodología en cuestión son:

- Los productos no consumen costos sino actividades.

- Las actividades son las que realmente consumen recursos. Los costos son la expresión cuantificada de los recursos consumidos por las actividades.

De ello se deriva en primer lugar que la gestión de los costos se deberá centrar, principalmente en las actividades que los originan, llevando a que la gestión óptima de las mismas genere la reducción de los costos que de ellas se derivan.

En segundo lugar debe establecerse una relación causa / efecto entre las actividades y los productos o servicios. De ello se deriva que a mayor consumo de actividades corresponde la imputación de mayores costos y viceversa.

Por último, existe una mayor objetividad en la asignación de los costos, resultante de conocer los recursos consumidos en cada actividad. Por lo tanto la imputación al producto o servicio será en función de las actividades que haya producido o consumido. (12)

El enfoque ABC está orientado a responder a las siguientes preguntas (13):

1. ¿Que actividades se realizan en la organización?
2. ¿Cuanto cuesta realizar las actividades?

3. ¿Por qué necesita la organización realizar actividades y procesos empresariales?
4. ¿Qué parte o cantidad de cada actividad requieren los productos, servicios y clientes?

Para poder implementar un sistema ABC y responder a las antes mencionadas preguntas debemos:

- Elaborar un diccionario de actividades.
- Determinar cuánto está gastando la institución en cada una de sus actividades.
- Identificar los productos, servicios y clientes de la institución.
- Seleccionar drivers de actividad que vinculen los costos de las actividades con los productos, servicios y clientes de la institución.

Al desarrollar un sistema ABC, la institución, primero identifica las actividades realizadas. Las mismas se describen con verbos y objetos asociados: programar consultas, trasladar suministros, comprar suministros, etc.

La identificación de actividades culmina con la construcción de un diccionario de actividades que enumera y define todas las actividades principales realizadas en la institución.

Para determinar cuánto se gasta en cada una de las actividades, la institución debe asignar los gastos de recursos a las actividades mediante drivers de recursos.

Luego se identifican todos los productos, servicios y clientes de la institución. Por último, es necesario vincular a las actividades con los objeto de costo (productos, servicios, clientes) mediante drivers de actividades. Un driver de actividad es una medida cuantitativa del resultado o producto de una actividad.

El éxito de la implementación de este sistema radica en un cambio de mentalidad en la gestión empresarial, donde se priorizan los procesos y los límites entre las diferentes áreas se van haciendo más difusos, dejando de ser las mismas compartimentos estancos para convertirse en eslabones del proceso productivo que van agregando valor al producto.

Hay situaciones donde se realza la conveniencia de aplicar este tipo de sistema, entre ellas podemos mencionar:

- Cuando el porcentaje de costos indirectos sobre el total de costos de la Institución tenga un peso significativo.
- En organizaciones que estén sometidas a fuertes presiones de precios en el mercado y deseen conocer exactamente la composición del costo de los productos ya que los sistemas tradicionales de gestión suelen incorporar los costos indirectos de fabricación en función de volúmenes de unidades producidas o vendidas y por lo tanto algunos de los productos pueden estar subvencionando el costo de otros y en definitiva se pueden estar definiendo precios incorrectamente.
- Cuando se realiza una alta gama de productos con procesos de fabricación diferentes y en donde es muy difícil conocer la parte proporcional de gastos indirectos afectada a cada producto.
- En organizaciones con altos niveles de gastos estructurales y sometidas a grandes cambios estratégicos -organizativos.

En definitiva, podemos resumir las ventajas de esta metodología en los siguientes puntos:

- Da mayor precisión en la asignación de los costos indirectos a los productos.
- Permite ajustar los precios de todos los productos según sus costos e identificar a aquellos con mayor rentabilidad.
- Brinda gran conocimiento de la Organización y de las tareas que agregan costos sin agregar valor.
- Otorga una mayor visibilidad de las actividades realizadas. Permite que una empresa pueda concentrarse en la mejora de las actividades de alto costo, y por otro lado detectar y eliminar las actividades no generadoras de valor agregado.
- Permite la investigación sobre las causas que originan las actividades y a su vez los costes.
- Facilita la eliminación de productos no rentables, la tercerización de tareas, el achicamiento de costos y la reducción de procesos.
- El ABC es un sistema que pone un énfasis especial en administrar el valor de los procesos y no los costos. Es una herramienta de gestión que permite conocer el flujo de las actividades (y por lo tanto de sus costos) a lo largo de la organización. Es decir, el ABC controla todos los costos que se incorporan al

producto pero no todos ellos le proporcionan un valor que el cliente pueda percibir.

Las desventajas se centran en la complejidad de su sistema, que tiene altos costos de implementación y de mantenimiento. No es un sistema para principiantes en costos. Exige un procesamiento de datos muy eficiente y con moderno equipamiento y personal altamente capacitado y motivado.

CONCLUSIONES

Si bien los sistemas de costos fueron creados inicialmente para empresas manufactureras, en los últimos años con el aumento exponencial de las empresas proveedoras de servicios, estos métodos se han ido adaptando para poder ser incorporados a ellas. Sin embargo el ámbito de la salud se ha mostrado resistente a implementar sistemas de costo, sobre todo en nuestro país.

Las empresas prestadoras de salud en Argentina se encuentran actualmente en un punto de quiebre, donde su futuro depende de la visión estratégica que adopten. Necesitan cambiar su paradigma de gestión para poder sobrevivir, el no reconocer este hecho significará de seguro la extinción de la organización.

Un sistema de control de gestión es imprescindible y los costos forman una parte significativa del mismo. Ya hemos visto las ventajas de su implementación que generan beneficios en cuanto a la propia gestión de recursos y de control de procesos, como también desde el punto de vista comercial y económico-financiero.

Ahora, que sistema es el más apropiado para implementar? La respuesta a este interrogante no es única ni concluyente, ya que depende de la estructura de la organización, de su sistema de información y de su cultura. Sin embargo en los párrafos siguientes se tratará de exponer lo que a criterio personal constituye la mejor alternativa considerando la propia misión de una entidad prestadora y las características ya descriptas de nuestro sistema de salud.

La primera disyuntiva es cual será nuestro objeto de costo. Como mencionamos anteriormente existe una tendencia mundial a estructurar sistemas de costos basados en producto, y dentro de estos los GRD tienen un papel destacado.

Estos sistemas están ampliamente difundidos en Estados Unidos y en Europa, siendo en algunos países no solo una herramienta de gestión y control de costos, sino que también son utilizados como una forma de pago prospectivo de prestaciones.

Los GRD permiten homogeneizar el producto hospitalario, utilizando un número limitado de variables que logra un mejor manejo de la información y con un grado de coherencia clínica que facilita el acercamiento de los médicos

al sistema. Al permitir conocer la complejidad de la casuística hospitalaria y su costo, ofrece datos que competen tanto a las áreas financieras y de gestión, como asistenciales.

La comparación entre diferentes períodos de una misma institución y con otras organizaciones es otra ventaja de este sistema. Este último punto no es tan relevante en nuestro país donde la utilización de los GRD es escasa por no decir casi nula. Sin embargo hay emprendimientos tanto de la Superintendencia de Servicios de Salud como del propio Ministerio de Salud, para promover la implementación de estos sistemas. Experiencias como la del Hospital Garrahan muestran la factibilidad de su aplicación.

Creo que el desarrollo de los GRD en nuestro medio es posible y su aplicación produciría un salto cualitativo en la gestión, al permitir avanzar en la identificación de los procesos mas frecuentemente atendidos, su normalización y la sistematización de sus componentes. Por otra parte permitiría la evaluación de la calidad de la atención médica y de su eficiencia a través de la comparación de grupos estandarizados de pacientes utilizando diferentes indicadores, tiempo de estada, reinternaciones, complicaciones, mortalidad, costo, etc.

La implementación de un sistema de costos basados en GRD es una alternativa deseable y factible, que está alineada con una gestión por procesos y con los sistemas de evaluación de la calidad.

En cuanto a la metodología de asignación de los costos, los dos métodos descriptos son compatibles con el costeo por GRD. Las ventajas y desventajas de cada uno ya las hemos comentado oportunamente; resta mencionar su grado de aplicabilidad.

Si bien el costeo basado en actividades permite una mayor exactitud en la determinación de los costos de los productos finales, su implementación en nuestro medio no parece muy factible, tanto por la complejidad de los datos que se requieren como de la propia cultura de las organizaciones que en general tienen una estructura de tipo verticalista y sectorial.

Los costos ABC no son un sistema para principiantes, y debemos reconocer, nos guste o no, que la mayor parte de nuestras instituciones de salud recién están dando los primeros pasos en este tema. La estructuración de una matriz de costos con asignación de centros de responsabilidad ya constituye un gran

avance y brinda la información necesaria para gestionar y alcanzar una aceptable determinación de costo de los productos hospitalarios.

De todas maneras, la cuestión fundamental es la decisión estratégica de implementar un sistema de costos y de tomar conciencia de la necesidad de gestionar eficientemente y de controlar los recursos. Sin esto no hay sistema de costos que sea útil ni exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vicente Ortún Rubio. La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones. Escola Universitaria de Treball Social Editorial La Llar del Llibre, 1990. Capítulo 1.
- (2) The Economist (7 de octubre 1989), p. 76.
- (3) Ginés Gonzalez García y Federico Tobar. Salud para los argentinos. Ediciones ISALUD, 2004. Capítulo 6.
- (4) Tomas Sanchez de Bustamante. La realidad del sistema de salud. Revista Médicos. Informe Especial. Edición electrónica N°XL.
- (5) Carlos M. Jiménez y colaboradores. Costos para empresarios. Ediciones Macchi 1995. Capítulo 1.
- (6) Costos Hospitalarios. Hector Eduardo Rosende. En Administración de Servicios de Salud. Condicionantes y Gestión. Juan Carlos O'Donnell. Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias". Editorial Docencia. Bs Ás 1995. Unidad 4.
- (7) Horacio A. Daccordi; Roberto A. Dalmazzo. Los costos y las empresas de salud. Capítulo 13.
- (8) Lic. Pedro Sanchez Calderaro y Dr. Berto Nazco Franquis. Logros y perspectivas del sistema de costos hospitalarios, diseñados para la gerencia. Rev. Cubana Med Milit 2002; 31(3):164-9
- (9) Ernesto Pablo Báscolo. Desarrollo de instrumentos de gestión como estrategia de cambio.
- (10) Rubén H. Torres, Saúl Rossi, Julio Siede y Jorge Becerra. Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Conjunto Mínimo Básico de Datos y medición del producto sanitario. Argentina. Plan Federal de Salud.
- (11) Adolfo Sanchez de León. Los grupos relacionados por el diagnóstico. Experiencia de su aplicación en hospitales públicos argentinos.
- (12) Dr. Mauricio Lefcovich. ABC. Costeo basado en actividades. Gestipolis.com. Publicado el 11/08/06.
- (13) Msc. Publio Rodríguez Correa. Fundamentos del costo basado en las actividades. Gestipolis.com. Publicado el 06/04/06.